



HAL
open science

Le trouble de la personnalité borderline constitue-t-il un facteur prédictif de récurrence suicidaire ?

Patrizia Tolfo

► To cite this version:

Patrizia Tolfo. Le trouble de la personnalité borderline constitue-t-il un facteur prédictif de récurrence suicidaire?. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01292104

HAL Id: dumas-01292104

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01292104v1>

Submitted on 22 Mar 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

THÈSE D'EXERCICE EN MÉDECINE

**LE TROUBLE DE PERSONNALITE BORDERLINE CONSTITUE-T-IL
UN FACTEUR PREDICTIF DE RECIDIVE SUICIDAIRE ?**

présentée et soutenue le 7 mai 2015 par

TOLFO Patrizia

pour l'obtention du Diplôme d'État de Docteur en Médecine

JURY :

**Président du Jury : Monsieur le Professeur Dominique
PRINGUEY**

Assesseur : Monsieur le Professeur Guy DAR COURT

Assesseur : Monsieur le Professeur Philippe ROBERT

Assesseur : Madame le Docteur Dominique PLASSE

Directeur : Monsieur le Docteur Frédéric JOVER

Co directeur : Monsieur le Docteur Michel BENOIT

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er novembre 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Assesseurs	M. BOILEAU Pascal M. HÉBUTERNE Xavier M. LEVRAUT Jacques
Conservateur de la bibliothèque	M. SCALABRE Grégory
Chef des services administratifs	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel	
M. BLAIVE Bruno	
M. BOQUET Patrice	
M. BOURGEON André	
M. BOUTTÉ Patrick	
M. BRUNETON Jean-Noël	
Mme BUSSIÈRE Françoise	
M. CHATEL Marcel	
M. COUSSEMENT Alain	
M. DAR COURT Guy	
M. DELMONT Jean	
M. DEMARD François	
M. DOLISI Claude	
M. FREYCHET Pierre	
M. GÉRARD Jean-Pierre	
M. GILLET Jean-Yves	
M. GRELLIER Patrick	
M. HARTER Michel	
M. INGLES AKIS Jean-André	
M. LALANNE Claude-Michel	
M. LAMBERT Jean-Claude	
M. LAPALUS Philippe	
M. LAZDUNSKI Michel	
	M. LEFEBVRE Jean-Claude
	M. LE BAS Pierre
	M. LE FICHOUX Yves
	M. LOUBIERE Robert
	M. MARIANI Roger
	M. MASSEYEFF René
	M. MATTEI Mathieu
	M. MOUIEL Jean
	Mme MYQUEL Martine
	M. OLLIER Amédée
	M. ORTONNE Jean-Paul
	M. SCHNEIDER Maurice
	M. TOUBOL Jacques
	M. TRAN Dinh Khiem
	M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire
M.C.U. Honoraires

Mlle ALLINE Madeleine
M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
M. EMILIOZZI Roméo
M. GASTAUD Marcel
M. GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M. BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M. CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M. DAR COURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M. DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M. FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M. FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53.01)
M. FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M. GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M. GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M. GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M. HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
Mme LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M. MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M. THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. VAN OBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M. BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M. BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M. BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M. DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M. DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M. FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M. GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M. GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M. MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M. MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M. MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M. PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M. PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M. RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M. ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M. SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M. TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M. ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M. BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M. BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M. BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M. BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M. CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M. CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M. CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M. CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)

M. CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M. DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M. FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M. FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M. JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M. LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M. PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M. PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses, Maladies Tropicales (45.03)
M. ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M. RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
M. SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M. STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M. THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M. TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
--------------------------	-------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS, PRATICIENS-HOSPITALIERS

Mme ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M. DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)

Mme DONZEAU Michèle	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M. FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle LANDRAUD Luce	Bactériologie–Virologie (45.01)
Mme LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M. PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mlle PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M. ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M. TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
M. MAKRIS Démosthènes	Pneumologie
M. PITTET Jean-François	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M. PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François	Médecine Interne
M. BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M. QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Monsieur le Professeur PRINGUEY,

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury.

Vous avez su nous transmettre vos connaissances scientifiques, votre sens clinique et nous faire partager votre intérêt pour de nombreux domaines de notre spécialité.

Votre dynamisme et votre enthousiasme nous ont permis de bénéficier d'un enseignement de qualité, notamment lors des séminaires interrégionaux.

Veillez trouver l'assurance de notre reconnaissance et de notre profond respect.

Monsieur le Professeur DARCOURT,

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail.

C'est avec une grande admiration que nous avons su apprécier la richesse et la qualité de votre enseignement, la clarté et la finesse de votre raisonnement clinique.

Veillez trouver ici l'expression de notre gratitude et notre profonde admiration.

Monsieur le Professeur ROBERT,

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail.

Nous vous remercions d'avoir élargi notre vision de la psychiatrie par votre approche neuroscientifique.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde considération.

Monsieur le Docteur Michel BENOIT,

Vous nous avez fait l'honneur de diriger ce travail et nous vous en sommes infiniment reconnaissants.

Vous nous avez transmis vos connaissances scientifiques et votre sens clinique avec bienveillance.

Soyez assuré de notre très grande reconnaissance et de notre plus grande admiration.

Monsieur le Docteur Frédéric JOVER,

Vous nous avez fait l'honneur de diriger ce travail et nous vous en sommes infiniment reconnaissant.

Merci pour votre grande disponibilité, vos conseils précieux et votre écoute bienveillante et rassurante.

Soyez assuré de notre admiration tant pour vos compétences cliniques qu'humaines, et de notre infinie reconnaissance.

Madame le Docteur Dominique PLASSE,

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail.

Merci de nous avoir enseigné le juste langage à avoir avec les patients amenant une psychiatrie très humaine, à votre image.

Soyez assurée de notre très grande reconnaissance et de notre plus profond respect.

A ma mère, qui m'a tant soutenue dans cette aventure, avec amour.
En souvenir de mon père.

A tous mes collègues d'Internat niçois : merci de m'avoir si chaleureusement accueillie.

Les déjà installés :

Christian, pour ta disponibilité et tes conseils 'd'anciens'.

Alexandru, pour ton optimisme et ta bonne humeur habituelle.

Nathalie, ma marraine, pour ton écoute et ton soutien, pour l'amitié qui nous lie à présent.

Ma promo : Audrey, Léna, Mathilde, David, Dume, Nicolas

Aurélie, nos débuts ensemble, merci pour ton soutien.

Laure, merci d'avoir rendu notre stage si agréable.

Anne, presque ma co-interne attitrée, merci pour ta bienveillance.

Aux différentes équipes soignantes rencontrées durant mon cursus :

A Lentral : mes premiers stages, cela ne s'oublie pas. Merci à l'équipe du D4.

Docteur Bottari, merci pour votre disponibilité et votre réassurance, si utiles.

A Sainte Marie : merci à toute l'équipe de Saint Lazare.

Docteur Giordano, merci pour votre apprentissage de l'application de la loi en psychiatrie et la confiance que vous m'avez accordé.

A Pasteur : Aux secrétaires du M0, et tout spécialement Patricia, pour sa bonne humeur constante, avec qui j'ai apprécié travailler. En souvenir de Michèle Matton, pour son accueil et sa bienveillance.

Merci à Claude Baudu et Régis Dubuisson pour leur aide et leur collaboration.

L'équipe du M1B, merci pour votre soutien durant mon stage, durement débuté.

L'équipe du M2B, merci pour votre professionnalisme.

Merci au Docteur Bruno GIORDANA pour son enseignement, sa bienveillance et sa disponibilité.

Claire, nous nous sommes rencontrées internes et tu es devenue un chef, tout en souplesse et rigueur. J'ai beaucoup appris et apprécié travailler avec toi. Je t'en remercie.

A l'équipe du CAP, une équipe pleine de ressources avec qui j'ai eu plaisir à collaborer.

Merci aux Docteurs Catherine THIERY, Virginie BUISSE et Laurent GUGENHEIM, pour votre bienveillance et votre disponibilité.

Un grand merci au Dr Damien Van Gisel pour son aide précieuse et sa disponibilité.

5.6.2) TPB et attachement	69
5.6.3) TDHA et TPB	72
5.7) Prise en charge du TPB	73
5.7.1) Prise en charge pharmacologique	73
5.7.2) Prise en charge psychothérapeutique	76
5.7.2.1) Le modèle comportemento- dialectique	76
5.7.2.2) Le MBT	78

PARTIE CLINIQUE79

V) CAS CLINIQUES79

1) Cas n°1 : Me B.	79
1.1) Présentation clinique, 1 ^{ère} hospitalisation	79
1.2) Présentation clinique, 2 ^{ème} hospitalisation	82
1.3) Présentation clinique, 3 ^{ème} hospitalisation	84
1.4) Discussion psychopathologique	89
1.5) Discussion nosographique	90
1.6) Discussion thérapeutique	92
2) Cas n°2 : Me C.	94
2.1) Présentation clinique	94
2.2) Discussion nosographique	97
2.3) Discussion thérapeutique	98
3) Cas n°3 : M. D.	100
3.1) Présentation clinique	100
3.2) Discussion nosographique	102
3.3) Discussion thérapeutique	104
4) Conclusion	105

VI) ETUDE CLINIQUE106

1) Hypothèses de travail et objectif de l'étude	106
2) Matériels et méthode	107
2.1) Critères d'inclusion	107
2.2) Les outils d'évaluation	108
2.2.1) Le MINI	109
2.2.2) L'HDRS	110
2.2.3) Le BDI-13	110
2.2.4) Le SCID II	111
2.2.5) Le PDQ 4	111

2.2.6)	Le TCI 125	112
2.2.7)	La CGI	116
2.2.8)	La BIS 11	116
2.2.9)	La PCLS	117
2.3)	L'analyse statistique	118
3)	Résultats	119
3.1)	Caractéristiques sociodémographiques	119
3.2)	Caractéristiques cliniques	122
3.2.1)	Variables autres que troubles de personnalité ...	122
3.2.2)	Variables troubles de personnalité	124
4)	Discussion	129
4.1)	Caractéristiques sociodémographique	129
4.2)	Caractéristiques cliniques	130
5)	Limites de l'étude	135

VII) CONCLUSION136

VIII) BIBLIOGRAPHIE138

Articles de revues scientifiques138

Ouvrages155

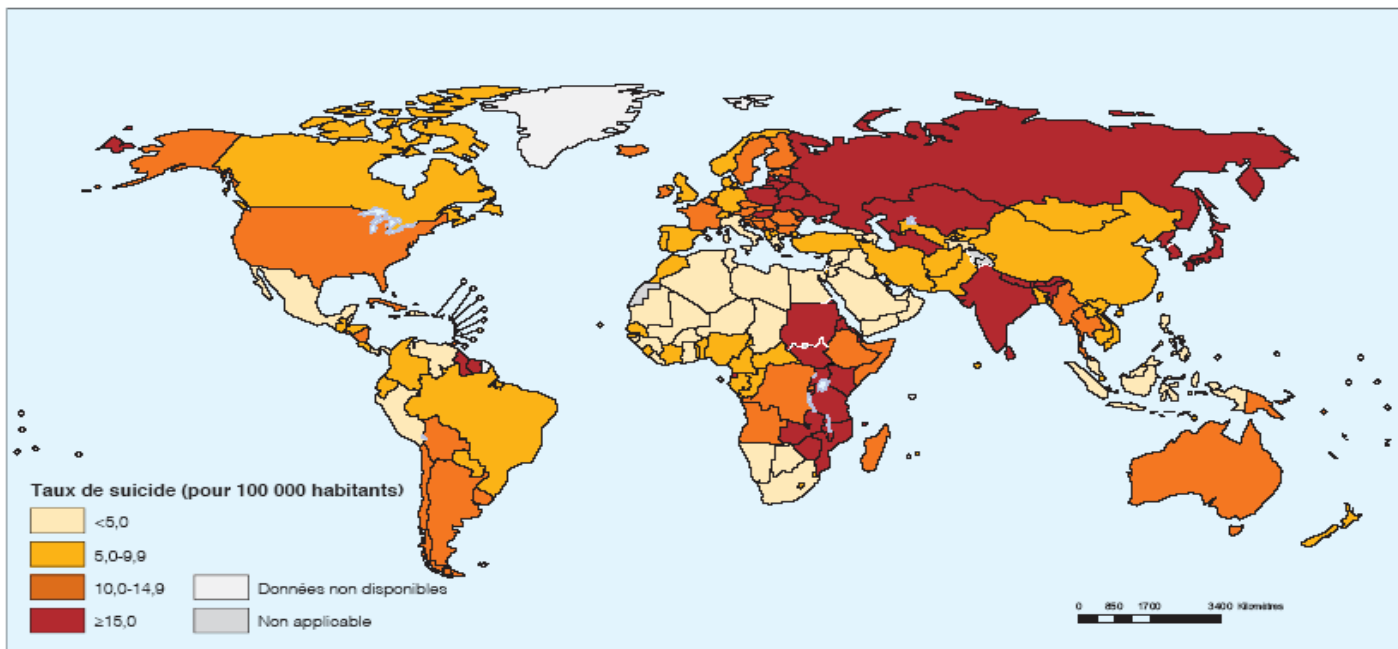
IX) ANNEXES159

PARTIE THEORIQUE

I) INTRODUCTION

Le suicide concerne la société entière, il est une tragédie. Le geste suicidaire est tout aussi grave et préoccupant, il est un appel au secours. La problématique suicidaire est un enjeu de Santé Publique. La Ministre des affaires sociales et de la Santé a créé l'Observatoire national du suicide en 2013, en partenariat avec le Ministère de l'économie et des finances, le Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social et quatre autres Ministères.

Une journée mondiale de prévention du suicide, le 10 septembre, organisée par l'Association internationale pour la prévention du suicide, suscite un vif intérêt de par le monde. Cette Journée est l'occasion de mener à l'échelle mondiale, une action conjointe de sensibilisation sur le suicide et sa prévention.



Taux de suicide standardisés selon l'âge (pour 100 000 habitants), hommes et femmes, en 2012.

Les chiffres du suicide sont estimés à 804 000 suicides survenus dans le monde en 2012, soit 1 personne toutes les 40 secondes, ce qui représente un taux de suicide global standardisé selon l'âge de 11,4 pour 100 000 habitants (15 chez les hommes et 8 chez les femmes) (sources OMS). Toutefois, le suicide se révèle un sujet sensible, il est parfois même considéré comme illégal dans certains pays, il est susceptible de faire l'objet d'une sous notification.

Dans les pays plus riches, 3 fois plus d'hommes que de femmes décèdent par suicide, contre 1,5 fois dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Dans le monde, le suicide représente 50 % des morts violentes chez les hommes et 71% chez les femmes. En ce qui concerne l'âge, les taux de suicide les plus élevés sont enregistrés chez les personnes de 70 ans ou plus, tous sexes confondus, dans quasiment toutes les régions du monde, à quelques exceptions près, où les taux de suicide les plus élevés sont enregistrés chez les jeunes. Dans le monde, le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans.

Dans le cadre du Plan d'action global pour la Santé Mentale 2013-2020, les États membres de l'OMS se sont engagés à atteindre la cible mondiale visant à réduire de 10 % les taux de suicide dans les pays d'ici 2020.

En France, ce sont 11 400 morts par suicide pour l'année 2011, soit 27,7 décès/100 000 habitants par an chez l'homme et 8,1 décès/100 000 habitants chez la femme, soit trois fois plus de suicides chez l'homme que chez la femme (source CépiDc-Inserm). C'est un suicide toutes les 50 minutes, bien que ce chiffre soit sous estimé, par sous déclaration.

Les caractéristiques des sujets se suicidant sont étudiées depuis longtemps, pas seulement par les psychiatres mais aussi par les sociologues. C'est en décrivant le suicide avec une approche épidémiologique que le sociologue Emile Durkheim en a donné les caractéristiques sociétales. De telle sorte que le suicide éclaire sur la société. Pour exemple, la crise économique et financière de 2008 se serait traduite par une hausse des suicides et par une dégradation de la santé mentale pour les hommes en âge de travailler, dans la plupart des pays concernés, les femmes étant moins affectées.

Evaluer le potentiel suicidaire permet d'intervenir avant le passage à l'acte. Mieux connaître les caractéristiques de ces personnes suicidaires, c'est mieux les identifier et les prendre en charge, afin de prévenir un passage à l'acte.

Ce travail a pour objectif de préciser des facteurs prédictifs spécifiques de récurrence suicidaire et ainsi définir des sujets à haut risque suicidaire, afin de leur proposer une prise en charge adaptée et éviter la récurrence suicidaire.

L'hypothèse de travail est que les patients ayant un trouble de personnalité borderline sont des patients à haut risque suicidaire et présentent un fort potentiel de récurrences suicidaires.

II) LA CRISE SUICIDAIRE

1) Définition

La crise suicidaire ou crise psychique reste difficile à évaluer, de part sa présentation clinique très variable ; les troubles sont parfois inapparents, lorsqu'ils existent, ils se manifestent par des signes peu spécifiques et permettent peu de prévoir si la crise va évoluer vers une rémission spontanée ou vers une tentative de suicide ou d'autres passages à l'acte auto agressifs. Le risque majeur en est le suicide.

Comme toute crise, elle constitue un moment d'échappement où la personne présente un état d'insuffisance de ses moyens de défense, de vulnérabilité la mettant en situation de souffrance pas toujours apparente et de rupture. Elle peut être représentée comme la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec, à l'impossibilité d'échapper à cette impasse avec élaboration d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte qui ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité. Elle est un état réversible temporaire, non classée nosographiquement, correspondant à une rupture de l'équilibre relationnel du sujet avec lui-même et son environnement. [...], selon la définition de l'ANAES, 2000.

Non classée dans les nosographies jusqu'à présent car regroupant un ensemble sémiologique variable, le DSM-5 l'inscrit à présent dans la section III : Troubles du comportement suicidaire. En effet, une prévalence et une incidence importantes ont justifiées l'inscription du comportement suicidaire au DSM-5. Le geste suicidaire devient une entité psychopathologique à part entière.

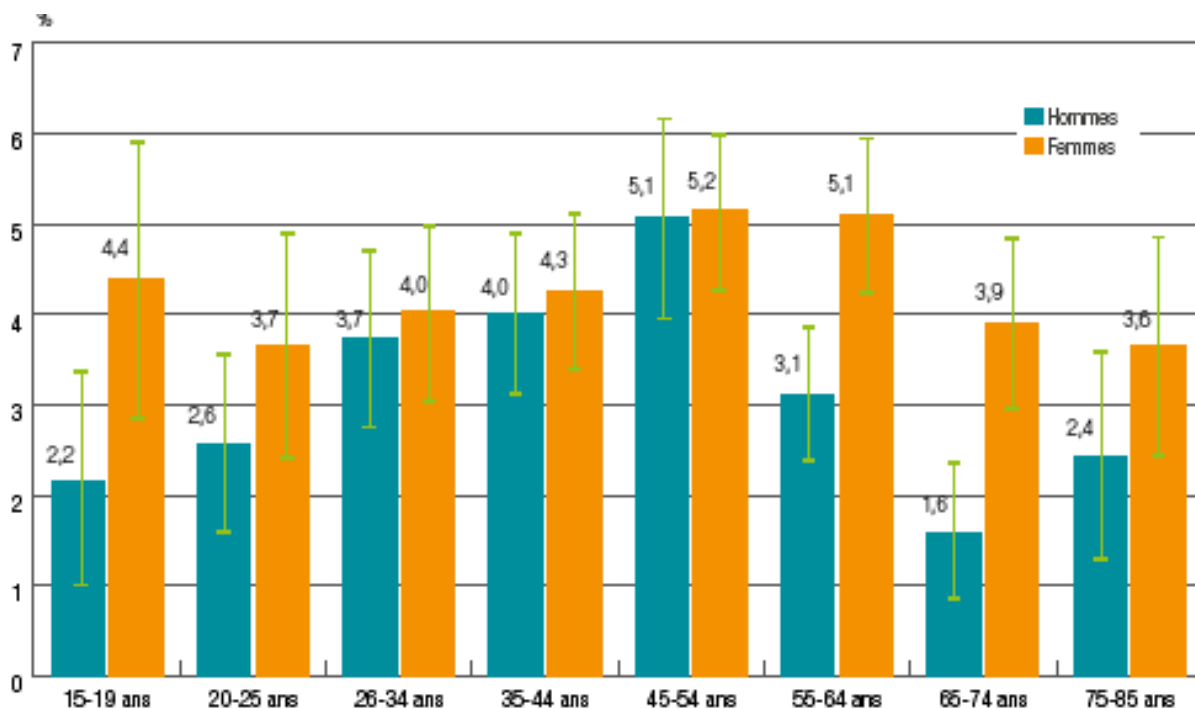


Diagramme 1 : Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, selon le sexe et l'âge, en France métropolitaine en 2010

Les femmes auraient plus de pensées suicidaires, quelque soit leur âge, à part pour la tranche d'âge 45-54 ans où les deux sexes ont les mêmes pourcentages.

En résumé, les femmes penseraient plus au suicide, alors que les hommes passeraient plus à l'acte.

Par ailleurs, 80 % des sujets qui font une tentative de suicide ou se suicident expriment des idées suicidaires dans les mois qui précèdent. Le risque de passage à l'acte est évalué, chez l'adolescent, à 1 % en l'absence d'idées suicidaires, à 14 % en cas d'idées occasionnelles et à 41 % en cas d'idées fréquentes. Mais la sévérité de ces idées de suicide n'est que faiblement corrélée avec le risque suicidaire. Elles donnent lieu à un plan pour la réalisation d'une tentative, chez environ un tiers des sujets et parmi ceux-ci, 70 % feront un passage à l'acte, alors que seulement 25 % de ceux qui n'ont pas fait de plan, en feront.

2) Les états psychologiques pré-suicidaires

Au moment même du passage à l'acte, cinq critères principaux sont retrouvés (Vandevorde, 2013) :

- une sensation de contrôle moteur
- l'altération de l'état de conscience
- un débat cognitif entre les pensées de vie et les pensées de mort
- l'état émotionnel
- la présence d'un événement déclenchant.

Trois types d'états psychologiques pré passage à l'acte se distinguent :

- l'état psychologique 'kinesthésique' : le type k

Le patient ne comprend pas ce qui lui arrive, il évoque un automatisme moteur, un état de conscience altéré avec un 'vide' au moment du passage à l'acte.

- l'état psychologique cognitif : le type c

Le patient a eu le temps de bien envisager le suicide, les idées sont claires avec des gestes décidés et cohérents, un état de conscience clair et des sentiments résolus.

- l'état psychologique émotionnel : le type e

Le patient présente une confusion émotionnelle, une explosion des affects tels qu'une colère, un stress et une tristesse, un état de conscience perturbé et une impulsivité très forte. Cet état se déclenche en réaction à un événement extérieur négatif tels une dispute, une mauvaise nouvelle. Il s'oppose à l'état c par le caractère volcanique qui le caractérise.

3) Evaluation du risque suicidaire

La crise suicidaire devra être identifiée puis évaluée. Chez un patient ayant des troubles psychiatriques, ce pourra être une aggravation de la symptomatologie dépressive, anxieuse, addictive, perçue par le patient ou son entourage.

Chez un patient sans troubles psychiatriques préalables, une symptomatologie physique inexplicée pourra masquer un état dépressif, soit elle se manifestera lors d'un événement vécu comme stressant, d'une conduite inhabituelle, d'un changement de tonalité dans la relation avec le médecin ou avec l'entourage. Le contexte peut être la survenue d'une pathologie organique à retentissement vital ou à impact déstabilisant. L'attention sera attentive à un changement récent de praticien, tout comme un motif d'appel ou de consultation pas clair, un état d'agitation ou de stress, des allusions directes ou indirectes à un vécu problématique.

Le diagnostic de la crise suicidaire s'appuiera sur :

- 1) Le contexte suicidaire : la présence d'idées suicidaires et leur fréquence, l'intention communiquée au praticien ou à des tiers (directement ou indirectement), le sentiment de désespoir, des conduites de préparation de l'acte.
- 2) Des signes de vulnérabilité psychique, comme des troubles de l'image de soi, des signes d'impulsivité, de l'agressivité facilitant le passage à l'acte, une instabilité comportementale, une tendance à l'anxiété, notamment des attaques de panique.
- 3) Des changements de comportements récents, une modification de la vie relationnelle, des conduites à risque.

Une fois la crise suicidaire identifiée, il convient d'en apprécier la dangerosité et l'urgence.

Six éléments seront explorés :

- 1) Le niveau de souffrance : désarroi ou désespoir, repli sur soi, isolement relationnel, sentiment de dévalorisation ou d'impuissance, sentiment de culpabilité
- 2) Le degré d'intentionnalité : idées envahissantes, ruminations, recherche ou non d'aide, attitude par rapport à des propositions de soins, dispositions envisagées ou prises en vue d'un passage à l'acte (plan, scénario)

- 3) Les éléments d'impulsivité : tension psychique, instabilité comportementale, agitation motrice, état de panique, antécédents de passage à l'acte, de fugue ou d'actes violents
- 4) Un éventuel élément précipitant : conflit, échec, rupture, perte, ...
- 5) La présence de moyens létaux à disposition : armes, médicaments, etc. ...
- 6) La qualité du soutien de l'entourage proche : capacité de soutien ou inversement, renforcement du risque dans le cas de familles «à transaction suicidaire ou mortifère»

En pratique clinique, l'évaluation du risque suicidaire se fait selon l'acronyme RUD :

- R pour les facteurs de risque, les facteurs de protection
- U pour l'urgence

Trois niveaux d'urgence sont définis, faible, moyen ou élevé.

- D pour la dangerosité du moyen létaux

III) LA TENTATIVE DE SUICIDE

1) Définition

Le terme tentative de suicide est employé pour se référer à tout comportement auto infligé suicidaire non mortel, potentiellement préjudiciable ; ce sera un acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'autoagression avec intention de mourir ou pas.

Il convient de souligner la complexité induite par l'inclusion de l'autoagression dans la définition de « tentative de suicide ». L'autoagression non mortelle sans intention de suicide est donc comprise dans la définition, ce qui s'avère problématique en raison des éventuelles variations dans les interventions relatives. Toutefois, l'intention de suicide peut être difficile à évaluer, du fait de l'ambivalence et de la dissimulation qui lui est associée.

2) Epidémiologie

Les tentatives de suicide (TS) sont 20 fois plus nombreuses que les suicides. La prévalence annuelle mondiale est estimée à 4 pour 1000.

En France, ce sont 220 000 TS par an, 145 TS pour 100 000 habitants, soit 1 TS toutes les 4 secondes.

La prévalence vie entière est estimée à près de 4,5 % (Nock, 2008), la France a la 6^{ème} place dans l'Union Européenne. Le taux peut atteindre près de 600/100 000 chez les jeunes filles de 15 - 19 ans.

Entre 2005 et 2010, une légère tendance à la hausse des TS déclarées, au cours des 12 derniers mois, sur la population des 15-75 ans, apparaît, avec respectivement 0,3% en 2005, contre 0,5% en 2010 (source CépiDc-Inserm).

En 2010, parmi les personnes âgées de 15 à 85 ans (n = 27 653), 5,5% déclarent avoir tenté de se suicider au cours de leur vie (7,6% des femmes et 3,2% des hommes) et 0,5% au cours des 12 derniers mois.

Les femmes sont en proportion plus nombreuses (0,7%) que les hommes (0,3 %), à déclarer avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois. La prévalence des TS déclarées au

cours des 12 derniers mois, varie également en fonction de l'âge. Elle est la plus élevée entre 20 et 25 ans chez les hommes (0,6%) et entre 15 et 19 ans chez les femmes (2,0%) et tend ensuite à diminuer avec l'avancée en âge (voir graphique ci-dessous).

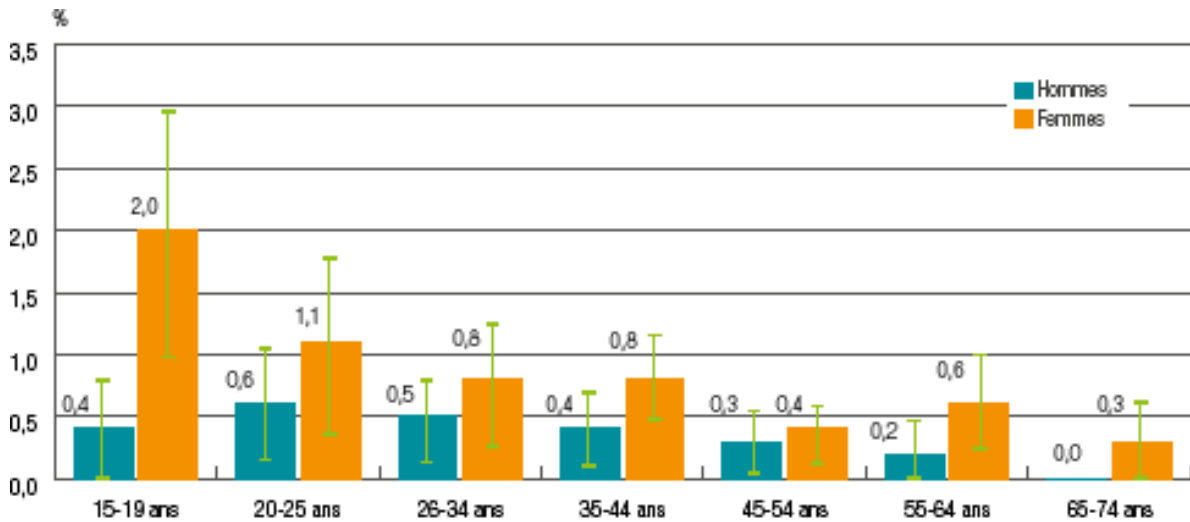


Diagramme 2 : Prévalence des TS au cours des 12 derniers mois, selon le sexe et l'âge, France métropolitaine, année 2010

3) Facteurs de risque individuels

Les facteurs de risque individuels sont liés à la probabilité qu'un sujet présente un comportement suicidaire. Les comportements suicidaires sont à considérer comme résultant d'interactions complexes entre les facteurs biologiques, cognitifs, psychopathologiques et environnementaux, tout en soulignant le rôle prépondérant des troubles mentaux.

Les facteurs de risque sont bien connus car ayant été recherchés afin de les prendre en charge, nous avons en premier lieu :

- Un antécédent de tentative de suicide qui est de loin le meilleur indicateur de risque futur de suicide, même un an après le premier passage à l'acte.

Viennent ensuite :

- Les troubles mentaux, tout en sachant que les personnes qui présentent un trouble mental et en particulier, un épisode dépressif, un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives, ne manifestent pas nécessairement un comportement suicidaire.

Par ailleurs, les personnes qui se suicident ou tentent de se suicider, présentent une importante comorbidité psychiatrique. Le risque de suicide varie selon les types de troubles, les plus fréquemment associés au comportement suicidaire étant la dépression et les troubles liés à la consommation d'alcool.

La première cause de suicide demeure la dépression majeure avec une contribution supérieure à 60 %.

Le risque de suicide au cours de la vie entière est estimé à 4 % chez les patients atteints de troubles de l'humeur, 7 % chez les personnes alcooliques, 8 % chez les personnes présentant un trouble bipolaire et 5 % chez les personnes schizophrènes. Le risque de comportement suicidaire augmente surtout en cas de comorbidité. En effet, ce risque est significativement accru chez les personnes qui présentent plusieurs troubles mentaux.

Tous les troubles liés à la consommation de substances psychoactives augmentent le risque de suicide. Les troubles liés à l'usage de l'alcool et d'autres substances sont présents dans 25 à 50 % de tous les cas de suicide. De plus, le risque de suicide augmente encore si, à cet usage, s'ajoutent d'autres troubles psychiatriques. Au total, 22 % de tous les décès par suicide peuvent être attribués à la consommation d'alcool. La dépendance à d'autres substances psychoactives tels que le cannabis ou le tabac constitue également un facteur de risque de suicide.

En résumé, la coexistence de plusieurs troubles psychiatriques accroît le risque suicidaire. L'association de deux troubles psychiatriques, même subliminaires, augmente le nombre de tentatives de suicide. Lorsqu'il existe 3 diagnostics, le risque suicidaire est multiplié par 20.

- Les antécédents familiaux de suicide : outre la peine suscitée par l'être cher, un sentiment de stress, de honte, de culpabilité, de colère, d'anxiété et de détresse apparaît chez les membres de la famille et les proches.

Les dynamiques familiales peuvent changer, les sources habituelles de soutien être perturbées et la stigmatisation peut décourager les personnes concernées de demander de l'aide et les autres, de la leur fournir. L'idée du suicide peut devenir plus acceptable chez une personne qui a perdu un membre de sa famille ou un proche par ce moyen. Pour toutes ces raisons, les personnes touchées par le suicide ou endeuillées présentent elles-mêmes un risque accru de suicide ou de trouble mental.

- La douleur et les maladies chroniques constituent d'importants facteurs de risque des comportements suicidaires.

Les comportements suicidaires sont 2 à 3 fois plus élevés chez les personnes atteintes de maladies chroniques, qu'au sein de la population générale. Toutes les maladies associées à la douleur, au handicap physique, aux troubles du neurodéveloppement et à la détresse, augmentent le risque de suicide. Sont, entre autres concernés, le cancer, le diabète et le VIH/SIDA.

- Les facteurs génétiques et biologiques : des modifications génétiques ou du développement survenant dans un certain nombre de systèmes neurobiologiques sont responsables des conduites suicidaires.

Par exemple, des taux bas de sérotonine sont associés à de graves tentatives de suicide chez les patients atteints de troubles de l'humeur, de schizophrénie et de troubles de la personnalité. Les antécédents familiaux de suicide constituent un important facteur de risque du suicide et des tentatives de suicide.

- Le désespoir, en tant qu'aspect cognitif du fonctionnement psychologique, est souvent utilisé comme un indicateur du risque de suicide, lorsqu'il est associé à des troubles mentaux ou des antécédents de tentative de suicide.

L'avenir, la perte de motivation et les attentes d'une personne sont les trois principales facettes sur lesquelles porte le désespoir.

- La perte d'emploi, l'insécurité financière sont associées à un risque accru de suicide en cas de comorbidité avec d'autres facteurs de risque tels que la dépression, l'anxiété, la violence et l'usage nocif de l'alcool.

Par conséquent, les récessions économiques peuvent être considérées comme un facteur de risque individuel, dans la mesure où elles peuvent conduire des personnes à faire face à une perte d'emploi ou à une perte d'argent.

Aux facteurs de risque viennent s'ajouter la plupart du temps, les facteurs prédisposants et précipitants.

