



santé mentale au Québec



**Les troubles de personnalité limite :
réalités actuelles québécoises
et dans la francophonie**

Directeur: François Lespérance

Directeur émérite: Yves Lecomte (TELUQ)

Rédactrice et rédacteur en chef: Mosaïque – Nadine Larivière (Université de Sherbrooke et CRIUSMM)
Thématiques – Marc Corbière (UQAM et CRIUSMM)

Comité de rédaction SMQ-2018: Charles Bonsack, Catherine Briand, Jean Caron, Marjory Clermont-Mathieu, Luigi De Benedictis, Martin Desseilles, Virginie Doré-Gauthier, Philippe Duverger, Marie-Josée Fleury, Nicolas Franck, Stéphane Guay, Marcel Jaeger, Louis Jehel, Steve Kisely, Pierre Lalonde, Tania Lecomte, Yves Lecomte, Alain Lesage, Gwénolé Loas, Thanh-Lan Ngô, Jean-François Pelletier, Milena Pereira-Pondé, Hélène Provencher, Jean-Jacques Ronald, Deborah Sebbane, Emmanuel Stip, Constantin Tranulis, Jacques Tremblay

Responsable de la production: Jean-Marie Bioteau

Responsable du développement international: François Lespérance

Tableau de la couverture: Louise Gingras, gouache sur carton, 81,4 × 56,6 cm, 2004, Non titrée.

Les Impatients est un organisme à but non lucratif dont la mission est d'aider les personnes atteintes de problèmes de santé mentale en leur offrant des ateliers d'expression artistique.

Pour communiquer avec la revue :

Téléphone: 514-993-2448

Adresse électronique: jeanmariebioteau@gmail.com

Site Internet: www.revue-smq.ca

95^e numéro

ISBN epub: 978-2-9821487-0-3

ISBN autre: 978-2-9821487-1-0

ISBN PDF: 978-2-9819563-9-2

Les articles de la revue *Santé mentale au Québec* sont répertoriés dans PubMed, Medline, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Index de la santé des services sociaux, INIST (Pascal), International Bibliography of The Social Sciences, International Current Awareness Services, Repère, Social Work Research and Abstracts, Sociological Abstracts, e-psyche, LLC, BDSP (banque de données en santé publique).



Créée en septembre 1976, *Santé mentale au Québec* est une revue d'orientation psychosociale, elle publie des articles de recherche expérimentale et d'innovation sociale. Elle a pour principal objectif de répondre aux besoins de développement des connaissances scientifiques, universitaires et cliniques.



**santé
mentale
au Québec**

Les troubles de personnalité limite : réalités actuelles québécoises et dans la francophonie

Le dossier du présent numéro a été coordonné
par Nadine Larivière (rédactrice en chef, *Mosaïque*)
et Pierre David avec la collaboration de
Marc Corbière (rédacteur en chef, *Thématiques*).

Les lecteurs et lectrices sont invités à consulter le site Internet de
Santé mentale au Québec à l'adresse suivante :
www.revue-smq.ca

Vous pouvez maintenant consulter en ligne l'intégralité des articles
publiés depuis 1976 sur les sites suivants :
<http://www.erudit.org/revue/smq>

Sommaire

ÉDITORIAL

- 9 Se faire voir pour être lu!
Équipe Santé mentale au Québec

PRÉSENTATION THÉMATIQUE

- 11 Réalités actuelles québécoises et dans la francophonie
sur les troubles de personnalité limite
Pierre David et Nadine Larivière
- 17 Validation d'une procédure de dépistage du trouble de personnalité
limite selon le Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité
du DSM-5
*Dominick Gamache, Claudia Savard, Maude Payant, Philippe Leclerc,
Renée-Claude Dompierre et David Roy*
- 41 Activité physique, sommeil et consommation de substances chez les
adultes déclarant un trouble de personnalité limite en France et au
Canada : une étude en ligne
*Samuel St-Amour, Lionel Cailhol, Célia Kingsbury, Déborah Ducasse,
Gabrielle Landry et Paquito Bernard.*
- 69 Violence conjugale commise et subie : profils personnologiques de
personnes avec un trouble de personnalité limite
*Claudia Savard, Dominick Gamache, Maude Payant, Élodie Gagné-
Pomerleau, Renée-Claude Dompierre, Johanne Maranda, Olivier Potvin,
Mélys Verreault, Marc Tremblay, David Roy et Évens Villeneuve*
- 95 La propension à la honte dans le trouble de personnalité limite :
réflexion critique à partir de données québécoises
*David Théberge, Dominick Gamache, Sébastien Héту, Julie Maheux et
Claudia Savard*

- 113** **Insomnie et risque suicidaire dans les troubles de la personnalité du groupe B : une étude comparative transversale**
Magali Tisseyre, Alexandre Hudon, Charles-Édouard Giguère, Annie Vallières, Célyne Bastien, Félix-Antoine Bérubé et Lionel Cailhol
- 141** **Services et traitements offerts aux personnes ayant un trouble de personnalité limite : état de situation au Québec et perspectives d'avenir**
Catherine Le Corff, Pierre David, Nadine Larivière, Jennifer Dahak et Christine Therriault
- 165** **Mentaliser les conflits en thérapie de groupe : détruire et survivre, au service de la cohésion**
Jean-François Cherrier, Alexandre Francisco et François-Samuel Lahaie
- 175** **Facteurs pronostiques à la psychothérapie chez les troubles de la personnalité : implication de questionnaires autorapportés**
Nicolas Boivin, Louis-Philippe Gill, Isabelle Martin-Zément, Marie-Ève Provencher, Renée-Claude Dompierre, Johanne Maranda, Mélissa Verreault, Évens Villeneuve, Dominick Gamache et Claudia Savard
- 197** **Conception et modèle logique de l'intervention BIWI sur la réinsertion au travail de personnes avec un trouble de personnalité limite**
Nadine Larivière, Kathy Dahl et Marc Corbière
- 221** **TBM-Crise : intervention hospitalière brève basée sur la mentalisation**
Christian Greiner, Martin Debbané, Vincent Besch et Paco Prada
- 235** **Mère souffrant de trouble de personnalité limite : quels soins spécifiques en période périnatale ? Une revue de la littérature**
Audrey Serrano, Emmanuelle Teissier, Ludivine Guerin Franchitto, Alexis Revet, Jean-Philippe Raynaud et Lionel Cailhol
- 269** **La formation Projet TANGO : soutenir l'intervention auprès de la clientèle ayant un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse et en CLSC**
Lyne Desrosiers et Lise Laporte

ÉDITORIAL

Se faire voir pour être lu !

À la suite des efforts de promotion vidéo de la revue que nous annonçons dans le précédent numéro, il y a deux expressions francophones qui nous viennent à l'esprit. Alors qu'au Québec, on aurait tendance à dire « Va-t'en ailleurs! », en France on dirait plutôt « Va te faire voir! » Notre esprit de synthèse nous incite donc à dire plus simplement « Va te faire voir ailleurs! » et à prendre l'expression au pied de la lettre en produisant les premières capsules vidéo portant sur certains articles de la revue. Aussi, afin de nous « faire voir » et de promouvoir le travail de nos auteurs et autrices, nous avons choisi, pour cette première expérience audiovisuelle, de nous attarder sur la santé mentale et le retour au travail à la faveur de 3 courtes capsules vidéo. La première porte sur *La réinsertion professionnelle et le retour aux études chez les personnes en début d'évolution d'un trouble psychotique*. William Pothier, l'un des coauteurs de ce papier souligne toute l'importance du retour au travail et du soutien aux études dès les premières années d'évolution d'un trouble psychotique, et ce, dans la perspective d'une meilleure expérience socioprofessionnelle à long terme.

La seconde capsule met quant à elle l'accent sur les *Dilemmes des médecins traitants lors du retour au travail de personnes aux prises avec un trouble mental courant*, illustrés par plusieurs vignettes cliniques. L'intervention en vidéo de Fabienne Boileau-Falardeau et Jean-Robert Turcotte ainsi que l'article dont il est question montrent jusqu'à quel point la gestion des arrêts maladie est un véritable défi pour les médecins traitants.

Enfin, la dernière capsule nous fait découvrir *PRATICA^{dr}: Plateforme de Retour Au Travail axée sur les Interactions et la Communication entre les Acteurs, intégrant un programme Durable favorisant le*

Rétablissement. L'intitulé est clair: il s'agit d'une plateforme, en cours de validation, qui permet de fédérer les acteurs de divers secteurs autour d'une personne en absence maladie. On doit cette application des plus nécessaires et l'article qui en fait état à l'équipe de Marc Corbière et Maud Mazaniello-Chézol.

Voilà donc des sujets importants sur lesquels les professionnels de santé, et plus particulièrement de santé mentale et retour au travail, ont intérêt à se pencher. C'est donc pour les inciter que les personnes invitées à participer à ces capsules vidéo « se font voir ailleurs », notamment pour dévoiler leurs découvertes plus directement en suscitant, nous l'espérons, le goût de lire des articles scientifiques. Autrement dit, pour entreprendre un transfert des connaissances scientifiques par le truchement de sites d'hébergements vidéo et autres réseaux sociaux, avec en sus l'article scientifique en accès libre pour ceux et celles qui sont intéressés.

Nous avons hâte de connaître vos impressions, dès ce printemps.

L'équipe de *Santé mentale au Québec*

PRÉSENTATION

Réalités actuelles québécoises et dans la francophonie sur les troubles de personnalité limite

**Pierre David, M.D., psychiatre
et Nadine Larivière, erg., Ph. D.**

« Les patients atteints de ce trouble posent un problème majeur de santé publique alors qu'eux-mêmes restent très stigmatisés et largement délaissés. »

John Gunderson, psychiatre, spécialiste des personnes
avec un trouble de la personnalité.

Les connaissances sur les troubles de personnalité limite (TPL) ont connu des avancées importantes depuis les 30 dernières années. En effet, dès les années 1990, on a assisté à l'élaboration et l'expérimentation de modèles de traitements utiles et efficaces pour les personnes avec un TPL. La thérapie comportementale dialectique, puis le traitement fondé sur la mentalisation ont été élaborés sur des bases théoriques différentes, mais se sont avérés tous les deux efficaces selon les critères rigoureux de la recherche. Ces deux approches ont permis d'ébranler les conceptions négatives sur le trouble de personnalité limite et de susciter l'espoir de rétablissement. D'autres thérapies « manualisées » et validées par la recherche ont par la suite été menées et ont contribué à diversifier les offres de services. Cependant, bien que respectant plusieurs balises associées à la prestation de services, à la formation et la supervision des thérapeutes, la mise en place de ces différentes approches d'interventions s'est avérée le plus souvent coûteuse ou complexe. Aussi, bien que quelques guides de pratique

aient été développés dans certains pays, la mise en place d'une organisation de services respectant ces balises et les critères des meilleures pratiques reste très difficile. Le Québec ne fait pas exception puisque les services proposés, quoique nombreux, tendent à être disparates et souvent précaires. Plusieurs initiatives cliniques dans diverses régions de la francophonie européenne se heurtent aussi aux mêmes enjeux. Malgré les défis rencontrés pour offrir des services adaptés aux personnes avec un trouble de personnalité limite, le champ d'études sur cette population est tout de même devenu incontournable.