Les facteurs prédisposants et précipitants sont les événements de vie ; les suicidants présentent 4 fois plus d'événements de vie, dans les 6 derniers mois, que la population générale et 1,5 fois plus, que les sujets déprimés ne faisant pas de tentative de suicide. Un pic de fréquence est retrouvé dans le dernier mois précédant le geste qui concentre un tiers des événements de vie.

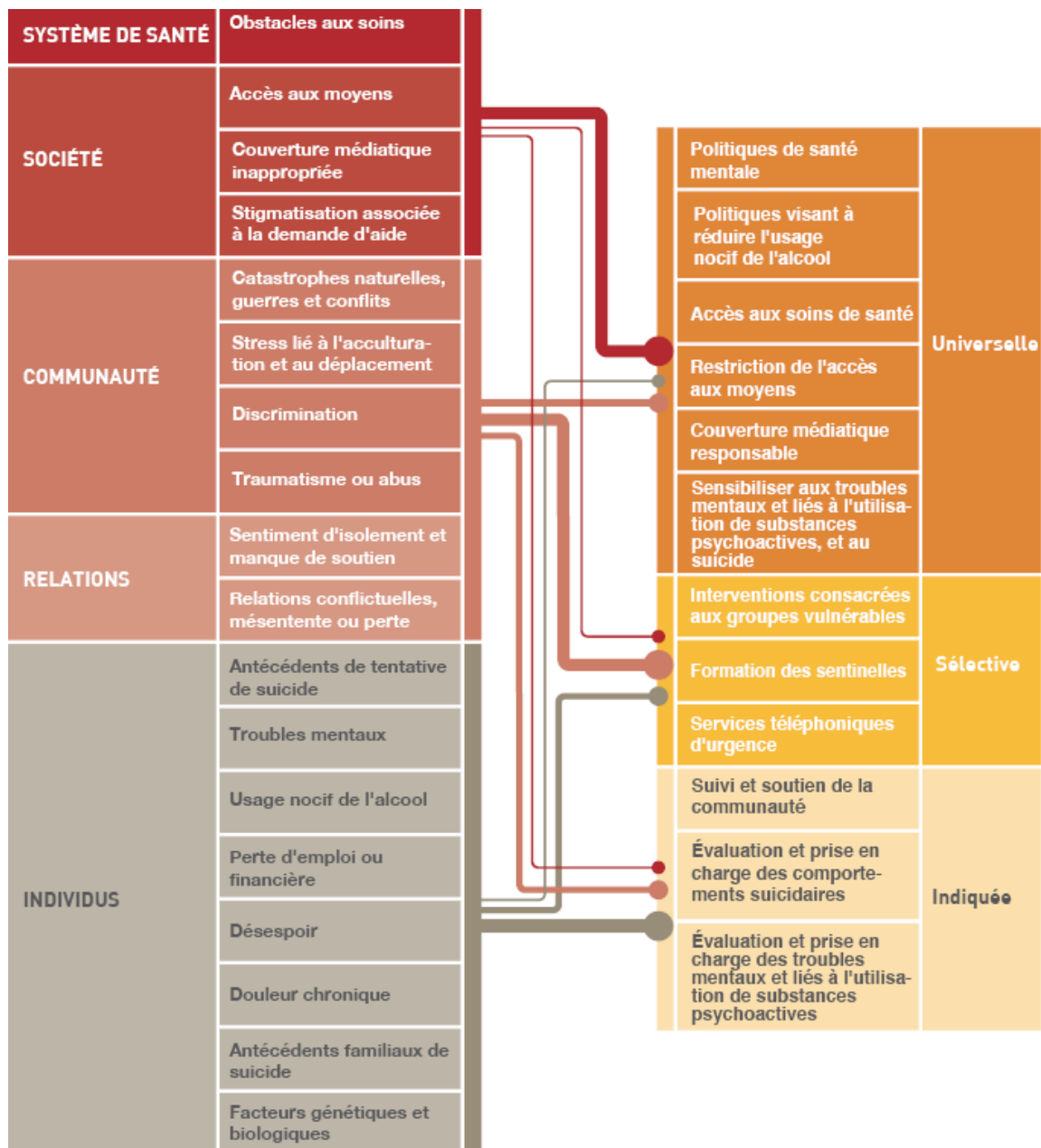
Les événements de vie prédisposants les plus étudiés sont les pertes précoces, la maltraitance dans l'enfance, les abus sexuels et les abus physiques. Ils correspondent aux facteurs de risque secondaires.

Les événements de vie précipitants concernent les conflits interpersonnels (violences, hostilité, déceptions) se produisant la semaine précédente le passage à l'acte et se cumulant.

Chez l'adolescent, il s'agira de problèmes sentimentaux, disciplinaires que ce soit avec les parents ou la justice entraînant des sentiments d'injustice, de rejet, d'humiliation et de situation de tension chronique au sein de la famille.

Les facteurs protecteurs sont le support social et la prise en charge thérapeutique, viennent, comme leur nom l'indique, éviter un passage à l'acte ou le rendre moins délétère.

Pour résumer, le schéma ci-après indique les principaux facteurs de risque de suicide associés aux informations pertinentes (l'épaisseur des traits reflète l'importance relative des interventions à différents niveaux, pour différentes catégories de facteurs de risque).



Principaux facteurs de risque de suicide et les actions pertinentes à mener.

Un nouveau modèle évaluant le comportement suicidaire est en cours de validation, venant en complément des facteurs de risque déjà connus. Il fait intervenir trois facultés psychologiques que sont la perception d'être un fardeau pour l'entourage, la pauvreté des relations sociales induites par le rejet des autres vis-à-vis du sujet et un comportement auto agressif bien ancré. Ces trois facultés seraient très liées à un antécédent de maltraitance dans l'enfance (Christensen, 2014).

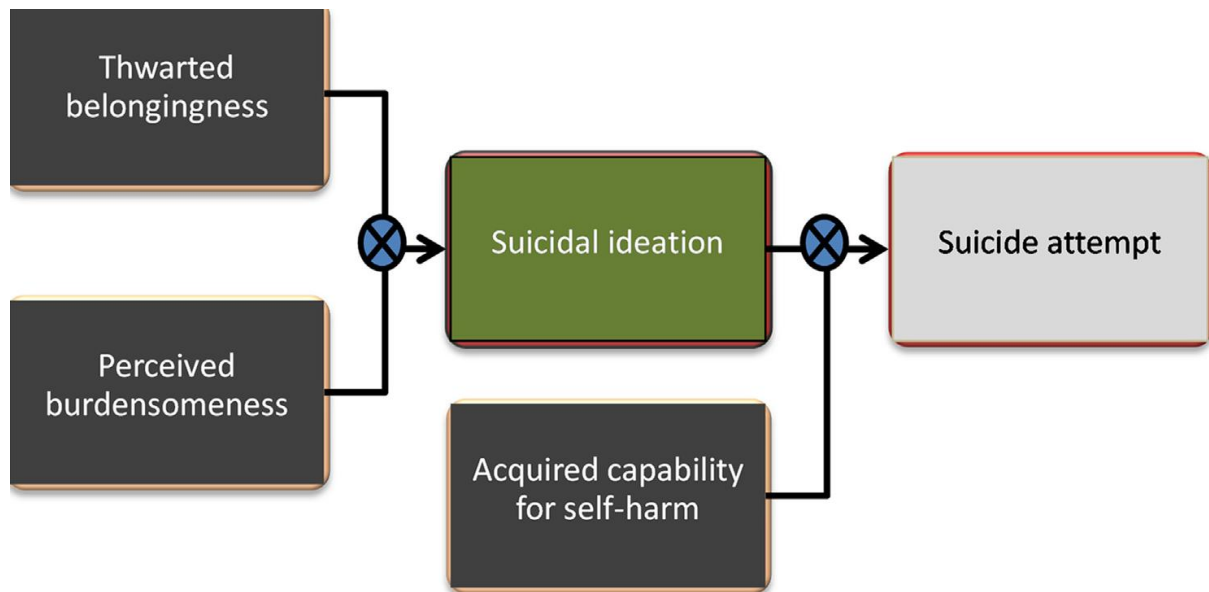


Figure 1 : la théorie interpersonnelle psychologique du comportement suicidaire

Le comportement suicidaire serait corrélé à des difficultés dans les relations sociales, sans prédire du sens de la corrélation. Des études complémentaires sont nécessaires afin de confirmer ces données.

4) La tentative de suicide chez le sujet ayant un TPB

Le comportement suicidaire est fréquent chez le patient ayant un trouble de la personnalité borderline, il fait partie d'un des critères nécessaires au trouble. Pour le moins, trois quarts d'entre eux feront une tentative de suicide et environ 10%, un suicide. La prévalence d'une tentative de suicide chez le sujet ayant un trouble de personnalité, varie de 10 à 26% (Oldham, 2006).

Le sujet ayant un TPB et ayant un antécédent suicidaire présenterait d'avantage un comportement autoagressif, que celui n'en ayant pas (Baus, 2014). Le comportement suicidaire serait corrélé à un antécédent d'agression, chez le sujet TPB ; ce qui signifie que l'agression serait corrélée au comportement suicidaire.

La comorbidité avec la dépression (Soloff, 2008) ou avec une addiction à une substance (Baus, 2014), augmente le risque suicidaire d'autant. La comorbidité avec l'épisode dépressif caractérisé augmente, à la fois le nombre des passages à l'acte suicidaire et leur gravité.

Indépendamment, le désespoir et l'impulsivité augmentent le risque suicidaire comme la présence de traits anti-sociaux et une vie turbulente précoce.

Les critères diagnostiques d'instabilité affective, de troubles de l'identité et d'impulsivité sont les plus prédictifs de comportements suicidaires ultérieurs (Yen S., 2004).

Du fait des nombreuses tentatives de suicide chez le sujet borderline, son intentionnalité suicidaire n'en est pas pour autant faible et il convient de rechercher précisément les facteurs de risque.

En résumé, le trouble de personnalité et notamment le TPB, est fréquent parmi les suicidés et les suicidants, ce qui suppose que le diagnostic est posé dès l'entrée dans l'âge adulte et non pas chez le sujet plus âgé.

L'incidence du suicide chez les patients ayant un TPB se situe autour de 10%, elle peut varier suivant la durée du suivi, la méthode utilisée. Le taux de suicide peut continuer à augmenter tout au long du suivi. L'impulsivité est corrélée à un taux élevé de tentative de suicide, après ajustement sur la dépression et l'addiction à une substance. La sévérité de l'impulsivité, n'est pas pour autant corrélée à un comportement suicidaire.

La maltraitance physique ou sexuelle pendant l'enfance est corrélée à des périodes de vie comportant des tentatives de suicide. Aussi l'impulsivité peut être considérée comme

un facteur de risque putatif pour une tentative de suicide, tandis que la maltraitance dans l'enfance serait un facteur étiologique pour un comportement auto destructeur.

L'autoagression chez le sujet TPB est évaluée à 50% (Chapman, 2005), elle est un facteur de risque de tentative de suicide (Brent, 2011).

Proposer des traitements spécifiques du TPB permettrait d'avoir un effet sur les facteurs de risque modifiables des comportements suicidaires (Links, 2013).

5) La tentative de suicide chez l'adolescent

Plus de 90 % des adolescents décédés par suicide ont un trouble mental selon le DSM-IV. La dépression à l'adolescence représente un réel problème de santé publique, sa prévalence variant de 5 à 7 % selon les études. Des taux allant de 10 à 40 % de dépression chez les adolescents suicidants sont retrouvés. Le risque suicidaire, en cas de dépression associée, est trente fois plus élevé qu'en population générale. Une enquête prospective aux Etats-Unis a révélé que 70 % des adolescents souffrant d'un état dépressif majeur, ont manifesté dans les trois années suivantes, un comportement suicidaire et a montré qu'il existe une corrélation nette entre dépression et tentative de suicide à l'adolescence, même si ces deux entités ne se recourent pas totalement (Myers, 1991).

S'exprimant notamment par la dysphorie, l'impulsivité et l'instabilité thymique, les troubles de personnalité borderline constituent l'autre part très importante de la psychopathologie.

Le taux de récurrence suicidaire chez les adolescents, est estimé autour de 25%. Ce risque est au plus haut les 6 premiers mois après la première tentative et le risque de compléter un suicide est 100 fois supérieur chez les individus qui ont fait une tentative de suicide. La « contagion suicidaire » est un phénomène dont l'étiopathogénie reste encore mystérieuse. Le comportement suicidaire chez les pairs agit probablement comme un facteur précipitant, d'un trouble psychopathologique sous-jacent.

6) La prise en charge de la tentative de suicide

La prise en charge de la tentative de suicide dès les urgences, est essentielle dans le pronostic du patient passant à l'acte. Le premier temps de cette prise en charge est somatique. Il est complété par une prise en charge psychosociale systématique. Il s'agira d'une observation clinique, se donner du temps, notion semblant paradoxale pour un service d'urgence. L'objectif est d'établir une relation de confiance, préciser l'urgence dans toutes ses composantes. L'hospitalisation sera indiquée pour 25 à 50% des patients (Suominen, 2006), libre ou sous contrainte, ce qui signifie que 50 à 75% des patients c'est-à-dire la grande majorité des patients, sortira du service des urgences. Le principal objectif de la prise en charge post urgence est de prévenir une récurrence suicidaire. De nombreuses études se sont intéressées à cette prise en charge très spécifique. Ainsi dès 2001, une équipe a proposé l'envoi de cartes postales (Motto et al.) afin de maintenir un lien entre le patient suicidaire et l'équipe l'ayant accueilli.

D'autres études ont proposé un appel téléphonique (Vaiva, 2006), un envoi de SMS (Chen, 2010), l'association carte postale et/ou appel téléphonique selon un algorithme défini (ALGOS, Vaiva, 2011), toujours dans le même but de maintenir un lien et ainsi diminuer la récurrence.

Actuellement l'étude SIAM (Suicide Intervention Assisted by Message) (Berrouiguet, 2014) propose l'envoi de SMS aux suicidants ayant consulté ou été hospitalisé au décours de leur tentative de suicide, selon un protocole donné, afin de limiter un nouveau passage à l'acte (résultats en attente).

Chez l'adolescent, il est important de mettre en œuvre un éventail d'activités de planification et de soutien visant à limiter les effets du suicide sur les survivants, c'est la postvention. Il s'agira d'un ensemble de mesures qui associent débriefings éducatifs, prise en charge psychologique de groupe et dépistage des sujets à risque.

IV) LES TROUBLES DE LA PERSONNALITE

3.1) Définitions :

La personnalité se définit selon P. Pichot (1965), comme « l'intégration dynamique des aspects cognitifs, pulsionnels, volitionnels et affectifs de l'individu ».

Beck et Freeman (1990) la définissent comme une organisation relativement stable, composée de schémas cognitifs qui attachent une signification personnelle aux événements. Ces schémas cognitifs sont responsables de la séquence qui va de la réception d'un stimulus, à l'exécution d'une réponse comportementale.

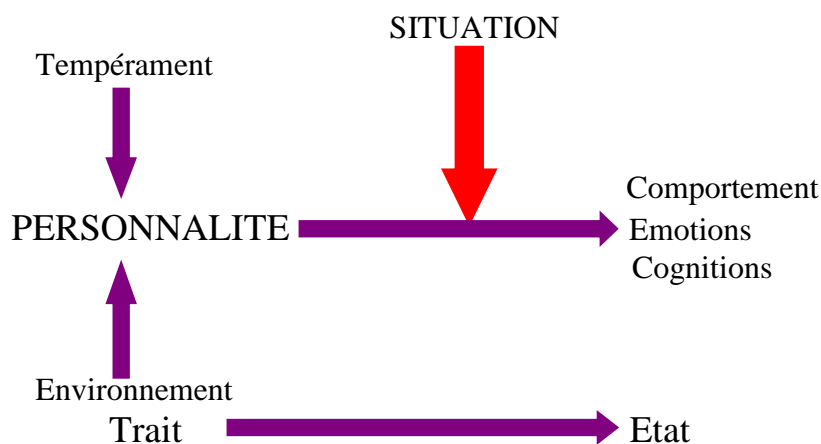
Cottraux et Blackburn (1995) la décrivent comme une intégration stable et individualisée d'un ensemble de comportements, d'émotions et de cognitions. C'est un mode de réactions émotives, cognitives et comportementales à l'environnement qui caractérise chaque individu.

Bien que variable dans ses expressions, elle permet de prédire la réponse du sujet face à un événement de vie.

Quand les traits comportementaux et psychologiques diffèrent trop de ce qui est attendu face à une situation donnée, pour une personnalité donnée ou s'ils sont suffisamment durables et prononcés pour provoquer gêne fonctionnelle ou détresse subjective, le diagnostic de trouble de la personnalité est à évoquer.

L'effet état examine les modifications de la personnalité induites par une comorbidité psychiatrique ou une circonstance ; c'est l'impact immédiat d'une situation sur le sujet.

Le trait est la manière habituelle de voir les choses, d'y réagir, il reste stable dans le temps et l'espace.



3.1) Historique :

L'utilisation du concept de « trouble de la personnalité » naît au XIXe siècle avec le psychologue T. Ribot, qui publie en 1885 « Les maladies de la personnalité ».

Au XXe siècle, Kraepelin (1921), Kurt Schneider (1958), Kretschmer (1936), décrivent des personnalités prédisposant à la dépression, à la manie, à la psychose. Kurt Schneider (1887-1967) a décrit 10 types de personnalités anormales appelées personnalités psychopathiques, dont les classifications actuelles s'inspirent très largement. Il les définit comme « des personnalités anormales qui souffrent de par leurs anomalies, et à travers lesquelles la société souffre ».

La pensée psychanalytique avec les nombreux travaux de Sigmund Freud, entre autres, a largement enrichi l'évolution des conceptions de la personnalité normale et pathologique. Freud comparait le fonctionnement psychique à la structure du cristal, celui-ci se rompant suivant des lignes de fragilité inscrites dans sa structure initiale. Il a également introduit la notion de mécanismes de défense efficaces ou immatures (le déni, le clivage), permettant un réaménagement de l'organisation psychique ; la nature de la décompensation étant déterminée par la structure de personnalité sous-jacente (névrotique, psychotique ou limite). La décompensation, selon Bergeret, étant secondaire à une perte d'objet (dépression anaclitique) est sévère dans son pronostic.

Le milieu socioculturel trouve son importance, avec son implication possible dans le trouble de la personnalité, comme le présageait Harry Stack Sullivan (1892-1949).

Une approche cognitiviste est proposée par Aaron Beck (1990), qui considérait que les schémas cognitifs dysfonctionnent avec une rigidité de pensée concernant soi ou les autres, des schémas de pensée réducteurs.

En résumé, les troubles de personnalité correspondent à un échec du développement de l'identité personnelle (le soi) et de la capacité à avoir un fonctionnement interpersonnel adapté (en tenant compte des normes culturelles et attentes personnelles), avec un degré extrême d'au moins un des principaux traits de personnalité figurant dans la liste des critères diagnostiques spécifiques.

Les origines des troubles de la personnalité étant diverses, il en résulte des controverses concernant les modèles théoriques et des modifications fréquentes concernant leurs classifications.

3.1) Classifications :

Deux classifications sont utilisées afin de coter les maladies mentales; il s'agit de la **CIM** (Classification Internationale des Maladies) selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) et le **DSM** (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux) selon l'APA (American Psychiatric Association). Dans les deux classifications, les critères généraux des troubles de personnalité sont six critères monothétiques, c'est-à-dire que chacun des critères est obligatoirement requis pour le diagnostic, et diffèrent peu d'une classification à l'autre.

Pour le diagnostic de chaque trouble de personnalité, les deux systèmes de classification utilisent une liste de critères polythétiques, c'est-à-dire qu'aucun critère n'est obligatoire en lui-même pour le diagnostic, mais un nombre minimal de critères correspondant à un chiffre supérieur à la moyenne, est requis.

En résumé, par définition les troubles de la personnalité comprennent des modalités de comportements profondément enracinées et durables, consistant en des réactions inflexibles à des situations personnelles et sociales de nature très variée.

Le diagnostic de trouble de la personnalité sera évoqué, si les **4 conditions** suivantes sont réunies :

- Une clinique qui persiste au début de l'âge adulte
- Une stabilité et une permanence du trouble de la personnalité
- Une souffrance et un dysfonctionnement social en résultent
- Les normes culturelles étant à considérer

3.1) La CIM-10 :

La section de la CIM-10 (10^{ème} édition, 1992) sur les troubles mentaux et comportementaux inclut un groupe de troubles de la personnalité. Ce groupe comprend divers états et types de comportement cliniquement significatifs qui ont tendance à persister et qui sont l'expression de la manière caractéristique de vivre de l'individu et de sa façon d'établir des rapports avec lui-même et avec autrui.

Les critères généraux des troubles de personnalité de la CIM 10 comprennent :

- Critère G1 : arguments déterminants selon lesquels les modes caractéristiques et habituels de perception interne et de conduites de l'individu dévient

notablement, dans leur ensemble, des attitudes culturellement attendues et acceptées (ou « normes »). Une telle déviation doit être manifeste dans plus d'un des domaines suivants :

1) Cognitions (par exemple façons d'appréhender et d'interpréter les choses, les gens et les événements ; attitudes et représentations que l'on a de soi-même et des autres)

2) Affectivité (diversité, intensité et adéquation de la réaction et de la réponse émotionnelles)

3) Contrôle des impulsions et satisfaction des besoins

4) Interaction avec les autres et façon de se conduire dans les situations interpersonnelles.

- Critère G2 : la déviation doit être profondément enracinée et se manifester par une conduite rigide, inadaptée ou dysfonctionnelle lors de situations personnelles et sociales très variées (c'est-à-dire qu'elle doit ne pas être limitée à un stimulus ou à une situation « gâchette » spécifique.
- Critère G3 : il existe une souffrance personnelle ou bien un impact nuisible sur l'environnement social ou les deux à la fois, clairement attribuable à la conduite mentionnée en G2.
- Critère G4 : il doit exister des indices selon lesquels la déviation est stable et durable, ayant débuté à la fin de l'enfance ou à l'adolescence.
- Critère G5 : la déviation ne peut pas se réduire à une manifestation, ou à une conséquence, d'autres troubles mentaux de l'adulte, bien que des situations épisodiques ou chroniques décrites dans cette classification puissent coexister ou se surajouter à elle.
- Critère G6 : une maladie, une lésion, ou un dysfonctionnement du cerveau doivent être exclus comme cause possible de la déviation.

Les troubles spécifiques de la personnalité (F60) incluent les personnalités :

- Paranoïaque (F60.0)
- Schizoïde (F60.1)
- Dyssociale (F60.2)
- Emotionnellement labile (F60.3)
 - De type impulsif (F60.30)
 - De type borderline (F60.31)

- Histrionique (F60.4)
- Anankastique (F60.5)
- Anxieuse (évitante) (F60.6)
- Dépendante (F60.7)
- Autres troubles spécifiques (F60.8), dont la personnalité narcissique
- Trouble de la personnalité, sans précision (F60.9)

Le trouble schizotypique (F21) se retrouve dans la section schizophrénie, comme une forme de schizophrénie et non pas comme un trouble de personnalité.

Les critères diagnostiques des troubles de personnalité de la CIM seraient plus restrictifs par rapport à ceux du DSM, permettant ainsi des groupes de patients moins hétérogènes.

3.2) Le DSM-IV :

C'est en 1980 que les auteurs du DSM-III ont proposé de distinguer les personnalités en trois 'clusters' que sont le groupe A qui regroupent les personnalités paranoïaques, schizoïdes et schizotypiques, individus qui paraissent souvent « bizarres et excentriques », les personnalités du groupe B incluant les personnalités antisociales, borderline, histrioniques, personnalités intéressantes des sujets qui apparaissent « souvent sous un jour théâtral, émotifs et capricieux », les personnalités du groupe C enfin, qui regroupent les personnalités évitantes, dépendantes et obsessionnelles-compulsives correspondant à des individus qui semblent souvent « anxieux et craintifs ».

Une certaine évolution par rapport au DSM-III était cependant déjà perceptible dans le DSM-IV de 1994 et dans le texte du DSM-IV-TR de 2000. Les catégories diagnostiques individualisées y sont présentées comme « censées représenter des syndromes cliniques qualitativement distincts ». En effet, le DSM-IV est une classification catégorielle qui répartit les troubles mentaux en types fondés sur des groupes de critères bien définis. Cette désignation en catégories est la méthode utilisée traditionnellement pour organiser et transmettre des informations dans la vie de tous les jours, et elle a été l'approche fondamentale de tous les systèmes de diagnostics médicaux. Une approche catégorielle de la classification

fonctionne au mieux lorsque tous les membres d'une classe diagnostique sont homogènes, lorsque les limites entre classes sont claires et lorsque les différentes classes sont mutuellement exclusives. Chaque trouble mental ne peut être une entité circonscrite, aux limites absolues l'isolant des autres troubles mentaux ou de l'absence de trouble mental. Par conséquent, tous les individus décrits comme ayant le même trouble mental ne se ressemblent pas nécessairement. Tous les individus qui partagent le même diagnostic sont susceptibles d'être hétérogènes, même en ce qui concerne les critères de définition du diagnostic et que les cas 'limites' seront difficiles à diagnostiquer, ou ne seront diagnostiqués que de manière probabiliste.

Il faut noter que ces regroupements, s'ils peuvent être utiles à des fins de recherches ou d'enseignement, ont des limitations sérieuses et n'ont pas été encore validés de manière répliquable. De plus, il arrive souvent que des sujets souffrent de plusieurs troubles de la personnalité appartenant à différents groupes.

Le DSM-IV dans sa section « Troubles de la personnalité » débute par une définition générale des troubles de la personnalité qui s'applique à chacun des **dix troubles spécifiques** décrits.

Les troubles de personnalité doivent remplir **les six critères diagnostiques généraux** suivants :

- Critère A : Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévient notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans **au moins deux des domaines suivants** :
 - la cognition (c'est-à-dire la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements)
 - l'affectivité (c'est-à-dire la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle)
 - le fonctionnement interpersonnel
 - le contrôle des impulsions
- Critère B : ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses
- Critère C : ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants
- Critère D : ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte

- Critère E : ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental
- Critère F : ce mode durable n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple, une drogue donnant lieu à abus ou un médicament) ou d'une affection médicale générale (par exemple un traumatisme crânien).

Les troubles de la personnalité sont regroupés en trois groupes fondés sur des similarités descriptives. La subdivision se fait sur l'axe II en **3 groupes de critères**, regroupant **10 troubles de la personnalité** :

- le **groupe A** (troubles excentriques et autres) : il regroupe le trouble de la personnalité :
 - **paranoïaque (F60.0)**, caractérisée par une méfiance soupçonneuse envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes, des suspicions irrationnelles et une incapacité à croire les autres
 - **schizoïde (F60.1)**, caractérisé par le manque d'intérêt pour les relations sociales, une introspection, un détachement des relations sociales et une restriction de la variété des expressions émotionnelles
 - **schizotypique (F21)**, caractérisé par des pensées ou un comportement étrange, une gêne aiguë dans les relations proches, par des distorsions cognitives et perceptuelles et des conduites excentriques.
- le **groupe B** (troubles dramatiques, émotionnels ou erratiques), ces sujets apparaissent souvent sous un jour théâtral, émotifs et capricieux. Il regroupe le trouble de la personnalité :
 - **antisociale (F60.2)**, caractérisée par un mépris et une transgression des droits d'autrui, une grande indifférence pour la loi et le droit des autres personnes
 - **borderline (F60.31)**, caractérisé par des pensées « en noir et blanc » extrêmes, une instabilité dans les relations interpersonnelles, de l'image de soi, des affects, de l'identité et du comportement conduisant souvent à une automutilation émotionnelle ou physique et à une impulsivité
 - **histrionique (F60.4)**, caractérisé par des réponses émotionnelles excessives et une quête d'attention

- **narcissique (F60.8)**, caractérisé par un degré exagéré de mégalomanie, des fantaisies ou des comportements grandioses, d'un besoin d'admiration et un manque d'empathie.
- le **groupe C** (troubles anxieux et craintifs) : il regroupe le trouble de la personnalité :
 - **évitante (F60.6)**, caractérisé par des sentiments de ne pas être à la hauteur, une inhibition sociale, une hypersensibilité au jugement négatif d'autrui, un sentiment de mal-être, une très grande sensibilité face aux situations négatives et un évitement des interactions sociales
 - **dépendante (F60.7)**, caractérisé par une dépendance sévère et psychologique d'autrui, par un comportement soumis et « collant » lié à un besoin excessif d'être pris en charge
 - **obsessionnelle-compulsive (F60.5)**, caractérisé par une conformité rigide des règles, des codes, une préoccupation par l'ordre, la perfection et le contrôle.
- Le trouble de la personnalité, **non spécifié (F60.9)** est une catégorie prévue pour deux situations :
 - 1) le type de personnalité du sujet, satisfait aux critères généraux d'un trouble de la personnalité et de traits de plusieurs troubles différents de la personnalité mais les critères d'aucun trouble en particulier, ne sont remplis
 - ou bien 2) l'individu a un type de personnalité qui satisfait aux critères généraux des troubles de la personnalité mais le trouble particulier de la personnalité, qu'il est censé présenter, n'est pas inclus dans cette classification (p. ex., une personnalité passive-agressive).

3.3) Le DSM-5 :

Ainsi dès le DSM-IV, un paragraphe du texte annonce l'éventualité de modifications dans les versions futures du manuel; il est intitulé « Modèles dimensionnels des troubles de la personnalité ».

L'alternative à l'approche catégorielle traditionnelle est une perspective dimensionnelle selon laquelle les troubles de la personnalité sont des variations extrêmes de traits de personnalité sur un continuum par rapport à une personnalité normale. Le texte mentionne ensuite le fait que de nombreuses tentatives ont été faites pour identifier les dimensions fondamentales qui seraient à la base du fonctionnement normal et pathologique de la personnalité. Le premier modèle cité est le modèle à cinq facteurs connu sous le nom de Big Five. Le texte révisé du DSM-IV en 2000 mentionne l'existence de divers modèles dimensionnels qui ont pu être proposés dans la littérature. Plusieurs de ces modèles alternatifs ont en réalité de nombreux points communs entre eux et avec le modèle des Big Five. Les cinq dimensions sont le **névrosisme** ou instabilité émotionnelle (une tendance générale à éprouver des affects négatifs), l'**extraversion** ou les affects positifs (le fait d'être sûr de soi), l'**ouverture aux expériences** ou la sensibilité esthétique, l'**agréabilité** ou l'altruisme et le **caractère consciencieux** ou l'exécution de tâches. Six facettes cliniques ont été décrites pour chaque dimension avec une remarquable stabilité de la structure factorielle au sein d'échantillons différents de par le monde (Guelfi, 2014).

Ce modèle a permis de retenir pour le DSM-5, cinq dimensions que sont l'**affectivité négative**, le **détachement**, l'**antagonisme**, la **désinhibition**, le **psychoticisme** et définir vingt cinq facettes cliniques spécifiques de trait.

Pour la dimension '**Affectivité négative**' (vs stabilité émotionnelle), neuf facettes y sont rattachées qui sont :

- la labilité émotionnelle
- les tendances anxieuses
- l'insécurité liée à la séparation
- la soumission
- l'hostilité
- la persévération
- la dépressivité de l'humeur
- la suspicion

- l'affectivité restreinte (l'absence de cette facette caractérise un faible niveau d'affectivité négative).

Pour la dimension '**Détachement**' (vs extraversion), six facettes y sont rattachées :

- le retrait
- l'évitement de l'intimité
- l'anhédonie
- la dépressivité
- l'affectivité restreinte
- la suspicion.

Pour la dimension '**Antagonisme**' (vs agréabilité), six facettes y sont rattachées :

- les tendances manipulatoires
- la malhonnêteté
- la grandiosité
- la recherche d'attention
- la dureté (l'insensibilité)
- l'hostilité.

Pour la dimension '**Désinhibition**' (vs contrainte), cinq facettes y sont rattachées :

- l'irresponsabilité
- l'impulsivité
- la distractibilité
- la prise de risque
- le manque de perfectionnisme rigide.

Pour la dimension '**Psychoticisme**', trois facettes y sont rattachées :

- les croyances et les expériences inhabituelles
- l'excentricité
- la dysrégulation cognitive et perceptuelle.

Quatre facettes figurent dans deux dimensions distinctes.

La révision du DSM-IV TR en DSM-5 (mai 2013, actuellement disponible dans sa version non traduite) est organisée sur un mode dimensionnel et considère les informations cliniques dans la continuité. Le problème des personnalités pathologiques est vu sous un jour nouveau, en considérant une continuité entre l'Axe I et l'Axe II, amenant un nouveau redécoupage nosographique pour les troubles mentaux ; les troubles de personnalité figurent désormais sur le même axe que les autres troubles mentaux.

Le diagnostic psychiatrique est posé, non plus sur la présence ou non du signe clinique, mais sur la présence du signe clinique évalué sur une échelle progressive susceptible de présenter de nombreux paliers intermédiaires. Les symptômes sont nuancés par degré d'intensité et la différence quantitative d'un même substrat en fait le diagnostic.

Cependant le manuel DSM-5 a intégralement conservé la catégorisation et les critères diagnostiques du DSM-IV, tout au plus y trouve-t-on une révision dans la hiérarchie des critères et est proposée une section III expérimentale (les autres troubles mentaux), permettant d'utiliser une méthodologie alternative (Emerging Measures and Models), celle des dimensions, avec un accès Internet à des questionnaires permettant de les tester (le PID, inventaire de personnalité avec deux formes complètes et deux formes abrégées, le 'Psychometric Properties of the Personality Inventory for DSM-5' et le 'Hierarchical Structure of Clinician Ratings of Proposed DSM-5').

4) Epidémiologie :

La prévalence des troubles de personnalité a été spéculative jusqu'en 1990 car les études ne concernaient pas cette pathologie et par conséquent, les résultats étaient extrapolés.

Depuis lors, la prévalence des troubles de personnalité varie de 9% à 15,7%, soit une médiane à 10,57% (Lenzenweger, 2007).

Une personne sur 10 présenterait un trouble de personnalité.

La prévalence pour l'ensemble des troubles de la personnalité est similaire chez les hommes et chez les femmes, mais le sexe ratio est différent de 1 pour certains troubles de la personnalité.

La comorbidité entre les troubles de la personnalité et les autres troubles psychiatriques tels que les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les addictions, est élevée. La prévalence du trouble de la personnalité chez un patient présentant un épisode dépressif caractérisé varie de 20 à 50% chez les patients hospitalisés, et de 50 à 85% chez les patients ambulatoires.

La comorbidité est également possible entre les différents troubles de la personnalité.

5) Trouble de personnalité borderline : TPB

5.1) Définition et repères historiques :

Les termes limite, état limite, borderline coexistent fréquemment en France, ils sont devenus interchangeables et sont utilisés indifféremment, limite désigne soit la traduction française de borderline, selon un concept comportemental, soit un type d'organisation de la personnalité selon la clinique psychanalytique, d'où une confusion possible des deux concepts.

Le nombre de dénominations actuelles en témoignent : état, organisation, personnalité, trouble, cas (limite ou borderline).

Nous ne considérerons dans ce travail, que le terme borderline correspondant à une logique critériologique.

Auparavant, chaque terme semblait avoir une spécificité selon l'origine du concept et faisait utiliser le terme d'état limite par les psychanalystes, limite désignait une entité « entre névrose et psychose » et celui de borderline, chez les autres cliniciens. En effet, comme nous le verrons lors des classifications, le terme de personnalité borderline est issu d'une démarche psychiatrique critériologique, dans une logique catégorielle.

Le concept diagnostique à l'origine de la personnalité borderline, apparaît lors du développement de la sémiologie psychiatrique, en 1884 dans la littérature anglo-saxonne avec Hugues, « l'état frontière ou borderline de la folie comprend de nombreuses personnes qui passent leur vie entière auprès de cette ligne, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre ».

Les psychiatres cliniciens classiques, tels Kraepelin (1893) et Bleuler furent partisans de conceptualiser les formes frontières de la psychose comme une extension des limites de la schizophrénie à laquelle elles appartiennent. La démarche psychiatrique utilisée est basée sur des critères selon une logique catégorielle.

Le concept d'état limite est à relier à l'avènement de la psychanalyse qui différençia les concepts de névrose et psychose (1895-1939). La création d'un nouveau mode catégoriel de représentation du psychisme qu'est le « structuralisme » a conçu la personnalité limite, extension de la névrose. Une nouvelle forme clinique apparaît où coexistent des symptômes

névrotiques et psychotiques. C'est la première fois que vont être séparées les notions de psychose de celles de dissociation ou de délire. Les symptômes psychotiques se trouvent ainsi distingués de la structure psychotique, ce qui n'avait jamais été envisagé jusqu'à présent.

Ainsi névrose et psychose ne constituent plus des entités distinctes mais se définissent l'une par rapport à l'autre dans une conception dynamique et où l'enjeu est la limite, limite du Moi ou limite entre réalité psychique et réalité extérieure. La notion état limite peut être envisagée aussi bien concernant la névrose que la psychose.

Helen Deutsch est une des premières (1935) à proposer la notion de personnalité « as-if ». Elle définit les distorsions des relations d'objet internalisées chez ces sujets et les caractérise par un manque d'authenticité dans leur relation à autrui, tout en donnant superficiellement l'illusion de normalité. La relation émotionnelle de l'individu avec le monde extérieur et avec son propre moi apparaît appauvrie ou absente ; ils sont en relation étroite avec la dépersonnalisation. Les sujets « as-if » apparaissent selon elle, comme normaux extérieurement, mais manquant d'authenticité dans leur vie émotionnelle, qui apparaît vide et ennuyeuse.

Stern en 1938, parlera de « psychose de transfert » lors de décompensations de certains patients durant la cure. Une autre définition de l'état limite a été proposée par Schmeidler en 1959, comme une organisation « stable dans l'instable ».

Kernberg (1975), qui est à l'origine de la classification hiérarchique de la névrose à la psychose, classe le trouble borderline de façon autonome, en position intermédiaire, en le caractérisant par une carence d'identification du Moi, la préservation de l'épreuve de réalité et le recours à des mécanismes de défense peu structurés.

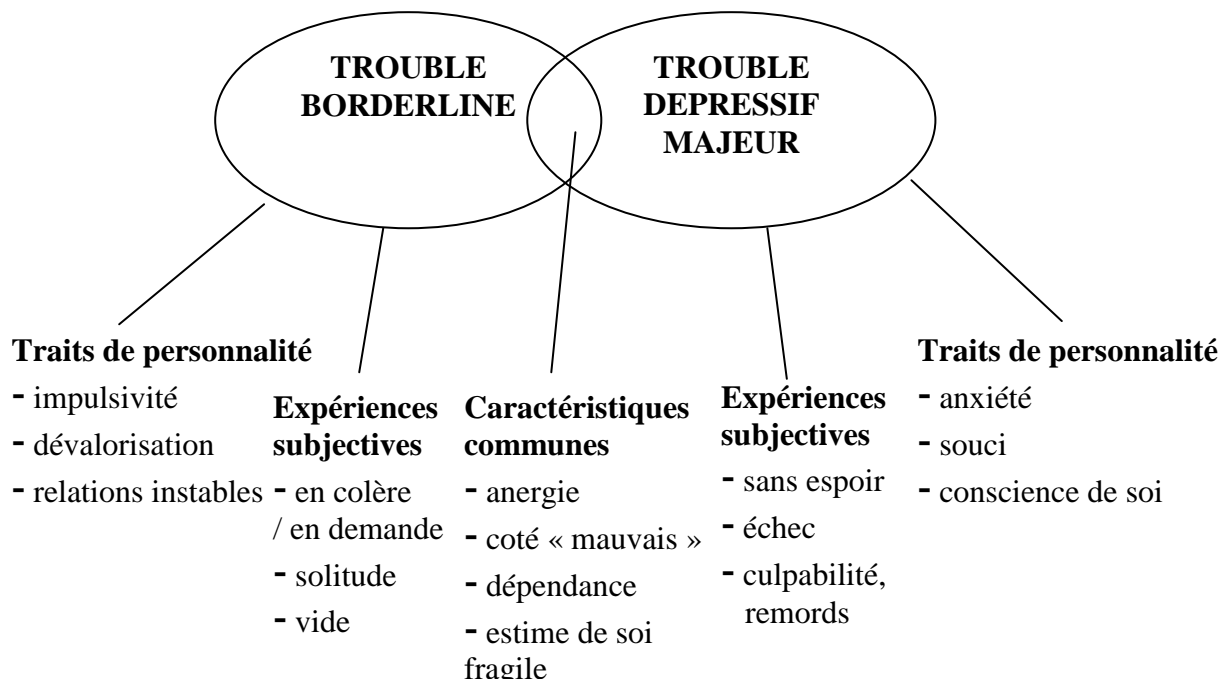
Une des premières analyses multifactorielles définit un syndrome spécifique stable comprenant quatre composantes fondamentales : l'agressivité, le mode de relation à autrui de type anaclitique, le trouble de l'identité et une forme particulière de dépression (Grinker, 1968).

Cette dépression atypique a été également qualifiée de dépression d'abandon (Masterson, 1971) en référence aux carences affectives maternelles au stade de développement de « séparation/individuation », de relation d'objets chaotiques.

Deux grands courants vont susciter la discussion, ces dernières décennies.

Gunderson qui est à l'origine de l'axe II du DSM III (1980), introduit la triple instabilité, de l'identité, de l'affectivité et des cognitions. Les caractéristiques du trouble sont un défaut de modulation émotionnelle et de tolérance à l'angoisse, des affects dépressifs, des comportements excessifs avec une tendance à l'agir afin de lutter contre le vide intérieur, une intolérance à la frustration et un trouble du jugement (Gunderson, 2009).

Selon Gunderson (2001), Borderline personality disorder : a clinical guide



Akiskal en avait donné une vision totalement différente où le trouble borderline apparaît hétérogène, sans être un concept autonome, la majeure partie des patients 'borderline' a une forme particulière de trouble de l'humeur avec une grande labilité affective, un tempérament « affectif » à rapprocher du spectre bipolaire.

Sur le plan psychodynamique, l'état limite se situerait en position intermédiaire entre la névrose et la psychose. Laplanche et Pontalis (1967) en donne la définition suivante : « terme le plus souvent employé pour désigner des affections psychopathologiques situées à la limite entre névrose et psychose, notamment des schizophrénies latentes présentant une symptomatologie d'allure névrotique ». Ils indiquent la nature défensive des symptômes névrotiques.

Green (1990) pose la distinction entre « avoir » une limite ou « être » une limite (un cas-limite). Le terme de limite désignant pour lui « le lien fragile entre dehors et dedans, le moi et l'autre ». Selon le courant de pensée freudien, il fait apparaître le rôle du clivage du Moi. Il s'agirait d'une faille narcissique secondaire rendant angoissante et inefficace la relation à l'autre, selon Bergeret (1993). Pour cet auteur, « une troisième lignée psychopathologique » émerge, en termes de structure. Il considère deux traumatismes désorganisateurs, le premier précoce s'accompagne de sévères frustrations et de la menace de la perte de l'objet dont la conséquence en est une organisation provisoire appelée, « le tronc commun des états limites », et le second traumatisme survenant à la fin de l'adolescence, qui se poursuivrait au-delà de l'âge habituel, viendrait détruire cette organisation provisoire non structurée.

Le symptôme principal y est la dépression, l'angoisse (de la perte de l'amour de l'objet). Les mécanismes de défense sont le clivage avec comme conséquences l'identification projective, le dédoublement des imagos, le désinvestissement. La relation d'objet est d'ordre anaclitique ('Anlehnungstypus der Objektwahl', type anaclitique de choix d'objet). La réalité interne est défaillante et l'absence de fantasmatisation en est le témoin. L'association entre la représentation et l'affect fait défaut.

La recherche identitaire est constante, vaine jusqu'à l'adoption d'un comportement d'emprunt, une « mimique ».

Mélanie Klein introduit la notion de position dépression, Winnicott, celle de « faux self ». Winnicott fait l'hypothèse d'une perturbation de « holding maternel » (maternage), l'enfant aurait eu à lutter contre une part malade de la mère ayant eu le désir inconscient de détruire son bébé, ce qui serait à l'origine du rempart défensif du « faux self », résultat d'une adaptation excessive du sujet à l'objet satisfaisant les besoins.

Les aspects relationnels de la pathologie retrouvent une dépendance, une superficialité, un défaut d'étayage, une absence d'espace transitionnel et une vulnérabilité à la perte d'objet.

Ainsi, la clinique projective en laissant à découvert l'intensité des mouvements pulsionnels destructeurs, permet d'étayer les hypothèses concernant le défaut d'intériorisation qui

caractérise les fonctionnements limites, en particulier lors du recours symptomatique à l'agir, à travers des pathologies du comportement (Chabert, 2007).

En résumé, nous pouvons dire que le trouble de personnalité borderline apparaît comme mal identifié et polymorphe, associant des symptômes anxieux, des symptômes d'allure névrotique (conversion), des troubles thymiques atypiques (sans ralentissement psychomoteur, absence de culpabilité, présence de vide, d'ennui, et/ou d'abandon), une impulsivité, des relations interpersonnelles instables, le tout ponctué d'épisodes psychiatriques aigus tels les automutilations, les crises d'angoisse aiguë, les tentatives de suicide, les épisodes psychotiques transitoires. La présentation clinique évolue sur la vie entière.

5.2) Epidémiologie :

La prévalence du trouble de personnalité borderline est importante, variant de 0,5% à 5,9% en population générale, sans différence de prévalence entre les hommes et les femmes (Lenzenweger, 2008).

La prévalence du trouble de personnalité borderline, de l'ensemble des patients consultant en Psychiatrie, se situe entre 18 et 42,7%. Cette différence s'explique par les outils utilisés permettant le diagnostic, soit un entretien non structuré (faible prévalence), soit un entretien semi structuré (forte prévalence).

Le trouble de personnalité borderline est le trouble de personnalité pour lequel, existent le plus de troubles comorbides (Lenzenweger, 2007). La comorbidité associée va colorer la présentation du TPB. Sont retrouvés les troubles de l'humeur unipolaires, les troubles anxieux et plus particulièrement l'état de stress post traumatique, le trouble panique, la phobie sociale, les addictions, les troubles du comportement alimentaire.

Peuvent également être associés d'autres troubles de personnalité et plus particulièrement, les troubles de personnalité paranoïaque, évitante, dépendante, antisociale, avec un nombre moyen de 1,4 troubles de personnalité. Une co-occurrence de 26% avec le trouble de personnalité antisociale était retrouvée dans l'étude de Becker (2000).

L'association trouble de personnalité borderline et abus de substances ou trouble de personnalité antisociale, narcissique, schizotypique se retrouvent plus fréquemment chez l'homme, alors que la femme présenterait plus d'état de stress post traumatique ou de troubles du comportement alimentaire (Johnson, 2003).

Le trouble de personnalité borderline est environ cinq fois plus fréquent chez les parents biologiques du premier degré des sujets atteints, que dans la population générale (Cheval, 2009).

5.3) Classifications :

Les critères diagnostiques proposés sont, soit purement descriptifs, soit psychodynamiques, selon les options privilégiées par les auteurs.

S'agissant des classifications utilisées, essentiellement dans un but de recherche, les critères diagnostiques utilisés sont descriptifs afin de modéliser les pathologies de façon le plus homogène possible. En effet, les critères diagnostiques sont soumis à une analyse statistique afin d'y apporter des arguments en faveur de leur validité.

C'est à partir des années 1980 pour la classification DSM (3^{ème} édition) et 1992 pour la CIM (10^{ème} édition) qu'apparaît ce trouble de personnalité ; le DSM désigne la personnalité borderline, la CIM le nomme, personnalité émotionnellement labile, avec 2 sous-types, impulsif et borderline.

Les critères diagnostiques pour la CIM-10 et le DSM-IV (1994, TR 2000) sont différents mais définissent pour l'essentiel le même état.

5.3.1) La CIM-10 :

Les critères diagnostiques de la personnalité émotionnellement labile retenus dans la CIM-10 sont :

- pour le type impulsif : présence d'au moins **trois** des caractéristiques suivantes dont obligatoirement la deuxième :
 - 1) tendance marquée à agir de façon imprévisible et sans considération pour les conséquences

- 2) tendance marquée au comportement querelleur, à entrer en conflit avec les autres, particulièrement lorsque les actes impulsifs sont contrariés ou critiqués
 - 3) tendance aux éclats de colère ou de violence, avec incapacité à contrôler les comportements impulsifs qui en résultent
 - 4) difficulté à poursuivre une action qui ne conduit pas à une récompense immédiate
 - 5) humeur instable et capricieuse
- pour le type borderline : présence d'**au moins trois** des cinq caractéristiques du type impulsif, avec de plus, **au moins deux** des caractéristiques suivantes :
- 1) perturbations et incertitudes concernant sa propre image, ses buts et ses choix personnels (y compris sexuels)
 - 2) tendance à s'engager dans des relations intenses et instables amenant souvent à des crises émotionnelles
 - 3) efforts démesurés pour éviter d'être abandonné
 - 4) menaces ou tentatives récurrentes de gestes auto agressifs
 - 5) sentiments permanents de vide

5.3.2) Le DSM-IV :

Les critères diagnostiques de la personnalité borderline dans la perspective du DSM retrouvent :

- un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent **au moins cinq** des manifestations suivantes, depuis **au moins un an** :

1) efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés (NB : ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5)

2) mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation

3) perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi

4) impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex., dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie)

NB : Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5

5) répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations

6) instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex., dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours)

7) sentiments chroniques de vide

8) colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (p. ex., fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées)

9) survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

La classification catégorielle implique de fixer un seuil (les cinq critères minimum nécessaires sur les neuf) et il en découle, par le fait même de considérer le symptôme comme présent ou absent et non pas en en faisant une description quantitative, une perte d'information clinique considérable. Dans la classification dimensionnelle, les caractéristiques psychologiques et comportementales sont décrites entre deux extrêmes afin de se rapprocher de la réalité clinique.

Ainsi les caractéristiques du TPB dans le DSM-5 sont décrites sur un mode dimensionnel. Elles se sont inspirées de la description du trouble décrite par Kernberg en 1989. Il préconisait une organisation du fonctionnement du Moi selon trois dimensions :

- l'identité : elle est diffuse, floue, changeante du fait d'un défaut d'intégration du concept de Soi et des autres
- l'épreuve de réalité : elle est fragile, la différenciation Soi-objet se trouve perturbée par des épisodes dissociatifs lors de périodes chargées en émotions
- le mécanisme de défense : principalement le clivage.

La classification du TPB dans le DSM-5 retrouve **quatre dimensions** :

- la dimension **cognitive** : le trouble de l'identité, le trouble de l'image de soi sont persistants et marqués. Cette instabilité de l'image de soi se manifeste par des revirements brutaux des systèmes de valeur, des objectifs et de la perception de soi.

Des symptômes dissociatifs transitoires peuvent survenir dans les périodes de stress intense.

- la dimension **impulsive** : touche différents domaines tels que la consommation de toxiques, les épisodes boulimiques, les conduites sexuelles à risque, les dépenses excessives, la conduite automobile dangereuse, les automutilations, les tentatives de suicide à répétition. Elle s'inscrit dans un agir relationnel, paraît coupée de toute signification. L'angoisse est au centre du trouble, elle est constante mais d'intensité fluctuante. Elle se manifeste soit sous la forme d'une crise aiguë d'angoisse avec les manifestations somatiques habituelles qui l'accompagnent, soit sous forme d'un sentiment de malaise existentiel diffus. Cette dernière forme est l'angoisse de l'abandon, la perte de l'appui de l'entourage, écho à sa dépendance à l'environnement (Guelfi J.-D., 2004).
- la dimension **affective** : s'exprime sous la forme de fluctuations thymiques, de sentiment de vide, de colère, de rage intense et inappropriée. Le contexte de survenue en est souvent le sentiment de mise à distance, de menace d'abandon de l'entourage. Il survient un sentiment de honte et de culpabilité au décours, entretenant l'impression du sujet « d'être mauvais ».
- la dimension **relationnelle** : relations interpersonnelles instables.

Il n'en demeure pas moins que le diagnostic de trouble de personnalité borderline reste difficile à poser, de part son polymorphisme. Les comorbidités, notamment avec les autres troubles de personnalité, posent la question de la fidélité inter juges.

5.4) Psychopathologie :

5.4.1) Approche psychodynamique :

Afin de donner schématiquement une explication du fonctionnement borderline, il faut reprendre la représentation du champ psychique. Il est sous l'emprise d'une double influence : la pression de la pulsion à réaliser l'action spécifique et l'impact de l'objet à travers sa représentation. Freud a insisté sur la distinction qu'il établit entre la représentation obéissant au principe de plaisir, de celle régie par le principe de réalité. L'accomplissement du but de la pulsion requiert l'existence d'un objet dévoué assurant la satisfaction du besoin et jouant en même temps le rôle d'auxiliaire du Moi embryonnaire de l'enfant. Ces deux fonctions sont confondues et incarnées dans les soins maternels. Le Moi de l'enfant sera accompli quand se produit la séparation mère enfant. Dans l'attente de cette séparation, des phases périodiques de réunion et de séparation se succèdent, où l'enfant tente de rétablir dans la solitude, la fusion perdue, en l'absence de l'objet (Green, 1990). La tentative de séparer le bon du mauvais, le plaisir du déplaisir, le soi et l'objet, le dedans et le dehors, la psyché et le soma, oblige la participation du clivage, qui semble radical chez le cas-limite. Ce clivage radical ne permet pas le travail de représentation, d'où la paralysie du Moi (Bion, 1963). Le clivage s'instaure entre le somatique et le libidinal, la réalité psychique et la réalité extérieure. Le soma se trouve également clivé, faisant apparaître des symptômes psychosomatiques ou de l'hypochondrie. Cette mise en acte reste dénouée de signification, pour le patient.

« En résumé, les réactions somatiques et la mise en acte ont la même fonction : une décharge court-circuitant la réalité psychique. »

Le retour des éléments clivés s'accompagne de sentiments de grave menace, détresse (Freud), annihilation (Mélanie Klein), crainte sans nom (Bion), désintégration (Winnicott). Le clivage et la dépression sont les deux mécanismes fondamentaux gouvernant la sphère psychique des cas-limites. Le clivage se distingue pourtant de celui retrouvé chez les psychotiques, où il fait intervenir le morcellement.

Différents niveaux de clivage coexistent rendant l'appareil psychique sans cohésion. Ces noyaux isolés du Moi sont séparés par le vide, c'est ce vide fondamental qui habite le sujet et qui représente la part essentielle pour le psychanalyste.

La dépression primaire, deuxième mécanisme de base des cas-limites, s'entend au sens de « désinvestissement radical », un état de la pensée sans aucune composante affective. Il en

résulte une incapacité de faire le travail du deuil, une incapacité de tolérer des sentiments de culpabilité. La conséquence en est des symptômes tels les addictions, le comportement psychopathique, entre autres et un désespoir sans fond.

5.4.2) Approche comportementale :

Selon les schémas de Young et l'approche dialectico-comportementale de Linehan, les troubles de la personnalité trouvent leur source dans le traitement de l'information. Face à une situation donnée, le sujet déclenche sa stratégie de réaction, qui s'avère bien ou mal adaptée. Cette évaluation repose sur les croyances du sujet et celles-ci ont, au préalable, été intégrées dans des structures stables ou schémas. En permanence, les schémas filtrent et synthétisent les informations issues de l'environnement et conditionnent les processus cognitifs, affectifs et motivationnels du sujet. Ces schémas constituent, pour Beck, les unités fondamentales de la personnalité.

L'interaction de ces dispositions internes et des influences de l'environnement, déclenche une réaction en chaîne, dont le point culminant est le comportement manifeste du sujet. Par ailleurs, l'intégration spécifique, pour chaque individu, des trois dimensions cognitive, affective et motivationnelle, crée la singularité de sa personnalité, rendant ainsi compte de la probabilité et de l'intensité variables d'une réponse, d'un individu à l'autre, dans une situation donnée.

Selon Beck, les troubles de la personnalité se caractérisent par l'existence de croyances dysfonctionnelles extrêmes et rigides, qui accroissent la vulnérabilité cognitive du sujet. Elles résultent à la fois de prédispositions génétiques et de l'exposition à une influence indésirable d'autrui et/ou à des événements traumatiques. Ces expositions répétées transforment les croyances dysfonctionnelles en structure inadaptée et provoquent leur anticipation chez le sujet, entraînant ainsi des biais interprétatifs systématiques dans le traitement de l'information et un comportement inadapté.

Le tableau ci-après identifie le profil cognitif typique du trouble de personnalité borderline.

Il rend compte des caractéristiques centrales de la vision de soi et des autres, et des principales croyances, dont l'interaction conduit à l'élaboration des principales stratégies comportementales.

Profil cognitif du trouble de la personnalité borderline (Beck, 1990) :

Vision de soi	Vision d'autrui	Principales croyances
Vulnérable	Idéalisé	« Je ne peux pas faire face seul »
Privé de support émotionnel	Puissant, aimant, parfait	« J'ai besoin de quelqu'un en qui je puisse avoir confiance »
Impuissant	Disqualifié	« Je ne supporte pas les sentiments négatifs »
Dénué de pouvoir de contrôle	Rejetant, contrôlant, traître, Abandonnant	« Si je fais confiance à quelqu'un, je serai trahi, jugé insuffisant et abandonné »
Manquant de quelque chose		« Le pire serait d'être abandonné »
Non susceptible d'être aimé		« Il m'est impossible de me contrôler »
Mauvais		« Je mérite d'être puni »
<u>Principales stratégies comportementales :</u>		
Assujettir ses propres besoins pour maintenir le lien avec l'autre		
Protester de manière spectaculaire, menacer, et/ou devenir punitif à l'égard de ceux qui émettent les signaux d'un possible rejet		
Diminuer la tension par un comportement d'automutilation ou d'autodestruction		
Commettre une tentative de suicide pour fuir		

Les trois schémas cognitifs suivants (formulés par Pretzer, 1990, cité par Beck) constituent des présuppositions clés chez les patients borderline :

- « le monde est dangereux et malveillant »
- « je suis impuissant et vulnérable »
- « je suis fondamentalement inacceptable ».

Leur interaction conduit aux trois caractéristiques cognitives suivantes, qui jouent un rôle central dans le maintien du trouble borderline :

- un niveau de vigilance et de méfiance interpersonnelle élevé : la combinaison paradoxale des présuppositions de dépendance et paranoïdes (cf Tableau) nourrit le caractère instable et extrême des relations interpersonnelles
- une pensée dichotomique : l'incapacité à évaluer les choses en termes nuancés alimente l'instabilité émotionnelle, les décisions extrêmes et les changements impulsifs
- un faible sens de l'identité (faible intégration des composantes du schéma du soi).

5.4.3) Approche neurobiologique :

5.4.3.1) Marqueurs biologiques :

Le système sérotoninergique serait le substrat biologique de l'auto et hétéroagressivité, de l'instabilité de l'humeur. Dans le TPB, une réduction centrale de l'activité sérotoninergique est retrouvée, cependant de façon non spécifique. Un nombre réduit de sites de transporteurs 5-HT sur les plaquettes, indicatif de la recapture sérotoninergique pré-synaptique, serait associé à un comportement impulsif suicidaire chez les patients avec TPB (Ajamieh, 2000).

Une hypothèse dopaminergique est déduite de l'efficacité thérapeutique des neuroleptiques dans le TPB, sans pour autant exclure les autres neuromédiateurs impliqués dans le mécanisme d'action des neuroleptiques. Il s'agirait d'un défaut de modulation dopaminergique et serait impliqué dans l'impulsivité et les affects négatifs.

L'instabilité affective des sujets TPB, dans sa dimension sociale (irritabilité, réactivité à l'environnement) serait corrélée à une hypersensibilité noradrénergique et à une modulation sérotoninergique réduite.

Le déséquilibre entre les systèmes cholinergiques et adrénergiques, qui pourrait se développer après une exposition prolongée à un stress, participerait à la symptomatologie dépressive.

5.4.3.2) Marqueurs cognitifs :

Peu d'études ont exploré les fonctions cognitives, à savoir l'abstraction, l'attention, le langage, l'apprentissage verbal et la mémoire. A la WAIS R (Wechsler Adult Intelligence Scale Revised), les sujets avec un TPB avaient des scores plus bas significativement que les sujets contrôles, pour la partie performance, alors que les résultats sont contradictoires pour le verbal et le score global.

Le WCST (Wisconsin Card Sorting Test) qui évalue la formation des hypothèses, la solution des problèmes et les fonctions exécutives, retrouve des résultats différents suivant les études (pas de différence significative entre les deux groupes, soit un score plus bas pour les sujets TPB).

La performance concernant la perception visuelle et les tests de la mémoire faisant appel à l'évocation de matériel compliqué appris à moyen terme, est significativement diminuée chez les sujets avec un TPB (O'Leary, 1991).

5.4.3.3) Marqueurs neurologiques :

La présence d'anomalies neurologiques de type « soft signs », de même qu'un métabolisme du glucose cérébral diminué vu au TEP (Tomographie par Emission de Positons) se retrouvent chez les sujets avec un TPB, par rapport aux volontaires sains.

Un déficit du circuit frontolimbique incluant le cortex orbitofrontal, le cortex préfrontal ventrolatéral, l'amygdale, l'hippocampe, le gyrus fusiforme, le cortex cingulaire antérieur, les ganglions de la base et le thalamus a été mis en évidence chez les sujets ayant un TPB. Un volume diminué de l'amygdale et de l'hippocampe, structures impliquées dans la régulation émotionnelle, est retrouvé chez le sujet TPB, par rapport au sujet sain (Rossi, 2015). Une hyperactivation amygdalienne se retrouve également lors de stimuli émotionnels. De même, des anomalies de densité de la substance grise (une baisse, essentiellement) sont mises en évidence par rapport aux sujets sains (Rossi, 2015).

Les anomalies du circuit frontolimbique (aire pariétale postérieure) seraient à relier aux symptômes dissociatifs présents chez le sujet TPB. Le gyrus préfrontal médial et la jonction temporopariétale présentent des densités diminuées or ces zones sont impliquées dans la reconnaissance d'émotions, d'où les difficultés retrouvées chez le sujet TPB.

5.5) TPB et traumatismes :

L'importance des traumatismes psychologiques de l'enfance chez les sujets avec un trouble de personnalité borderline, est bien documentée.

L'abus physique serait à corrélérer à une évolution vers un trouble de l'humeur chez le sujet TPB, alors que l'abus sexuel le serait vers un état de stress post-traumatique. Les négligences émotionnelles seraient plus associées à des phénomènes thymiques tels que les tentatives de suicide, la dépression.

Même si les études retrouvant ces résultats présentent des biais, tels que le biais de remémoration, il ressort que, suivant la nature du psychotraumatisme, il en résulte un développement différent.

5.6) TPB et adolescence :

5.6.1) Epidémiologie et psychopathologie :

La prévalence du trouble de personnalité borderline chez l'adolescent en population générale est évaluée à 3,3% (Zanarini, 2003), d'autres études retrouvent entre 6% et 18%, ce qui est largement supérieur à ce qui est retrouvé chez l'adulte. Cette différence de prévalence questionne sur la stabilité temporelle du trouble. Le diagnostic catégoriel du TPB à l'adolescence a une valeur prédictive faible. Le sexe ratio de TPB adolescent est de 1, en population générale et de un tiers, en population clinique.

L'approche dimensionnelle aurait un intérêt en permettant une meilleure stabilité diagnostique de l'adolescence à l'âge adulte, mais quelles dimensions sémiologiques perdureraient ?

L'intensité des symptômes indiquerait la sévérité du TPB, ce qui pourrait présager d'une persistance à l'âge adulte. Certains auteurs (Miller, 2008) proposent de distinguer deux sous-groupes d'adolescents, ceux sévèrement atteints dont le diagnostic serait stable à l'âge adulte, et ceux moins atteints dont le diagnostic à l'âge adulte est incertain (Knafo, 2013). Mais les données disponibles sont insuffisantes pour identifier les facteurs d'évolution favorables.

D'autres auteurs identifiaient des « symptômes prédictifs » de la persistance du TPB à l'âge adulte, entendons par là seulement la dimension sémiologique et non pas ce que l'on pourrait qualifier de facteurs de risque ou de protection. Il s'agirait du sentiment de vide et d'ennui (Garnet, 1994), du trouble de l'identité, de l'instabilité affective et la colère (Becker, 2001).

L'abus de substances se retrouve fréquemment associé au trouble de personnalité borderline chez l'adulte, laissant l'interrogation de savoir s'il existe un lien entre cette consommation de substances et l'adolescence puis la fonction de la consommation de substances, dans l'économie psychique du sujet borderline.

Plus de la moitié des adolescents hospitalisés en psychiatrie présenteraient un trouble de personnalité borderline selon les critères DSM (Guelfi J.-D., 2014).

Le tableau clinique présenté par les adolescents supposés avoir ce trouble est souvent bruyant :

- tentatives de suicide itératives et graves, automutilations

- épisodes psychotiques aigus transitoires (dépersonnalisation, déréalisation)
- conduites impulsives (prises de risque, vols, rixes, colère non contrôlée)
- conduites addictives (alcool, drogues, crises de boulimie).

Le reste de la symptomatologie se trouve masqué, il s'agit du sentiment de vide persistant, une identité de soi diffuse, une lutte pour éviter l'abandon, des fluctuations d'humeur rapides, ou plus visible telles que, des relations interpersonnelles violentes et chaotiques.

La clinique chez l'adolescent retrouve les trois dimensions fondamentales :

- la dysrégulation émotionnelle
- la dysrégulation comportementale avec impulsivité
- la perturbation identitaire avec des troubles des relations interpersonnelles.

Le taux de persistance dans le temps du TPB n'excéderait guère 33% selon Bernstein (1993). Ce qui revient à évoquer une psychopathologie développementale, c'est-à-dire le tempérament influencerait la façon de percevoir et d'interpréter l'environnement. Sur le plan développemental, les patients ayant un TPB ont davantage la capacité de se remémorer les difficultés de séparation, que les patients ayant un autre trouble de personnalité, de même, ils sont davantage susceptibles de rapporter une réactivité marquée de l'humeur et une faible tolérance à la frustration dans l'enfance.

Les hypothèses étiopathogéniques sont diverses, faisant intervenir l'association de facteurs environnementaux pendant l'enfance (carence de soins, abus sexuels, distorsions du rôle parental), des facteurs socioculturels et une vulnérabilité individuelle (niveau d'impulsivité, tempérament). L'interaction gène/environnement signifie que le sujet est sensible à certains facteurs de risque environnementaux et devient susceptible de développer telle ou telle psychopathologie. Par ailleurs, les corrélations gène/environnement vont intervenir pour faire le lien entre la psychopathologie infanto-juvénile et les conduites parentales, sans présager de la direction de l'effet. Ainsi, partant de l'hypothèse d'une interaction bidirectionnelle entre le tempérament de l'enfant et le caractère des parents, l'existence d'une rétroaction bidirectionnelle entre tempérament et environnement, est évoquée (Renaud, 2004).

Le vécu de maltraitance infantile, que ce soit un abus physique (retrouvé chez 25 à 73% des patients), un abus sexuel (chez 40 à 76%) ou une négligence (chez 92%) semble corrélé au développement d'un trouble de personnalité borderline (Paris, 1993).

Les expériences traumatiques précoces telles que l'abus sexuel dans l'enfance, contribueraient à un trouble du développement du self marqué par le clivage, avec comme conséquence, un arrêt dans le processus de séparation/individuation et un vécu dépressif de type anaclitique. La dépendance relationnelle compensatrice qui en découle, est elle-même génératrice de crises abandonniques destructurantes et renforçatrices de la dimension anaclitique de la personnalité. L'importance des traumatismes psychologiques de l'enfance chez les sujets avec un trouble de personnalité borderline, est bien documentée.

L'abus physique serait à corrélérer à une évolution vers un trouble de l'humeur chez le sujet TPB, alors que l'abus sexuel le serait vers un état de stress post-traumatique. Les négligences émotionnelles seraient plus associées à des phénomènes thymiques tels que les tentatives de suicide, la dépression. Même si les études retrouvant ces résultats présentent des biais, tels que le biais de remémoration, il ressort que, suivant la nature du psychotraumatisme, il en résulte un développement différent.

Cependant les études nécessaires pour confirmer ces hypothèses font défaut car peu valides sur le plan méthodologique (pas de groupe contrôle, petit effectif).

Le réseau EURNET-BPD (European Research Network in Borderline Personality Disorder) travaille actuellement sur l'identification des caractéristiques psychopathologiques spécifiques au trouble de personnalité borderline.

5.6.2) TPB et attachement :

Les difficultés interpersonnelles qui sont au cœur du TPB, empêchent le sujet TPB d'établir des relations stables et sécurisantes. Le développement de cette compétence se fait très précocement dans l'enfance. Selon la théorie de l'attachement de Bowlby (1969)¹, l'enfant va développer une stratégie relationnelle primaire, en vue d'obtenir l'attention de la figure d'attachement (la mère, en général). L'attachement participe à la maîtrise des émotions, la figure d'attachement aide l'enfant à acquérir un contrôle sur les états internes, à surmonter

¹ Bowlby J., Attachment and loss : attachment, vol 1, Basic books, NY 1969

l'anxiété générée face à une situation de stress et le rendre autonome dans la gestion des affects.