Des recherches québécoises ont permis, entre autres, de mieux documenter les enjeux de santé publique, incluant les problématiques de comorbidités psychiatriques et physiques, ainsi que la surmortalité associée à ce diagnostic. Dans un registre plus positif, on a bien documenté que plusieurs personnes présentent au fil des années une diminution significative de leur symptomatologie et que certaines d'entre elles peuvent perdre le diagnostic - c'est-à-dire présenter une diminution du nombre de critères diagnostics du TPL (selon le DSM5), amenant à ne plus recevoir formellement ce diagnostic. Cependant, on a observé que cette évolution favorable est souvent associée à des comportements d'évitement et que la reprise d'un bon fonctionnement social est un enjeu majeur assez peu documenté jusqu'à récemment et mal intégré aux modèles de traitement. Outre les défis dans le fonctionnement de la vie quotidienne, la violence, la suicidalité, l'abus, la maltraitance et les enjeux liés à la jeunesse ne sont que quelques-uns des thèmes majeurs maintenant étudiés par plusieurs de nos collègues chercheurs dans la francophonie.

Le Québec est, depuis les années 1990, un lieu où de nombreuses initiatives, recherches et regroupements sur le sujet ont été mis en œuvre. Des pionniers chercheurs ou cliniciens montréalais comme le Dr Joel Paris de l'Hôpital général juif et la Dre Christiane Bertelli de l'Hôpital du Sacré-Cœur ont notamment été des précurseurs dans l'élaboration de modèles de pratiques dédiés aux personnes avec un TPL. Enseignants engagés, ils ont aussi contribué à former et à mobiliser un grand nombre de cliniciens et de chercheurs sur le sujet. Au Québec, des départements cliniques en milieu universitaire à Montréal et à Québec, mais aussi à Sherbrooke et dans différentes régions ont, les uns après les autres, élaborés des services cliniques adaptés s'inspirant des meilleures pratiques. En Europe, mentionnons aussi les initiatives soutenues en Suisse romande pour mettre en place des services cliniques fondés sur les données probantes. Des chercheurs et

des praticiens de champs multidisciplinaires en psychiatrie, en psychologie, en ergothérapie et en service social sont maintenant mobilisés au sein d'une communauté dynamique s'intéressant au développement de nouvelles connaissances sur les répercussions du trouble de personnalité limite dans les différentes sphères de la vie, d'outils d'évaluation et d'interventions innovantes.

Parmi les regroupements et les collaborations mis en place, on retient la tenue de colloques francophones rassemblant les différents acteurs sur le thème des troubles de la personnalité. C'est ainsi qu'à la suite de la 2^e édition du Colloque francophone tenue en 2021 à Montréal, l'idée de constituer ce numéro thématique sur le sujet spécifique des troubles de personnalité limite est apparue comme essentielle pour promouvoir la contribution de la recherche menée dans la francophonie.

C'est donc avec enthousiasme et ouverture, en lien avec la grande diversité des sujets abordés que nous vous proposons ce numéro.

Le parcours proposé par ce numéro thématique

Ce numéro thématique est constitué de 3 sections complémentaires regroupant des articles touchant les grands enjeux associés aux troubles de la personnalité et explorant plusieurs pistes novatrices.

Mieux comprendre le trouble de personnalité limite (TPL)

La première section porte sur l'exploration du TPL et les études visant à mieux comprendre différentes facettes associées à cette condition. Cinq articles sont proposés.

Dominick Gamache et ses collaborateurs abordent la *Validation d'une procédure de dépistage du trouble de personnalité limite selon le Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5*. La classification des troubles de la personnalité reste un sujet d'actualité avec l'existence simultanée de 2 classifications officielles (DSM-5 et CIM 11), mais aussi d'un modèle alternatif à l'étude suscitant beaucoup d'intérêt chez les différents acteurs du milieu. Cet article s'inscrit dans cette démarche d'établir la validité de ce modèle. Par la suite, 4 articles abordent des sujets reliés à différents enjeux importants de santé. Samuel St-Amour et ses collègues examinent l'*Activité physique, sommeil et consommation de substances chez les adultes déclarant un trouble de personnalité limite en France et au Canada: une étude en ligne*. Claudia Savard et ses collègues s'intéressent à la *Violence*

conjugale commise et subie: profils personnologiques de personnes avec un trouble de personnalité limite. David Théberge et ses collègues présentent leur travail sur *La propension à la honte dans le trouble de personnalité limite: réflexion critique à partir de données québécoises.* Enfin, au terme de cette section, Magali Tisseyre et ses collègues proposent une étude originale sur *l'Insomnie et risque suicidaire dans les troubles de la personnalité du groupe B: une étude comparative transversale.*

Services cliniques

La deuxième section est consacrée aux services cliniques et comprend 3 articles éclairant différents enjeux complexes associés à la prestation de services. Catherine Le Corff et ses collègues présentent un portrait détaillé des services cliniques disponibles pour le TPL au Québec dans un article à visée descriptive s'intitulant *Services et traitements offerts aux personnes ayant un trouble de personnalité limite: état de situation au Québec et perspectives d'avenir.* Jean-François Cherrier et François-Samuel Lahaie s'intéressent à une modalité d'intervention très répandue soit la thérapie de groupe et ils proposent une réflexion clinique *Mentaliser les conflits en thérapie de groupe: détruire et survivre, au service de la cohésion.* Et pour conclure, cette section de recherches s'intéressant aux services cliniques, Nicolas Boivin et ses collègues présentent une étude originale pour mieux comprendre les caractéristiques des personnes qui maintiennent le suivi avec *Facteurs pronostiques à la psychothérapie chez les troubles de la personnalité: implication de questionnaires autorapportés.*

Interventions cliniques spécifiques et novatrices

La troisième section cible des interventions cliniques ou de formation soutenant la pratique pour répondre à des besoins observés par les acteurs du terrain et les lacunes dans les connaissances. Nadine Larivière et ses collègues proposent un article intitulé *Conception et modèle logique de l'intervention BIWI sur la réinsertion au travail de personnes avec un trouble personnalité limite.* Cette proposition novatrice s'inscrit directement en lien avec le besoin de soutenir la réinsertion et le rétablissement des personnes avec un TPL. Christian Greiner et ses collègues présentent un article sur le modèle théorico-clinique genevois *TBM-Crise: intervention hospitalière brève basée sur la mentalisation.* Le traitement fondé sur la mentalisation est une approche validée et assez répandue dans les traitements spécialisés

en clinique externe, mais l'approche est cette fois-ci adaptée à un lieu d'intervention bien spécifique où les personnes se retrouvent très souvent en contexte de crise. À partir d'une revue systématique de la littérature, Audrey Serrano et ses collègues creusent la question de *Mère souffrant de trouble de personnalité limite: quels soins spécifiques en période périnatale? Une revue de la littérature*. Il s'agit d'une thématique incontournable sur un grand sujet assez peu exploré de la parentalité et des mères TPL. Pour clore ce numéro, Lyne Desrosiers et Lise Laporte nous proposent un programme de formation novateur associant des éléments peu documentés dans la littérature soit les personnes en contexte de protection de la jeunesse et le soutien à l'intervention. L'article s'intitule *La formation Projet TANGO: soutenir l'intervention auprès des personnes ayant un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse et en CLSC*.

Plusieurs angles d'approche sont ainsi proposés sur des sujets tous associés au trouble de personnalité limite. Nous vous souhaitons une bonne lecture et un intérêt grandissant pour cette thématique et pour les personnes aux prises avec un TPL.

Validation d'une procédure de dépistage du trouble de personnalité limite selon le Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5

Dominick Gamache^{a,b}

Claudia Savard^{b,c}

Maude Payant^d

Philippe Leclerc^a

Renée-Claude Dompierre^e

David Roy^e

Marc Tremblay^e

Mélissa Verreault^e

Évens Villeneuve^f

RÉSUMÉ Objectifs La cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) inclut un Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité (MATP), qui définit la pathologie de la personnalité en s'appuyant sur 2 principaux critères dimensionnels. Le critère A correspond à la sévérité du dysfonctionnement de la personnalité dans la sphère du soi et dans la sphère

-
- a. Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec, Canada.
 - b. Centre de recherche CERVO, Université Laval, Québec, Canada.
 - c. Département des fondements et pratiques en éducation, Université Laval, Québec, Canada.
 - d. Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada.
 - e. CIUSSS-Capitale-Nationale, Québec, Canada.
 - f. Faculté de médecine, Université Laval, Québec, Canada.

interpersonnelle, alors que le critère B propose 5 domaines pathologiques de la personnalité se déclinant en 25 facettes. Six troubles spécifiques, incluant le trouble de personnalité limite (TPL), sont définis dans le MATP sur la base des critères A et B. Il existe toutefois très peu de données à l'heure actuelle sur ces diagnostics tels qu'opérationnalisés dans le MATP. La présente étude vise à présenter des données québécoises sur cette récente opérationnalisation du TPL. Plus spécifiquement, nous présenterons d'abord une procédure, basée sur des questionnaires autorévévés couvrant les 2 critères principaux du MATP, permettant de générer le diagnostic. Puis, nous évaluerons sa validité : a) en documentant la prévalence du diagnostic dans un échantillon clinique ; b) en déterminant son degré de correspondance avec le diagnostic catégoriel « traditionnel » du TPL et avec une mesure dimensionnelle de symptomatologie associée au trouble ; c) en présentant des données de validité convergente avec des construits pertinents pour l'étude du TPL (impulsivité, agression) ; et d) en déterminant la validité incrémentielle de la procédure proposée par rapport à une approche simplifiée où seul le critère B serait considéré.

Méthode Les données de 287 patients recrutés dans le cadre de la démarche d'admission au Centre de traitement le Faubourg Saint-Jean du CIUSSS-Capitale-Nationale ont été analysées. Le diagnostic de TPL selon le MATP a été généré à partir de 2 questionnaires validés, dans leur version francophone, soit le *Self and Interpersonal Functioning Scale* (critère A) et le *Personality Inventory for DSM-5-Faceted Brief Form* (critère B).

Résultats Le diagnostic de TPL, tel qu'opérationnalisé par le MATP, présentait une prévalence de 39,7 % dans l'échantillon. Une correspondance modérée avec le diagnostic de TPL posé par les cliniciens selon le modèle catégoriel traditionnel du DSM-5 a été observée, de même qu'une forte corrélation avec une mesure dimensionnelle de symptomatologie limite. L'analyse du réseau nomologique a révélé des corrélations élevées et théoriquement attendues entre le trouble et des mesures d'agression et d'impulsivité. La procédure d'extraction du diagnostic, qui utilise les critères A et B, montre une validité incrémentielle dans la prédiction statistique des variables externes (symptomatologie limite, agression, impulsivité) par rapport à une procédure simplifiée n'utilisant que le critère B.

Conclusions La procédure proposée pour générer le diagnostic de TPL selon la définition du MATP génère des résultats valides et pourrait permettre un dépistage du trouble selon cette conceptualisation contemporaine des pathologies de la personnalité.