Ainsi un attachement 'secure', c'est la recherche de réconfort et de soutien avec la figure d'attachement.

Face à une situation 'étrange' (c'est-à-dire la situation qui sépare l'enfant de sa mère), et lorsque la figure d'attachement n'a pu répondre aux besoins de l'enfant pour lui permettre d'établir une base 'secure', l'enfant va mettre en jeu les stratégies d'attachement secondaires ; ces stratégies correspondent à un attachement 'insecure' avec deux types, 'insecure' évitant, l'enfant se maintient à distance (échec du 'Holding'), 'insecure' ambivalent, l'enfant présente un agrippement angoissé et une agressivité relationnelle. Tandis que l'enfant ayant un attachement 'secure', ne va pas modifier son comportement du fait de l'efficacité du comportement inné (Ainsworth, 1978)².

Certains enfants ne vont présenter aucun des trois types d'attachement précédemment cités et se reconnaissent dans l'attachement désorganisé (Main, 1988)³. Il s'agit d'une impossibilité d'établir une stratégie relationnelle, amenant des attitudes contradictoires à la fois la recherche de proximité vis-à-vis de la figure d'attachement, et des comportements de fuite et d'éloignement.

Ces réponses sont internalisées, nommées 'modèles internes opérants', selon Bowlby et se construisent au fil des interactions.

Ces modèles dépendraient de deux concepts :

- le concept de soi, savoir si l'enfant se considère ou non comme une personne méritant l'attention, la protection et le réconfort de son parent
- le concept d'autrui, savoir si l'enfant se représente la figure d'attachement, comme capable et prête à offrir la protection, l'attention et l'affection nécessaire.

Des dysfonctionnements concernant ces deux concepts se retrouvent dans les symptômes du TPB.

En résumé, un attachement de mauvaise qualité affectera l'image de soi, les relations interpersonnelles et la gestion des émotions, autant de critères retrouvés dans le TPB pouvant être des facteurs de vulnérabilité, à développer un TPB à l'âge adulte.

² Ainsworth M.D., Patterns of attachment : a psychological study of the strange situation, Hillsdale, NJ 1978

³ Main M., Solomon J., Discovery of an insecure disorganized/disoriented attachment pattern: procedure, findings and implications for the classification of behavior, Affect dev inf, 1986

Un attachement 'insecure' est retrouvé chez les sujets TPB, et même s'il reste difficile d'en préciser le type du fait des outils d'évaluation multiples non concordants, le type désorganisé paraît pertinent.

Le type d'attachement développé pendant l'enfance, et précisément le type désorganisé, perdue à l'adolescence et à l'âge adulte (Obsuth, 2013) participant, pour une part, au développement du TPB.

5.6.3) TDHA et TPB :

Plusieurs traits du trouble de personnalité borderline tels que l'intolérance à la frustration, les fluctuations thymiques, les comportements suicidaires et impulsifs rappellent le fonctionnement des enfants TDAH (trouble déficit de l'attention, hyperactivité). D'où l'hypothèse selon laquelle le TDAH serait un facteur de risque, pour certains sujets ayant un trouble de personnalité borderline, notamment un sous-groupe caractérisé par des éléments impulsifs prédominants (Speranza, 2011).

Un des résultats de l'étude EURNET-BPD retrouve que l'impulsivité attentionnelle de la BIS-11 (comprenant l'attention et l'instabilité cognitive) était significativement associée au TDAH (OR 2.21, IC 1.03-4.74). Cette étude suggère que le sous-type impulsif de la CIM-10 pourrait être associé à un profil développemental avec des symptômes TDAH persistant depuis l'enfance (Bernardi, 2011). Les auteurs concluent également que le déficit du contrôle inhibiteur pourrait être un déficit central du trouble de personnalité borderline (TPB), uniquement s'il est associé à un TDAH.

5.7) Prise en charge du TPB :

La prise en charge du TPB doit s'inscrire dans le long terme, elle fait appel à plusieurs types de traitements parallèles, pharmacologiques et psychothérapeutiques.

5.7.1) Prise en charge pharmacologique :

Une métaanalyse (Lieb, 2010) répertorie les différentes classes pharmacologiques utilisées dans le trouble de personnalité borderline.

Seuls les essais cliniques contrôlés randomisés traitant divers symptômes du TPB sont retenus.

Le tableau 1 ci-après présente les différents essais inclus.

Tableau 1 : Caractéristiques des essais contrôlés, randomisés

Table 1 Characteristics of included randomised comparisons		
Study	Treatments	Mean dose
Bogenschutz 2004 ¹⁸	Olanzapine v. placebo	6.9 mg/day
De la Fuente 1994 ¹⁹	Carbamazepine v. placebo	Blood levels 6.4–7.1 µg/ml
Eli Lilly 2007a ²²	Olanzapine v. placebo	7.1 mg/day ^a
Eli Lilly 2007b ²¹	Olanzapine v. placebo	6.7 mg ^a
Frankenburg 2002 ²³	Valproate semisodium v. placebo	850 mg/day
Goldberg 1986 ²³	Thiothixene v. placebo	8.7 mg/day
Hallahan 2007 ²⁴	Omega-3 fatty acids v. placebo	1.2 g/day of E-EPA + 0.9 g/day of DHA
Hollander 2001 ²⁵	Valproate semisodium v. placebo	Mean blood valproate level 64.6 µg/ml
Leone 1982 ²⁶	Loxapine Chlorpromazine v. placebo	14.4 mg/day 110 mg/day
Linehan 2008 ²⁷	Olanzapine v. placebo	4.5 mg/day ^b
Loew 2006 ²⁸	Topiramate v. placebo	200 mg/day
Montgomery 1979 ³⁰	Flupentixol decanoate i.m. v. placebo	20 mg/4 weeks
Montgomery 1981 ²⁹	Mianserin v. placebo	30 mg/day
Nickel 2004 ³¹	Topiramate v. placebo	250 mg/day
Nickel 2005 ³²	Topiramate v. placebo	250 mg/day
Nickel 2006 ³³	Aripiprazole v. placebo	15 mg/day
Pascual 2008 ³⁴	Ziprasidone v. placebo	81 mg/day
Rinne 2002 ³⁵	Fluvoxamine v. placebo	150 mg/day
Salzman 1995 ³⁶	Fluoxetine v. placebo	40 mg/day
Simpson 2004 ³⁷	Fluoxetine v. placebo	40 mg/day ^b
Soler 2005 ³⁸	Olanzapine v. placebo	8.9 mg/day ^b
Soloff 1993 ⁴⁰	Haloperidol Phenelzine sulfate v. placebo	3.9 mg/day 60.45 mg/day
Soloff 1989 ³⁹	Haloperidol Amitriptyline v. placebo	4.8 mg/day 149.1 mg/day
Tritt 2005 ⁴¹	Lamotrigine v. placebo	200 mg/day
Zanarini 2001 ⁴²	Olanzapine v. placebo	5.3 mg/day
Zanarini 2003 ⁴⁴	Omega-3 fatty acids v. placebo	1 g/day of E-EPA
Zanarini 2004 ⁴³	Olanzapine Fluoxetine Olanzapine + fluoxetine	3.3 mg/day 15.0 mg/day 3.2 mg/day olanzapine + 12.7 mg/day fluoxetine

E-EPA, ethyl esterised eicosapentaenoic acid; DHA, docosahexaenoic acid;
i.m., intramuscular.
a. Mean modal dose.
b. All participants received concomitant dialectical behaviour therapy.

Les indications se font hors AMM.

Au total, ce sont cinq classes thérapeutiques retenues dans le traitement pharmacologique des TPB :

- les antipsychotiques de 1^{ère} génération
- les antipsychotiques de 2^{ème} génération
- les thymorégulateurs
- les antidépresseurs
- les acides gras oméga 3

Cible thérapeutique des différentes classes thérapeutiques dans le traitement du TPB (selon Lieb, 2010) :

Classe pharmacologique	AP1G Halopéridol	AP1G Flupentixol	AP2G Aripiprazole	AP2G Olanzapine
Symptôme				
Colère	×		×	×
Symptômes psychotiques			×	×
Risque suicidaire		×		
Instabilité affective				×
Difficultés interpersonnelles			×	
Dépression			×	×
Impulsivité			×	
Anxiété			×	×

Thymorégulateur	Divalproate de sodium	Lamotrigine	Topiramate
Symptôme			
Colère	×	×	
Difficultés interpersonnelles	×		×
Dépression	×		
Impulsivité		×	×

S'agissant des études avec les antidépresseurs, seul l'amitryptiline (antidépresseur tricyclique) a une efficacité antidépressive dans le TPB.

Cette méta analyse est une proposition thérapeutique, le NICE en est une autre. En effet il n'existe pas de consensus s'agissant du traitement pharmacologique des sujets TPB.

5.7.2) Prise en charge psychothérapeutique :

La prise en charge du TPB doit tenir compte des manifestations cliniques de dysrégulation affective et permettre au patient d'acquérir les compétences d'une meilleure régulation des affects, mais aussi devrait permettre au patient de comprendre en détail ses expériences affectives, afin de changer en profondeur. Si la psychothérapie est au cœur de la prise en charge du patient borderline, elle ne devra pas s'écarter de ces objectifs cités précédemment et ainsi favoriser des mécanismes globaux de changement. Parmi les principaux mécanismes de changement sont retrouvés l'augmentation des compétences de gestion du problème et la clarification du sens. Toute psychothérapie, peu importe son orientation, passerait donc par l'un ou l'autre de ces principes globaux afin d'être efficace, et l'intégration des deux principes dans une même thérapie devrait potentialiser l'effet du traitement. En ce qui concerne l'augmentation des compétences de régulation affective, Neacsiu et al. ont montré que l'acquisition des compétences spécifiques, fonctionnait comme médiateur du traitement comportemental dialectique, face au trouble de la personnalité borderline.

En ce qui concerne des processus associés au concept de clarification, il a été montré que la profondeur du traitement émotionnel prédit le résultat de la psychothérapie, et ceci à travers des opérationnalisations et des approches thérapeutiques diverses. L'approfondissement de l'affect peut être défini comme « un processus thérapeutique ayant lieu chez le patient, auquel contribuent à la fois le patient et le thérapeute, qui se centre sur le vécu affectif du patient dans une situation précise, ainsi que sur la signification individuelle de ce vécu, dans le but d'une intensification de cet affect accompagnant une compréhension idiosyncratique et d'intégration progressive avec d'autres éléments affectifs et cognitifs » (Kramer, 2011).

5.7.2.1) Traitement du TPB en deux phases principales : le modèle comportemental dialectique

Selon le modèle de Linehan, trois dimensions dichotomiques peuvent être identifiées : une vulnérabilité émotionnelle en interaction avec un entourage non sécurisant, une passivité cachée par une apparence impulsive, une tendance aux crises émotionnelles liée à une inhibition de la souffrance. Il existerait plusieurs catégories de TPB, avec en particulier, celle présentant des histoires répétitives de comportements autodestructeurs (Linehan, 1993).

Le travail thérapeutique avec les affects, selon le modèle de Linehan, spécifiquement développé en adéquation avec les exigences psychopathologiques du trouble de la personnalité borderline, se centre avant tout sur la régulation de ces affects. Les déficits spécifiques dans la régulation des affects doivent être traités en amont de tout autre problème, dans une première phase de traitement, y compris les techniques comportementales de contrôle du stimulus et de la gestion de la crise. Les objectifs de cette première phase de traitement sont principalement une absence de comportements suicidaires et auto-dommageables (y compris les menaces), une capacité de modulation des émotions (détresse, colère, honte, culpabilité, haine et angoisse), un endiguement des symptômes de dissociation et la résolution de problèmes en lien avec la survie (absence de consommations de toxiques, absence d'environnement traumatisant).

Une technique particulièrement utile à ce stade est la pleine conscience (Mindfulness). Tout en adoptant la position bouddhiste de méditer sans objectif, elle peut permettre paradoxalement de se rapprocher de l'objectif d'une prise de distance saine par rapport aux sensations, affects et impulsions. La pratique régulière de ces techniques de méditation permet de concevoir les affects en tant qu'affects, de profondément les accepter pour ce qu'ils sont.

La deuxième phase de traitement comprend le traitement des traumatismes sous-jacents. Elle a comme objectif principal, l'identification et la révision des schémas sous-jacents aux traumas. Les techniques utilisées dans ce modèle sont compatibles avec celles décrites pour les traitements du stress post-traumatique, en utilisant des techniques d'exposition et de l'inhibition des comportements d'évitement en lien avec les affects. Dans ce sens, l'objectif de l'amélioration de la régulation émotionnelle, visant des compétences de régulation de l'affect, est aussi au coeur de la deuxième phase, mais avec d'autres méthodes que durant la première phase de traitement.

Il faut noter que certaines personnes présentant un trouble de la personnalité borderline n'ont pas souffert d'un trauma qui justifierait la mise en place de techniques d'exposition pour le traitement des conséquences cognitives et affectives de ces événements.

En résumé, le modèle en deux phases décrit deux familles de techniques visant l'amélioration de la régulation émotionnelle au sens large du terme (i.e., régulation émotionnelle au sens strict et révision des schémas associés aux traumas).

Rien n'y est dit concernant la clarification, par exemple la proposition explicite de rester avec un affect éprouvé en séance, dans le but d'en extraire une nouvelle signification, ni sur l'approfondissement de l'affect.

Nous souhaitons aussi noter que malgré l'ensemble des principes énumérés, le traitement du trouble de la personnalité borderline peut rester une aventure difficile pour le thérapeute et une certaine attitude de modestie s'impose dans ce contexte. Citons l'importance de la relation thérapeutique tout particulièrement au début du traitement.

Concernant les traitements comportementaux dialectiques, le médiateur principal est l'augmentation de la qualité des compétences de régulation des émotions. La relation thérapeutique en soi est peu conceptualisée dans cette approche, même s'il y a mention à plusieurs reprises dans les écrits de Linehan, alors qu'elle doit être particulièrement importante en ce début de traitement focalisé sur la régulation des affects.

La directivité thérapeutique et la haute structure de ces traitements focalisés sur la régulation de l'affect, rassurent le patient et permettent en parallèle d'augmenter la confiance en le thérapeute, sans que la dimension collaborative ne soit spécifiquement adressée.

Une piste de recherche serait de proposer, pour les traitements comportemento-dialectiques, une offre thérapeutique individualisée et adaptée aux besoins spécifiques du patient.

5.7.2.2) Le MBT : Mentalization-based treatment :

Cette psychothérapie est basée sur la théorie de l'attachement, elle est un modèle intégratif qui fait appel à la fois à la thérapie cognitive et à la théorie de l'esprit (Bateman & Fonagy, 2008). Elle se focalise sur les capacités du sujet à pouvoir mentaliser des souhaits, des envies, aussi bien en soi qu'en l'autre. Elle fait référence au type d'attachement construit durant l'enfance, le plus souvent 'insecure' pour les sujets TPB. Elle permet au sujet de développer des représentations internes stables, la formation d'une image cohérente du soi afin d'acquérir la capacité de créer des relations sécures.

Il existe de nombreuses autres prises en charge telles que la thérapie reconstructive interpersonnelle, la thérapie cognitive analytique. L'essentiel est de créer une relation thérapeutique avec le patient et de l'entretenir. Reste à savoir jusqu'où aller.

PARTIE CLINIQUE

V) CAS CLINIQUES

Nous avons choisi de présenter trois vignettes cliniques, chacune illustrant un trouble de personnalité avec un passage à l'acte suicidaire. Ces cas cliniques sont des patients inclus dans l'étude clinique ou suivis à la polyclinique de l'hôpital saint Roch après passage au CAP.

1) Cas clinique n°1 : Me B.

Ce cas clinique sera divisé en trois parties, correspondant à des hospitalisations différentes successives.

1.1) Présentation clinique : 1^{ère} hospitalisation

- Motif d'hospitalisation :

Femme de 42 ans hospitalisée pour troubles du comportement au domicile, dans un contexte de difficultés conjugales.

- Antécédents médicaux :

Une hypothyroïdie substituée, suite à une lobo-isthmectomie thyroïdienne gauche pour nodules.

Elle est en euthyroïdie actuellement.

- Antécédents psychiatriques :

La patiente avait consulté auparavant à deux reprises au CAP (Centre d'Accueil Psychiatrique) pour anxiété, avec un retour au domicile au décours.

- Antécédents psychiatriques familiaux :

Dépression chez la mère.

- Mode de vie :

La patiente vit avec sa famille dans un petit village dans l'arrière pays niçois. Elle a un fils aîné de 20 ans d'un premier lit et deux autres enfants, une fille de 11 ans et un fils de 8 ans de son mari actuel. Elle est mariée depuis 15 ans, travaille dans la société familiale de son mari,

comme vendeuse de spécialités glacées. Ils ont fait construire récemment leur maison, qui n'est pas encore complètement payée, un crédit est en cours.

Elle a un certificat d'aptitude professionnelle, CAP de coiffure et sitôt obtenu, elle a quitté le foyer parental. Elle a eu son premier enfant rapidement après mais n'est pas restée en couple avec le père de l'enfant. Très peu de temps après, elle retrouve un ami d'enfance, de 7 ans son cadet, son mari actuel et se marie très rapidement. Elle va alors travailler dans la société de pâtisserie de son mari.

- Histoire de la maladie :

Me B. est hospitalisée au CHU Pasteur, service ouvert, adressée par le CAP du CHU St Roch, pour un trouble du comportement au domicile, dans un contexte de difficultés conjugales. La patiente a pris une hache et a tenté de démolir les murs de la maison. Elle a été conduite au CAP par les pompiers, alertés par le voisinage, étant donné la dangerosité apparente de la patiente.

Elle accepte d'être hospitalisée et est transférée en service ouvert, au CHU Pasteur.

- Entretien d'entrée :

A son arrivée dans le service, le contact n'est pas mauvais. Elle est souriante, un sourire comme figé, malgré tout et peu adapté à la circonstance. Cette présentation lui permet une contenance face à ces lieux inconnus.

C'est son premier contact avec la psychiatrie, elle n'est pas impressionnée par la structure et se sent très à l'aise immédiatement. Elle est calme et reconnaît avoir été violente mais justifie son comportement : « Mon mari m'a dit qu'il me quittait pour une autre, comme ça brusquement. Je ne m'y attendais pas. J'étais en colère et j'avais besoin de déverser ma colère, alors j'ai pris la hache. C'est la maison que l'on a construite ensemble. Elle est autant à moi qu'à lui, j'avais besoin de me calmer. J'ai l'impression d'avoir tout perdu. »

Le récit est inchangé par rapport à ce qui a été dit au CAP. Elle rajoute : « N'importe qui dans ma situation aurait fait la même chose. Il y a plein de gens qui se séparent et qui se tapent dessus, sans se retrouvaient hospitalisés pour autant ! J'ai rien fait d'exceptionnel, j'avais besoin de me calmer. »

Elle dira par la suite, mais bien plus tard : « Mon mari, c'est tout pour moi, il est à la fois mon père, mon frère, mon mari, mon ami. Je me repose entièrement sur lui. Sans lui, je ne suis plus rien, mon monde s'écroule. »

- Conduite à tenir :

La prise en charge a consisté en une hospitalisation libre complète et un traitement anxiolytique par benzodiazépine : oxazépam (Séresta®) 10mg x3/j, associé à un neuroleptique de première génération à faible dose, en si besoin : cyamémazine (Tercian®) 25mg x2/j, associé à un hypnotique, zopiclone (Imovane®) 7,5mg x1/j au coucher. Le traitement prescrit est symptomatique, durant cette période d'observation clinique.

- Evolution :

Les entretiens psychiatriques ne permettent pas de faire émerger une critique du trouble du comportement de la patiente. Elle réitère à chaque entretien les mêmes propos, dénués de tout affect, tantôt présentant des mécanismes de défense pseudohystrioniques (attitudes de prestance, théâtralisme dans le comportement avec séduction), tantôt banalisant son comportement.

Me B. voit ses enfants dans le jardin de l'hôpital, ainsi que son mari, venu accompagner leurs enfants.

Quatre jours après son arrivée, elle fugue du service. Jointe par téléphone, elle dira qu'elle « en a marre de tout », en pleurant. Son mari la ramènera dans la soirée du même jour. Lors de l'entretien, la patiente présente une tension psychique avec une agitation psychomotrice, une anxiété importante et une impulsivité imminente. Elle verbalise un désespoir, « je ne crois plus en rien ». L'ambivalence aux soins est présente. Le psychiatre de garde propose de poursuivre l'hospitalisation dans un service fermé, plus contenant. Elle entend cette proposition sans y adhérer. Elle dit ne pas avoir des idées suicidaires. « J'ai eu un coup de blues. J'ai eu envie de rentrer chez moi. Je sais que je vais me 'refaire', mais là, c'est trop tôt. » Elle est conduite pour la nuit en service fermé. Le traitement anxiolytique est majoré.

A son retour dans le service ouvert, le discours paraît peu authentique : « Je sais qu'il ne faut pas faire cela. Je sais que c'est mal mais je voudrais que mon mari souffre, qu'il soit malheureux comme je le suis. Pour lui c'est facile, il a tout décidé. Je préférerais brûler la maison que la vendre, j'ai tout perdu. »

L'humeur est triste avec une anhédonie. Elle évalue son moral à 7/10, ce qui, pour la patiente, est bas car elle précise qu'elle avait toujours bon moral.

Un traitement anti-dépresseur par ISRS, escitalopram (Séroplex®) 10mg x1/j est débuté, associé à un anxiolytique, hydroxyzine (Atarax®) 25mg x3/j. L'alliance thérapeutique demeure fragile.

L'hospitalisation se poursuit sans réel changement de l'état clinique et la sortie a lieu au bout de onze jours, avec l'adhésion de la patiente à un suivi psychiatrique au CMP. La patiente n'ayant pu élaborer des éléments de réponse à son comportement, qui selon la patiente est nouveau, il lui est proposé également un suivi psychologique qu'elle accepte.

1.2) Présentation clinique : 2^{ème} hospitalisation

Quelques semaines après sa sortie, le mari de la patiente appelle le service pour signaler que sa femme présente à nouveau des troubles du comportement de type, crises clastiques avec dégâts matériels et il demande conseil. Il semble, non seulement inquiet, mais également effrayé par sa femme. Il a informé la gendarmerie de ces faits. Je lui réponds de faire appel aux pompiers afin que sa femme soit conduite aux urgences, si elle se mettait en danger ou si elle mettait en danger des personnes. Une hospitalisation en SPDT voire SPDRE serait alors nécessaire. Cet incident est resté sans suites.

Peu de temps après, c'est un appel des urgences médicales qui fait reparler de Me B. Elle a fait une tentative de suicide (TS) avec un passage en réanimation, est hors de danger à présent mais il est préférable qu'elle soit à nouveau hospitalisée en psychiatrie, étant donnée la gravité initiale.

- Motif d'hospitalisation :

TS par intoxication médicamenteuse volontaire aux benzodiazépines (deux boîtes d'alprazolam 0.25mg prescrites par son médecin traitant).

- Entretien d'entrée :

A son arrivée, le contact est bon, la présentation toujours théâtrale avec du maquillage marqué, un décolleté large et une longueur d'ourlet courte. Les propos restent les mêmes que ceux présentés lors de la première hospitalisation : « C'est tellement brutal cette séparation, j'ai tellement mal, je voulais tout oublier, pas nécessairement mourir mais oublier, ne plus penser. ». Elle banalise son comportement et ne le critique pas ; elle se dit impulsive alors qu'elle ne se savait pas ainsi auparavant. Son discours laisse apparaître une immaturité affective. Elle verbalise néanmoins une demande d'étayage, un soutien qu'elle n'a pas. Elle n'évoque pas pour autant un entourage familial qu'elle pourrait solliciter.

L'observance thérapeutique n'a pas été bonne. La patiente a par ailleurs consulté son médecin traitant, sans mentionner le traitement déjà prescrit par le psychiatre, lors de sa précédente hospitalisation. Elle ne présente pas d'idées suicidaires ce jour.

- Conduite à tenir :

La prise en charge se fait en hospitalisation libre complète, que la patiente accepte.

Un traitement anxiolytique, antidépresseur et hypnotique est prescrit.

- Evolution :

La patiente fugue du service le jour même, en soirée.

Le mari de la patiente appellera pour dire que sa femme est chez eux, qu'elle veut récupérer les enfants, qu'elle est menaçante. Devant ses demandes de conseils, il lui est dit de conduire la patiente au CAP afin de faire une hospitalisation en SPDRE, aidé si besoin des pompiers. Cet épisode est resté sans suites.

La patiente se rendra à sa consultation psychiatrique au CMP, comme prévu. La présentation est toujours assez provocatrice, théâtrale. Le retour de son ex mari dans le village lui a fait espérer une réconciliation possible. Elle a pris un logement à proximité de son ex-mari, qui a repris la maison où il loge avec sa nouvelle compagne. Elle doit commencer un emploi dans le rayonnage, qui devrait se conclure par un CDI, après la période d'essai.

Elle présente une insomnie, une tension psychique sévère. Une participation endogène au trouble thymique est à évoquer. Le traitement anti-dépresseur par escitalopram 10mg est diminué afin de diminuer la composante sérotoninergique mal supportée, associé à la quétiapine (Xéroquel® LP) 100mg, pour l'augmenter à 200mg, x1/j à visée anxiolytique et anti-dépressive.

Le rendez-vous suivant ne sera pas honoré, ni excusé.

1.3) Présentation clinique : 3^{ème} hospitalisation

- Motif d'hospitalisation :

Troubles graves du comportement avec mise en danger d'autrui.

- Anamnèse :

La patiente s'est rendue chez son ex-mari, après une discussion téléphonique animée, afin de voir sa nouvelle compagne. Cette dernière n'ayant pas voulu lui ouvrir, c'est à coups de masse que la patiente a commencé à détruire les volets. Selon ses mots : « Je sais que c'est pas bien, mais au moment où la colère monte, je ne peux plus me contrôler. Je ne me sens pas en état de dépression, je me sens en état de colère. J'ai peur de faire du mal, si elle avait ouvert les volets, je lui aurais mis un coup de masse ».

- Conduite à tenir :

La patiente est hospitalisée en SPDRE.

- Entretien d'entrée :

Le contact est marqué par un théâtralisme, comme les précédentes hospitalisations. Elle banalise ses troubles du comportement et n'en amorce aucune critique. Le discours présente des éléments projectifs, une tendance à la victimisation et un vécu abandonnique. La symptomatologie dépressive persiste avec une perte d'espoir, une difficulté à se projeter dans l'avenir, un effondrement narcissique.

- Evolution :

Lors des entretiens, elle se décrit d'un tempérament extroverti, un 'bout en train'. Elle évoque pour la première fois les difficultés relationnelles avec ses parents, en particulier avec sa mère, qu'elle décrit comme peu maternante. Elle se sentait privée de tout par sa mère, jamais valorisée, très avare de compliments. Les parents ont toujours été très protecteurs vis-à-vis de son frère, de 5 ans son cadet. « Lui, il a besoin de nous, toi, tu sais te débrouiller. », selon les mots rapportés par la patiente en parlant de ce que lui disait sa mère.

Nous revenons sur sa biographie. La patiente a d'abord travaillé comme coiffeuse puis dans un magasin de bricolage, avant de travailler avec son ex-mari dans la société familiale.

Un antécédent d'épisode dépressif caractérisé, au décours de la perte d'un enfant mort né, lors de sa première union, est évoqué pour la première fois ; il est resté sans prise en charge au décours.

La patiente ne verbalise pas de difficultés conjugales, alors que son ex-mari avait déjà quitté le domicile conjugal pour 'faire une pause', nous l'apprenons lors d'un entretien avec le mari seul. Il existe un déni de ses difficultés conjugales, comme si ne pas les voir, les feraient disparaître. « Il a tout gâché d'avoir fait ça. On ne part pas comme ça du jour au lendemain. Un tsunami ... il venait déjà au village avec elle. J'étais pas entourée, j'ai plongé »

Pour la patiente, la situation n'était pas irréversible et encore lors de cette hospitalisation, son souhait est de retourner vivre avec lui.

Les visites sont interdites, seuls les contacts téléphoniques sont maintenus avec ses enfants.

Lors des entretiens, la patiente a des difficultés à évoquer son passé, l'entretien est quasiment exclusivement fait de questions fermées, elle ne se raconte pas ; peu d'éléments informatifs ne seraient recueillis sans ce mode d'entretien.

Suite à un appel téléphonique de son mari, ce dernier lui annonce que sa compagne est enceinte. La patiente ne vient pas en parler au poste de soins mais se réfugie dans sa chambre et passe à l'acte : elle tente de se stranguler avec un drap. Elle en sort indemne sur le plan somatique.

A l'entretien immédiatement après son passage à l'acte, elle persiste dans son désir de mourir. Elle se dit « vide », ces paroles l'ont détruite, plus rien ne compte.

- Conduite à tenir :

La patiente est mise en chambre d'isolement, en pyjama, avec une sédation et les surveillances nécessaires qui en découlent.

Le lendemain, la patiente critique son geste partiellement, se dit vulnérable, « persécutée par son mari ». Elle précise qu'elle ne sait plus réagir au stress car elle se retrouve seule, sans soutien. « Je ne pense pas à mes enfants, dans ces moments-là. ».

L'évaluation RUD retrouve :

- Risque : il est élevé.

La patiente présente un antécédent de TS (s'est jeté d'un mur, il y a 2 mois), un trouble psychiatrique. Elle a un facteur précipitant ou événement de vie stressant, sa séparation.

Il n'existe pas de facteur protecteur ; elle est en conflit avec ses proches et présente un vécu abandonnique.

- Urgence : elle est élevée.

Le projet suicidaire est immédiat, sans autre alternative.

- Dangerosité : elle est faible.

L'accessibilité au moyen est difficile.

Le RUD n'en demeure pas moins élevé.

- Evolution :

Les parents de la patiente sont vus en entretien familial, afin de les informer de l'état clinique de leur fille.

Ils sont peu en contact avec leur fille mais ils s'appellent régulièrement et avaient noté que leur fille allait moins bien depuis Août 2013. Ils confirment que leur fille ne se confiaient pas à eux et leur disaient toujours que tout allait bien, comme toujours. Ils sont disposés à se rendre présents pour leur fille, à présent. Ils semblent surpris par les événements et en minimisent leur portée.

Les antécédents familiaux retrouvent une schizophrénie chez sa tante paternelle et sa tante maternelle.

Les entretiens des jours suivants font apparaître un contact marqué par une froideur affective. Le discours reste peu authentique, ou figurant comme tel. La patiente ne parvient pas à une élaboration psychique lui permettant alors une critique de ses passages à l'acte auto- et hétéro agressifs. Le déni des troubles est massif. Elle se projette dans un avenir très idéalisé, avec un fonctionnement opératoire.

- Prise en charge :

La reprise des visites des enfants dans l'enceinte de l'hôpital, sera médiatisée par un soignant. Le traitement se poursuit avec l'ajout d'un thymorégulateur, le divalproate de sodium (Dépakote®) 500mg x 2/j progressivement augmenté, soit 750mg/j la première semaine, avec une surveillance des transaminases hépatiques et de l'hémostase à j7. La patiente présente une cytolyse hépatique à j10 (Asat : 123UI/l, Alat : 208UI/l, Gamma GT : 98UI/l). Mais

l'imputabilité extrinsèque du divalproate de sodium est difficile à affirmer, étant donné l'association avec du métronidazole (Flagyl®) 500mg x3/j, de la clindamycine 600mg x2/j et du paracétamol 500mg 2x3/j pour une cellulite faciale d'origine dentaire. La déclaration à la Pharmacovigilance est faite. L'arrêt du divalproate de sodium est préconisé.

- Entretiens de suivi dans le service :

La patiente ne manifestera que peu d'affects lorsqu'elle reparle de sa rupture et de son ex-mari. La situation est banalisée et rationalisée. Lors d'un entretien avec son ex-mari, ce dernier nous informe de l'amaigrissement récent, rapide et important de la patiente (perte de 20 kg en 2 mois). Il précise que Me B. s'en remettait entièrement à lui pour tout gérer.

A l'évocation de ses mises en danger que sont son amaigrissement important et rapide, ses relations intimes avec un autre patient dans le service, elle rationalise également. Cependant lors de cet entretien où le corps est concerné, un léger changement se produit et la patiente parle de son vécu abandonnique. Elle reproche à sa mère une froideur affective, qu'elle-même ne pourrait avoir vis-à-vis de ses enfants. Elle dit être soulagée par cette confiance et précise ne pas avoir pu et voulu en parler plus tôt car elle ne voyait pas le lien entre sa situation actuelle et son passé.

La patiente reparlera de la distance qu'elle ressent avec sa mère, elle a d'ailleurs été élevée par sa grand-mère maternelle jusqu'à l'âge de 6 ans, à la naissance de son frère. Elle décrit son père comme une personne très impulsive, parfois violent envers sa mère, avec qui elle a très peu de lien.

En résumé, la patiente considère son passé comme vide et elle ne s'en est construite un, qu'au départ du domicile parental. A présent, elle éprouve une peur et une incapacité de se projeter dans le futur. Elle se questionne sur le comportement à avoir vis-à-vis de son ex-mari. Il persiste un sentiment de préjudice avec la volonté d'obtenir réparation.

A l'évocation de sa chute volontaire d'un mur, ayant entraîné un scanner corps entier, ce qui nous a permis d'avoir connaissance de cette tentative de suicide non spontanément dite, sa réponse laisse entendre un détachement, comme si elle se coupait de ses émotions. Elle dit que c'était un moment de désespoir où elle s'était disputée avec son mari, elle l'avait menacé en lui disant : « Tu sais, je suis au bout du rouleau, je crois que je vais me foutre en l'air ». Elle avait pris la voiture et avait roulé jusqu'à trouver un pont. Elle s'était assise puis s'était laissée tomber. Un couple de passants avait vu la scène sans pouvoir l'en empêcher et avait

appelé les secours. Elle s'en tirait sans dommages corporels. La patiente dit ne pas avoir voulu en parler de peur de voir son hospitalisation se rallonger.

Les permissions sont aménagées afin de permettre à la patiente de voir ses enfants, qui sont à présent avec leur père et la nouvelle compagne de ce dernier, et de passer du temps chez elle seule. Elles se déroulent sans incidents, même si l'organisation de son temps est anxiogène.

La suite de l'hospitalisation se poursuit sans incident, l'état clinique est marqué par une thymie basse, le théâtralisme initial laisse place à une présentation plus effacée. Le suivi psychologique est poursuivi à la demande de la patiente.

La levée de SPDRE se fait avec une sortie, peu de temps au décours, avec un suivi psychiatrique et psychologique.

- Prise en charge thérapeutique :

Devant une alliance thérapeutique instable et un état clinique peu amélioré, après discussion collégiale, l'introduction de la rispéridone est décidée dans l'objectif de passer à une forme retard injectable par palipéridone (Xéplion®). La posologie de la rispéridone est augmentée jusqu'à 6mg le soir.

1.4) Discussion psychopathologique de Me B.

Me B. présente une fragilité de l'identité narrative. Elle est prise dans l'immédiateté et échoue à constituer une compréhension historique d'elle-même.

Chaque moment est vécu indépendamment des autres et ne se constitue jamais dans un passé. Le présent peut être intense, et il l'est lors de ses passages à l'acte mais il reste plat car non articulé avec le passé, ni avec le futur. Elle n'est que l'expérience présente, sa vie est une série d'épisodes déconnectés, pour preuve ses difficultés à se raconter.

Le vécu abandonnique se réactive à chaque fois qu'elle se sent abandonnée et déclenche les passages à l'acte autoagressif (les tentatives de suicides quand elle sait que son mari ne reviendra pas comme elle se l'était imaginée, la fugue du service pour retrouver ses enfants) et hétéroagressif (la destruction de la maison avec l'envie de 'détruire' la nouvelle compagne de son mari). Ces passages à l'acte violents lui permettent de se calmer, ce qui semble paradoxal, étant donné l'énergie nécessaire. Elle est dans l'acte agi, un passage par le corps et non la pensée. Ces comportements agis permettent de lutter contre son sentiment de vide intérieur, contre sa déception de l'autre qui ne peut combler ses attentes. Il en résulte un sentiment de dépression avec un désespoir et une incapacité à résoudre les difficultés de la vie sociale, due à la perte de son support affectif qu'était son mari. Le vide vient stimuler le désespoir et favorise les passages à l'acte.

Le sentiment d'être 'persécutée' par son mari correspond aux symptômes psychotiques avec une dissociation lors de moments émotionnels intenses. Sa quête de réparation d'un préjudice subi, n'est qu'une façon illusoire de se récupérer sur un mode paranoïaque.

Mais il est possible que le mari, si étayant auparavant, soit à présent rejetant au point de susciter en retour l'attitude de Me B et d'en attendre une telle réaction afin de se convaincre de sa décision de l'avoir quittée.

Le rapport à soi de Me B. est caractérisé par une estime de soi fragile, la nécessité du regard de l'autre et son désarroi quand le regard de son mari n'est plus là. Aussi solliciter la famille va lui permettre un étayage qu'elle n'a plus. La psychothérapie de soutien proposée sera un moyen de travailler sur une articulation entre le passé et le futur et pallier à une « mémoire défaillante ». Son rapport à l'autre va osciller entre un autre qui lui échappe et un autre immédiat, qui lui est donné. Ainsi Me B. va se ménager sa propre temporalité, lui permettant de s'extraire d'une pure immédiateté. Elle va apprendre à se construire dans une histoire.

1.5) Discussion nosographique :

La patiente présente, dans un premier temps, une anxiété généralisée, selon le DSM-IV, confirmé par le MINI. Ce sont des crises d'angoisse qui l'avaient fait consulter.

Une dépression d'intensité modérée à sévère apparaît lors de la seconde hospitalisation avec un score de 24/52 à l'HDRS (> 18) et de 16/39 à l'échelle de Beck.

A la SCID II, trois troubles de personnalité émergent, obsessionnel/compulsif, paranoïaque et borderline, tandis que le PDQ 4 retrouve le trouble de personnalité borderline, dépressive, paranoïaque mais pas obsessionnelle compulsive.

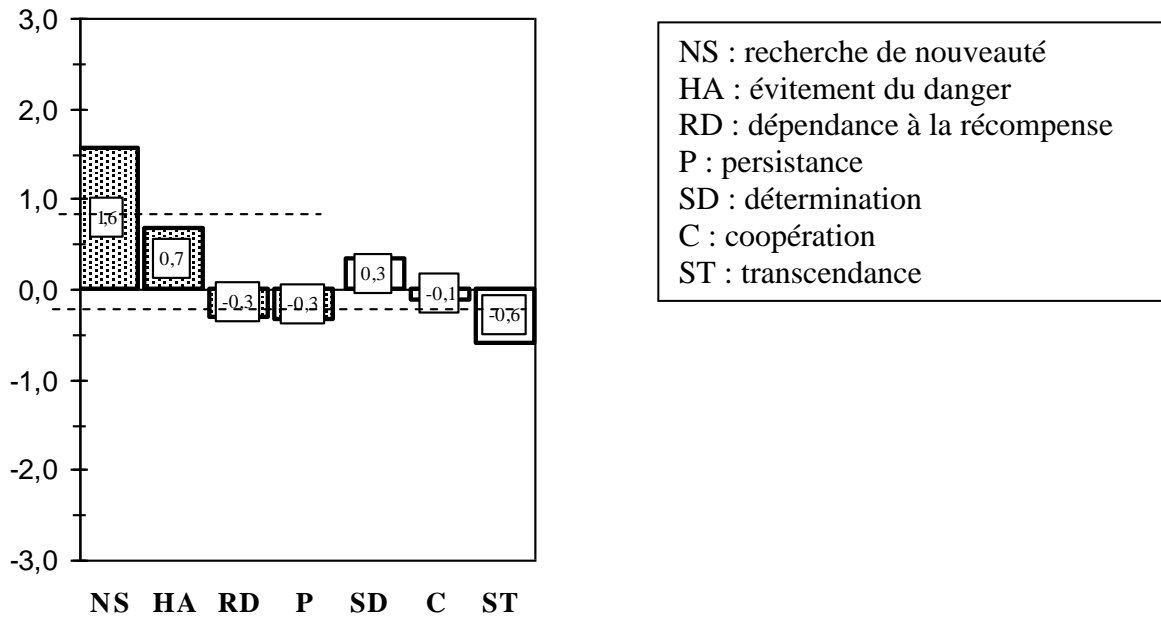
Le TCI permet de préciser les traits de personnalité :

- la recherche de nouveauté est de 63% (écart-type : 1.6)
- l'évitement du danger est de 60% (écart-type : 0.7)
- la dépendance à la récompense est de 54% (écart-type : -0.3)
- la persistance est de 50% (écart-type : -0.3)
- la détermination est de 77% (écart-type : 0.3)
- la coopération est de 74% (écart-type : -0.1)
- la transcendance est de 30% (écart-type : -0.6).

Des scores élevés à la recherche de nouveauté et à l'évitement du danger sont corrélés au passage à l'acte suicidaire (Perroud, 2013).

Le trait de personnalité qui ressort est le type explosif (borderline) avec un taux de 24%, peu probable (voir le schéma ci-dessous). En effet, des taux élevés concernant les dimensions détermination et coopération, ayant trait au caractère, s'avèreraient corrélées négativement à l'existence d'un trouble de personnalité (Pélissolo, 1997).

Ecart-types / normes



La BIS 11 retrouve une impulsivité présente dans les trois dimensions, impulsivité motrice 15/44 (>11/44), impulsivité cognitive 14/32 (>8/44), difficultés de planification 18/44 (>11/44) avec un score total de 47 (>46,5).

Il n'y a pas d'ESPT, la PCLS est de 38/85 (<44/85).

Avec les résultats des différentes échelles, nous voyons que le tableau clinique résulte d'une interaction entre les deux axes I et II du DSM-IV. Ainsi il ressort de son comportement, l'impulsivité avec la composante 'difficultés de planification' expliquant son apparent détachement.

Le trouble de personnalité paranoïaque pourrait expliquer le vécu de préjudice qu'elle a vis-à-vis de son ex mari.

Ce qui explique le plus complètement le tableau clinique est le trouble de personnalité borderline, avec la dépressivité qui en découle.

1.6) Discussion thérapeutique :

Les antidépresseurs ISRS ont été proposés dans la prise en charge de l'agressivité et de l'impulsivité. Il en est ressorti un intérêt, notamment pour la fluoxétine (Coccaro, 1997) et le citalopram (Reist, 2003).

Dans une autre étude contrôlée randomisée, la paroxétine à 40mg/j s'est avérée efficace dans la prévention des passages à l'acte suicidaire, en réduisant par cinq leur nombre par rapport au groupe témoin (Verkes, 1998).

Dans notre cas, le choix d'un antidépresseur IRSNa (inhibiteur de la recapture de la sérotonine et la noradrénaline), la venlafaxine, se justifie par son action à visée anti-impulsive et anxiolytique. Il aurait pu se discuter la paroxétine pour son action de prévention du passage à l'acte suicidaire.

Une étude contrôlée randomisée retrouve une action du divalproate de sodium, sur l'impulsivité et l'hostilité (Hollander, 2001).

Ce thymorégulateur n'a pas pu être continué, par principe de précaution, devant l'augmentation des transaminases.

Avantages et inconvénients des antiépileptiques :

Molécules	Points + du traitement	Points – du traitement
Divalproate de sodium (Dépakote®)	Efficacité sur la colère, la dépression et les relations interpersonnelles (NICE guideline for BPD)	Surveillance hépatique, prise de poids
Lamotrigine (Lamictal®)	Efficacité sur la colère, l'impulsivité, l'instabilité affective	Surveillance cutanée, céphalées, arthralgies
Topiramate (Epilemax®)	Efficacité sur l'anxiété, l'impulsivité, les problèmes interpersonnels	Anorexie, vertiges, somnolence, paresthésie

Les antipsychotiques de seconde génération (AP2G) dans le trouble de personnalité borderline semblent avoir une action plutôt large, aussi bien sur l'humeur dépressive, l'anxiété, l'impulsivité, les tendances suicidaires, les relations interpersonnelles, que sur les manifestations du registre psychotique.

Notre choix s'est porté sur la rispéridone afin de passer à la palipéridone, forme injectable à action prolongée. Me B. est peu observante et cet antipsychotique à action prolongée, permet d'améliorer l'observance thérapeutique, pour une part.

Les APAP (antipsychotiques d'action prolongée) n'ont pas d'AMM dans cette indication.

Avantages et inconvénients des AP2G :

Molécules	Points + du traitement	Points – du traitement
Aripiprazole (Abilify®)	Moindre syndrome métabolique Efficacité anti-impulsive (Nickel, 2006)	Insomnie, anxiété, céphalées
Olanzapine (Zyprexa®)	Efficacité sur l'auto mutilation, anxiolytique	Prise de poids, syndrome métabolique, somnolence
Quétiapine (Xéroquel®)	Efficacité dans le TPB à faible dose (150mg/j) (Black, 2013)	Sédation, prise de poids
Rispéridone (Risperdal®)	Efficacité anti-impulsive	Syndromes métabolique, extra pyramidal, prise de poids, allongement QTc, hyperprolactnémie
Palipéridone (Xéplion®)	Forme injectable à action prolongée	Moindre efficacité/rispéridone ?

2) Cas clinique n°2 : Me C.

2.1) Présentation clinique :

- Motif de consultation :

Patiente de 59 ans consulte pour des idées noires évoluant depuis quelques mois.

- Antécédents médicaux :

- Hypertension artérielle
- Glaucome

- Antécédents psychiatriques :

- Episode dépressif caractérisé traité par antidépresseur, suivi par le médecin traitant, il y a deux ans
- TS par IMV

- Mode de vie :

La patiente vit seule depuis sa séparation avec son compagnon, il y a quelques mois (décembre 2013). Elle est restée en couple pendant cinq ans, auparavant vivait seule. Elle a changé de département (venue du Var, à Nice), quand elle s'est séparée. Elle est sans enfant. Elle travaillait avec son compagnon qui était gérant d'un bar restaurant. Depuis, elle a eu des CDD pour des postes de secrétariat et ne travaille plus actuellement. Son compagnon est décrit par la patiente, alcoolodépendant et violent tant verbalement que physiquement, envers elle. Elle est locataire de son logement. Elle n'a plus de famille, mis à part un frère qu'elle ne voit pas.

- Histoire de la maladie :

Depuis sa rupture sentimentale, la patiente décrit un isolement social, en partie dû à son déménagement mais associé à une humeur triste, une anhédonie, une aboulie et un pragmatisme. Le sommeil est perturbé avec des réveils précoces et une impossibilité de ré endormissement. Le ralentissement psychomoteur est net. La symptomatologie dépressive évolue depuis plusieurs semaines. La patiente a consulté un médecin généraliste en lui expliquant son mal-être et son anxiété importante. Il existe une surconsommation de

benzodiazépines (bromazépam) et une alcoolodépendance entre 30 et 60 g/jour. La consommation alcoolique est minimisée et rationalisée. La patiente dit « c'est un appoint, ça me donne un peu de gaieté, j'arrêterai quand je me sentirai mieux dans ma peau ».

- Conduite à tenir :

Devant un tableau clinique d'épisode dépressif caractérisé, un traitement antidépresseur est débuté par IRSNa (venlafaxine : Effexor®) associé à un hypnotique, le traitement anxiolytique par bromazépam est maintenu à posologie constante, afin d'éviter un syndrome de sevrage étant donné la surconsommation qu'en fait la patiente.

- Evolution :

La patiente est « perdue de vue » pendant trois mois ; en fait elle s'est fait un double arrachement tendineux à la cheville, ce qui l'a immobilisée chez elle. Elle a arrêté son traitement psychotrope depuis un mois. Elle consulte pour ruminations incessantes et idées suicidaires fluctuantes associées à une insomnie et une anorexie. Elle dit avoir été améliorée légèrement avec le traitement antidépresseur, ce qui a motivé son arrêt. Se sentant mieux, elle a arrêté le traitement antidépresseur en précisant qu'elle préfère ne pas avoir trop de médicaments.

- Conduite à tenir :

Après une recherche du risque suicidaire qui s'avère faible, un traitement antidépresseur est prescrit avec une préférence pour celui qui a été efficace auparavant, soit la venlafaxine (Effexor LP®) à une posologie augmentée progressivement à 75mg/jour associé à un hypnotique.

Un travail d'alliance thérapeutique est nécessaire afin de s'assurer d'une bonne observance thérapeutique.

Les consultations suivantes seront honorées.

La patiente retracera son parcours de vie, elle évoque son abus sexuel durant l'enfance par un membre de la famille et le non dit, qui s'en ait suivi. A sa majorité, elle quitte le domicile familial, son CAP secrétariat en poche. Elle n'arrive pas à se fixer dans un endroit et fera un tour de France en faisant des petits boulots. Une période également où elle se retrouve SDF. La plupart du temps elle vit seule. Finalement elle avait rencontré « un homme qui lui convenait » selon sa formule, mais aussitôt de préciser qu'elle s'était trompée. C'est à

l'occasion de sa séparation qu'elle fera une TS, par intoxication médicamenteuse volontaire.
« Une vie ratée, à quoi bon ! », dira-t-elle.

2.2) Discussion nosographique :

Il s'agit d'un épisode dépressif caractérisé selon les critères du DSM-5. C'est le second épisode dépressif, l'intervalle libre étant de plus de deux mois. Aucun épisode ni maniaque, ni hypomaniaque n'est retrouvé. Cet épisode s'inscrit dans un trouble dépressif majeur, récurrent.

Une comorbidité addictive existe, l'alcool est consommé à visée anxiolytique et amnésiante chez cette patiente au parcours de vie difficile, avec un isolement social et un manque affectif patent. Dans le DSM-5, les critères pour l'alcoolodépendance sont revus et figurent dans les troubles addictifs et liés à une substance, allant de l'abus d'alcool jusqu'à une consommation sévère.

Me C. présente une addiction légère « mild », pour laquelle 2 à 3 critères des 11 critères du DSM-5 sont nécessaires.

Un trouble de personnalité borderline sous-jacent est à évoquer devant cette vie marquée par une errance, l'impossibilité de se fixer, une instabilité émotionnelle, un antécédent d'abus sexuel.

L'exposition au traumatisme pendant l'enfance a des effets puissants et durables sur le fonctionnement individuel biologique, psychologique et l'adaptation sociale. Cette exposition peut modeler le sens de soi d'un individu, sa dextérité à gérer sa vie interne et la manière dont cette personne va pouvoir s'adapter et fonctionner face aux défis du monde extérieur. En ce sens, le TPB serait assimilé à un syndrome de stress post-traumatique chronique. (Corcos, 2013).

2.3) Discussion thérapeutique :

La patiente consulte pour un épisode dépressif caractérisé.

Toutes les classes thérapeutiques d'antidépresseurs ont montré leur efficacité dans l'épisode dépressif caractérisé. Globalement, il n'a pas été démontré de différence d'activité, statistiquement significative entre les différentes classes.

Le risque d'abandon de traitement antidépresseur, toutes causes confondues ou à cause d'un effet indésirable est plus faible sous inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et la noradrénaline (IRSNa).

Les ISRS et IRSNa sont donc considérés comme mieux tolérés, notamment à long terme.

Le choix de l'antidépresseur sera motivé par :

- le profil symptomatique, par l'utilisation d'effets latéraux tels la recherche d'une anxiolyse, d'une sédation, d'une stimulation
- les réponses thérapeutiques antérieures
- l'indication préférentielle d'une classe thérapeutique dans certaines comorbidités psychiatriques (ISRS dans les TOC)
- le respect des contre-indications
- les interactions médicamenteuses possibles

En l'absence d'indications particulières, il est recommandé de choisir l'antidépresseur :

- le mieux toléré
- le moins dangereux, en cas d'absorption massive
- le plus simple à prescrire, à dose efficace

Les recommandations actuelles, notamment la CANMAT, préconisent une monothérapie par un antidépresseur inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) ou un antidépresseur inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa), en première intention. Leur innocuité et leur tolérance sont supérieures aux autres classes d'antidépresseurs.

Conformément aux recommandations, la venlafaxine est prescrite car avait été efficace lors du premier épisode dépressif.

En l'absence de réponse initiale appréciable après 2 à 4 semaines (évaluation par échelles validées), une augmentation de posologie sera indiquée (intérêt non démontré pour les ISRS). Si une amélioration est appréciable après 4 à 6 semaines, attendre 2 à 4 semaines supplémentaires avant d'envisager d'autres changements.

Une absence d'amélioration après une optimisation devra :

- évaluer des facteurs liés au traitement : observance thérapeutique, tolérance du traitement, facteurs résiduels
- modifications du profil symptomatique
- réévaluation diagnostique : trouble bipolaire, comorbidités

Si malgré ces réévaluations, la réduction des symptômes reste inférieure à 20% :

- changer d'antidépresseur pour une molécule ayant montré une efficacité supérieure
- soit un autre antidépresseur de la même classe
- soit un antidépresseur d'une autre classe (pas de supériorité)

En pratique, passer à un antidépresseur de première intention ayant un profil d'effets secondaires différents.

3) Cas clinique n°3 : M. D.

3.1) Présentation clinique :

- Motif de consultation :

Patient de 42 ans consulte suite à une tentative de suicide par phlébotomie, dans un contexte d'alcoolisation et de conflits avec sa compagne, survenue il y a 48 heures.

- Antécédents médicaux :

Néant.

- Antécédents psychiatriques :

- Tabagisme actif : 30 paquets année
- Polyaddiction : Addiction au cannabis depuis l'âge de 16 ans, consommation occasionnelle de toxiques tels que la cocaïne, le crack, l'ecstasy
- Alcoolodépendance depuis le décès de ses parents, il y a 16 ans
- Maltraitance dans l'enfance

- Mode de vie :

Le patient est venu de Paris pour rejoindre sa compagne, à Nice. Ils vivent ensemble depuis quelques mois. Il travaille pour une société d'emballage d'œuvres d'art, il est très investi dans son travail. Il a eu de nombreuses ruptures sentimentales et dit vouloir que sa relation actuelle se poursuive. Il n'a pas d'enfant.

- Histoire de la maladie :

Le patient se décrit comme très impulsif, avec une intolérance à la frustration majeure. Il présente une insomnie habituelle. Il n'a pas d'anhédonie, ni de ralentissement psychomoteur, ni d'humeur triste. Son geste d'autoagressivité n'est pas motivé par des idées suicidaires. Il critique son geste et rationalise son comportement : « l'entendre (il parle de sa compagne) me faire des reproches, c'est insupportable car j'ai tout quitté pour la rejoindre ».

Le patient est en demande d'un traitement permettant de se calmer et d'un suivi.

- Conduite à tenir :

L'évaluation de l'alcoolodépendance retrouve une volonté du patient de se sevrer. La proposition lui est faite de réduire sa consommation de moitié, dans un premier temps, conformément aux recommandations. Un traitement du sevrage alcoolique est prescrit : vit B1 (1000mg/j), vit B6 (500mg/j) et benzodiazépine par oxazépam (Séresta®) 50mg x 3/j, pour une durée de dix jours associé à un traitement hypnotique par zopiclone (Imovane®) 7,5mg/j. Le patient sera revu dans une semaine.

- Evolution :

Le sevrage alcoolique se déroule bien. Le patient a choisi d'être d'emblée abstinente. L'insomnie est toujours présente, le traitement hypnotique est modifié (lormétazépam, (Noctamide®) 2mg/j).

Cependant, le patient dit vouloir être davantage calmé durant la journée car se sent très irritable, d'autant plus qu'il est en arrêt maladie à cause de sa TS (section du tendon fléchisseur du poignet) et n'a pas d'occupation.

L'histoire de vie du patient révèle des scarifications à l'adolescence et une maltraitance, tant physique que psychique, par un père alcoolodépendant.

Le patient présente un vécu abandonnique. Ses passages à l'acte, aussi bien suicidaire qu'hétéroagressif, lors de crises clastiques, sont favorisés par son impulsivité.

L'échelle de Barratt retrouve :

- une impulsivité motrice à 30/44
- une impulsivité cognitive à 21/32
- des difficultés de planification à 27/44

Un traitement à visée anti-impulsive par AP2G (aripiprazole, Abilify® 10mg/j) est proposé. Le patient est revu régulièrement, une fois par semaine afin d'évaluer la tolérance puis l'efficacité du traitement.

Le traitement est bien toléré et sera augmenté à 20mg/j, devant une efficacité insuffisante.

Le patient ne se rendra plus à ses consultations de suivi.

3.2) Discussion nosographique :

Dans ce cas clinique, nous nous sommes plus particulièrement intéressés à la dimension impulsive retrouvée dans le TPB.

Un événement apparemment banal, la réflexion de son amie, a pris une valeur de frustration affective ou de blessure narcissique. Il est le facteur précipitant le passage à l'acte autoagressif. M. D. ne présente pas de symptômes dépressifs. La gravité du passage à l'acte autoagressif est corrélée à la gravité de sa difficulté interpersonnelle. Une remarque de sa compagne, banale très certainement pour elle, a suscité le passage à l'acte, en lien direct avec le vécu abandonnique. Un manque de confiance en soi amène une distorsion dans les relations interpersonnelles et favorise d'autant plus le passage à l'acte.

Les automutilations durant l'adolescence sont liées aux événements traumatiques infantiles, suscitant la dysrégulation émotionnelle et l'impulsivité.

D'autre part, l'impulsivité est considérée comme le moteur du geste agressif (Links, 1999), contribuant au comportement suicidaire.

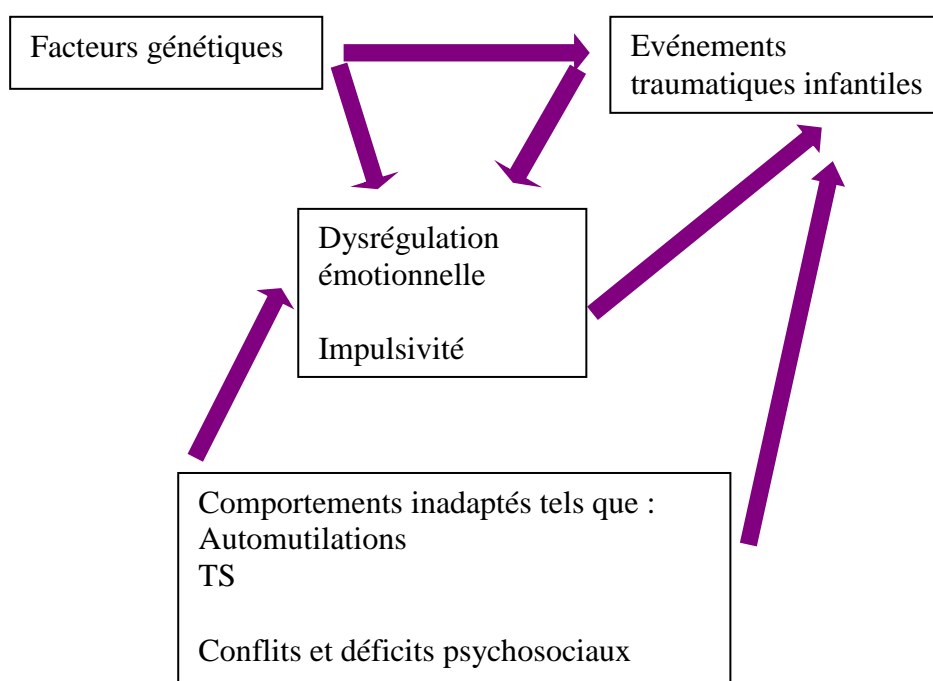


Figure 3 : Modèle multifactoriel du trouble de personnalité borderline de Lieb et al. (2004)

Le cas de M. D. illustre bien les deux dimensions que sont la dysrégulation émotionnelle et l'impulsivité, au cœur du trouble de la personnalité borderline.

3.3) Discussion thérapeutique :

La discussion se fera sur le traitement pharmacologique.

Selon les recommandations anglaises NICE (National Institute for Clinical Excellence), le traitement médicamenteux peut être utilisé dans le trouble de la personnalité borderline ou pour des symptômes ou un comportement associé à ce trouble. Il aurait un effet bénéfique sur les symptômes que peut présenter un sujet avec un TPB tels que la colère, l'anxiété, les symptômes dépressifs, l'hostilité, l'impulsivité.

Les antipsychotiques de seconde génération auraient un intérêt, de même que les thymorégulateurs.

Une étude contrôlée randomisée retrouve un bénéfice pour l'aripiprazole (Nickel, 2006), une autre pour l'olanzapine (Zanarini, 2011).

La quétiapine à faible dose (150mg/j) serait efficace dans le trouble de personnalité borderline (le critère de jugement principal est la baisse du score total de l'échelle évaluant le TPB de Zanarini) (Black, 2013).

4) Conclusion

Les trois cas cliniques évoqués plus haut traitent de patients ayant un trouble de personnalité borderline dont la présentation est différente pour chacun. Cela traduit la difficulté de poser un tel diagnostic et l'importance à accorder à la dimension subjective. Il est important d'avoir une approche quantitative par le biais des échelles mais également, qualitative où est pris en compte l'histoire du patient, sa narration, son expression émotionnelle, son expérience dépressive, sa souffrance psychologique. Avoir une connaissance approfondie de la clinique, permet de proposer une prise en charge adaptée à chaque sujet, une hospitalisation complète, un hôpital de jour, un suivi en consultation.

Tenir compte de l'histoire de vie du patient, permet d'inscrire le diagnostic de TPB dans un continuum, ce qui correspond à une vision dimensionnelle qui est celle actuelle du DSM-5.

De la même façon, disposer d'outils quantitatifs valides permet de confirmer un diagnostic ou, a contrario, de l'infirmer. Le vécu institutionnel vis à vis de patients étiquetés TPB, est souvent riche en émotions, pas toujours positives. Le diagnostic TPB demeure difficile à poser, parfois posé à tort devant des patients non compliants mais pour des raisons contextuelles. Il convient alors de discuter en réunion institutionnelle, le bien fondé d'une prise en charge la mieux adaptée à ce patient TPB, afin d'éviter une réaction de rejet, de la part de l'équipe soignante.

VI) L'ETUDE CLINIQUE

1) Hypothèses et objectif de l'étude :

Comme nous l'avons vu précédemment, les tentatives suicidaires, facteurs de risque du suicide, sont fréquentes chez les sujets ayant un trouble de personnalité borderline (TPB). L'hypothèse de travail est que les sujets TPB constituent un groupe de patients à risque de récurrence suicidaire plus élevé.

Certaines études ont montré que la présence d'un trouble anxieux ou d'un épisode dépressif caractérisé augmentait le risque suicidaire, aussi bien la tentative que le suicide. La sévérité du trouble anxieux et de l'épisode dépressif serait corrélée à une récurrence suicidaire.

D'autre part, la présence d'une comorbidité trouble de personnalité, et plus particulièrement TPB, soit aurait un impact négatif sur le comportement suicidaire en le favorisant, soit serait sans conséquence sur le risque suicidaire. Le trait TPB exposerait à une récurrence suicidaire, par la composante impulsivité, sans que l'association soit clairement établie.

Par ailleurs, un antécédent de maltraitance durant l'enfance exposerait à un comportement suicidaire à répétition (Stringer, 2013).

Les autres hypothèses de cette étude sont que la présence d'une dépression comorbide d'un autre trouble psychiatrique, la présence d'un stress traumatique et la présence d'une impulsivité caractérisent les patients à récurrence suicidaire.

L'objectif principal de notre étude est de définir les facteurs prédictifs de récurrence suicidaire.

2) Matériels et méthode :

2.1) Critères d'inclusion :

Le recrutement des participants à l'étude s'est effectué dans un hôpital de Nice (France), le Centre Hospitalo-universitaire Saint Roch, dans le service CAP (Centre d'Accueil Psychiatrique) du Dr. F. JOVER, durant la période de mai 2014 à octobre 2014.

Le CAP de Nice est une des plus anciennes structures nationales d'urgence psychiatrique et fait partie des plus grands centres d'accueil psychiatrique de France. Il correspond à la tranche des établissements accueillant plus de 5000 patients par an. Il accueille 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, les patients orientés par le SAU, Service d'Accueil des Urgences. Il a une capacité de 10 lits et de deux chambres d'isolement. L'équipe médicale se compose de 2 psychiatres seniors et d'un interne de Psychiatrie par journée, l'équipe paramédicale se compose de 2 infirmier(e)s, 4 aide-soignant(e)s, 1 cadre de santé, 1 psychologue, 1 assistante sociale à mi-temps, 1 secrétaire, 1 ASH.

Pour l'année 2012, ce sont 5380 patients passés au CAP, tout motif de consultation confondu, dont environ 60% des patients retourneront au domicile.

Parmi les motifs de consultation aux urgences, la tentative de suicide représente environ un tiers des admissions. Cette proportion de 3 TS pour 10 entrées aux urgences, est constante au niveau national, selon une enquête nationale menée en collaboration avec le CAP de Nice.

Tout patient suicidant est systématiquement adressé par le SAU ou vu dans un autre service de l'hôpital Saint Roch, via la psychiatrie de liaison, mission également assurée par le service du CAP.

Les patients inclus dans notre étude sont uniquement ceux consultant au CAP.

Les critères d'inclusion consistaient :

- un âge compris entre 18 et 65 ans
- une personne comprenant et parlant couramment la langue française
- une personne consentante
- une personne admise pour une tentative de suicide

Les critères de non inclusion étaient :

- la présence de troubles cognitifs (démence)
- la présence d'un retard mental
- la présence d'une organicité cérébrale documentée
- un trouble psychotique

2.2) Les outils d'évaluation :

L'évaluation des patients s'est faite quand la vigilance était suffisante pour un entretien productif.

Un entretien semi directif permettait de recueillir l'anamnèse, les antécédents d'hospitalisation, les antécédents de TS, les antécédents de traumatisme dans l'enfance, la présence d'un traumatisme récent, un traitement psychotrope, les informations concernant le niveau socio économique, le statut parental, le mode de vie (tabac), le logement.

Tous les sujets ont été examinés avec les instruments suivants :

- 1) le MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)
- 2) l'HDRS (Hamilton Depression Rating Scale)
- 3) le BDI-13 (Beck Depression Inventory)
- 4) le SCID II (Structured Clinical Interview for the Diagnosis of Personality Disorders)
- 5) le PDQ 4 (Personality Diagnostic Questionnaire)
- 6) le TCI 125 (Temperament and Character Inventory)
- 7) le CGI (Clinical Global Impression)
- 8) la BIS 11 (Barratt Impulsiveness Scale)
- 9) la PCLS (Post Traumatic Stress Disorder Checklist Scale)

2.2.1) Le MINI :

Ce questionnaire a été validé depuis de nombreuses années et constitue un outil fiable de diagnostic des pathologies mentales conformément au DSM IV, sur l'axe I et sur l'axe II (Sheehan, 1997). Il permet de déterminer une prévalence actuelle ou ponctuelle (basée sur les quinze derniers jours) des différents troubles. Toutefois pour certains troubles, il peut faire des diagnostics sur la vie entière.

Il est un instrument modulaire, c'est-à-dire que chaque module peut être administré séparément. Pour chaque trouble, on compte 2 à 4 questions filtres permettant le dépistage des symptômes; des questions supplémentaires sont posées si les réponses à ces quelques questions s'avèrent positives, permettant ainsi de valider ou d'invalider le diagnostic concerné. Les diagnostics sont l'épisode dépressif majeur, la dysthymie, l'épisode (hypo)maniaque, le trouble panique, l'agoraphobie, la phobie sociale, le trouble obsessionnel compulsif, l'ESPT (état de stress post traumatique), l'abus d'alcool et l'alcoolodépendance, l'abus et la dépendance de drogues, les troubles psychotiques (patients non inclus dans notre étude), l'anorexie mentale, la boulimie, l'anxiété généralisée et les troubles de la personnalité.

Pour notre étude, seul le MINI concernant le diagnostic sur l'axe I, est utilisé.

La sensibilité du MINI varie entre 45 et 96 %, la spécificité entre 86 et 100% et le coefficient de concordance (Kappa) entre 0,43 et 0,90. Les qualités métrologiques du MINI sont particulièrement bonnes pour le diagnostic de la dépression, des troubles maniaques, des désordres paniques, de l'agoraphobie, des désordres psychotiques, de l'anorexie et de l'ESPT. Il présente de meilleures qualités psychométriques lorsqu'il est administré par un clinicien qu'en auto questionnaire.

Dans notre étude, le MINI est administré par le clinicien.

La réponse aux items étant en oui/non, il ne permet pas d'évaluer la sévérité des symptômes, ni le retentissement fonctionnel, d'autres échelles utilisées dans notre étude le préciseront.