MOTS CLÉS trouble de personnalité limite, Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité, DSM-5, évaluation, dépistage

Validation of a screening procedure for borderline personality disorder based on the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders

ABSTRACT Objectives The fifth edition of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) includes an Alternative Model for Personality Disorders (DSM-5), which defines personality disorders based on two dimensional criteria. Criterion A corresponds to the severity of personality dysfunction in the areas of self and interpersonal functioning, while Criterion B comprises five pathological domains including a total of 25 facets. Six specific disorders, including borderline personality disorder (BPD), are defined in the AMPD based on Criteria A and B. However, there is currently very little data on these diagnoses as they are operationalized in the MATP. This study aims to present data on this recent operationalization of BPD. More specifically, we will first introduce a procedure, based on self-reported questionnaires covering the two main MATP criteria, implemented to generate the BPD diagnosis from the AMPD. Then, we will assess its validity (a) by documenting its prevalence in a clinical sample; (b) by determining its degree of correspondence with the “traditional” BPD categorical diagnosis and with a dimensional measure of borderline symptomatology; (c) by presenting convergent validity data with constructs relevant to the study of BPD (impulsivity, aggression); and (d) by determining the incremental validity of the proposed procedure in contrast with a simplified approach where only Criterion B would be considered.

Method Data from 287 patients recruited as part of the admission process at the Centre de traitement le Faubourg Saint-Jean of the CIUSSS-Capitale-Nationale were analyzed. The BPD diagnosis from the MATP was generated based on two validated self-report questionnaires, in their French version, namely the Self and Interpersonal Functioning Scale (Criterion A) and the Personality Inventory for DSM-5-Faceted Brief Form (Criterion B).

Results The BPD diagnosis, as operationalized in the AMPD, had a prevalence of 39.7% in the sample. A moderate fit with the clinician's diagnosis of BPD according to the traditional DSM-5 categorical model was observed, as well as a strong correlation with a dimensional measure of borderline symptomatology. Nomological network analysis revealed high and theoretically expected correlations between the disorder and measures of aggression and impulsivity. The proposed diagnostic extraction procedure, which uses Criteria A and B, showed incremental validity in the statistical prediction of external variables (borderline symptomatology, aggression, impulsivity) compared to a simplified procedure using only Criterion B.

Conclusions The proposed procedure for generating the BPD diagnosis according to the MATP definition yields promising results and could allow screening

for the disorder based on this contemporary conceptualization of personality pathologies.

KEYWORDS borderline personality disorder, Alternative Model for Personality Disorders, DSM-5, assessment, screening

Introduction

Une majorité de cliniciens et d'experts œuvrant dans le domaine des troubles de la personnalité (TP) estiment que le modèle catégoriel traditionnel nécessite une révision majeure et qu'un changement paradigmatique s'impose (Bernstein et coll., 2007 ; Morey et Hopwood, 2020). En effet, les lacunes d'un modèle comme celui du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM), qui présuppose l'existence de 10 catégories distinctes de TP, ont été largement documentées au fil des années. Ces limites incluent la comorbidité excessive entre les diagnostics, l'exhaustivité limitée du modèle (avec une surutilisation de la catégorie « non spécifiée ») et des seuils diagnostiques arbitraires (voir Hopwood et coll., 2018, pour une discussion à propos de ces limites). La plupart des experts du domaine estiment qu'un diagnostic reposant sur une approche dimensionnelle (où la pathologie de la personnalité correspondrait à l'expression extrême de certains traits) ou hybride (combinant une perspective dimensionnelle tout en conservant un certain nombre de catégories diagnostiques) serait mieux à même de représenter la complexité des TP (Bernstein et coll., 2007 ; Morey et Hopwood, 2020).

Un pas déterminant vers ce changement paradigmatique a été franchi dans la plus récente édition de la *Classification internationale des maladies* (World Health Organization, 2019), où un système presque exclusivement dimensionnel a été retenu pour le diagnostic des troubles de la personnalité — seule une spécification pour la présence de caractéristiques associées à la personnalité limite ayant été conservée (Tyrer et coll., 2019). Dans la cinquième et plus récente édition du DSM (DSM-5 ; American Psychiatric Association, 2013), la transition ne s'est opérée qu'à moitié : un Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité (MATP) a bien été proposé, mais l'adoption officielle du modèle a été jugée trop hâtive par le conseil d'administration de l'American Psychiatric Association (Oldham, 2015), qui l'a ultimement relégué à la section III (Mesures et modèles émergents). Le MATP a depuis fait l'objet de centaines de travaux empiriques qui

confirment très largement son utilité tant pour la clinique que pour la recherche, de même que la relative aisance avec laquelle il peut être appris et disséminé dans les milieux (Milinkovic et Tiliopoulos, 2020, Zimmermann et coll., 2019).

Dans le MATP, les troubles de la personnalité sont définis en fonction de 2 principaux critères. D'abord, le critère A fait référence à la sévérité de la pathologie de la personnalité, exprimée à travers ce que nous pourrions résumer comme un rapport pathologique à « soi-même » (c.-à-d. des perturbations de l'identité et de l'autodétermination) et à « autrui » (c.-à-d. des déficits dans la capacité à éprouver de l'empathie et à développer des relations d'intimité). Il a été développé pour distinguer le fonctionnement pathologique de la personnalité de son fonctionnement normal, mais aussi de celui des autres troubles mentaux¹. Le critère B renvoie quant à lui à la présence de facettes pathologiques de la personnalité; le MATP en définit 25, réparties en 5 domaines (affectivité négative, détachement, antagonisme, désinhibition, psychoticisme), qui permettent de dresser un profil personnalisé pour chaque individu. Six diagnostics spécifiques de TP sont également retenus dans le MATP (antisocial, évitant, limite, narcissique, obsessionnel-compulsif, schizotypique). Pour poser ces diagnostics, au moins 2 des 4 éléments du Critère A (identité, autodétermination, empathie, intimité) doivent être présents, et une configuration de facettes pathologiques caractérisant chaque trouble doit également être observée (pour un exemple, voir le Tableau 1, qui présente plus en détail la composition du trouble de personnalité limite selon le MATP).

À ce jour, toutefois, les diagnostics spécifiques du MATP ont généré relativement peu de travaux empiriques (Zimmermann et coll., 2019) et semblent assez peu couramment utilisés. Ce constat est en contraste avec l'avis de la grande majorité des cliniciens qui œuvrent auprès de cette clientèle, qui jugent plutôt que l'approche hybride qui sous-tend leur conceptualisation dans le MATP est la plus optimale pour représenter la pathologie de la personnalité (Morey et Hopwood, 2020). Plusieurs facteurs contribuent vraisemblablement à expliquer cet état de fait: a) le MATP demeure relativement méconnu; b) le milieu de

1. À ce jour, la capacité du Critère A à bien distinguer le fonctionnement pathologique de la personnalité de celui survenant dans les autres troubles mentaux fait toujours l'objet de débats; plusieurs travaux empiriques ont plutôt mis en relief des associations allant de modérées à larges entre le dysfonctionnement de la personnalité et les symptômes cliniques (Sleep et coll., 2020).

TABLEAU 1

Définition des éléments et des facettes composant le diagnostic de trouble de la personnalité limite dans le Modèle Alternatif pour les Troubles de la Personnalité de la cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux

Éléments et Facettes	Définition
Critère A	
Identité	Image de soi appauvrie, instable; autocritique excessive; vide intérieur; expériences dissociatives en réponse aux stresseurs.
Autodétermination	Objectifs, valeurs et plans de carrière instables.
Empathie	Hypersensibilité personnelle qui empêche de bien reconnaître les besoins et sentiments d'autrui; tendance à la dévaluation de l'autre.
Intimité	Relations intenses, instables et conflictuelles; relations oscillant entre idéalisation et dévaluation; craintes abandonniques, méfiance.
Critère B ^a	
Dépressivité	Désespoir, pessimisme face au futur; sentiments de honte ou de culpabilité; sentiments d'infériorité; idéations et conduites suicidaires.
Hostilité	Sentiment persistant de colère; irritabilité (même en réponse à des provocations mineures); comportement vindicatif.
Impulsivité	Actions posées sur un coup de tête pour gratifier les besoins immédiats; manque de considération pour les conséquences de ses actions; difficulté à élaborer/suivre un plan; sentiment d'urgence (incluant le recours à l'autoagression) en situation de détresse émotionnelle.
Insécurité face à la séparation	Peur de la solitude due au rejet ou à la séparation d'avec les proches; manque de confiance dans la capacité à prendre en charge ses propres besoins.
Labilité émotionnelle	Humeur et émotions instables; émotions intenses et disproportionnées.
Prise de risque	Engagement dans des activités dangereuses ou potentiellement dommageables sans considération pour leurs conséquences; déni du danger et de ses propres limites.
Tendance anxieuse	Nervosité, panique ou tension dans diverses situations; soucis fréquents en lien avec des expériences désagréables passées ou futures; appréhension face à l'incertitude et face à l'avenir.

Note: Inspiré de American Psychiatric Association (2013). ^a Afin de poser le diagnostic, 4 des 7 facettes doivent être présentes, et doivent nécessairement inclure l'une des 3 suivantes: Hostilité, Impulsivité, Prise de risque.

la psychiatrie nord-américaine est caractérisé par un certain conservatisme, cette dernière préférant généralement s’harmoniser avec le modèle médical traditionnel (Gøtzsche-Astrup et Moskowitz, 2016; Krueger et Hobbs, 2020); c) les entrevues semi-structurées permettant

d'évaluer les diagnostics spécifiques du MATP (First et coll., 2018) ne sont pas encore largement disséminées dans les milieux de pratique, et leur utilisation n'est pas toujours possible ni souhaitable (p. ex. la formation à ces entrevues et leur implantation dans les milieux de pratique peuvent être hautement chronophages); et d) la recherche sur ces diagnostics (Weekers et coll., 2021) n'en est qu'à ses balbutiements. En ce sens, un contraste important peut être observé avec la recherche portant sur les Critères A et B du MATP, pour lesquels on compte déjà, tel que mentionné précédemment, plusieurs centaines de travaux (Zimmermann et coll., 2019).

Ces observations ont amené Gamache et coll. (2022) à suggérer une alternative simple et efficiente afin de dépister les 6 troubles spécifiques définis dans le MATP. Les auteurs ont proposé d'utiliser les résultats obtenus à 2 mesures dûment validées des Critères A et B du MATP, soit respectivement la *Self and Interpersonal Functioning Scale* (dans sa version francophone, l'Échelle de fonctionnement personnel et interpersonnel; Gamache et coll., 2019) et le *Personality Inventory for DSM-5 Faceted Brief Form* (Maples et coll., 2015; validation francophone par Roskam et coll., 2015). Plus spécifiquement, les résultats obtenus à ces 2 mesures peuvent être combinés pour générer les 6 diagnostics spécifiques du MATP, selon une procédure qui sera explicitée plus loin (voir Plan d'analyse). Gamache et coll. (2022) ont montré que cette approche permettait d'obtenir des diagnostics avec des taux de prévalence jugés vraisemblables dans 3 échantillons distincts (patients issus d'une clinique spécialisée dans le traitement des TP, clients consultant en clinique privée et participants de la communauté), et que les diagnostics présentaient des associations attendues avec des indices globaux d'agression, de symptômes psychiatriques et de satisfaction de vie.

Objectifs de la présente étude

L'étude vise à présenter aux chercheurs et cliniciens de la francophonie la procédure de dépistage du TPL selon le MATP proposée par Gamache et coll. (2022), ainsi qu'à fournir des données supplémentaires quant à sa validité. Une focalisation sur ce trouble, de loin le plus étudié parmi les TP et pour lequel des débats importants persistent quant à sa conceptualisation la plus optimale (Gunderson et coll., 2018; Sharp et coll., 2015), nous apparaît comme un point de départ adéquat pour documenter la méthode de Gamache et coll. (2022). L'étude portera par ailleurs sur un échantillon clinique, où la prévalence du trouble est

susceptible d'être relativement élevée, ce qui permettra de mieux faire ressortir les éléments de validité soumis à l'étude.

Plus spécifiquement, 4 objectifs seront visés dans le cadre du présent article. Un premier objectif sera de déterminer, pour le diagnostic de trouble de personnalité limite généré par les questionnaires du Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité (TPL-MATP), son degré de correspondance avec le diagnostic posé par des psychologues sur la base de la définition catégorielle, «classique» de la Section II du DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Nous examinerons les indices de sensibilité et de spécificité ainsi que le pourcentage de classification correcte du diagnostic TPL-MATP par rapport au diagnostic catégoriel posé par les psychologues. Ces analyses seront effectuées dans une visée essentiellement exploratoire, afin de déterminer les recoupements et différences entre les modèles — et, le cas échéant, de pouvoir discuter des implications de ces différences. Elles ne visent pas à évaluer la performance d'un modèle par rapport à l'autre, dans la mesure où il est difficile de quantifier ce qui pourrait représenter une correspondance acceptable. En effet, nous mettrons en contraste non seulement 2 modèles sensiblement différents, mais qui reposent également sur des sources différentes (c.-à-d. le clinicien et le patient). Même si les diagnostics spécifiques du MATP se veulent essentiellement une «traduction», en termes d'éléments spécifiques au dysfonctionnement de la personnalité et de traits pathologiques dimensionnels, des diagnostics traditionnels de la Section II du DSM (Krueger et Hobbs, 2020), un certain nombre de disparités existent (p. ex. le Critère 9 du modèle de la Section II, qui couvre la présence de symptômes transitoires d'allure psychotique, n'est pas représenté dans le diagnostic du MATP). Dans une étude récente où des entrevues semi-structurées administrées par des professionnels ont été utilisées pour poser un diagnostic de TPL selon le modèle catégoriel et selon le MATP, une correspondance de 79,9 % a été obtenue (Weekers et coll., 2021). Par contre, des écarts notoires ont été très largement documentés dans la littérature entre les diagnostics basés sur l'information rapportée par les patients et celle reposant sur le jugement des cliniciens (voir Bornstein, 2015, pour une discussion). Un second objectif sera d'évaluer la validité concourante du diagnostic TPL-MATP, en explorant sa corrélation avec une mesure dimensionnelle de pathologie limite. Une corrélation significative et élevée ($\geq 0,50$) est attendue. Un troisième objectif consistera à déterminer la validité convergente du diagnostic TPL-MATP, en examinant sa corrélation avec des mesures

d'agression et d'impulsivité. Des corrélations significatives et élevées ($\geq 0,50$) sont également attendues. Gamache et coll. (2022) ont rapporté une corrélation élevée entre le diagnostic TPL-MATP et une mesure globale d'agression, mais aucune donnée n'a été rapportée quant aux manifestations plus spécifiques d'agression extériorisée (physique, verbale) ou intériorisée (colère, hostilité). Enfin, un quatrième et dernier objectif sera d'évaluer la validité incrémentielle de la méthode proposée par Gamache et coll. (2022) où sont combinés à la fois des scores du Critère A et B du MATP, comparativement à une approche simplifiée aux diagnostics spécifiques du MATP où seules les facettes du Critère B seraient prises en considération dans le calcul (Miller et coll., 2022; Samuel et coll., 2013). Ainsi, pour être valide, la méthode proposée devra démontrer une valeur ajoutée significative par rapport à une approche plus simple, plus parcimonieuse dans laquelle le Critère A ne serait pas considéré.

Méthode

Participants

Les données de 287 patients (178 femmes, 109 hommes, âge moyen = 33,73 ans, ÉT = 10,54) ont été analysées. Ces participants ont été recrutés dans le cadre de la démarche d'admission en vue d'un traitement au Centre de traitement le Faubourg Saint-Jean du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale. Lors de la démarche d'admission, les patients prospectifs étaient invités à compléter une batterie de questionnaires informatisés; plus tard, la démarche d'évaluation se poursuivait dans le cadre d'un entretien individuel d'une durée d'environ 2 heures avec un ou une psychologue de l'équipe. Un diagnostic consensuel était alors posé par l'équipe de psychologues à la suite d'une réunion d'équipe hebdomadaire de discussion de cas. Tous les participants inclus dans la présente étude ont consenti de manière libre et éclairée à l'utilisation de leurs données à des fins de recherche.

Parmi les participants, 63,1 % étaient détenteurs d'un diplôme postsecondaire, et 19,8 % d'un diplôme universitaire. Une majorité, 50,2 %, des participants étaient sans emploi, alors que 35,2 % d'entre eux étaient actifs sur le marché du travail, 12,5 % aux études et 2,1 % à la retraite. La plupart des participants, 63,8 %, étaient célibataires.

Mesures

Questionnaires permettant de générer le diagnostic TPL-MATP

La version francophone de la *Self and Interpersonal Functioning Scale* (SIFS; Gamache et coll., 2019) a été utilisée afin de mesurer les 4 éléments constitutifs du Critère A selon le MATP: Identité (7 items): α de Cronbach (α) = 0,65; Autodétermination (5 items): α = 0,67; Empathie (6 items): α = 0,67; et Intimité (6 items): α = 0,72. Les items du SIFS sont cotés par les participants sur une échelle en 5 points (0-4). Un score plus élevé indique un plus grand degré de dysfonctionnement. La structure factorielle du SIFS est compatible avec celle proposée théoriquement pour le MATP, soit 4 éléments avec un facteur de second ordre correspondant à la sévérité globale de la pathologie de la personnalité (Gamache et coll., 2019). Waugh et coll. (2020), qui ont procédé à une étude de la validité de contenu de différents instruments évaluant le Critère A, ont conclu que les items du SIFS offraient une meilleure couverture des manifestations plus sévères associées aux troubles de la personnalité par rapport à d'autres mesures; pour cette raison, ces auteurs estiment que l'utilisation de ce questionnaire auprès de clientèles présentant des degrés élevés de psychopathologie pourrait être particulièrement indiquée.

La version francophone du *Personality Inventory for DSM-5 Faceted BriefForm* (PID-5-FBF; Roskam et coll., 2015) a été utilisée afin d'évaluer les 7 facettes assignées au trouble de personnalité limite dans le MATP. Chacune de ces facettes comporte 4 items évalués sur une échelle en 4 points (0-3): Dépressivité: α = 0,80; Hostilité: α = 0,79; Impulsivité: α = 0,89; Insécurité face à la séparation: α = 0,84; Labilité émotionnelle: α = 0,82; Prise de risque: α = 0,88; Tendance anxieuse: α = 0,83.

Questionnaires de variables externes de validité concourante et convergente

La version francophone de la *Borderline Symptom List — Short Form* (BSL-23; Nicastrò et coll., 2016) a été utilisée afin d'évaluer la symptomatologie associée au trouble de personnalité limite selon une perspective dimensionnelle. En plus de couvrir plusieurs des symptômes correspondant au TPL selon la perspective du DSM, l'instrument inclut également des items couvrant des expériences affectives communes dans le trouble (p. ex. honte, dégoût de soi, suspicion). Le questionnaire comporte 23 items évalués sur une échelle en 5 points (0-4). Le score total (α = 0,93) a été utilisé dans la présente étude.

La version francophone du *Buss-Perry Aggression Questionnaire Short Form* (BPAQ-SF; Genoud et Zimmerman, 2009) inclut 4 manifestations d'agressivité, chacune couverte par 3 items: Violence verbale ($\alpha = 0,60$); Violence physique ($\alpha = 0,86$); Colère ($\alpha = 0,82$); Hostilité ($\alpha = 0,69$). Chacun des items du questionnaire est coté sur une échelle en 6 points (1-6).

La version francophone de la *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS-11; Baylé et coll., 2000) comporte 30 items et couvre 3 manifestations d'impulsivité: Impulsivité attentionnelle (8 items; $\alpha = 0,67$), Impulsivité motrice (11 items; $\alpha = 0,76$), et Non-planification (11 items; $\alpha = 0,70$). Chacun des items du questionnaire est coté sur une échelle en 4 points (1-4).

Plan d'analyse

Extraction du diagnostic TPL-MATP

Dans un premier temps, le diagnostic de trouble de la personnalité limite tel que conceptualisé dans le MATP sera « extrait » à partir de l'algorithme fourni par le Groupe de travail sur les troubles de la personnalité du DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Ainsi, la présence d'au moins 2 des 4 éléments du Critère A (évalués au moyen du SIFS), de même que la présence d'au moins 4 des 7 facettes assignées au TPL dans le MATP (évaluées au moyen du PID-5-FBF), indiquera que le diagnostic est présent. Cette approche requiert des décisions « dichotomiques » quant à la présence des éléments et des facettes. Pour le Critère A, à la suggestion de Gamache et coll. (2022), un élément sera jugé présent si le score moyen du participant dépasse le seuil clinique établi à partir de courbes ROC (*Receiver Operating Characteristic curves*) lors de la validation du SIFS (Gamache et coll., 2019)². Pour déterminer la présence d'une facette du Critère B, un score moyen plus grand ou égal à 2 (sur 3) indiquera une élévation significative pour la facette en question. Ce seuil, largement utilisé dans la littérature sur le MATP (Samuel et coll., 2013), avait permis de générer des prévalences jugées vraisemblables pour le TPL dans l'étude de Gamache et coll. (2022). Les algorithmes utilisés tiendront également compte du fait qu'au moins une des facettes parmi Hostilité, Impulsivité ou Prise de

2. Les seuils cliniques sont les suivants pour les 4 éléments du Critère A: Identité > 1,93; Autodétermination > 1,50; Empathie > 1,08; Intimité > 1,50.

risque doit absolument faire partie des 4 facettes sur 7 requises pour poser le diagnostic (American Psychiatric Association, 2013).