2.2.2) L'HDRS :

L'échelle de dépression d'Hamilton (HDRS) a été publiée par Max Hamilton en 1960. Elle a été conçue pour des patients présentant des troubles dépressifs caractérisés. C'est un instrument d'hétéro évaluation psychopathologique standardisé selon une approche dimensionnelle. La dépression n'est pas directement mesurable, cette échelle n'est pas utilisée pour faire le diagnostic de dépression mais ce sont les différentes composantes de celle-ci, par le cumul des indicateurs que sont les items, qui sont mesurables. De part l'époque où cette échelle a été développée c'est-à-dire bien éloignée des concepts du DSM-IV, les signes ou symptômes somatiques sont d'avantage représentés que les symptômes cognitifs, comme l'anhédonie, la culpabilité.

Le score indique la sévérité clinique de la dépression. Elle comprend 17 items. Selon les items, la cotation va de 0 à 4, ou de 0 à 2. Un score seuil de 18 est significatif.

2.2.3) Le BDI-13 : Beck Depression Inventory (1961, traduction française de Pichot)

C'est un auto-questionnaire mesurant l'intensité de la symptomatologie dépressive en explorant les quatre dimensions, le ralentissement, la culpabilité, le retrait social et les perturbations somatiques. Il comprend 13 items cotés de 0 (proposition sans caractère pathologique) à 3 (proposition la plus péjorative).

Le score global (somme des scores de chaque item) varie de 0 à 39/39, avec quatre intervalles de répartition :

- de 0 à 3 : pas de dépression
- de 4 à 7 : dépression légère
- de 8 à 15 : dépression d'intensité moyenne à modérée
- 16 et plus : dépression sévère

Il s'agit d'une échelle brève, valide et sensible.

L'évaluation de l'intensité de la dépression se fait sur des aspects subjectifs.

2.2.4) Le SCID II :

Le SCID II (First, 1997) a été traduit en français par Cottraux en 1999, il permet de faire le diagnostic sur l'axe II du DSM-IV. C'est un outil d'hétéroévaluation comprenant 127 items. Chaque trouble de personnalité est exploré grâce à des items, d'un nombre variable de 7 à 9. Un score minimum est nécessaire au diagnostic de chaque trouble de personnalité.

01	Évitant	Questions 1 à 7	Minimum 4
02	Dépendant	Questions 8 à 15	Minimum 5
03	Obsessif-compulsif	Questions 16 à 24	Minimum 4
04	Passif – agressif	Questions 25 à 32	Minimum 4
05	Dépressif	Questions 33 à 40	Minimum 5
06	Paranoïaque	Questions 41 à 48	Minimum 4
07	Schizotypique	Questions 49 à 59	Minimum 5
08	Schizoïde	Questions 60 à 65	Minimum 4
09	Histrionique	Questions 66 à 72	Minimum 5
10	Narcissique	Questions 73 à 89	Minimum 5
11	Borderline	Questions 90 à 104	Minimum 5
12	Antisocial	Questions 105 à 127	Minimum 3

La consistance interne concernant la définition de la personnalité borderline selon le DSM-IV est satisfaisante, mais plusieurs critères ne seraient pas assez spécifiques. Le critère le plus sûr serait « les relations interpersonnelles instables ». Le critère le moins sûr est « le sentiment de vide chronique ».

2.2.5) Le PDQ 4 :

Le PDQ 4 est un auto-questionnaire de dépistage des troubles de la personnalité selon les critères de l'axe II du DSM-IV, avec une bonne sensibilité et une spécificité modérée (Hyler, 1990). Il comprend 99 items amenant des réponses Vrai/Faux. La réponse « vrai » est toujours pathologique, à l'exception de l'échelle de validité (image trop bonne) où c'est la réponse « fausse ». Pour chacun des troubles de la personnalité, un score minimum est nécessaire.

Le trouble de personnalité borderline compte neuf items, cinq sont nécessaires au diagnostic. La convergence entre diagnostic clinique du trouble de personnalité borderline et dépistage au PDQ 4 est la meilleure de l'instrument, bien qu'elle reste modérée ($r = 0,51$) (Cailhol, 2014).

Trouble de personnalité	Items	Nbre d'items nécessaires
Personnalité paranoïaque	11, 24, 37, 50, 62, 85, 96	4
Histrionique	4, 17, 30, 43, 55, 67, 80, 90	5
Obsessionnelle compulsive	3, 16, 29, 41, 54, 66, 81, 89	4
Narcissique	5, 18, 31, 44, 57, 68, 73, 79, 92	5
Évitante	1, 13, 26, 39, 52, 83, 87	4
Trop bon	12, 25, 38 avec Faux 51	2
Dépressive	14, 28, 42, 56, 70, 84, 97	5
Schizotypique	10, 23, 36, 48, 61, 72, 74, +60, 86	5
Borderline	6, 19, 32, 98 45, 58, 69, 78, 93	2 5 parmi les 9
Dépendante	2, 15, 27, 40, 53, 65, 82, 88	5

Le questionnaire sera suspect si un item, parmi les deux items 64 et 76, est vrai.

De même, l'échelle de signification clinique sera appliquée au questionnaire afin de le corriger à la baisse ou de l'invalider (questionnaire trop bon ou « suspect »).

2.2.6) Le TCI 125 :

Le modèle psychobiologique de la personnalité élaboré par Cloninger à partir des années 1980, réalise la synthèse de différentes approches classiques du tempérament et du caractère. L'objectif en est de décrire la personnalité en quelques variables fondamentales, aisément interprétables en pratique clinique et pouvant servir de support à des travaux de recherche dans différents domaines psychopathologiques et biologiques. L'approche choisie est essentiellement dimensionnelle. Cloninger a élaboré un questionnaire de 226 items permettant d'évaluer de manière standardisée les sept dimensions de son modèle ; la version courte à 125 items traduite et validée par Pélissolo (1997) a été utilisée.

La répartition des dimensions est la suivante :

- Quatre dimensions de tempérament, définissant un profil qualitatif de personnalité :

- 1) la recherche de la nouveauté (NS : Novelty Seeking) évaluée par 20 items : 5 items pour le besoin de changement, 5 items pour l'impulsivité, 5 items pour les dépenses et 5 items pour l'anticonformisme
- 2) l'évitement du danger (HA : Harm Avoidance) évalué par 20 items : 5 items pour l'inquiétude, 5 items pour la peur de l'inconnu, 5 items pour la timidité et 5 items pour la fatigabilité
- 3) la dépendance à la récompense (RD : Reward Dependence) évaluée par 15 items : 5 items pour la sentimentalité, 5 items pour l'attachement affectif et 5 items pour le besoin de soutien
- 4) la persistance (P : Persistence) évaluée par 5 items

Le tempérament est la partie biologique de la personnalité, hérité génétiquement de nos ascendants (soit au moins 12 personnes nous transmettant des gènes de comportement, dictant en grande partie notre façon d'être et de nous comporter). Ces quatre dimensions comportementales s'expriment très précocement et restent relativement stables tout au long de la vie ; elles sont sous-tendues par l'activité de différents circuits de neurotransmission cérébrale. Ainsi les scores obtenus rendent compte d'activités neurobiologiques sous-jacentes qui peuvent parfois être défailtantes. Ces éventuelles vulnérabilités sont un héritage génétique issu de nos ancêtres.

L'hypothèse défendue à partir de cet outil est que la variation de chacune des dimensions serait corrélée à la perturbation d'une transmission monoaminergique :

- NS met en jeu les circuits contrôlés par les neurones dopaminergiques du mésencéphale ; un score élevé correspond à un bas niveau dopaminergique
- HA fait intervenir la modulation sérotoninergique des voies septo-hippocampiques partant des noyaux du raphé et le système gabaergique ; un score élevé correspond à une activité sérotoninergique réduite
- RD fait intervenir une activité noradrénergique, plus particulièrement les voies ascendantes partant du locus coeruleus vers le système limbique ; un score élevé indique un taux de base faible.

➤ Trois dimensions de caractère, évoluant sous l'influence de l'environnement et de l'apprentissage :

- 1) la détermination (ou la maturité individuelle, SD : Self-Directedness) évaluée par 25 items : 5 items pour le sens des responsabilités, 5 items pour la volonté

- d'aboutir, 5 items pour les ressources individuelles, 5 items pour l'acceptation de soi et 5 items pour l'efficacité des réflexes
- 2) la coopération (ou la maturité sociale, C : Cooperativeness) évaluée par 25 items : 5 items pour la tolérance sociale, 5 items pour l'empathie, 5 items pour la solidarité, 5 items pour l'indulgence et 5 items pour la probité
 - 3) la transcendance (ou la maturité spirituelle, ST : Self Transcendence) évaluée par 15 items : 5 items pour le sens du spirituel, 5 items pour le détachement de soi et 5 items pour la croyance universelle

Le caractère est la partie plus psychologique de la personnalité, il s'est construit par étapes durant le développement, en interaction avec les environnements dans lesquels le sujet a vécu, dès la petite enfance, entre les parents, les frères, les sœurs, la famille élargie, l'école, les maîtres d'école, les camarades, le collège, le lycée, la famille ensuite, le métier. Il correspond à un apprentissage, est lié à l'éducation, aux expériences vécues. L'enfance y prend une place importante. Il peut évoluer tout au long de la vie. Il traduit aussi le niveau d'autonomie psychologique de l'individu. Les scores obtenus aux trois dimensions du caractère rendent compte du niveau de maturité de la personne ; plus les scores sont forts, plus ils reflètent une maturité élevée.

En résumé, le caractère serait moins héritable que le tempérament et évoluerait avec l'âge, à l'inverse du tempérament qui est réputé stable. Le tempérament est basé sur les émotions et le caractère sur l'apprentissage.

L'interaction du tempérament et du caractère constitue, dans ce modèle, la personnalité.

Le TCI permet une première approche de tempérament et de caractère de patients présentant des troubles non psychotiques (troubles anxieux, dépressifs, addictifs, du comportement alimentaire et bien sûr, de la personnalité).

C'est un instrument d'autoévaluation (auto questionnaire) comprenant 125 items binaires (réponse oui/non), très fréquents pour les autoévaluations.

Une grille d'analyse donne les sept scores globaux (en pourcentage) correspondant aux sept dimensions de la personnalité. Des scores moyens ont été établis en population générale américaine (Cloninger, 1993) et française (Pélissolo, 2000). Il ne s'agit pas de valeurs seuil car le modèle de Cloninger est basé sur une approche dimensionnelle avec un continuum du normal au pathologique, sans point de rupture. Nous pouvons dire qu'un sujet présente une

dimension de personnalité basse, modérée ou élevée par rapport au score moyen de cette dimension dans une population générale (tableau 1).

Des correspondances entre la dimension RD et les troubles de personnalité du groupe A du DSM-IV sont retrouvées, entre la dimension NS et les troubles de personnalité du groupe B, entre HA et le groupe C. Concernant le caractère, les dimensions SD et C s'avèrent corrélées négativement à l'existence d'un trouble de personnalité (Pélissolo, 1997).

+ Modèle de personnalité de Cloninger

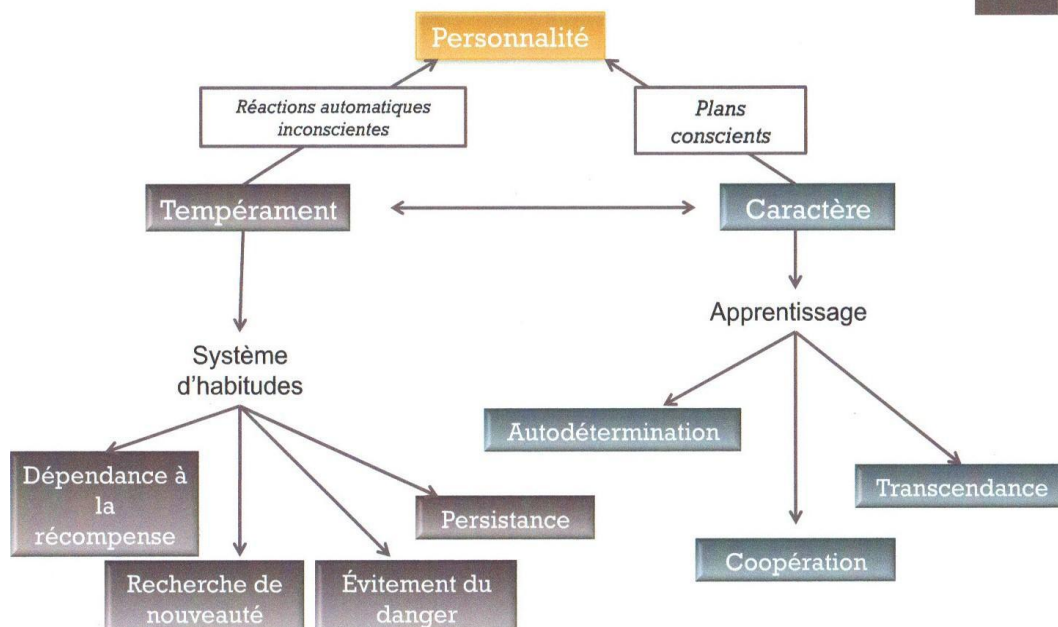


Tableau 1 : scores moyens des dimensions de personnalité dans la population générale française et américaine

Dimension	Score moyen pop américaine	Score moyen pop française
NS	0.48	0.41
HA	0.36	0.46
RD	0.64	0.59
P	0.70	0.57
SD	0.70	0.72
C	0.77	0.75
ST	0.58	0.41

2.2.7) Le CGI :

Le CGI (Guy, 1976) est un instrument d'évaluation globale de fonctionnement. Il comprend 3 items indépendants et notre étude utilise la **CGI sévérité** coté sur **7 paliers de réponse**, 0 non évalué, 1 normal, 2 à la limite, 3 légèrement malade, 4 modérément malade, 5 manifestement malade, 6 gravement malade, 7 parmi les patients les plus malades.

Les autres items sont la CGI amélioration coté sur 7 paliers, nécessitant une réévaluation et la CGI index thérapeutique servant à évaluer la thérapeutique (index thérapeutique et effets secondaires).

2.2.8) La BIS 11 :

L'impulsivité est recherchée par l'échelle BIS-11, validée depuis 1995 (Patton et coll.).

Cette échelle comprend 30 items ordinaux allant de **1 à 4 points** :

- 1) Rarement/Jamais cote la réponse la moins impulsive, soit 1
- 2) Occasionnellement cote 2
- 3) Souvent cote 3
- 4) Presque toujours/ Toujours cote la réponse la plus impulsive, soit 4

Le score total maximum est de 120.

Elle distingue l'impulsivité motrice, l'impulsivité cognitive et les difficultés de planification.

- L'impulsivité motrice est définie par le fait d'agir en l'absence de réflexion. Les items 2, 3, 4, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 25, 30 la composent, le score minimum est de **11/44**.
- L'impulsivité cognitive concerne la prise de décision cognitive rapide. Les items 5, 6, 9, 11, 20, 24, 26, 28 la composent, le score minimum est de **8/32**.
- Les difficultés de planification sont caractérisées par une orientation sur le présent et une absence d'orientation vers le futur. Les items 1, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 27, 29 la composent, le score minimum est de **11/44**.

Selon les données retrouvées dans la littérature permettant de classer en impulsivité élevée et impulsivité faible (Baca-Garcia, 2006), le score de cut off est de 46,5 chez la femme et de 50,5 chez l'homme.

Une question importante reste entière, qui ne s'applique pas seulement à cette échelle mais à tous les auto questionnaires portant sur l'impulsivité, celle des capacités du sujet à évaluer correctement, c'est-à-dire le plus objectivement possible, son propre comportement (par exemple dans des items du type " Je suis maître de moi ", " Je réfléchis soigneusement "), de telles capacités cognitives pouvant être par ailleurs d'autant plus compromises chez des sujets hautement impulsifs, pour lesquels le contrôle de l'expression des pensées et des actions est, selon l'approche théorique de Barratt, déficitaire.

2.2.9) La PCLS :

Il s'agit d'un auto questionnaire bref permettant de poser un diagnostic actuel ou passé d'État de stress post-traumatique (ESPT) congruent avec la nomenclature DSM-IV. Il se compose de 17 items cotées de 1 (pas du tout), 2 (un peu), 3 (parfois), 4 (souvent) à 5 (très souvent), qui peuvent être regroupés en trois sous échelles correspondant aux trois sous syndromes principaux de l'ESPT :

- 1) la répétition (items 1 à 5)
- 2) l'évitement (items 6 à 12)
- 3) l'hyperactivité neurovégétative (items 13 à 17)

Les études de validation ont montré de bonnes propriétés psychométriques. Un score de cut-off de 44/85 à cette échelle permet de dépister un état de stress post-traumatique avec une bonne validité empirique et discriminante (Yao, 2003).

2.3) L'analyse statistique :

Les données recueillies pour chaque patient sont synthétisées dans un fichier EXCEL.

Pour les statistiques descriptives concernant les données démographiques, nous avons procédé par moyenne arithmétique avec déviation standard et par pourcentage pour les variables catégorielles.

Le test exact de Fischer et le test U de Mann-Whitney sont utilisés pour la comparaison entre les deux groupes en tenant compte des variables considérées, s'il s'agit de la comparaison de variables qualitatives ou d'une variable qualitative et quantitative, respectivement. Le niveau de signification est fixé à $p \leq 0.05$.

Nous avons comparé les résultats aux échelles cliniques SCID II, PDQ 4 et TCI 125, entre le groupe des primo suicidants et le groupe des récidives suicidaires. Nous n'avons pas réalisé de tests statistiques pour comparer les deux groupes, du fait de la faiblesse de l'échantillon.

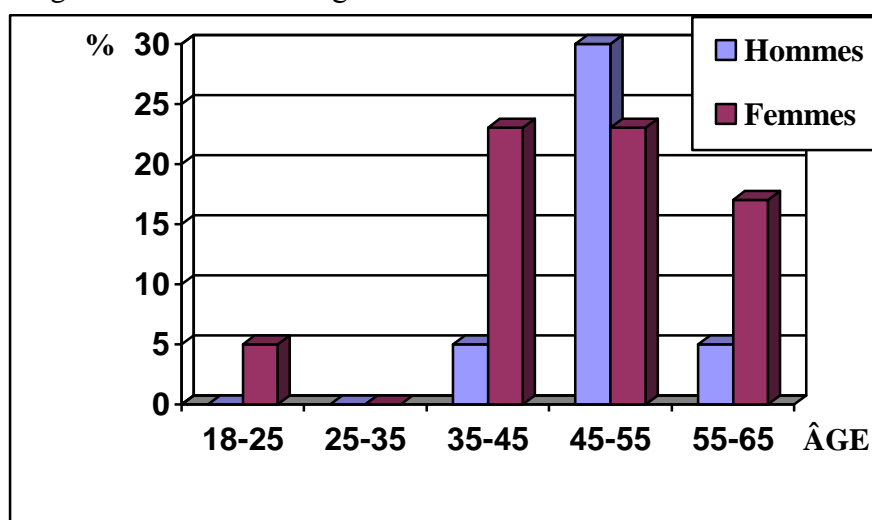
3) Résultats :

3.1) Caractéristiques sociodémographiques :

Notre échantillon comprend dix huit patients, dix patients primosuicidants et huit patients récidivants.

On dénombre onze femmes et sept hommes, ce qui représente 61% de femmes et 39% d'hommes, d'âge moyen de 42.3 ans pour les femmes et 44.1 ans pour les hommes, soit un âge moyen de 48.8 ans (SD : 9.2).

Histogramme 1 : Pourcentage d'hommes et de femmes suicidants en fonction de l'âge



Une différence entre les hommes et les femmes semblerait apparaître avec une répartition homogène chez les femmes, pour les tranches d'âge allant de 35 à 65 ans, alors que les hommes présentent un pic pour la tranche d'âge de 45-55 ans.

Tableau 1 : Caractéristiques socio démographiques

Caractéristiques socio démographiques	Primosuicidants N = 10 (55%)	Récidivistes suicidaires N = 8 (45%)	p
Age	48.5	49.4	1
Sexe féminin (F/H)	5/5	6/2	0.5
Niv socioéco bas	10%	62.5%	0.45
Statut parental	60%	75%	NS
Vivent seuls	40%	50%	0.6
Logement	80%	87.5%	1

Dans notre étude, les femmes paraissent présenter plus de récives suicidaires, que les hommes.

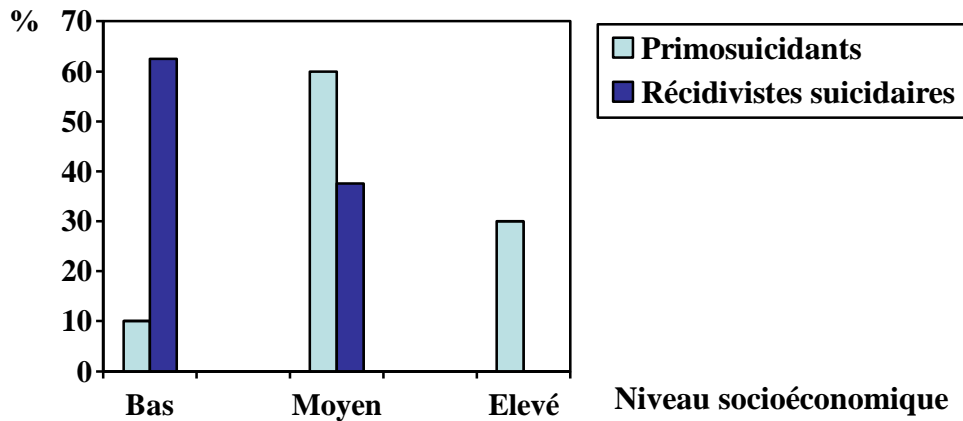
Toutefois la comparaison statistique de répartition des sexes entre les primosuicidants et les récidivistes suicidaires est non significative ($p = 1$), de même celle de l'âge ($p = 0.5$).

50% des patients ont un niveau socioéconomique moyen, 33.3% des patients ont un niveau socioéconomique bas et 16.7%, élevé.

Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes de suicidants, concernant le niveau socioéconomique ($p = 0.45$).

Cependant notre étude retrouve que 62.5% des récidivistes suicidants ont un niveau socioéconomique bas et aucun n'a de niveau socioéconomique élevé, dans ce groupe.

Histogramme 2 : Pourcentage de primosuicidants et de récidivistes suicidaires en fonction du niveau socioéconomique



66.7% des patients est parent et 50% des patients vit seul.

Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes de patients concernant le statut parental et le statut célibataire ($p = 0.6$).

83.3% des patients ont un logement. Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes de patients ($p = 1$).

Cependant, trois patients sont sans logement et sont des récidivistes suicidaires.

3.2) Caractéristiques cliniques :

3.2.1) Variables autres que les troubles de personnalité

Tableau 2 : Caractéristiques cliniques des primosuicidants et des récidivistes suicidaires

Variabes	Primosuicidants N = 10	Récidivistes suicidaires N = 8	p
Score HDRS	18	21	0.05
Score BDI	10.1	15.5	0.05
EDC	40%	37.5%	NS
Tabagique	60%	87.5%	0.31
Addiction	0%	25%	0.07
Ttt psychotrope	60%	87.5%	0.04
Impulsivité score total	57.5	62.7	0.59
Impulsivité motrice	22.6	24.6	0.82
Impulsivité cognitive	18.1	14.75	1
Diff de planification	21.6	23.3	0.78
ATCD trauma enfance	30%	50%	1
ATCD trauma récent	40%	50%	0.66
PCLS	22.5	28.5	0.44
Fonctionnement global	3.8	4.6	0.23
ATCD hospitalisation	0	50%	0.02

EDC : épisode dépressif caractérisé, Ttt : traitement, ATCD : antécédent, NS : non significatif

Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes de patients concernant la présence d'une dépression.

Le score selon l'HDRS est plus bas dans le groupe des primosuicidants, 18 vs 21, avec un seuil de signification $p = 0.05$ (test de Mann-Whitney).

De même, le score de Beck est plus bas chez les primosuicidants, 10.1 vs 15.5, $p = 0.05$, différence au seuil de la significativité.

Dans notre étude, 72.2% des patients sont fumeurs et il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0.31$).

72.2% des patients ont un traitement psychotrope, il existe une différence significative entre les deux groupes de suicidants ($p = 0.04$).

25% des sujets récidivistes suicidaires ont une addiction, sans différence significative entre les deux groupes.

Les scores d'impulsivité sont tous supérieurs aux minimums nécessaires, indiquent une impulsivité tant motrice, que cognitive et lors de planifications. Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes.

Dans notre population, 38.9% des patients suicidants présentent un antécédent de traumatisme dans l'enfance et pratiquement autant (44%), un antécédent de traumatisme récent.

La présence d'un antécédent de traumatisme dans l'enfance ou d'un traumatisme récent se retrouve chez 50% des sujets récidivistes suicidaires. Il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre les deux groupes.

L'échelle PCLS retrouve des scores inférieurs au minimum requis, ce qui indique qu'aucun patient suicidant ne présente d'antécédent d'état de stress post-traumatique.

Le groupe des sujets récidivants suicidaires présentent un score plus élevé à l'échelle du fonctionnement global (4.6 vs 3.8), ce qui indiquerait un état clinique plus péjoratif, que le groupe des primosuicidants. Cependant, aucune différence significative entre les deux groupes n'est mise en évidence.

50% des patients récidivistes suicidaires ont un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie, les primosuicidants, n'en ont pas ; il existe une différence significative entre les deux groupes de patients suicidants, $p = 0.02$.

3.2.2) Variables troubles de personnalité

Tableau 3 : Troubles de personnalité des primosuicidants et des récidivistes suicidaires

Troubles de personnalité	Primosuicidants N = 10		Récidivistes suicidaires N = 8	
	SCID II	PDQ 4	SCID II	PDQ 4
Évitant	60%	50%	25%	62.5%
Dépendant	40%	50%	12.5%	25%
Obsessif compulsif	60%	30%	50%	12.5%
Passif agressif	30%	40%	62.5%	25%
Dépressif	60%	90%	50%	62.5%
Paranoïaque	40%	20%	62.5%	50%
Schizotypique	10%	0	0	25%
Schizoïde	0	0	0	12.5%
Histrionique	20%	10%	0	25%
Narcissique	40%	0	25%	25%
Borderline	50%	10%	87.5%	50%
Antisocial	0	0	12.5%	12.5%
Trop bon		1		0

Que ce soit dans le groupe, primosuicidants ou récidivistes suicidaires, un trouble de personnalité est comorbide d'un autre trouble de personnalité à, respectivement 80% et 100%. Dans notre étude, 87.5% des patients récidivistes suicidaires ont un TPB et 50% des primosuicidants, avec une hétéroévaluation (SCID II).

Le trouble anti-social ne se retrouve que dans le groupe des récidivistes suicidaires.

L'autoévaluation par le PDQ 4 retrouve un trouble dépressif plus fréquemment, aussi bien chez les primosuicidants, que chez les récidivistes suicidaires, par rapport à l'hétéroévaluation SCID II.

A l'inverse le trouble obsessionnel compulsif et le trouble paranoïaque sont moins diagnostiqués par autoévaluation que par hétéroévaluation, quelque soit le groupe de suicidants.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que l'auto-questionnaire introduirait un biais, avec des 'bonnes' et des 'mauvaises' réponses, que la personne qui y répond s'est représentée.

Tableau 4 : Dimensions de tempérament et de caractère des primosuicidants et des récidivistes suicidaires

TCI Tempérament : NS, HA, RD, P Caractère : SD, C, ST	Primosuicidants N = 10	Récidivistes suicidaires N = 8	p
NS : Recherche de nouveauté	Score 0.57	Score 0.65	0.24
➤ NS1	0.59	0.53	
➤ NS2	0.60	0.76	
➤ NS3	0.65	0.70	
➤ NS4	0.47	0.65	
HA: Evitement du danger	0.42	0.61	0.12
➤ HA1	0.49	0.65	
➤ HA2	0.56	0.80	
➤ HA3	0.34	0.45	
➤ HA4	0.30	0.56	
RD : Dépendance à la récompense	0.60	0.58	0.75
➤ RD1	0.66	0.59	
➤ RD3	0.53	0.49	
➤ RD4	0.63	0.46	
P : Persistance	0.61	0.47	0.67
SD : Détermination	0.69	0.55	0.42
➤ SD1	0.66	0.49	
➤ SD2	0.68	0.52	
➤ SD3	0.76	0.45	
➤ SD4	0.68	0.62	
➤ SD5	0.72	0.37	
C : Coopération	0.76	0.58	0.08
➤ C1	0.84	0.67	
➤ C2	0.59	0.32	
➤ C3	0.66	0.58	
➤ C4	0.84	0.54	
➤ C5	0.82	0.78	
ST : Transcendance	0.35	0.48	0.29
➤ ST1	0.45	0.55	
➤ ST2	0.27	0.49	
➤ ST3	0.32	0.39	

Histogramme 3 : Scores des dimensions dans la population générale, les primosuicidants et les récidivistes suicidaires

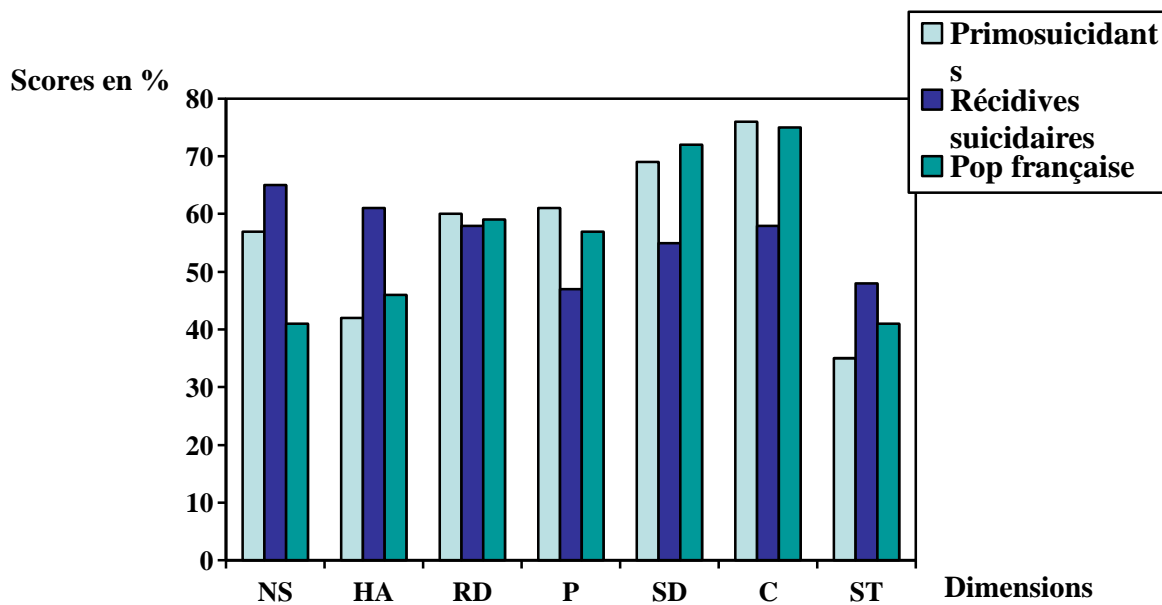
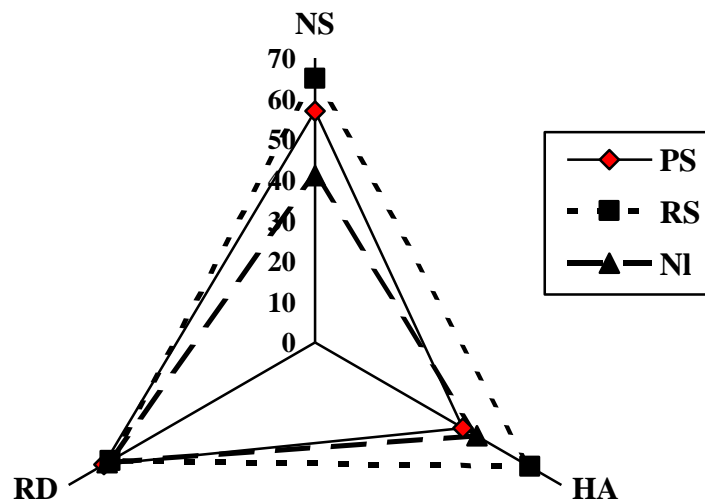


Fig 1 : Dimensions NS, HA, RD dans le groupe des primosuicidants (PS), des récidivistes suicidaires (RS) et dans la population générale (NI)



Que ce soit le groupe des primosuicidants, ou celui des récidivistes suicidaires, le score NS est supérieur à la valeur seuil de 0.41. Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes.

Les scores NS2, NS3 et NS4 correspondant à l'impulsivité, les dépenses et à l'anti-conformisme sont plus élevés dans le groupe des sujets avec récurrence suicidaire, que dans le groupe des primosuicidants.

Le score HA est élevé dans le groupe récidive suicidaire, alors qu'il est proche du score seuil dans le groupe primosuicidants.

Les quatre sous scores HA1, HA2, HA3 et HA4 correspondant à l'inquiétude, la peur de l'inconnu, la timidité et la fatigabilité sont également élevés dans le groupe récidive suicidaire. Le score RD est comparable à la valeur seuil, soit modéré, dans les deux groupes. Une valeur basse indique que le sujet se trouve protégé d'un passage à l'acte suicidaire, ce qui n'est pas le cas ici chez des sujets suicidants.

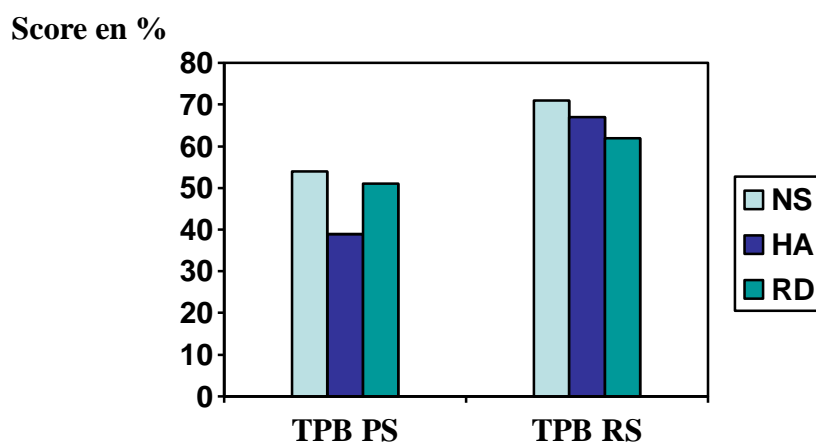
Le score SD est comparable à la valeur seuil pour le groupe des primosuicidants, alors qu'il est plus bas dans le groupe des récidivistes suicidaires. Il en est de même pour les cinq sous scores, soit le sens des responsabilités, la volonté d'aboutir, les ressources individuelles, l'acceptation de soi et l'efficacité des réflexes qui sont des valeurs plus basses dans le groupes des récidives suicidaires.

Le score C et les cinq sous scores C1 à C5 (tolérance sociale, empathie, solidarité, indulgence, probité) sont bas dans le groupe des récidivistes suicidaires.

Les dimensions SD et C avec des valeurs basses seraient en faveur d'un trouble de personnalité.

Ainsi le groupe des récidivistes suicidaires aurait un trouble de personnalité avec une probabilité plus grande.

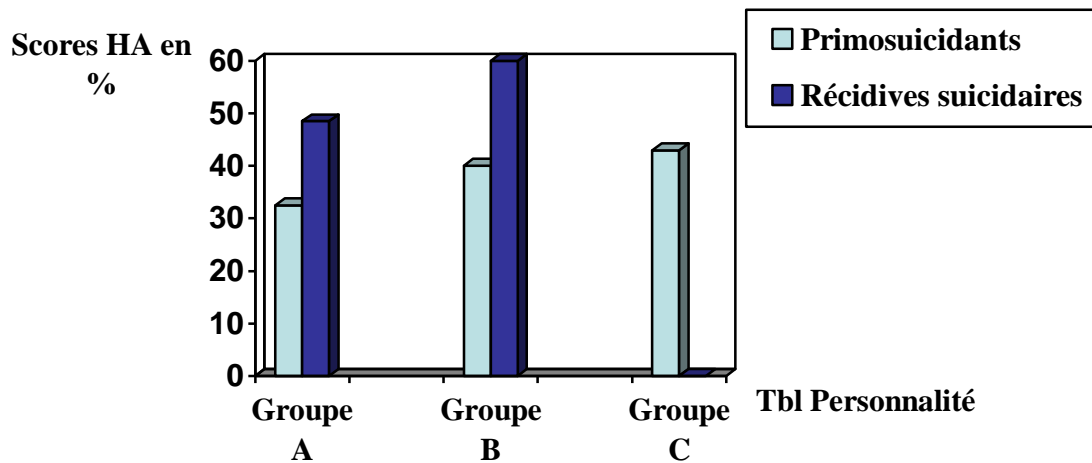
Histogramme 4 : Scores NS, HA, RD dans le groupe des primosuicidants avec TPB (TPB PS) et le groupe des récidivistes suicidaires avec TPB (TPB RS)



Les trois dimensions du tempérament présentent des valeurs supérieures dans le groupe des patients avec TPB et récidives suicidaires, par rapport aux patients avec TPB primosuicidants.

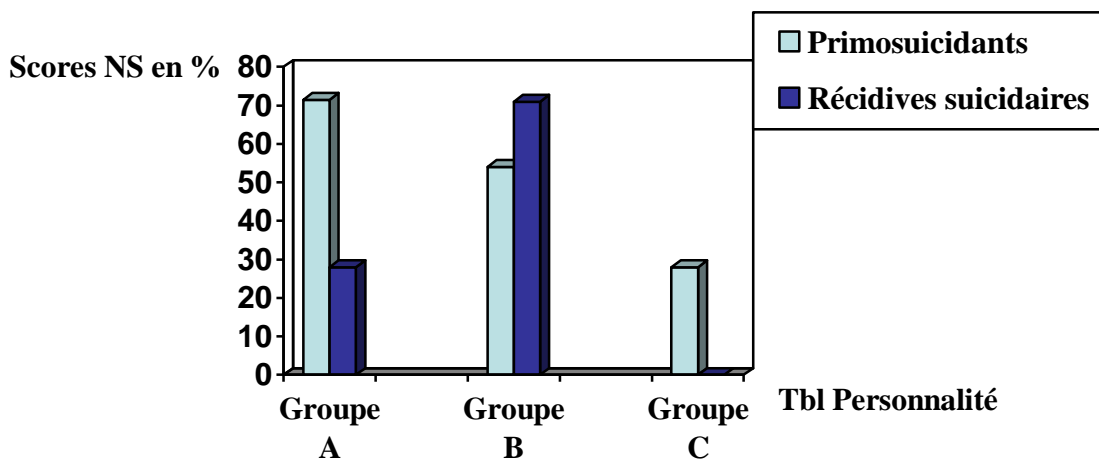
73% et 60% des sujets avec TPB ont respectivement un score NS et HA élevé.

Histogramme 5 : Scores de la dimension HA en fonctions des groupes de trouble de personnalité A, B, C chez les primosuicidants et les récidivistes suicidaires



Les scores de la dimension HA sont élevés chez les patients avec un trouble de personnalité du groupe A et B et en récidive suicidaire (sans qu'il soit possible de comparer avec un récidiviste suicidaire avec un trouble de personnalité du groupe C pour non inclusion).

Histogramme 6 : Scores de la dimension NS en fonction des groupes de trouble de personnalité A, B, C chez les primosuicidants et les récidivistes suicidaires



Les scores de la dimension NS sont élevés pour les patients avec un trouble de personnalité du groupe B, que ce soit chez les primosuicidants et chez les récidivistes suicidaires, alors que pour le groupe A, le score n'est élevé que chez les primosuicidants.

4) Discussion :

Nous examinerons les variables démographiques, cliniques qui pourraient être importantes pour prédire un comportement suicidaire.

4.1) Caractéristiques sociodémographiques :

Une différence entre les sexes concernant le comportement suicidaire, est retrouvée dans la littérature. Ainsi les femmes d'âge moyen, isolées, feraient plus de tentatives de suicide que les hommes (Monnin, 2012). De plus selon un article de Soloff et Chiapetta (2012), le niveau socioéconomique bas tend à favoriser un comportement suicidaire à répétition.

Dans notre étude, l'âge moyen est de 48.5 ans chez les primosuicidants et de 49.4 ans chez les récidivistes suicidaires, ce qui correspond à l'âge moyen retrouvé dans la littérature. Toutes les classes socioéconomiques sont représentées. Cependant, une prédominance du sexe féminin et du mode de vie solitaire, associés à un bas niveau socioéconomique tend à augmenter le risque suicidaire, sans que cela soit statistiquement significatif. Ainsi la moitié des récidivistes suicidaires vit seul. Le statut parental est de 60% chez les primosuicidants et de 75% chez les récidivistes suicidaires, sans différence significative entre les deux groupes. Nous pourrions nous attendre à un effet protecteur de la famille que notre échantillon ne présente pas. D'autres caractéristiques de cette population, tels l'impulsivité et des traits de tempérament que nous discuterons ci-après, interviennent.

L'étude de Cailhol (2007) présente le sexe féminin comme un facteur de risque significatif de récurrence du comportement suicidaire, à un an chez des patients avec un TPB.

Nous retrouvons dans notre étude que 67% des suicidants avec un TPB sont des femmes, 60% pour le groupe des primosuicidants et 86% pour le groupe des récidivistes suicidaires.

La différence entre les sexes concerne également le TPB, ainsi Marsha Linehan⁴, en 1993, utilise exclusivement le genre féminin et parle des « patientes limites », dans son manuel de

⁴ LINEHAN M.M., KOERNER K., A behavioral theory of borderline personality disorder. Borderline personality disorder, etiology and treatment, Washington, American Psychiatric Press, 1993: 103-21

guidance thérapeutique. De même, Lieb en 2004, parle de 7 femmes pour 3 hommes borderline.

4.2) Caractéristiques cliniques :

Dans notre étude, la dépression est diagnostiquée aussi bien chez les primosuicidants (40%) que chez les récidivistes suicidaires (37,5%), sans différence significative entre les deux groupes. La comorbidité addictive n'est pas plus mise en évidence dans le groupe des récidivistes suicidaires, même si 25% des récidivistes suicidaires ont une addiction et aucun primosuicidant n'en a.

Ce résultat est conforme à la littérature ; un trouble psychiatrique serait présent chez les suicidants, préférentiellement un trouble dépressif, mais possiblement un abus de substances, un trouble anxieux (Monnin, 2012).

La dépression est diagnostiquée avec le MINI et sa sévérité, par l'HDRS en hétéroévaluation et le BDI-13, en autoévaluation. Dans notre étude, une différence significative entre les deux groupes est mise en évidence concernant les scores à l'HDRS et au BDI-13 avec des scores plus élevés dans le groupe des récidivistes suicidaires (21 vs 18 pour l'HDRS, 15,5 vs 10 pour le BDI). L'évaluation BDI dans le groupe des récidivistes suicidaires, est 50% supérieure à celle du groupe des primosuicidants. Que ce soit en auto ou hétéroévaluation, l'intensité de la dépression est plus sévère dans le groupe des récidivistes suicidaires. Ce résultat est conforme à celui d'une étude de Soloff (juin 2012) retrouvant des scores élevés à l'HDRS et au BDI chez les récidivistes suicidaires, avec une différence significative par rapport aux primosuicidants (score BDI 30.9 vs 20.6, soit 50% supérieur dans le groupe récidivistes suicidaires).

La perception du patient sur sa dépression diffère de celle du clinicien, tous les patients inclus estiment avoir une dépression, alors que l'hétéroévaluation ne la retrouve que chez 39% des patients suicidants.

Sachant que c'est l'évaluation du patient qui est corrélée au risque suicidaire, alors que l'hétéroévaluation ne l'est pas, le ressenti dépressif du patient est primordial dans l'évaluation du risque suicidaire.

Un article de Monnin (2012), indique que la présence d'une autoévaluation de la dépression élevée, serait d'autant plus prédictive d'une tentative de suicide, que se surajoutent une impulsivité et une hostilité.

Dans notre étude, l'hostilité n'a pas été évaluée mais une impulsivité est présente chez tous les patients inclus, ne permettant pas d'en faire un facteur prédictif de récurrence suicidaire.

Cependant l'impulsivité est un des critères du TPB, est corrélée à la récurrence suicidaire sans nécessairement présager un comportement léthal (Soloff et Chiapetta, 2012). L'impulsivité associée à l'agressivité sont corrélées à un comportement suicidaire qui lui-même est sous dépendance des récepteurs sérotoninergiques de type 2A, du genre et du TPB (Soloff et Chiapetta, 2014). Ainsi une relation inverse est retrouvée entre le taux de sérotonine central et le comportement suicidaire. Le score HA reflète le fonctionnement sérotoninergique avec un score élevé chez le sujet TPB, par rapport à un témoin sain. Réduire l'impulsivité par un traitement ISRS permet de réduire le risque de comportement suicidaire.

Dans notre étude, 87,5% des récidivistes suicidaires avaient un traitement psychotrope, alors que 60% des primosuicidants en avaient, avec une différence significative entre les groupes. Cependant la réponse à cet item se faisait en oui/non, sans détail des psychotropes prescrits. L'observance n'était pas documentée. Etant donné que ce sont les récidivistes suicidaires qui étaient plus traités par psychotropes que les primosuicidants, il est pertinent de se poser la question des psychotropes prescrits qui n'ont pu prévenir le passage à l'acte.

Un antécédent d'hospitalisation psychiatrique différencie les deux groupes de patients, avec une hospitalisation concernant 50% des récidivistes suicidaires et aucune pour les primosuicidants laissant présager un état clinique plus sévère pour les récidivistes suicidaires.

Ce résultat est conforme à celui d'une étude de Soloff (2012) où un pourcentage significativement plus élevé d'hospitalisation (83,7%) se retrouve chez les récidivistes suicidaires, par rapport aux primosuicidants (53,5%).

Une étude de Amore (2014) retrouve que les patients suicidants avec un TPB et une comorbidité dépressive sont plus à risque de récurrence suicidaire.

Comme nous l'avons dit précédemment, tous les patients inclus présentent une dépression par autoévaluation, par conséquent tous les sujets TPB ont une comorbidité dépressive, sans pouvoir mettre en évidence de différence entre les deux groupes.

De plus, épisode dépressif caractérisé et TPB sont liés de telle sorte que la rechute dépressive est facilitée d'où l'indication d'un traitement pour le trouble de personnalité borderline (Gunderson, 2014). Ainsi un traitement par inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) pour le TPB dont nous verrons plus avant le mécanisme d'action et hors AMM, permet d'éviter la survenue d'une dépression.

A l'inverse, un sujet déprimé voit son risque de tentative de suicide augmenter de 33% pour chaque critère TPB présenté et en particulier la colère. L'étude conclut à l'indication du traitement du TPB (Stringer, 2013). Nous précisons l'intérêt des ISRS, lors de la discussion concernant la dimension HA du tempérament.

Les comorbidités peuvent concerner les troubles de personnalité entre eux avec 1,4 troubles de personnalité, en moyenne.

Ainsi une étude de Becker (2000), présente le TPB comme étant comorbide d'un autre trouble de personnalité du groupe B et plus particulièrement le trouble antisocial avec une co-occurrence de 26%.

Soloff et Chiapetta (2012) précise que le TPB est comorbide du trouble antisocial dans 20% des cas.

Dans notre étude, le trouble antisocial ne se retrouve que dans le groupe des récidivistes suicidaires, sans qu'une différence significative entre les deux groupes soit mise en évidence.

S'agissant des dimensions tempérament et caractère, nous pouvons dire que les scores NS traduisent la tendance à répondre à des stimuli nouveaux, par l'excitation ou l'exaltation. Le but de cette réponse est de chercher activement une récompense possible, d'éviter la monotonie ou les punitions. Si le score est élevé à cette dimension, cela suppose que le sujet présente un faible taux de base de dopamine et qu'il va rechercher des comportements exploratoires favorisant la libération de dopamine. En effet, la dopamine est sécrétée en attente d'une récompense.

Dans notre étude, 72% des patients (7 primosuicidants et 6 récidivistes suicidaires) présentent un score NS élevé par rapport au score seuil. L'émotion reliée à la dimension NS est la colère, il n'est pas étonnant de retrouver un score NS élevé chez ces patients qui présentent tous un score élevé d'impulsivité.

Une étude de Boisseau (2014) précise que la dimension NS est corrélée à l'impulsivité. La colère permet à l'impulsivité de se manifester par le passage à l'acte.

Les scores HA reflètent la réponse d'un individu à des stimuli aversifs, avec une réponse d'inhibition pour éviter les punitions, la nouveauté et les frustrations. Les scores HA élevés tradiraient un déficit dans le fonctionnement sérotoninergique. Il en est de même pour la dimension de caractère, 'détermination' (hypofonctionnement sérotoninergique).

D'autre part, il existe une relation inverse entre le taux de sérotonine central et le comportement suicidaire (Soloff, 2014).

Ceci est un argument pour l'usage préférentiel des ISRS, agissant par activation du récepteur 5-HT1A et blocage de la recapture pré-synaptique de la sérotonine.

Dans notre étude, nous retrouvons un score HA élevé dans le groupe des récidives suicidaires. Ce résultat est à rapprocher du résultat montrant qu'un score HA élevé prédit un nombre élevé de tentatives de suicide. Ainsi, la dimension NS, avec un score élevé, est corrélée à une tentative de suicide, de même que la dimension HA ; des scores élevés NS, HA seraient à considérer comme des marqueurs de sévérité du comportement suicidaire (Perroud, 2013). Ces données sont un éclairage sur les facteurs génétiques et les mécanismes moléculaires impliqués dans la TS.

Les scores RD élevés sont associés à un taux de base de noradrénaline, faible. Une réduction de l'activité noradrénergique entraîne une diminution de l'apprentissage. La dimension RD correspond, pour une part, à la dépendance affective. Un score RD bas est retrouvé chez les suicidants.

Dans notre étude, la dimension RD est du même ordre que la valeur seuil.

Une valeur basse de la dimension SD est retrouvée chez les suicidants (Perroud, 2013).

De plus, une association est trouvée entre les dimensions NS, HA (scores élevés), la dimension SD (score bas) et des scores élevés à la BIS 10. (Perroud, 2013).

Nos résultats sont conformes à ceux de la littérature avec des scores d'impulsivité élevés chez tous les suicidants, associés à des scores élevés NS, HA et bas pour SD, d'autant plus qu'il s'agit de récidivistes suicidaires.

Le trait impulsivité dans le trouble de personnalité est d'autant plus pertinent qu'il s'agit du TPB et la dimension NS y est corrélée (Boisseau, 2014).

Nous retrouvons des valeurs élevées au score NS chez les patients TPB et d'autant, plus qu'ils sont des récidivistes suicidaires.

En conclusion, nos résultats insistent sur l'importance de l'autoévaluation de la dépression et d'autant plus que le sujet a un antécédent suicidaire. Nous n'avons pu identifier le TPB comme facteur prédictif de récurrence suicidaire, même si ce trouble de personnalité est représenté chez 87,5% des récidivistes suicidaires de notre étude. La présence d'un stress traumatique n'a pas constitué une caractéristique des patients à récurrence suicidaire, ni l'impulsivité, présente chez tous les suicidants inclus, un score supérieur chez les patients à récurrence suicidaire.

Proposer une autoévaluation du tempérament et du caractère chez ces patients paraît pertinent. Des scores élevés NS et HA et un score bas pour SD permettent de distinguer des patients à haut risque suicidaire et ce d'autant que tous les patients présentaient une impulsivité.

Identifier ces patients, c'est participer à la prévention secondaire précoce des suicidants.

5) Limites de l'étude :

Les limites de notre étude sont un manque de puissance dû aux petits effectifs. Les patients avec un TPB ayant accepté de passer ces différentes échelles, pourraient correspondre à un sous-groupe de patients suffisamment compliants pour répondre aux différentes échelles, ni trop impulsifs, ni trop instables.

La longueur de passation des échelles a été un frein au recrutement des patients suicidants. De plus, le venue au CAP se fait au moment de la crise suicidaire et ce temps est peu compatible avec la réponse à des questionnaires, d'où le refus de nombreux patients.

Cette étude pourrait se poursuivre et confirmer les résultats dont beaucoup ne montrent qu'une tendance.

VII) CONCLUSION

Déjà Hamlet se demandait s'il vaut mieux « être ou ne pas être ». Le suicide pourrait en effet être considéré comme un acte mûrement réfléchi, qu'il serait illégitime de tenter d'empêcher. Il soulève la question fondamentale du sens de la vie, de la « confrontation entre l'appel humain et le silence déraisonnable du monde », posée par Albert Camus dans *Le mythe de Sisyphe* (1942). Dès lors, il n'y aurait « qu'un problème philosophique vraiment sérieux : c'est le suicide ». « Mourir volontairement suppose qu'on a reconnu, même instinctivement (...) l'absence de toute raison profonde de vivre, le caractère insensé de cette agitation quotidienne et l'inutilité de la souffrance ». Mais au final, A. Camus tire de ses réflexions sur l'absurde, le refus du suicide.

L'identification quantitative de facteurs de risque ne permet en effet pas de comprendre pourquoi la grande majorité des personnes présentant ces facteurs ne se suicide pas.

Des études qualitatives portant sur les trajectoires de vie, les profils psychologiques et les parcours de soins des personnes ayant fait des tentatives de suicide ou décédées par suicide seraient ainsi fondamentales.

Ceci vaut également pour les facteurs de protection, comme le suggère l'exemple d'Emma Bovary, cité par C. Baudelot et R. Establet (1984) : « L'un des suicides littéraires les plus célèbres est celui d'Emma Bovary ; c'est aussi l'un des plus improbables. Femme, jeune, mariée, mère d'un enfant, rurale et catholique, elle cumulait les traits dont Durkheim a montré qu'ils constituaient les facteurs les plus efficaces de préservation du suicide. Et pourtant elle se tue. Dans le roman, comme dans la vie, Flaubert n'a rien inventé ; il s'est inspiré, jusque dans le moindre détail, d'un fait divers réel (...) ».

D'où la notion de vulnérabilité spécifique qui se retrouverait chez les sujets réalisant un geste suicidaire, confrontés à une situation stressante insurmontable pour eux.

Cette vulnérabilité au suicide serait sous tendue par des déterminants neurologiques et les identifier permettrait de déterminer des patients à haut risque suicidaire.

Les sujets avec un TPB ont un risque suicidaire cinquante fois supérieur à la population générale. Ils constituent des sujets dont le diagnostic souvent difficile à poser, doit être fait.

Les outils d'auto et hétéroévaluation sont une aide au diagnostic qu'il convient d'utiliser, sans oublier le complément d'informations apporté par l'entourage du patient.

La recherche s'intéresse à identifier également une vulnérabilité, voire une plasticité neuronale concernant certains gènes codant pour des neurotransmissions, permettant un diagnostic plus certain.

Prédire une récurrence suicidaire demeure incertain. Nous avons vu que tous les sujets suicidants présentaient une dépression à l'autoévaluation, sans identifier de comorbidité spécifique dans le groupe des récidivistes suicidaires. D'autres études demandent à vérifier si la qualité de l'humeur serait de même intensité chez les suicidants TPB que chez les suicidants non TPB.

Les vignettes cliniques révèlent la difficulté du lien à l'autre, concernant la psychopathologie du trouble de personnalité borderline. Le lien à l'autre est également en cause dans le comportement suicidaire. Un sujet TPB suicidant est doublement en mal de ce lien, le renouer c'est diminuer sa souffrance, le maintenir, c'est le préserver.

VIII) BIBLIOGRAPHIE

ARTICLES DE REVUES SCIENTIFIQUES :

1. Ajamieh A., Ansseau M., Les marqueurs biologiques dans les personnalités schizotypique et borderline, *l'Encéphale*, 2000; 26: 42-54
2. Amad A., Ramoz N., Thomas P., Gorwood P., Genetics of borderline personality disorder: Systematic review and proposal of an integrative model, *Neurosc Behavior Rev*, 2014; 40: 6-19
3. Amore M., Innamorati M., Di Vittorio C., Weinberg I., Turecki G., Sher L., Paris J., Girardi P., Pompili M., Suicide attempts in major depressed patients with personality disorder, *Suicide and life-threat behave*, 2014; 44 (2): 155-66
4. ANAES, Conférence de consensus : La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, 19 et 20 octobre 2000, www.has.fr
5. Bateman A., Fonagy P., Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up, *Am J Psychiatry*, 2001; 158: 36-42
6. Bateman A., Fonagy P., 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual, *Am J Psychiatry*, 2008; 165: 631-38
7. Baus N., Fischer-Kern M., Naderer A., Klein J., Doering S., Pastner B., Leithner-Dziubas K., Plener PL., Kapusta ND., Personality organization in borderline patients with a history of suicide attempts, *Psy Res*, 2014; 218 (1-2): 129-33
8. Beck A.T., Cognitive therapy : nature and relation to behavior therapy, *Behavior therapy*, 1970; 1: 184-200

9. Becker D.F., Grilo C.M., Edell W.S., Mc Glashan T.H., Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorders in hospitalized adolescents and adults, *Am J Psychiatry*, 2000; 157(12): 2011-16
10. Becker D.F., Grilo C.M., Edell W.S., Mc Glashan T.H., Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents, *Am J Psychiatry*, 2002; 159: 2042-7
11. Berk M. S., Henriques G. R., Warman D. M., Brown G. K., Beck A. T., A cognitive therapy intervention for suicide attempters: an overview of the treatment and case example, *Cog Behav Pract*, 2004; 11: 265-77
12. Bernardi S., Faraone SV., Cortese S. et al., The lifetime impact of attention deficit hyperactivity disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, *Psychol Med*, 2012; 42(4): 875-87
13. Bernstein DP., Cohen P., Velez CN., Schwab-Stone M., Siever LJ., Shinsato L., Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents, *Am J Psychiatry*, 1993; 150: 1237-43
14. Berrouiguet S., Gravey M., LeGaludec M., Alavi Z., Walter M., Post-acute crisis text messaging outreach for suicide prevention: A pilot study, *Psych Research*, 2014; 217: 154-7
15. Berrouiguet S., Alavi Z., Vaiva G., Courtet P., Baca-García E., Vidailhet P. et al., SIAM (Suicide intervention assisted by messages): the development of a post-acute crisis text messaging outreach for suicide prevention, *BMC Psychiatry*, 2014 ; 294 (14) : 3-5
16. Black DW., Blum N., Pfohl B., Hale N., Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction and prevention, *J Pers Disord*, 2004; 18(3): 226-39

17. Black DW., Zanarini MC., Romine A., Shaw M., Allen J., Schulz SC., Comparison of low and moderate dosages of extended-release quetiapine in borderline personality disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial, *Am J Psychiatry* 2014; 171: 1174-82
18. Bloom J.M., Woodward E.N., Susmaras T., Pantalone T.W., Use of dialectical behaviour therapy in inpatient treatment of borderline personality disorder: a systematic review, *Psy serv*, 2012; 63(9): 881-8
19. Boisseau C.L., Yen S., Markowitz J.C. et al, Individuals with single versus multiple suicide attempts over 10 years of prospective follow-up, *Compr Psy*, 2013; 54(3): 238-42
20. Brent D., Non suicidal self-injury as a predictor of suicidal behavior in depressed adolescents, *Am J Psychiatry* 2011; 168: 452-54
21. Cailhol L., Rodgers R., Burnand Y., Brunet A., Damsa C., Andreoli A., Therapeutic alliance in short-term supportive and psychodynamic psychotherapies: a necessary but not sufficient condition for outcome?, *Psy Research*, 2009 ; 170 : 229-33
22. Cailhol L., Bouchard S., Belkai A., Benkirane G., Corduan G., Dupouy S., Acceptabilité et faisabilité de la psychothérapie par les patients avec trouble de la personnalité limite, *Ann Med Psychol*, 2010; 168: 435-9
23. Cailhol L., Bui E., Rouillon F., Bruno N., Lemoalle A., Faure K., Klein R., Lamy P., Guelfi J.-D., Schmitt L., Indication différentielle des psychothérapies adaptées au trouble de la personnalité limite, *L'Encéphale*, 2011 ; 37 : 577-82
24. Cailhol L., Ragonnet C., Besoins ressentis des patients et des soignants quant à la prise en charge des troubles de personnalité limite, *Ann Med Psychol*, 2013; 171: 100-3

25. Cailhol L., Jeannot M., Rodgers R., Guelfi J.-D., Perez-Diaz F., Pham-Scottet A., Corcos M., Speranza M., Borderline personality disorder and mental healthcare service use among adolescents, *J Pers Disord*, 2013; 27(2) : 252-59
26. CANMAT, <http://www.canmat.org>
27. Carter G.L., Clover K., Whyte I.M., Dawson A.H., D'Este C., Postcards from the EDge project: randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning, *BMJ*, 2005 ; 331: 805-10
28. Caspi A., Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene, *Science*, 2003; 301(5631): 386-89
29. CépiDC, <http://www.cepidc.inserm.fr>
30. Chakroun-Vinciguerra N., Faytout M., Pélioso A., Swendsen J., Validation française de la version courte de l'inventaire du tempérament et du caractère (TCI-125), *J TCC*, 2005 ; 15(1) : 27-33
31. Chapman A.L., Specht M.W., Cellucci T., Borderline personality disorder and deliberate self-harm: does experiential avoidance play a role?, *Suicide and Life Threatening Behavior*, 2005; 35: 388-99
32. Chen H., Mishara B.L., Liu X.X., A pilot study of mobile telephone message interventions with suicide attempters in China, *Crisis*, 2010; 31: 109-12
33. Cheval S., Mirabel-Sarron C., Guelfi J.-D., Rouillon F., L'alliance thérapeutique avec les patients limite en thérapie cognitivo-comportementale, *Ann Med Psychol*, 2009; 167: 347-54
34. Christensen H., Batterhamb P.J., Mackinnon A.J., Donker T., Soubelet A., Predictors of the risk factors for suicide identified by the interpersonal-psychological theory of suicidal behaviour, *Psy Research*, 2014; 219: 290-97

35. Coccaro EF., Kavoussi RJ., Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality disordered subjects, *Arch of Gen Psychiatry*, 1997; 54(12) : 1081-88
36. Cohen P., socioeconomic background and the developmental course of Schizotypal and borderline personality disorder symptoms, *Develop Psychol*, 2008; 21: 1013-30
37. Corcos M., Pham-Scottez A., APA et trouble borderline, *L'Encéphale*, 2008 ; suppl 6 : 219-22
38. Corcos M., Pham-Scottez A., Speranza M., European Research Network on Borderline Personality Disorder (EURNET-BPD), 57th Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry New research, poster session n° 312; New York: 28-31 oct 2010
39. Courtet P., Gottesman II., Jollant F., Gould TD., The neuroscience of suicidal behaviours: what can we expect from endophenotype strategies?, *Transl Psy*, 2011; 1: 1-7
40. Cuijpers P., de Beurs D.P., Van Spijker B.A.J., Berking M., Andersson G., Kerkhof J.F.M., The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: A systematic review and meta-analysis, *J Affect Disorders*, 2013; 144: 183-90
41. Deborde A.-S., M, Miljkovitch R., Roy C., Dugré-Le Bigre C., Pham-Scottez A., Speranza M., Corcos M., Alexithymia as a mediator between attachment and the development of borderline personality disorder in adolescence, *J Pers Disord*, 2012; 26(5): 676-88
42. De Fruyta F., Van De Wieleb L., Van Heeringenb C., Cloninger's psychobiological model of temperament and character and the Five-Factor model of personality, *Personality and Individual Differences*, 2000; 29: 441-52

43. De Groot E.R., Verheul R., Trijsburg R.W., An integrative perspective on psychotherapeutic treatments for borderline personality disorder, *J Pers Disord*, 2008; 22(4): 332-52
44. DSM-5, <http://www.dsm5.org>
45. Eichelman B., Borderline Personality Disorder, PTSD and suicide, *Am J Psychiatry*, 2010; 167(10): 1152-4
46. Evans J., Evans M., Morgan H.G., Hayward A., Gunnell D.J., Crisis card following self harm: 12 month follow up of a randomised controlled trial, *Br J Psy*, 2005; 187: 186-7
47. Fassino S., Amianto F., Gastaldi F., Abbate-Daga G., Brambilla F., Leombruni P., Personality trait interactions in parents of patients with borderline personality disorder: a controlled study using the Temperament and Character Inventory, *Psy Res*, 2009; 165: 128-36
48. Fowler JC., Sharp C., Kalpakci A. et al., A dimensional approach to assessing personality functioning: examining personality trait domains utilizing DSM-IV personality disorder criteria, *Comprehensive Psychiatry*, 2014: 1-10
49. Garnet K.-E., Levy K.-N., Mattanah J.F., Edell W.S., Mc Glashan T.H., Borderline personality disorder in adolescents: ubiquitous or specific ? *Am J Psychiatry*, 1994; 151(9): 1380-2
50. Giner L., Blasco-Fontecilla H., Perez-Rodriguez M., Garcia-Nieto R., Giner J., Guija J.A., Rico A., Barrero E., Luna M.A., de Leon J., Oquendo M.A., Baca-Garcia E., Personality disorders and health problems distinguish suicide attempters from completers in a direct comparison, *J Affect Disorders*, 2013; 151: 474-83
51. Gontier E., Prigent Y., Alliance thérapeutique et engagement : une réflexion sur l'éthique de la prise en charge des patients suicidants en psychothérapie psychanalytique, *Annales Médico-Psychologiques*, 2011; 169: 319-22

52. Guelfi J.-D., Axe I, Axe II ou Troubles mentaux et Troubles de la personnalité, *L'évolution psychiatrique*, 2014 ; 79 : 55-67
53. Guelfi J.-D., Cailhol L., Robin M., Lamas C., Etats limites et personnalité borderline, *EMC Psychiatrie*, 2014, 37-395-A-10
54. Gunderson J.G., Shea M.T., Skodol A.E., Mc Glashan T.H., Morey L.C., The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. I. Development, aims, design and sample characteristics, *J Pers Disord*, 2000; 14(4): 300-15
55. Gunderson J.G., Lyons-Ruth K., Bpd's interpersonal hypersensitivity phenotype: a gene-environment developmental model, *J Pers Disord*. 2008; 22(1): 22-41
56. Gunderson J.G., Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis, *Am J Psychiatry*, 2009; 166(5): 530-9
57. Gunderson J.G., Stout R.L., Mc Glashan T.H., Shea M.T., Morey L.C., Grilo C.M., Zanarini M.C., Yen S., Markowitz J.C., Sanislow C., Ansell E., Pinto A., Skodol AE., Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study, *Arch Gen Psychiatry*, 2011; 68: 827-37
58. Gunderson JG., Stout RL., Shea MT. et al., Interactions of borderline personality disorder and mood disorders over ten years, *J Clin Psych*, 2014; 75(8): 829-34
59. Harned MS., Rizvi SL., Linehan MM., Impact of co-occurring posttraumatic stress disorder on suicidal women with borderline personality disorder, *Am J Psych*, 2010; 167 (10): 1210-17
60. Hollander E., Allen A., Lopez RP. Et al., A preliminary double-blind, placebo controlled trial of divalproex sodium in borderline personality disorder, *Clin Psych*, 2001; 62: 199-203

61. Jeammet P., Suicidal behavior in adolescents, *Rev Prat* 1987; 37(13): 725-30
62. Jeammet P., Innovations en clinique et psychopathologie de l'adolescence, *Ann Med Psychol*, 2001; 159 (10) : 672-78
63. Johnson DM., Shea MD., Yen S., Battle C., Zlotnick C., Gender differences in borderline personality disorders: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study, *Compr Psychiatry*, 2003; 44: 284-92
64. Kendall T., Burbeck R., Bateman A., Pharmacotherapy for borderline personality disorder: NICE guideline, *BJP*, 2010; 196(2): 158-9
65. Knafo A., Greenfield B., Guilé J.-M., Le trouble de personnalité limite de l'adolescence à l'âge adulte : quelle stabilité diagnostique ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2014; 62: 3-9
66. Kramer U., De l'importance de l'approfondissement de l'affect en psychothérapie, *Prat Psychol*, 2011; 17: 93-102
67. Kramer U., De la régulation à l'approfondissement de l'affect en psychothérapie : l'exemple du trouble de la personnalité borderline, *Ann Med Psychol*, 2014 ; 30: 6p
68. Lenzenweger MF., Lane M., Loranger AW., DSM-IV personality disorders in the national comorbidity survey replication, *Biol Psychiatry*, 2007; 62: 553-64
69. Lenzenweger MF., Epidemiology of personality disorders, *Psychiatr Clin North Am*, 2008; 31(3): 395-403
70. Lieb K., Zanarini M.C., Schmahl C., Linehan M., Bohus M., Borderline personality disorder, *Lancet*, 2004; 364(9432): 453-61
71. Lieb K., Völlm B., Rücker G., Timmer A., Stoffers J.M., Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials, *Brit J Psychiatry*, 2010; 196 : 4-12