Validité du diagnostic TPL-MATP

Une fois le diagnostic de TPL-MATP généré, 4 analyses permettront d'en évaluer la validité: a) nous évaluerons sa sensibilité-spécificité et la correspondance (en %) en comparaison avec le diagnostic traditionnel, c.-à-d. basé sur le modèle catégoriel du DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), assigné aux patients par l'équipe d'évaluation du Centre le traitement le Faubourg Saint-Jean; b) nous évaluerons sa validité concourante en déterminant la corrélation bivariée de Pearson entre le score TPL-MATP et celui fourni par le BSL-23, une mesure dimensionnelle de la pathologie limite de la personnalité. Pour ce faire, à l'instar de Gamache et coll. (2022), un score dimensionnel pour le diagnostic TPL-MATP correspondant à la somme des scores moyens aux items des 4 éléments (Critère A; étendue de scores possibles de 0 à 16) et des 7 facettes (Critère B; étendue de scores possibles de 0 à 21) du diagnostic selon le MATP (pour une étendue de scores possibles de 0 à 37) sera généré. Cette approche permet un calcul simple et direct du score dimensionnel et ne nécessite aucune transformation des scores moyens obtenus par le participant aux éléments et aux facettes composant le diagnostic, bien qu'elle présente l'inconvénient d'accorder un poids légèrement supérieur au Critère B dans la proportion du score; c) le score dimensionnel ainsi créé pour le diagnostic TPL-MATP sera corrélé avec une mesure d'agression interpersonnelle (BPAQ-SF) et une mesure d'impulsivité (BIS-11) afin d'évaluer sa validité convergente et ainsi approfondir l'étude de son réseau nomologique; d) enfin, nous déterminerons la validité incrémentielle de notre démarche pour déterminer la présence d'un diagnostic MATP par rapport à la méthode simplifiée proposée par d'autres auteurs (Miller et coll., 2022) qui ne prend en considération que la somme des scores obtenus aux facettes du Critère B pour établir le diagnostic. Pour ce faire, nous effectuerons des analyses de régression multiple hiérarchiques, en entrant dans un premier bloc la somme aux 7 facettes du Critère B qui composent le diagnostic TPL-MATP, et dans un deuxième bloc la somme aux 4 éléments du Critère A; nous déterminerons ainsi la valeur ajoutée (en termes de variance expliquée supplémentaire) pour les éléments du Critère A sur les variables externes utilisées, soit le score dimensionnel de pathologie limite (BSL-23), les manifestations d'agression interpersonnelle (BPAQ-SF) et celles d'impulsivité (BIS-11).

Résultats

La méthode proposée pour la création du diagnostic TPL-MATP établit à 39,7 % ($n = 114$) la prévalence du diagnostic dans l'échantillon. Pour leur part, les psychologues de l'équipe d'évaluation du Centre de traitement le Faubourg Saint-Jean avaient établi la prévalence du trouble (tel que défini selon le modèle catégoriel du DSM-5) à 57,6 % ($n = 144$)³. Le diagnostic TPL-MATP, par rapport à celui du modèle catégoriel déterminé par les psychologues, présente une sensibilité de 47,2 % (c.-à-d. la capacité à identifier la présence du diagnostic alors que les psychologues avaient effectivement posé le diagnostic) et une spécificité de 69,8 % (c.-à-d. la capacité d'exclure le diagnostic alors que les psychologues ne l'avaient effectivement pas identifié), pour une classification correcte globale de 56,8 %.

Le Tableau 2 présente les données descriptives des mesures utilisées pour créer le diagnostic TPL-MATP et celles correspondant aux indices externes de validité; les scores sont présentés pour l'échantillon total, ainsi que pour les participants chez qui un diagnostic catégoriel établi par les psychologues ou un diagnostic TPL-MATP ont été retenus. Pour la validité concourante, une corrélation de $r = 0,62$ ($p < 0,001$) entre le score TPL-MATP et celui obtenu au BSL-23 a été observée. Pour la validité convergente, les corrélations suivantes ont été relevées entre le score TPL-MATP et les indices d'agression interpersonnelle et d'impulsivité (tous les $p < 0,001$): Violence verbale, $r = 0,42$; Violence physique, $r = 0,44$; Colère, $r = 0,65$; Hostilité, $r = 0,65$; Impulsivité attentionnelle, $r = 0,57$; Impulsivité motrice, $r = 0,62$; Non-planification, $r = 0,50$.

Le Tableau 3 présente les résultats aux analyses de validité incrémentielle réalisées au moyen de régressions multiples hiérarchiques. Pour toutes les variables dépendantes étudiées, l'ajout des éléments du Critère A améliore significativement la prédiction statistique, avec des proportions de variance ajoutée oscillant entre 1,1 % (BSL-23) et 7,6 % (Impulsivité attentionnelle de la BIS-11).

3. Cette proportion est basée sur les dossiers de 250 participants, les données n'étant pas disponibles pour 37 participants au moment où elles ont été colligées aux fins de la présente étude.

TABLEAU 2
Statistiques descriptives des différentes mesures de l'étude

Mesures	Échantillon total (N = 287)			Patients avec diagnostic TPL catégoriel (n = 144)			Patients avec diagnostic TPL-MATP (n = 114)		
	Étendue	M	ÉT	Étendue	M	ÉT	Étendue	M	ÉT
SIFS									
Identité	0,57–4,00	2,55	0,70	0,57–4,00	2,56	0,72	1,00–4,00	2,90	0,57
Autodétermination	0,20–4,00	1,99	0,84	0,40–4,00	2,11	0,86	0,80–4,00	2,48	0,73
Empathie	0,00–3,67	1,35	0,78	0,00–3,50	1,32	0,82	0,00–3,67	1,73	0,77
Intimité	0,00–4,00	1,66	0,89	0,00–3,86	1,63	0,91	0,14–4,00	1,93	0,88
PID-5-FBF									
Dépressivité	0,00–3,00	1,53	0,83	0,00–3,00	1,53	0,86	0,00–3,00	2,00	0,72
Hostilité	0,00–3,00	1,45	0,79	0,00–3,00	1,58	0,81	0,00–3,00	1,95	0,71
Impulsivité	0,00–3,00	1,51	0,85	0,00–3,00	1,72	0,83	0,75–3,00	2,14	0,58
Insécurité sép.	0,00–3,00	1,52	0,88	0,00–3,00	1,55	0,88	0,00–3,00	2,04	0,78
Labilité émot.	0,00–3,00	1,95	0,78	0,00–3,00	2,06	0,73	0,75–3,00	2,45	0,45
Prise de risque	0,00–3,00	1,22	0,88	0,00–3,00	1,32	0,90	0,00–3,00	1,62	0,83
Tendance anxieuse	0,00–3,00	2,18	0,77	0,00–3,00	2,16	0,75	0,00–3,00	2,51	0,56
BSL-23	0,00–3,96	2,00	0,92	0,00–3,96	1,97	0,95	0,00–3,96	2,52	0,84
BPAQ-SF									
Violence verbale	1,00–6,00	2,93	1,20	1,00–6,00	2,99	1,26	1,00–6,00	3,42	1,27
Violence physique	1,00–6,00	2,54	1,61	1,00–6,00	2,69	1,69	1,00–6,00	3,33	1,79
Colère	1,00–6,00	3,73	1,46	1,00–6,00	4,01	1,39	1,00–6,00	4,62	1,18
Hostilité	1,00–6,00	3,82	1,40	1,00–6,00	3,83	1,38	1,67–6,00	4,66	1,12
BIS-11									
Attentionnelle	1,25–3,88	2,54	0,52	1,25–3,75	2,58	0,54	1,75–3,88	2,78	0,44
Motrice	1,09–3,73	2,31	0,54	1,09–3,73	2,40	0,55	1,18–3,73	2,61	0,50
Non-planification	1,36–3,82	2,54	0,50	1,36–3,82	2,59	0,51	1,63–3,82	2,73	0,49

Note. Diagnostic TPL Catégoriel = diagnostic de trouble de la personnalité limite assigné par les psychologues selon le modèle catégoriel du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition*. Diagnostic TPL-MATP = diagnostic de trouble de la personnalité limite généré à partir des scores obtenus aux questionnaires basés sur le Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité. SIFS = *Self and Interpersonal Functioning Scale*. PID-5-FBF = *Personality Inventory for DSM-5 Faceted Brief Form*. Insécurité sép. = Insécurité face à la séparation. Labilité émot. = Labilité émotionnelle. BSL-23 = *Borderline Symptom List — Short Form*. BPAQ-SF = *Buss-Perry Aggression Questionnaire Short Form*. BIS-11 = *Barratt Impulsiveness Scale*. Pour toutes les mesures, un score plus élevé indique un degré de dysfonctionnement/pathologie plus important.

TABLEAU 3

Validité incrémentielle des éléments du Critère A sur les facettes du Critère B associées au diagnostic de trouble de la personnalité limite dans le Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition

Variable prédite		Étape 1	Étape 2	
		PID-5-FBF	PID-5-FBF	SIFS
BSL-23	β	0,617***	0,526***	0,139*
	R^2	0,380	0,392	
	R^2 ajusté	0,378	0,387	
	ΔR^2	—	0,011	
	ΔF	174,334***	5,20*	
BPAQ-SF Violence verbale	β	0,395***	0,269***	0,194**
	R^2	0,156	0,178	
	R^2 ajusté	0,153	0,172	
	ΔR^2	—	0,022	
	ΔF	52,564***	7,529**	
BPAQ-SF Violence physique	β	0,424***	0,331***	0,143*
	R^2	0,179	0,191	
	R^2 ajusté	0,177	0,186	
	ΔR^2	—	0,012	
	ΔF	62,128***	4,12*	
BPAQ-SF Colère	β	0,652***	0,556***	0,147*
	R^2	0,425	0,437	
	R^2 ajusté	0,423	0,433	
	ΔR^2	—	0,012	
	ΔF	209,796***	6,273*	
BPAQ-SF Hostilité	β	0,625***	0,461***	0,253***
	R^2	0,391	0,428	
	R^2 ajusté	0,389	0,424	
	ΔR^2	—	0,037	
	ΔF	182,183***	18,331***	
BIS-11 Impulsivité attentionnelle	β	0,506***	0,270***	0,363***
	R^2	0,256	0,332	
	R^2 ajusté	0,253	0,327	
	ΔR^2	—	0,076	
	ΔF	97,717***	32,286***	
BIS-11 Impulsivité motrice	β	0,562***	0,333***	0,353***
	R^2	0,316	0,388	
	R^2 ajusté	0,314	0,384	
	ΔR^2	—	0,072	
	ΔF	131,161***	33,354***	
BIS-11 Non-planification	β	0,447***	0,257***	0,293***
	R^2	0,200	0,249	
	R^2 ajusté	0,197	0,244	
	ΔR^2	—	0,050	
	ΔF	70,855***	18,674***	

Note. PID-5-FBF = *Personality Inventory for DSM-5 Faceted Brief Form*. SIFS = *Self and Interpersonal Functioning Scale*. BSL-23 = *Borderline Symptom List — Short Form*. BPAQ-SF = *Buss-Perry Aggression Questionnaire Short Form*. BIS-11 = *Barratt Impulsiveness Scale*.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Discussion

Le présent article visait dans un premier temps à faire connaître aux chercheurs et cliniciens de la francophonie une méthode de dépistage des troubles de la personnalité spécifiques définis dans le Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5, en focalisant sur le trouble de la personnalité limite. L'étude visait également à fournir des informations supplémentaires quant à la validité de la démarche proposée par Gamache et coll. (2022), et ce, à partir des données recueillies auprès d'un échantillon de patients québécois prenant part à la démarche d'admission au Centre de traitement le Faubourg Saint-Jean du CIUSSS-Capitale-Nationale.