72. Linehan MM., Comtois KA., Murray AM., Brown MZ., Gallop RJ., Heard HL., Korslund KE., Tutek DA., Reynolds SK., Lindenboim N., Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder, *Arch Gen Psychiatry*, 2006; 63: 757-66
73. Links P.S., Heslegrave R., Van Reekum R., Impulsivity: core aspect of borderline personality disorder, *J Pers Disord*, 1999; 13(1): 1-9
74. Links P.S., Kolla N.J., Guimond T., McMMain S., Prospective risk factors for suicide attempts in a treated sample of patients with borderline personality disorder, *Can J Psychiatry*, 2013; 58(2): 99-106
75. Lorillard S., Schmitt L., Andreoli A., Comment traiter la tentative de suicide ? 1^{ère} partie : efficacité des interventions psychosociales chez des patients suicidants à la sortie des urgences, *Ann Med Psychol*, 2011; 169 : 221-28
76. Lorillard S., Schmitt L., Andreoli A., Comment traiter la tentative de suicide ? Seconde partie : une revue des traitements et de leur efficacité chez des patients borderline, *Ann Med Psychol*, 2011; 169 : 229-36
77. Lyons-Ruth K., Bureau J.-F., Holmes B., Easterbrooks A., Hall Brooks N., Borderline symptoms and suicidality/self-injury in late adolescence: prospectively observed relationship correlates in infancy and childhood, *Psy Research*, 2013; 206: 273-81
78. Marttunen MJ., Aro HM., Henriksson MM., Lönnqvist JK., Mental disorders in adolescent suicide: DSM-III-R axes I and II diagnoses in suicide among 13 to 19 years olds in Finland, *Arch Gen Psychiatry*, 1991; 48: 834-9
79. Miller AL., Muehlenkamp JJ., Jacobson CM., Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents, *Clin Psychol Rev*, 2008; 28: 969-81

80. Mirkovic B., Bellonclec V., Rousseau C., Knafod A., Guilée J.-M., Gérardina P., Prevention strategies of suicide and suicidal behaviour in adolescents: A systematic review, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2014 ; 62 : 33-46
81. Monnin J., Thiemard E., Vandiel P., Nicolier M., Tio G., Courtet P., Bellivier F., Sechter D., Haffen E., Sociodemographic and psychopathological risk factors in repeated suicide attempts: gender differences in a prospective study, *J Affect Disord*, 2012; 136: 35-43
82. Motto J.A., Bostrom A.G., A randomized controlled trial of post crisis suicide prevention, *Psychiatric Services*, 2001; 52: 828-33
83. Mouselier A., Le syndrome pré-suicidaire du Pr. Erwin Ringel, *L'évolution psychiatrique*, 2005 ; 70 : 425-6
84. Myers K., McCauley E., Calderon R., Treder R., The 3-year longitudinal course of suicidality and predictive factors for subsequent suicidality in youths with major depressive disorder, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr*, 1991; 30: 804-10
85. Neacsiu AD., Rizvi SL., Linehan MM., Dialectical behaviour therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder, *Behav Res Ther*, 2010; 48: 832-9
86. NICE, National Institute for Clinical Excellence: <http://www.nice.org.uk>
87. Nickel MK., Muehlbacher, M., Nickel C. et al., Aripiprazole in the treatment of patients with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled study, *Am J Psychiatry*, 2006; 163: 833-38
88. Nicoli M., Bouchez S., Nieto I., Gasquet I., Kovess V., Léppine J.-P., Idéation et conduites suicidaires en France : prévalence sur la vie et facteurs de risque dans l'étude ESEMeD, *l'Encéphale*, 2012 ; 38 : 296-303

89. O'Leary KM., Brouwers P., Gardner DL., Neuropsychological testing of patients with borderline personality disorder, *Am J Psychiatry*, 1991; 148: 106-11
90. Obsuth I., Hennighausen K., Brumariu L.E., Lyons-Ruth K., Disorganized behavior in adolescent parent interaction: relations to attachment state of mind, partner abuse and psychopathology, *Child Dev*, 2014; 85(1): 370-87
91. Oldham J.M., Treatment in psychiatry borderline personality disorder and suicidality, *Am J Psy*, 2006; 163: 20-6
92. Olfson M., Shaffer D., Marcus SC., Greenberg T., Relation ship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents, *Arch Gen Psychiatry*, 2003; 60(10): 978-82
93. Olfson M., Marcus SC., Shaffer D., Antidepressant drug therapy and suicide in severely depressed children and adults: a case-control study, *Arch Gen Psychiatry*, 2006; 63(8): 865-72
94. OMS, « CIM 10 – Chapitre V – Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60-F69), sur Législation psy
95. Oquendo M.A., Brent D.A., Birmaher B., Greenhill L., Kolko D., Stanley B., Zelazny J., Burke A.K., Firinciogullari S., Ellis S.P., Mann J.J.: Post traumatic stress disorder comorbid with major depression: factors mediating the association with suicidal behavior, *Am J Psychiatry*, 2005; 162: 560-66
96. Oquendo M.A., Galfalvy H.C., Currier D. et al., Treatment of suicide attempters with bipolar disorder : a randomized clinical trial comparing lithium and valproate in the prevention of suicide behavior, *Am J Psy*, 2011; 168(10): 1050-6
97. Paris J., The nature of borderline personality disorder: multiple dimensions, multiple symptoms, but one category, *J Pers Disorders*, 2007; 21(5): 457-73

98. Pélissolo A., Lépine J.-P., Traduction française et premières études de validation du questionnaire de personnalité TCI, *Ann Med Psychol*, 1997; 155(8): 497-508
99. Pélissolo A., Jost F., Pharmacothérapie des troubles de personnalité, *Ann Med Psychol.*, 2011 ; 169 : 592-4
100. Penas-Lledo E., Guillaume S., Delgado A., Naranjo M.G.E., Jaussent I., LLerena A., Courtet P., ABCB1 gene polymorphisms and violent suicide attempts among survivors, *J Psy Res*, 2014: 1-5
101. Perroud N., Baud P., Ardu S., Krejci I., Mouthon D., Vessaz M., Guillaume S., Jaussent I., Olié E., Malafosse A., Courtet P., Temperament personality profiles in suicidal behaviour: An investigation of associated demographic, clinical and genetic factors, *J Aff Disord*, 2013; 146 : 246-53
102. Perugi G., Angst J., Azorin J.-M., Bowden C., Vieta E., Young A.H., Is comorbid borderline personality disorder in patients with major depressive episode and bipolarity a developmental subtype? Findings from the international BRIGGE study, *J Affect Disord*, 2013; 144: 72-8
103. Pham-Scottez A., Guelfi J.-D., Troubles de la personnalité : aspect cliniques et limites diagnostiques, *Ann Med Psychol.*, 2003; 161: 727-32
104. Pham-Scottez A., Evaluation de l'efficacité d'une permanence téléphonique sur l'incidence des tentatives de suicide des patients borderline, *Ann Med Psychol*, 2010 ; 168 : 141-44
105. Prada P., Hasler R., Baud P., Bednarz G., Ardu S., Krejci I., Nicastro R., Aubry J.-M., Perroud N., Distinguishing borderline personality disorder from adult attention deficit hyperactivity disorder: a clinical and dimensional perspective, *Psy Res*, 2014 ; 217 : 107-14

106. Purper-Ouakil D., Cohen D., Flament MF., Les antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent: mise au point des données d'efficacité et de tolérance, *Neuropsychiatrie Enfance Adolesc*, 2011
107. Reist C., Nakamura K., Sagart E., Sokolski KN., Fujimoto KA., Impulsive aggressive behavior : open label treatment with citalopram, *J Clin Psych*, 2003; 64: 81-5
108. Renaud S., Guilé J.-M., Approche neurobiologique des traits tempéramentaux associés aux troubles de personnalité, *Ann Med Psychol.*, 2004; 162 : 731-38
109. Ribeiro J.D., Silva C., Joiner T.E., Over arousal interacts with a sense of fearlessness about death to predict suicide risk in a sample of clinical outpatients, *Psy Research*, 2014; 218: 106-12
110. Richard-Devantoy S., Olié E., Guillaume S., Bechara A., Courtet P., Jollant F., Distinct alterations in value-based decision-making and cognitive control in suicide attempters: Toward a dual neurocognitive model, *J Affect Disorders*, 2013; 151: 1120-24
111. Richard-Devantoy S., Guillaume S., Olié E., Courtet P., Jollant F., Altered explicit recognition of facial disgust associated with predisposition to suicidal behaviour but not depression, *J Affect Disorders*, 2013; 150: 590-93
112. Rimlinger B., Dépressions et troubles de la personnalité : influences réciproques, *l'Encéphale*, 2010, sup. 5, 123-26
113. Robin M., Pham-Scottez A., Curt F., Dugre-Le Bigre C., Speranza M., Sapinho D., Corcos M., Berthoz S., Kedia G., Decreased sensitivity to facial emotions in adolescents with borderline personality disorder, *Psy Res*, 2012; 200: 417-21
114. Robin M., Rechtman R., Un changement de paradigme au sein du DSM ? Le cas de la personnalité borderline à l'adolescence, *L'évolution psychiatrique*, 2014 ; 79 : 95-108

115. Rosenbluth M., McQueen G., McIntyre R.S., Beaulieu S., Schaffer A, The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid personality disorders, *Ann Clin Psy*, 2012; 24(1): 56-68
116. Rossi R., Lanfredi M., Pievani M. et al., Abnormalities in cortical gray matter density in borderline personality disorder, *Europ Psy*, 2015; 30: 221-7
117. Ryder AG., Costa PT., Bagby RM., Evaluation of the SCID-II personality disorder traits for DSM-IV: coherence, discrimination, relations with general personality traits, and functional impairment, *J Personal Disorders*, 2007; 21(6): 626-37
118. Schulz SC., Zanarini MC., Bateman A., Bohus M. et al., Olanzapine for the treatment of borderline personality disorder: variable dose 12-week randomised double-blind placebo-controlled study, *BJP*, 2008; 193: 485-92
119. Sharp C., Haa C., Michonskia J., Ventaa A., Carbone C., Borderline personality disorder in adolescents: evidence in support of the Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder in a sample of adolescent inpatients, *Comprehensive Psychiatry*, 2012; 53: 765-74
120. Shea MT., Yen S., Stability as a distinction between Axis I and Axis II Disorders, *J Pers Disord*, 2003; 17: 373-86
121. Sheehan DV., Lecrubier Y., Harnett Sheehan K., Janavs J., WeilJer E., Keskiner A., Schinka J., Knapp E., Sheehan MF., Dunbar GC., The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability, *Eur Psychiatry* 1997; 12: 232-41
122. Sher L., Oquendo MA., Richardson-Vejlgaard R., Makhija NM., Posner K., Mann JJ., Stanley BH., Effect of acute alcohol use on the lethality of suicide attempts in patients with mood disorders, *J of Psy Research*, 2009; 43: 901-05

123. Siever L.J., Torgersen S., Gunderson J.G., et al., The borderline diagnosis III: identifying endophenotypes for genetic studies, *Biol Psych*, 2002; 51: 964-68
124. Skodol A.E., Siever L.J., Livesley W.J., Gunderson J.G., Pfohl B., Widiger T.A., The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course, *Biol Psych*, 2002; 51: 951-63
125. Soloff P.H., Lynch K.G., Kelly T.M., Malone K.M., Mann J.J., Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study, *Am J Psych*, 2000; 157(4): 601-8
126. Soloff P. H., Fabio A., Prospective predictors of suicide attempts in borderline personality disorder at one, two and two-to-five year follow-up, *J Pers Disord* 2008; 22(2): 123-34
127. Soloff P.H., Chiappetta L., Prospective predictors of suicidal behaviour in borderline personality disorder at 6-year follow-up, *Am J Psych*, 2012; 169(5): 484-90
128. Soloff P. H., Chiappetta L., Subtyping borderline personality disorder by suicidal behavior, *J Pers Disord*, 2012 June; 26(3): 468-80
129. Soloff P.H., Chiappetta L., Scott Masson N., Becker C., Price J.C., Effects of serotonin-2A receptor binding and gender on personality traits and suicidal behaviour in border line personality disorder, *Psy Research: Neuroimag*, 2014; 222: 140-8
130. Speranza M., Revah-Levy A., Cortese S., Falissard B., Pham-Scottez A., Corcos M., ADHD in adolescents with borderline personality disorder, *BMC Psy*, 2011; 158 (11): 2-9
131. Speranza M., Pham-Scottez A., Revah-Levy A., Barbe R.P., Perez-Diaz F., Birmaher B., Corcos M., Factor structure of borderline personality disorder symptomatology in adolescents, *Can J Psych*, 2012; 57(4): 230-37

132. Spodenkiewicz M., Speranza M., Taïeb O., Pham-Scottez A., Corcos M., Révah-Levy A., Living from day to day – Qualitative study on borderline personality disorder in adolescence, *J Can Acad Child Adolesc Psy*, 2013; 22(4): 282-9
133. Staikowsky F., Chastang F., Pujalte D., Urgences psychiatriques liées aux actes suicidaires en 2008. Incidence et pronostic, *Réanimation* 2008; 17 : 783-89
134. Stringer B., Van Meijel B., Eikelenboom M., Koekkoek B., Licht CM., Kerkhof AJ., Penninx BW., Beekman AT., Recurrent suicide attempts in patients with depressive and anxiety disorders: the role of borderline personality traits, *J Affect Disord.* 2013; 151(1) : 23-30
135. Teicher MH., Samson JA., Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes, *Am J Psych*, 2013; 170(10): 1114-33
136. Tohen M., Pharmacologic treatments for borderline personality disorder, *Am J Psy* , 2014; 171 : 1139-41
137. Torgersen S., Genetics of patients with borderline personality disorder, *The Psy Clin North America*, 2000; 23(1): 1-9
138. Vaiva G., Ducrocq F., Meyer P., Mathieu D., Philippe A., Libersa C., Goudemand M., Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study, *British Medical Journal*, 2006, 332: 1241-45
139. Vaiva G., Walter M., Al Arab A.S., Courtet P., Bellivier F., Demarty A.L., Duhem S., Ducrocq F., Goldstein P., Libersa C., ALGOS: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters, *BMC Psychiatry*, 2011; 11(1)
140. Vandevoorde J., Revealing three psychological states before an acting out in 32 patients hospitalized for suicide attempt, *l'Encéphale*, 2013; 39: 265-70

141. Verkes RJ., Van der Mast RC., Hengeveld MW. et al., Reduction by paroxetine of suicidal behavior in patients with repeated suicide attempts but not major depression, *Am J Psych*, 1998; 155: 543-7
142. <http://www.who.int>
143. Yao S-N., Cottraux J., Note I., De Mey-Guillard C., Mollard E., Ventureyra V., Evaluation des états de stress post-traumatique : validation d'une échelle, la PCLS, *L'Encéphale*, 2003; 29 : 232-8
144. Yen S., Shea MT., Sanislow CA., Skodol AE., Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior, *Am J Psy*, 2004; 161(7): 1296-8
145. Zanarini MC, Schulz SC, Detke HC, Tanaka Y, Zhao F, Lin D, Deberdt W, Kryzhanovskaya L, Corya S: A dose comparison of olanzapine for the treatment of borderline personality disorder: a 12-week randomized, double-blind, placebo-controlled study, *J Clin Psychiatry*, 2011; 72: 1353-62
146. Zanarini MC., Frankenburg FR., Reich DB., Fitzmaurice G., Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and Axis II comparison subjects: a 16- year prospective follow-up study, *Am J Psychiatry*, 2012; 169: 476-83

OUVRAGES :

1. American Psychiatric Association, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e ed. révisée Washington DC, 2000
2. American Psychiatric Association, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e ed. Washington DC, 2013
3. Anzieu D., Le moi-peau, Dunod Paris 1995
4. Bateman A. W., Fonagy P.: Mentalization based treatment for borderline personality disorder: A Practical Guide, Oxford UK, Oxford University Press, 2006
5. Baudelot C., Establet R., Durkheim et le suicide, PUF 1996
6. Beck A.T., Freeman A.M., Davis D.D., et al., Cognitive therapy of personality disorders, Guilford Press New York 1990 [rééd. 2004]
7. Bergeret J., Abrégé de psychologie pathologique. Théorie et clinique, Masson Paris, 1979
8. Bergeret J., La dépression et les états limites, Payot Paris 1992
9. Bergeret J., Reid W. et al., Narcissisme et états limites, Dunod Paris 2000
10. Bergeret J., La personnalité normale et pathologique, 3^{ème} édition Dunod Paris 2003
11. Camus A., Le mythe de Sisyphe, Folio Essais n°11
12. Corcos M., La terreur d'exister. Fonctionnements limites à l'adolescence, Dunod Paris 2009

13. Corcos M., Pham-Scottez A., Speranza M., Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence, Dunod Paris 2013
14. Cornu M., Le suicide est-il un problème ? www.pinel.qc.ca/psychiatrie_violence
15. Courtet P., Thuile J., Les suicidants multirécidivistes : une population particulière? Suicides et tentatives de suicide, Médecine-Sciences Flammarion, Paris, 2010 : 26-31
16. Deutsch H., Les « comme si » et autres textes (1933-1970), Seuil Paris 2007
17. Durkheim E., Le suicide. Etude de sociologie, Félix Alcan éditeur, Paris, 1897
18. Féline A., Guelfi J.-D., Hardy P., Les troubles de la personnalité, Médecine-Science Flammarion, 2006
19. Freud S., Quelques types de caractères dégagés par la psychanalyse, Essai de psychanalyse appliquée, Gallimard Paris, 1952
20. Freud S., Au-delà du principe de plaisir, réédition PUF 2010
21. Green A., La folie privée. Psychanalyse des cas limites, Folio Essais 2003
22. Grinker RR., Werble B., Drye R., The borderline syndrome, New York Basic Books, 1968
23. Guelfi J.-D. et al., DSM-IV-TR, Masson, 2004
24. Kernberg O., La personnalité narcissique et les troubles limites de la personnalité, Privat, 1975

25. Kernberg, O.F., Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies, New Haven, CT; Yale University Press, 1984
26. Kernberg O., Les troubles graves de la personnalité : stratégies thérapeutiques, PUF, 1989 : 15-47
27. Kernberg O., La thérapie psychodynamique des personnalités limites, PUF 1995
28. Laplanche J., Pontalis J.-B., Vocabulaire de la psychanalyse, PUF 2003
29. Linehan MM., Koerner K., A behavioural theory of borderline personality disorder. Borderline personality disorder, etiology and treatment, Am Psy Press, Washington, 1993
30. Linehan MM., Traitement cognitivo-comportemental du trouble de la personnalité état-limite, Editions Médecine et Hygiène, Genève 2000
31. Marcelli D., Les états limites en psychiatrie, PUF 1983
32. Masterson J.F., Treatment of borderline adolescent: a developmental approach, Psychology Press, New York, 1972
33. Oquendo MA., Mann JJ., The biology of impulsivity and suicidality, The Psychiatric clinics of North America, 2000, vol 23, number 1
34. Pichot P., Les personnalités pathologiques, Bull Psychol, 1965, tome 18
35. Ribot T., Les maladies de la personnalité. F. Alcan 1895
36. Roussillon R., Chabert C., Ciccone A., Ferrant A., Georgieff N., Roman P., Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale, Masson 2007

37. Schneider K., Les personnalités psychopathiques, PUF 1955
38. Schmideberg M., Principe of treating borderline cases, 1955
39. Vandevoorde J., Psychopathologie du suicide, Dunod Paris 2013

IX) ANNEXES

Critères DSM-5 « Substance-related and addictive disorders »:

Alcohol-related disorders:

- 1) Consommation d'alcool plus importante ou plus longue que prévue
- 2) Efforts infructueux pour stopper la consommation d'alcool
- 3) Passer beaucoup de temps à utiliser ou à se procurer de l'alcool
- 4) Envie irrésistible de consommer de l'alcool
- 5) Ne pas arriver à gérer les activités quotidiennes, au travail, à l'école ou au domicile, en raison de l'usage d'alcool
- 6) Continuer à consommer de l'alcool, malgré les difficultés relationnelles ou les problèmes sociaux dus à l'alcool ou exacerbés par les effets de l'alcool
- 7) Renoncer à des activités professionnelles ou sociales en raison de la consommation d'alcool
- 8) Continuer à consommer de l'alcool, même si cette utilisation met le sujet en danger
- 9) Continuer à consommer de l'alcool, même si cette utilisation engendre des conséquences sur la santé physique ou psychique du sujet
- 10) Tolérance :
 - Besoin d'augmenter la quantité consommée pour avoir les mêmes effets
 - Diminution de l'effet recherché avec la même quantité d'alcool
- 11) Développement d'un syndrome de sevrage :
 - Syndrome de sevrage selon les critères A et B, de la partie Sevrage en alcool du DSM-5
 - Prise d'alcool ou de benzodiazépines afin de diminuer ou d'éviter les symptômes du sevrage

Addiction légère (mild) : 2 à 3 critères

Addiction modérée (moderate) : 4 à 5 critères

Addiction sévère (severe) : 6 critères

Tableau des critères diagnostiques CIM-10 et DSM-IV du TPB, selon Féline, 2006

CIM-10 PERSONNALITÉ ÉMOTIONNELLEMENT LABILE	DSM-IV PERSONNALITÉ BORDERLINE
TYPE IMPULSIF	
Présence d'au moins trois des caractéristiques suivantes, dont obligatoirement (2) :	Présence d'au moins cinq des manifestations suivantes :
<p>(1) Tendance marquée à agir de façon imprévisible et sans considération pour les conséquences.</p> <p>(2) Tendance marquée au comportement querelleur, à entrer en conflit avec les autres, particulièrement lorsque les actes impulsifs sont contrariés ou critiqués.</p> <p>(3) Tendance aux éclats de colère ou de violence, avec incapacité à contrôler les comportements impulsifs qui en résultent.</p> <p>(4) Difficulté à poursuivre une action qui ne conduit pas à une récompense immédiate.</p> <p>(5) Humeur instable et capricieuse.</p>	<p>(4) Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (par exemple dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie). NB Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérées dans le critère 5.</p> <p>(8) Colères intenses et inappropriées ou difficultés à contrôler sa colère (par exemple fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées).</p> <p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">—</p> <p>(6) Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (par exemple dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).</p>
TYPE BORDERLINE	
Présence d'au moins trois des caractéristiques du type impulsif, avec de plus, au moins deux des suivantes :	
<p>(1) Perturbation et incertitude concernant sa propre image, ses buts et ses choix personnels (y compris sexuels).</p> <p>(2) Tendance à s'engager dans des relations intenses et instables amenant souvent à des crises émotionnelles.</p> <p>(3) Efforts démesurés pour éviter d'être abandonné.</p> <p>(4) Menaces ou tentatives récurrentes de gestes auto-agressifs.</p> <p>(5) Sentiments permanents de vide.</p> <p style="text-align: center;">—</p>	<p>(3) Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi.</p> <p>(2) Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.</p> <p>(1) Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés (ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5).</p> <p>(5) Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations.</p> <p>(7) Sentiments permanents de vide.</p> <p>(9) Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.</p>

PDQ-4 +

Nom :

Date :

Le but de ce questionnaire est de vous aider à décrire le genre de personne que vous êtes. Pour répondre aux questions, pensez à la manière dont vous avez eu tendance à ressentir les choses, à penser et à agir durant ces dernières années. Afin de vous rappeler cette consigne, chaque page du questionnaire commence par la phrase : « *Depuis plusieurs années...* ».

V (vrai) signifie que cet énoncé est **généralement vrai** pour vous.

F (faux) signifie que cet énoncé est **généralement faux** pour vous.

Même si vous n'êtes pas tout à fait certain(e) de votre réponse, veuillez indiquer **V** ou **F** à chaque question.

Par exemple, à l'énoncé suivant :

xx. J'ai tendance à être têtu(e) V F

Si, *depuis plusieurs années*, vous êtes effectivement têtu(e), vous répondrez « vrai » en entourant le **V**. Si cet énoncé ne s'applique pas du tout à vous, vous répondrez « faux » en entourant le **F**.

Il n'y a pas de réponses justes ou fausses.

Vous pouvez prendre tout le temps qu'il vous faut.

Depuis plusieurs années...

- | | | | |
|-----|---|---|---|
| 1. | J'évite de travailler avec des gens qui pourraient me critiquer. | V | F |
| 2. | Je ne peux prendre aucune décision sans le conseil ou le soutien des autres. | V | F |
| 3. | Je me perds souvent dans les détails et n'ai plus de vision d'ensemble. | V | F |
| 4. | J'ai besoin d'être au centre de l'attention générale. | V | F |
| 5. | J'ai accompli beaucoup plus de choses que ce que les autres me reconnaissent. | V | F |
| 6. | Je ferais n'importe quoi pour éviter que ceux qui me sont chers ne me quittent. | V | F |
| 7. | Les autres se sont plaint que je ne sois pas à la hauteur professionnellement ou que je ne tiens pas mes engagements. | V | F |
| 8. | J'ai eu des problèmes avec la loi à plusieurs reprises (ou j'en aurais eu si j'avais été pris(e)). | V | F |
| 9. | Passer du temps avec ma famille ou avec des amis ne m'intéresse pas vraiment. | V | F |
| 10. | Je reçois des messages particuliers de ce qui se passe autour de moi. | V | F |

11.	Je sais que, si je les laisse faire, les gens vont profiter de moi ou chercher à me tromper.	V	F
12.	Parfois, je me sens bouleversé(e).	V	F
13.	Je ne me lie avec les gens que lorsque je suis sûr(e) qu'ils m'aiment.	V	F
14.	Je suis habituellement déprimé(e).	V	F
15.	Je préfère que ce soit les autres qui soient responsables pour moi.	V	F
16.	Je perds du temps à m'efforcer de tout faire parfaitement.	V	F
17.	Je suis plus « sexy » que la plupart des gens.	V	F
18.	Je me surprends souvent à penser à la personne importante que je suis ou que je vais devenir un jour.	V	F
19.	J'aime ou je déteste quelqu'un, il n'y a pas de milieu pour moi.	V	F
20.	Je me bagarre beaucoup physiquement.	V	F
21.	Je sens très bien que les autres ne me comprennent pas ou ne m'apprécient pas.	V	F
22.	J'aime mieux faire les choses tout(e) seul(e) qu'avec les autres.	V	F
23.	Je suis capable de savoir que certaines choses vont se produire avant qu'elles n'arrivent.	V	F
24.	Je me demande souvent si les gens que je connais sont dignes de confiance.	V	F
25.	Parfois, je parle des gens dans leur dos.	V	F
26.	Je suis inhibé(e) dans mes relations intimes parce que j'ai peur d'être ridiculisé(e).	V	F
27.	Je crains de perdre le soutien des autres si je ne suis pas d'accord avec eux.	V	F
28.	Je souffre d'un manque d'estime de moi.	V	F
29.	Je place mon travail avant la famille, les amis ou les loisirs.	V	F
30.	Je montre facilement mes émotions.	V	F
31.	Seules certaines personnes tout à fait spéciales sont capables de m'apprécier et de me comprendre.	V	F
32.	Je me demande souvent qui je suis réellement.	V	F
33.	J'ai de la peine à payer mes factures parce que je ne reste jamais bien longtemps dans le même emploi.	V	F
34.	Le sexe ne m'intéresse tout simplement pas.	V	F
35.	Les autres me trouvent « soupe au lait » (susceptible) et colérique.	V	F
36.	Il m'arrive souvent de percevoir ou de ressentir des choses alors que les autres ne perçoivent rien.	V	F

38.	Il y a des gens que je n'aime pas.	V	F
39.	Je suis plus sensible à la critique et au rejet que la plupart des gens.	V	F
40.	J'ai de la peine à commencer quelque chose si je dois le faire tout(e) seul(e).	V	F
41.	J'ai un sens moral plus élevé que les autres gens.	V	F
42.	Je suis mon « propre » pire critique.	V	F
43.	Je me sers de mon apparence pour attirer l'attention dont j'ai besoin.	V	F
44.	J'ai un immense besoin que les autres gens me remarquent et me fassent des compliments.	V	F
45.	J'ai essayé de me blesser ou de me tuer.	V	F
46.	Je fais beaucoup de choses sans penser aux conséquences.	V	F
47.	Il n'y a pas beaucoup d'activités qui retiennent mon intérêt.	V	F
48.	Les gens ont souvent de la difficulté à comprendre ce que je dis.	V	F
49.	Je m'oppose verbalement à mes supérieurs lorsqu'ils me disent de quelle façon faire mon travail	V	F
50.	Je suis très attentif(ve) à déterminer la signification réelle de ce que les gens disent.	V	F
51.	Je n'ai jamais dit un mensonge.	V	F
52.	J'ai peur de rencontrer de nouvelles personnes parce que je me sens inadéquat(e).	V	F
53.	J'ai tellement envie que les gens m'aiment que j'en viens à me porter volontaire pour des choses qu'en fait je préférerais ne pas faire.	V	F
54.	J'ai accumulé énormément de choses dont je n'ai pas besoin mais que je suis incapable de jeter.	V	F
55.	Bien que je parle beaucoup, les gens me disent que j'ai de la peine à faire passer mes idées.	V	F
56.	Je me fais beaucoup de soucis.	V	F
57.	J'attends des autres qu'ils m'accordent des faveurs, quand bien même il n'est pas dans mes habitudes de leur en consentir.	V	F
58.	Je suis très « soupe au lait » (susceptible).	V	F
59.	Mentir m'est facile et je le fais souvent.	V	F
60.	Je ne suis pas intéressé(e) à avoir des amis proches.	V	F
61.	Je suis souvent sur mes gardes, de peur que l'on ne profite de moi.	V	F
62.	Je n'oublie pas et je ne pardonne jamais à ceux qui m'ont fait du mal.	V	F

63.	J'en veux à ceux qui ont plus de chance que moi.	V	F
64.	Une guerre atomique ne serait peut-être pas une si mauvaise idée.	V	F
65.	Lorsque je suis seul(e), je me sens désemparé(e) et incapable de m'occuper de moi-même.	V	F
66.	Si les autres sont incapables de faire les choses correctement, je préfère les faire moi-même.	V	F
67.	J'ai un penchant pour le «dramatique».	V	F
68.	Il y a des gens qui pensent que je profite des autres.	V	F
69.	Il me semble que ma vie est sans intérêt et n'a aucun sens.	V	F
70.	Je suis critique à l'égard des autres.	V	F
71.	Je ne me soucie pas de ce que les autres peuvent avoir à dire à mon sujet.	V	F
72.	J'ai des difficultés à soutenir un face-à-face.	V	F
73.	Les autres se sont souvent plaint que je ne remarquais pas qu'ils étaient bouleversés.	V	F
74.	En me regardant, les autres pourraient penser que je suis plutôt original(e), excentrique et bizarre.	V	F
75.	J'aime faire des choses risquées.	V	F
76.	J'ai beaucoup menti dans ce questionnaire.	V	F
77.	Je me plains beaucoup de toutes les difficultés que j'ai.	V	F
78.	J'ai de la peine à contrôler ma colère ou mes sautes d'humeur.	V	F
79.	Certaines personnes sont jalouses de moi.	V	F
80.	Je suis facilement influencé(e) par les autres.	V	F
81.	J'estime être économe, mais les autres me trouvent pingre.	V	F
82.	Quand une relation proche prend fin, j'ai besoin de m'engager immédiatement dans une autre relation.	V	F
83.	Je souffre d'un manque d'estime de soi.	V	F
84.	Je suis un(e) pessimiste.	V	F
85.	Je ne perds pas mon temps à répliquer aux gens qui m'insultent.	V	F
86.	Être au milieu des gens me rend nerveux(se).	V	F
87.	Dans les situations nouvelles, je crains d'être mal à l'aise.	V	F
88.	Je suis terrifié(e) à l'idée de devoir m'assumer tout(e) seul(e).	V	F
89.	Les gens se plaignent que je sois aussi têtu(e) qu'une mule.	V	F
90.	Je prends les relations avec les autres beaucoup plus au sérieux qu'ils ne le font eux-mêmes.	V	F
91.	Je peux être méchant(e) avec quelqu'un à un moment et, dans la minute qui suit lui présenter mes excuses.	V	F

92.	Les autres pensent que je suis prétentieux(se).	V	F
93.	Quand je suis stressé(e), il m'arrive de devenir « parano » ou même de perdre conscience.	V	F
94.	Tant que j'obtiens ce que je veux, il m'est égal que les autres en souffrent.	V	F
95.	Je garde mes distances à l'égard des autres.	V	F
96.	Je me demande souvent si ma femme (mari, ami(e)) m'a trompé(e).	V	F
97.	Je me sens souvent coupable.	V	F
98.	J'ai fait, de manière impulsive, des choses (<i>comme celles indiquées ci-dessous</i>) qui pourraient me créer des problèmes.	V	F
	<i>Veillez indiquer celles qui s'appliquent à vous :</i>	...	× ...
	a. Dépenser plus d'argent que je n'en ai.	...	
	b. Avoir des rapports sexuels avec des gens que je connais à peine.	...	
	c. Boire trop.	...	
	d. Prendre des drogues.	...	
	e. Manger de façon boulimique.	...	
	f. Conduire imprudemment.	...	
99.	Lorsque j'étais enfant (<i>avant l'âge de 15 ans</i>), j'étais une sorte de délinquant(e) juvénile et je faisais certaines des choses ci-dessous.	V	F
	<i>Veillez indiquer celles qui s'appliquent à vous :</i>	...	× ...
	1. J'étais considéré(e) comme une brute.	...	
	2. J'ai souvent déclenché des bagarres avec les autres enfants.	...	
	3. J'ai utilisé une arme dans mes bagarres.	...	
	4. J'ai volé ou agressé des gens.	...	
	5. J'ai été physiquement cruel(le) avec d'autres gens.	...	
	6. J'ai été physiquement cruel(le) avec des animaux.	...	
	7. J'ai forcé quelqu'un à avoir des rapports sexuels avec moi.	...	
	8. J'ai beaucoup menti.	...	
	9. J'ai découché sans la permission de mes parents.	...	
	10. J'ai dérobé des choses aux autres.	...	
	11. J'ai allumé des incendies.	...	
	12. J'ai cassé des fenêtres ou détruit la propriété d'autrui.	...	
	13. Je me suis plus d'une fois enfui(e) de la maison en pleine nuit.	...	
	14. J'ai commencé à beaucoup manquer l'école avant l'âge de 13 ans.	...	
	15. Je me suis introduit(e) par effraction dans la maison, le bâtiment ou la voiture de quelqu'un.	...	

SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant
l'effigie d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans
l'exercice de la médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-
dessus de mon travail.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race,
viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.
Ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à
corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leur père.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je
sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*