Concernant le premier objectif, une correspondance de 56,8 % a été obtenue entre le diagnostic TPL-MATP et celui assigné par les psychologues sur la base du modèle catégoriel du DSM-5; la spécificité du diagnostic MATP-TPL (69,8 %) s'est révélée supérieure à sa sensibilité (47,2 %), qui demeure relativement faible. Des travaux antérieurs ont déjà largement documenté les écarts parfois très importants entre les évaluations du patient et celles du clinicien pour les troubles de la personnalité (Davidson et coll., 2003; Samuel, 2015), si bien qu'il apparaît difficile de tirer des conclusions définitives à partir des taux obtenus ici. Le degré d'accord est inférieur à ce qui a été récemment rapporté par Weekers et coll. (2021) pour les diagnostics catégoriels et MATP (79,9 %), mais tous leurs diagnostics reposaient sur le jugement du clinicien (entrevues semi-structurées), éliminant une source considérable de variance. L'entente relativement modeste obtenue ici doit sans doute être vue comme un rappel de l'importance d'une méthodologie multisources et multiméthodes dans l'évaluation des TP. Ni les patients ni les cliniciens ne sont exempts de biais. D'une part, les perturbations identitaires et le recours à des mécanismes de défense comme le déni et la projection peuvent empêcher le patient d'avoir une perspective juste à propos de ses difficultés; d'autre part, le jugement des cliniciens peut être biaisé par un certain nombre d'heuristiques dans le traitement de l'information et dans la prise de décision clinique (Garb, 1998; Kim et Ahn, 2002; Morey et Benson, 2006). Rappelons également qu'il existe un certain nombre de différences conceptuelles entre les diagnostics des Sections II et III (p. ex. l'absence de couverture des symptômes d'allure psychotique et la place accordée à la tendance anxieuse dans le MATP) pouvant également contribuer à expliquer la correspondance modeste observée.

Les deuxième et troisième objectifs étaient respectivement de documenter la validité concourante et convergente du diagnostic TPL-MATP, où des corrélations élevées ($\geq 0,50$) ont été obtenues dans les 2 cas, comme anticipé. D'une part, une forte association a été obtenue entre le diagnostic TPL-MATP et une mesure purement dimensionnelle de personnalité limite ($r = 0,62$). D'autre part, le diagnostic TPL-MATP présentait des corrélations généralement élevées ($r = 0,42$ à $0,65$) avec des mesures externes d'agression et d'impulsivité, renforçant les résultats rapportés par Gamache et coll. (2022) quant à la validité convergente de la procédure. Il est intéressant de noter que pour l'agression, les corrélations obtenues sont plus élevées avec des indices de manifestations intériorisées (colère, hostilité) qu'extériorisées (violence physique et verbale). Cela pourrait refléter la large part qu'occupent les facettes associées au domaine de l'Affectivité négative dans la définition du TPL-MATP, mais nous ne pouvons exclure la possibilité que les patients prospectifs ayant participé à l'étude aient été plus réticents à dévoiler leurs gestes agressifs extériorisés. Ici également, la possibilité de bénéficier d'une approche multisources dans des études futures pourrait permettre d'approfondir la question. Il est par ailleurs à noter que les corrélations obtenues dans le cadre de la présente étude pourraient être en partie artificiellement gonflées par l'utilisation d'une méthode/source similaire (c.-à-d. des questionnaires autorévévés) pour évaluer le diagnostic TPL-MATP et les variables externes (Podsakoff et coll., 2012). Nous ne pouvons non plus exclure que les corrélations puissent avoir été augmentées par la présence d'items dont la formulation se ressemble beaucoup à travers les différents questionnaires couvrant des construits apparentés.

Enfin, le quatrième et dernier objectif était d'évaluer la validité incrémentielle de la méthode proposée par Gamache et coll. (2022). Les résultats suggèrent que cette procédure, qui intègre le Critère A à l'extraction du diagnostic — contrairement à celle simplifiée proposée par d'autres auteurs (Miller et coll., 2022; Samuel et coll., 2013) — présente une valeur ajoutée significative. Cela pourrait ainsi justifier l'utilisation de cette méthode plus complète, quoique légèrement plus longue et complexe, pour le calcul des diagnostics spécifiques du MATP. Ces résultats s'inscrivent dans un débat plus large dans lequel certains chercheurs estiment que les Critères A et B du MATP sont redondants et que le premier devrait être abandonné pour ne conserver qu'une évaluation des domaines et facettes pathologiques (Sleep et

coll., 2021). Nos résultats suggèrent plutôt, à l'instar de ceux de Roche et Jaweed (2021), que le Critère A présente une validité incrémentielle modeste, mais statistiquement significative, par rapport au Critère B⁴. La variance expliquée supplémentaire obtenue ici (1,1 – 7,6 %) se situe à l'intérieur de l'étendue rapportée par Roche et Jaweed (0 – 11 %) quant à la validité incrémentielle des mesures du Critère A par rapport au Critère B. Il convient de souligner que la validité incrémentielle du Critère A dans la présente étude demeure modeste — une variance expliquée de 1,1 % correspondant à un effet de très petite taille. Cela nous apparaît tout de même méritoire dans le contexte de la présente étude, considérant la proximité conceptuelle entre certaines facettes du Critère B entrant dans la composition du diagnostic TPL-MATP et certaines variables externes servant à évaluer la validité incrémentielle (p. ex. Hostilité, Impulsivité). Cette proximité conférerait un « avantage » au Critère B et soumettait le Critère A à un test particulièrement sévère. La variance expliquée supplémentaire obtenue ici par le Critère A, en particulier pour les dimensions de l'impulsivité, apparaît d'autant plus notable.

Un certain nombre de limites à la présente étude viennent restreindre la portée et la généralisation des résultats. L'étude n'a porté que sur un échantillon unique et homogène de participants provenant du même centre de traitement, comportant certaines caractéristiques distinctives pouvant potentiellement affecter la généralisation des résultats (p. ex. un taux de diplomation postsecondaire relativement élevé). D'autres études sont nécessaires afin de confirmer ces résultats, notamment avec des populations spécifiques (p. ex. minorités culturelles). La présente étude a mis l'accent sur le TPL ; des travaux supplémentaires portant sur les 5 autres diagnostics spécifiques du MATP (antisocial, évitant, narcissique, obsessionnel-compulsif, schizotypique) constitueront une étape nécessaire dans la validation de la procédure d'extraction mise de l'avant ici. Les participants avec TPL ont été considérés comme un groupe homogène dans le cadre de la présente étude, mais des travaux

4. Comme le soulignent Roche et Jaweed (2021), il ne semble pas y avoir de consensus clair parmi les chercheurs du domaine à savoir quel pourcentage de variance expliquée supplémentaire est nécessaire pour être jugée « significative » sur un plan clinique ou pratique. Ce pourcentage pourrait dépendre de la variable externe étudiée. Hyatt et coll. (2020) ont notamment fait valoir, dans le domaine de l'agression, que même les effets de petite taille sont importants à prendre en compte, considérant son origine multidéterminée et son impact élevé sur les plans individuel et sociétal.

antérieurs (Gamache et coll., 2021; Smits et coll., 2017) suggèrent la présence de sous-types au sein de cette population, qui pourraient être pris en compte dans les travaux futurs sur la validation de la procédure. Les diagnostics catégoriels établis par les psychologues n'ont pas été formulés à partir d'une méthode standardisée, par exemple, à partir d'une entrevue semi-structurée comme le *Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders* (First et coll., 2016), et aucune procédure formelle pour évaluer l'entente interjuges des diagnostics n'a été implantée. Notons en contrepartie que le diagnostic final assigné par les psychologues repose sur une discussion en groupe, conférant ainsi à la procédure une forme d'entente interjuges. Enfin, comme nous l'avons suggéré précédemment, une approche multisources et multiméthodes pour l'évaluation et la sélection des variables externes gagnera à être privilégiée dans le cadre des études futures portant sur la procédure diagnostique afin d'éviter que les résultats ne soient influencés — d'une manière difficile à quantifier pour l'instant — par des artefacts méthodologiques (p. ex. l'inflation des corrélations due à l'utilisation d'une méthode d'évaluation similaire).

Conclusion

Les présents résultats viennent appuyer la validité de la procédure d'extraction proposée par Gamache et coll. (2022), basée sur 2 questionnaires autorapportés mesurant les Critères A et B du MATP, suggérant que celle-ci peut représenter un outil de dépistage prometteur du TPL, tel que conceptualisé dans ce modèle. La procédure d'extraction combinant les données de la SIFS et du PID-5-FBF génère un diagnostic de TPL présentant des associations fortes et attendues sur le plan conceptuel avec des indices externes de symptomatologie limite, d'agression et d'impulsivité. Malgré une complexité légèrement supérieure à une approche où seul le Critère B serait utilisé pour extraire le diagnostic TPL-MATP, l'ajout du Critère A présente une valeur ajoutée statistiquement significative pour tous les indices de validité externe considérés. La correspondance modeste, bien qu'appréciable, entre le diagnostic catégoriel posé par les cliniciens et celui extrait à partir de questionnaires complétés par le patient, nous rappelle que l'utilisation des questionnaires ne saurait se substituer à une évaluation clinique en bonne et due forme et que ces sources d'information sont vraisemblablement complémentaires. Cela étant dit, davantage d'études comparant les taux de prévalence obtenus selon diverses

méthodes (p. ex. des questionnaires en comparaison à des entrevues semi-structurées) semblent nécessaires afin de bien cerner la portée clinique et épidémiologique des diagnostics du MATP.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Baylé, F. J., Bourdel, M. C., Caci, H., Gorwood, P., Chignon, J. M., Adés, J. et Léo, H. (2000). Structure factorielle de la traduction française de l'Échelle d'impulsivité de Barratt (BIS-10). *Revue canadienne de psychiatrie*, 45(2), 156-165. <https://doi.org/10.1177/070674370004500206>
- Bernstein, D. P., Iscan, C., Maser, J., Board of Directors of the Association for Research in Personality Disorders et Board of Directors of the International Society for the Study of Personality Disorders. (2007). Opinions of personality disorder experts regarding the DSM-IV personality disorders classification system. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 536-551. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.5.536>
- Bornstein, R. F. (2015). Processed-focused assessment of personality pathology. Dans S. K. Huprich (Ed.), *Personality disorders: Toward theoretical and empirical integration in diagnosis and assessment* (pp. 271-290). American Psychological Association.
- Davidson, K. M., Obonsawin, M. C., Seils, M. et Patience, L. (2003). Patient and clinician agreement on personality using the SWAP-200. *Journal of Personality Disorders*, 17(3), 208-218. <https://doi.org/10.1521/pedi.17.3.208.22148>
- First, M. B., Skodol, A. E., Bender, D. S. et Oldham, J. M. (2018). *Structured Clinical Interview for the DSM-5® Alternative Model for Personality Disorders (SCID-5-AMPD) Module III: Personality disorders (including personality disorder—trait specified)*. American Psychiatric Association Publishing.
- First, M. B., Williams, J. B., Benjamin, L. S. et Spitzer, R. L. (2016). *SCID-5-PD: Structured Clinical Interview for DSM—5 Personality Disorders*. American Psychiatric Association.
- Gamache, D., Leclerc, P., Payant, M., Mayrand, K., Nolin, M.-C., Marcoux, L.-A., Sabourin, S., Tremblay, M. et Savard, C. (2022). Preliminary steps toward extracting the specific Alternative Model for Personality Disorders diagnoses from Criteria A and B self-reports. *Journal of Personality Disorders*, 1—S6. Advance online publication. https://doi.org/10.1521/pedi_2012_35_540
- Gamache, D., Savard, C., Leclerc, P. et Côté, A. (2019). Introducing a short self-report for the assessment of DSM—5 level of personality functioning for personality disorders: The Self and Interpersonal Functioning Scale. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(5), 438-447. <https://doi.org/10.1037/per0000335>
- Gamache, D., Savard, C., Leclerc, P., Payant, M., Côté, A., Faucher, J., Lampron, M. et Tremblay, M. (2021). Latent profiles of patients with borderline pathology based on the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1), Article 4. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00146-w>

- Garb, H. N. (1998). *Studying the clinician: Judgment research and psychological assessment*. American Psychological Association.
- Genoud, P. A. et Zimmermann, G. (2009, Août). *French version of the 12-item Aggression Questionnaire: Preliminary psychometric properties*. Affiche présentée au 11e congrès de la Swiss Psychological Society, Neuchâtel, Suisse.
- Götzsche-Astrup, O. et Moskowitz, A. (2016). Personality disorders and the DSM-5: Scientific and extra-scientific factors in the maintenance of the status quo. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(2), 119-127. <https://doi.org/10.1177/0004867415595872>
- Gunderson, J. G., Fruzzetti, A., Unruh, B. et Choi-Kain, L. (2018). Competing theories of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 32(2), 148-167. <https://doi.org/10.1521/pedi.2018.32.2.148>
- Hopwood, C. J., Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Widiger, T. A., Althoff, R. R., Ansell, E. B., Bach, B., Bagby, R. M., Blais, M. A., Bornovalova, M. A., Chmielewski, M., Cicero, D. C., Conway, C., De Clercq, B., De Fruyt, F., Docherty, A. R., Eaton, N. R., Edens, J. F.,... Zimmermann, J. (2018). The time has come for dimensional personality disorder diagnosis. *Personality and Mental Health*, 12(1), 82-86. <https://doi.org/10.1002/pmh.1408>
- Hyatt, C. S., Chester, D. S., Zeichner, A. et Miller, J. D. (2020). Facet-level analysis of the relations between personality and laboratory aggression. *Aggressive Behavior*, 46, 266-277. <https://doi.org/10.1002/ab.21887>
- Kim, N. S. et Ahn, W.-k. (2002). Clinical psychologists' theory-based representations of mental disorders predict their diagnostic reasoning and memory. *Journal of Experimental Psychology: General*, 131(4), 451-476. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.131.4.451>
- Krueger, R. F. et Hobbs, K. A. (2020). An overview of the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders. *Psychopathology*, 53(3-4), 126-132. <https://doi.org/10.1159/000508538>
- Maples, J. L., Carter, N. T., Few, L. R., Crego, C., Gore, W. L., Samuel, D. B., Williamson, R. L., Lynam, D. R., Widiger, T. A., Markon, K. E., Krueger, R. F. et Miller, J. D. (2015). Testing whether the DSM-5 personality disorder trait model can be measured with a reduced set of items: An item response theory investigation of the Personality Inventory for DSM-5. *Psychological Assessment*, 27(4), 1195-1210. <https://doi.org/10.1037/pas0000120>
- Milinkovic, M. S. et Tiliopoulos, N. (2020). A systematic review of the clinical utility of the DSM—5 Section III Alternative Model of Personality Disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(6), 377-397. <https://doi.org/10.1037/per0000408>
- Miller, J. D., Bagby, R. M., Hopwood, C. J., Simms, L. J. et Lynam, D. R. (2022). Normative data for PID-5 domains, facets, and personality disorder composites from a representative sample and comparison to community and clinical samples. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/per0000548>
- Morey, L. C. et Benson, K. T. (2016). An investigation of adherence to diagnostic criteria, revisited: Clinical diagnosis of the DSM-IV/DSM-5 Section II personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 30(1), 130-144. https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_188

- Morey, L. C. et Hopwood, C. J. (2020). Expert preferences for categorical, dimensional, and mixed/hybrid approaches to personality disorder diagnosis. *Journal of Personality Disorders*, 34(Suppl C), 1-8. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_398
- Nicastro, R., Prada, P., Kung, A. L., Salamin, V., Dayer, A., Aubry, J. M., Guenot, F. et Perroud, N. (2016). Psychometric properties of the French Borderline Symptom List, short form (BSL-23). *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 3(1), 4-12. <https://doi.org/10.1186/s40479-016-0038-0>
- Oldham J. M. (2015). The Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders. *World Psychiatry*, 14(2), 234-236. <https://doi.org/10.1002/wps.20232>
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B. et Podsakoff, N. P. (2012). Sources of method bias in social science research and recommendations on how to control it. *Annual Review of Psychology*, 63(1), 539-569. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100452>
- Roche, M. J. et Jaweed, S. (2021). Comparing measures of Criterion A to better understand incremental validity in the Alternative Model of Personality Disorders. *Assessment*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/10731911211059763>
- Roskam, I., Galdiolo, S., Hansenne, M., Massoudi, K., Rossier, J., Gicquel, L. et Rolland, J.-P. (2015). The psychometric properties of the French version of the Personality Inventory for DSM—5. *PLoS ONE*, 10, Article e0133413. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0133413>
- Samuel, D. B. (2015). A review of the agreement between clinicians' personality disorder diagnoses and those from other methods and sources. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(1), 1-19. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12088>
- Samuel, D. B., Hopwood, C. J., Krueger, R. F., Thomas, K. M. et Ruggero, C. J. (2013). Comparing methods for scoring personality disorder types using maladaptive traits in DSM-5. *Assessment*, 20(3), 353-361. <https://doi.org/10.1177/1073191113486182>
- Sharp, C., Wright, A. G. C., Fowler, J. C., Frueh, B. C., Allen, J. G., Oldham, J. et Clark, L. A. (2015). The structure of personality pathology: Both general ('g') and specific ('s') factors? *Journal of Abnormal Psychology*, 124(2), 387-398. <https://doi.org/10.1037/abn0000033>
- Sleep, C., Lynam, D. R. et Miller, J. D. (2021). Personality impairment in the DSM-5 and ICD-11: Current standing and limitations. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(1), 39-43. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000657>
- Smits, M. L., Feenstra, D. J., Bales, D. L., de Vos, J., Lucas, Z., Verheul, R. et Luyten, P. (2017). Subtypes of borderline personality disorder patients: a cluster-analytic approach. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4, Article 16. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0066-4>
- Tyrer, P., Mulder, R., Kim, Y.-R. et Crawford, M. J. (2019). The development of the ICD-11 classification of personality disorders: An amalgam of science, pragmatism, and politics. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 481-502. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095736>
- Weekers, L. C., Hutsebaut, J., Zimmermann, J. et Kamphuis, J. H. (2021). Changes in the classification of personality disorders: Comparing the DSM—5 Section II personality disorder model to the Alternative Model for Personality Disorders using structured clinical interviews. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/per0000512>

- World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- Zimmermann, J., Kerber, A., Rek, K., Hopwood, C. et Krueger, F. R. (2019). A brief but comprehensive review of research on the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 21(9), Article 92. <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-019-1079-z>

Activité physique, sommeil et consommation de substances chez les adultes déclarant un trouble de personnalité limite en France et au Canada : une étude en ligne

Samuel St-Amour^{a,b}

Lionel Cailhol^{b,c}

Célia Kingsbury^{a,b,d}

Déborah Ducasse^{e,f,g}

Gabrielle Landry^c

Paquito Bernard^{a,b}

RÉSUMÉ Introduction Le trouble de personnalité limite (TPL) est associé à plusieurs comportements délétères pour la santé. L'usage de substances (alcool et drogues) est présent chez 78 % des adultes aux prises avec un TPL. De plus, une mauvaise qualité de sommeil semble intimement liée au portrait clinique

-
- a. Département des sciences de l'activité physique, Université du Québec à Montréal, Canada.
 - b. Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Québec, Canada.
 - c. Faculté de médecine, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal, Québec, Canada.
 - d. École de santé publique, Université de Montréal, Québec, Canada.
 - e. Département d'Urgences et Post-Urgences Psychiatriques, CHU Montpellier, France.
 - f. IGF, Université de Montpellier, CNRS-INSERM, France.
 - g. Centre de Thérapies Troubles de l'Humeur et Émotionnels/Borderline, Département de Psychiatrie Adulte, La Colombière, CHU Montpellier, France.

des adultes avec un TPL. Finalement, plusieurs troubles médicaux comorbides au TPL sont associés à l'inactivité physique et la sédentarité comme l'obésité, les maladies cardiovasculaires et le diabète. Toutefois, à ce jour, aucune étude n'a documenté ni analysé ces comportements de santé dans la population francophone avec un TPL.

Objectifs Cette étude a pour but de documenter les comportements de santé chez des adultes aux prises avec un TPL au Canada et en France.

Méthode Cette étude transversale est réalisée à l'aide d'un sondage en ligne distribué en France et au Canada sur la plateforme LimeSurvey, incluant des questionnaires validés. Pour mesurer le niveau d'activité physique, nous utilisons le *Global Physical Activity Questionnaire*. L'insomnie est évaluée à l'aide de l'Index de Sévérité de l'Insomnie. Le trouble d'usage de substances (TUS) est évalué à l'aide du *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Test*. Des statistiques descriptives (N , % et moyenne) sont utilisées pour décrire les comportements de santé préalablement cités. Cinq modèles de régression sont réalisés pour trouver les principales variables (âge, statut social perçu, niveau d'éducation, revenu du ménage, indice de masse corporelle, difficultés de régulation émotionnelle, symptômes de TPL, niveau de dépression, antécédent de tentatives de suicide et usage de médicaments psychotropes) associées aux comportements de santé.

Résultats

Au total, 167 participants (92 Canadiens, 75 Français; 146 femmes, 21 hommes) ont répondu au sondage en ligne. Au sein de notre échantillon, 38 % des Canadiens et 28 % des Français ont rapporté faire moins de 150 minutes d'activité physique par semaine. L'insomnie affectait 42 % des Canadiens et 49 % des Français. Le TUS du tabac touchait 50 % des Canadiens et 60 % des Français. Le TUS d'alcool touchait 36 % des Canadiens et 53 % des Français. Le TUS du cannabis touchait 36 % des Canadiens et 38 % des Français. Toutes les variables testées sont liées à l'activité physique ($R^2 = 0,09$). L'insomnie est liée à la symptomatologie du TPL ($R^2 = 0,24$). Le TUS du tabac est lié au statut social et au TUS d'alcool ($R^2 = 0,13$). Le TUS d'alcool est lié au statut social, à l'indice de masse corporelle, au TUS du tabac et à la dépression ($R^2 = 0,16$). Finalement le TUS du cannabis est lié à l'âge, à l'indice de masse corporelle, au TUS du tabac, à la dépression et aux antécédents de tentatives de suicide ($R^2 = 0,26$).

Conclusion Ces résultats sont essentiels pour l'élaboration d'interventions de prévention en santé chez les adultes francophones avec un TPL au Canada et en France. Ils aident à identifier les principaux facteurs associés aux différents comportements ciblés.

MOTS CLÉS trouble de personnalité limite, activité physique, usage de substances, insomnie

Physical activity, sleep, and substance use in adults reporting a borderline personality disorder in France and Canada: an online study

ABSTRACT Introduction Borderline personality disorder (BPD) is associated with many unhealthy behaviors. Psychoactive substance (alcohol and drugs) use is present in 78% of adults with BPD. Moreover, a poor sleep seems linked to the clinical profile of adults with BPD. Finally, some physical comorbid disorders like obesity, cardiovascular diseases, and diabetes are linked to physical inactivity and sedentary behaviors. However, to this day no study analyzed these behaviors in French-speaking individuals with BPD.

Objectives This study's goal is to document health behaviors in adults with BPD in Canada and in France.

Method This cross-sectional study consists of an online survey on the LimeSurvey platform including validated questionnaires distributed in France and Canada. To measure physical activity, we used the "Global Physical Activity Questionnaire." Insomnia was measured with the "Insomnia Severity Index." Substance use was measured with the "Alcohol, Smoking and Substance Involvement Test." Descriptive statistics (N,% and mean) are used to describe previously mentioned health behaviors. Five regression models have been realized to find the main associated variables (age, perceived social status, education level, household income, body mass index, emotional regulation difficulties, BPD symptoms, depression level, previous suicide attempts and psychotropic medication use) to health behaviors.

Results A total of 167 participants (92 Canadians, 75 French; 146 women, 21 men) filled out the online survey. In this sample, 38% of Canadians and 28% of French reported doing less than 150 minutes of physical activity weekly. Insomnia affected 42% of Canadians and 49% of French. Tobacco use disorder affected 50% of Canadians and 60% of French. Alcohol use disorder affected 36% of Canadians and 53% of French. Cannabis use disorder affected 36% of Canadians and 38% of French. All tested variables were linked to physical activity ($R^2 = 0.09$). Insomnia was only linked with BPD symptoms ($R^2 = 0.24$). Tobacco use disorder was linked to social status and alcohol use disorder ($R^2 = 0.13$). Alcohol use disorder was linked to social status, body mass index, tobacco use disorder, and depression ($R^2 = 0.16$). Finally, cannabis use disorder was linked to age, body mass index, tobacco use disorder, depression, and past suicide attempts ($R^2 = 0.26$).

Conclusion These results are essential to design health prevention interventions in French-speaking adults with BPD in Canada and in France. They help identify the main factors associated with these health behaviors.

KEYWORDS borderline personality disorder, physical activity, substance use, insomnia

Introduction

Le trouble de personnalité limite (TPL) est caractérisé par un « mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée [...] et est présent dans des contextes divers » et touche environ 1,6 % de la population nord-américaine (American Psychiatric Association, 2013). Les individus aux prises avec un TPL présentent fréquemment plusieurs autres troubles somatiques et psychiatriques comorbides. En effet, jusqu'à 96 % des individus aux prises avec un TPL reçoivent un diagnostic de trouble de l'humeur au cours de leur vie (Shah et Zanarini, 2018). De plus, 52 % rapportent avoir au moins une autre atteinte somatique (El-Gabalawy et coll., 2010). Plusieurs comportements de santé à risque ont été corrélés au diagnostic de TPL et à la présence de comorbidités psychiatriques ou somatiques.

Parmi ces comportements délétères, la consommation de substances a fait l'objet de plusieurs études. La prévalence à vie du trouble d'usage de substances (TUS) est de 78 % chez les adultes aux prises avec un TPL (Tomko et coll., 2014). Celui-ci est corrélé à une diminution de la capacité cardiovasculaire et de la force musculaire (Flemmen et Wang, 2015) et à un risque accru de mortalité (Nordentoft et coll., 2013). De plus, l'intensité des symptômes anxiodépressifs et ceux liés au TPL est beaucoup plus marquée en présence d'un trouble de l'usage de l'alcool ou du cannabis (Howe et coll., 2021).

Outre la consommation de substances, les troubles du sommeil sont aussi fortement associés au TPL. Selon une enquête nationale américaine, environ 63 % des individus aux prises avec un TPL rapportent avoir des problèmes de sommeil (délai d'endormissement, temps éveillé après l'endormissement et réveil précoce). De plus, 66 % rapportent vivre des conséquences néfastes liées à un mauvais sommeil (p. ex. fatigue limitant les activités quotidiennes; Selby, 2013). Les associations symptômes-paramètres du sommeil des individus avec un TPL semblent généralement avoir une relation bidirectionnelle (Simor et Horváth, 2013). Par exemple, une moins bonne régulation émotionnelle serait associée à des altérations du sommeil paradoxal et à un sommeil plus fragmenté (Simor et Horváth, 2013). La présence d'un trouble de l'insomnie chez les adultes aux prises avec un TPL est partiellement expliquée par les comorbidités psychiatriques, et semble être un facteur de risque du risque suicidaire (Winsper et coll., 2017).

Finalement, l'inactivité physique (définie comme une quantité hebdomadaire d'activité physique inférieure à 150 minutes; OMS, 2020) est un facteur de risque d'obésité chez les personnes avec un TPL (Frankenburg et Zanarini, 2006). Ce comportement de santé est aussi associé à plusieurs troubles comorbides au TPL. En effet, une récente méta-analyse indique une prévalence et une incidence plus faibles de dépression chez les individus plus actifs (Gianfredi et coll., 2020). On peut aussi trouver l'activité physique comme monothérapie recommandée dans le traitement des épisodes dépressifs majeurs dans les dernières lignes directrices canadiennes de traitement des troubles de l'humeur (Ravindran et coll., 2016). L'activité physique est un facteur protecteur et un traitement recommandé pour les maladies cardiovasculaires (Healy et coll., 2015) et le diabète (Vancampfort et coll., 2013) chez les adultes aux prises avec un trouble de santé mentale. À ce jour, il n'existe toutefois pas d'étude analysant la relation ou l'effet de l'activité physique sur les symptômes du TPL (St-Amour, Cailhol et coll., 2021).

Plus globalement, le nombre d'études qui examinent les corrélats des comportements de santé préalablement cités reste faible. À notre connaissance, aucune étude n'a à ce jour documenté ces comportements au sein d'échantillons d'adultes francophones. De plus, les corrélats sociodémographiques et cliniques de ces comportements ne semblent pas non plus connus. Les corrélats des comportements de santé identifiés dans d'autres troubles mentaux comorbides au TPL pourraient être le niveau d'éducation, le revenu, la prise de psychotropes et le niveau de sévérité des symptômes (St-Amour, Hains-Monfette et coll., 2021; Vancampfort et coll., 2012). Les objectifs de cette étude sont donc les suivants: 1 — décrire les TUS, le risque d'insomnie et le niveau d'activité physique chez les adultes francophones avec un TPL en France et au Canada; 2— identifier les facteurs sociodémographiques et cliniques (âge, statut social perçu, niveau d'éducation, revenu du ménage, indice de masse corporelle, difficultés de régulation émotionnelle, symptômes de TPL, niveau de dépression, antécédents de tentatives de suicide et usage de médicaments psychotropes) associés à ces comportements.

Méthode

Cette étude transversale a été réalisée à l'aide d'un sondage en ligne conçu sur la plateforme LimeSurvey et hébergé sur les serveurs de l'Université du Québec à Montréal. Ce sondage a été distribué en ligne

au Canada et en France au moyen de groupes Facebook, de forums de discussion, de groupes de discussion et de ressources d'aide ciblés pour les individus avec un TPL (pour le détail des groupes et médias ciblés, voir le Tableau S1 du matériel supplémentaire). Certains partenaires, comme des professionnels de la santé, nous ont aussi aidés à promouvoir ce sondage auprès de leurs patients. Pour être inclus, les participants devaient déclarer : 1 — être âgés d'au moins 18 ans ; 2 — demeurer au Canada ou en France ; 3 — préférer remplir le sondage en français ; 4 — avoir reçu un diagnostic de TPL d'un professionnel de la santé. Cette étude a été approuvée par les comités d'éthique du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (2021-2330) et de l'Université du Québec à Montréal (3997_e_2021).

Questionnaires

Caractéristiques sociodémographiques et antécédents. Tous les questionnaires utilisés dans ce sondage ont été validés en français. Les caractéristiques sociodémographiques suivantes ont été collectées : le pays de résidence, le sexe attribué à la naissance, l'âge, le niveau de scolarité, le statut marital, la taille, le poids, et le revenu du ménage. Les participants étaient aussi interrogés à propos de la durée du suivi psychiatrique, leur consommation de médicaments psychotropes, les troubles comorbides, le nombre d'hospitalisations dans un service de santé mentale et le nombre de tentatives de suicide passées. Les participants ont aussi rapporté leur statut social subjectif à l'aide de l'échelle de MacArthur (Adler et coll., 2008).

Caractéristiques cliniques. Les participants ont ensuite rempli le *Borderline Symptoms List-Short Form* (BSL-23), validé pour mesurer la présence et la gravité des symptômes associés au TPL (Nicastro et coll., 2016). Ensuite, les participants ont rempli le *Beck Depression Inventory — Short Form* (BDI-SF) validé pour mesurer la sévérité des symptômes dépressifs chez les adultes avec un TPL. Un score de 10 et plus indique la présence de dépression (Alsaleh et Lebreuilly, 2017). Les difficultés de régulation émotionnelle ont été mesurées à l'aide du *Difficulties in Emotion Regulation Scale-Short Form* (DERS-18). Ce questionnaire a déjà fait l'objet d'études avec des adultes avec un TPL (Côté et coll., 2013).

Comportements de santé. L'*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) permettait de mesurer le TUS de plusieurs substances psychoactives. Ce questionnaire a été validé pour mesurer la consommation à risque et abusive de plusieurs substances incluant le tabac, l'alcool, le cannabis, la cocaïne, les stimulants, les solvants, les calmants, les hallucinogènes et les opiacés. Le score est calculé par substance en additionnant le pointage attribué aux réponses de chaque question. Un score de 4 et plus (11 et plus pour l'alcool) indique un risque de TUS modéré et un score de 27 et plus indique un risque de TUS sévère (Khan et coll., 2011). Les participants devaient ensuite répondre à l'*Insomnia Severity Index* (ISI) validé pour mesurer la sévérité de l'insomnie. Un score de 15 et plus indique un risque accru d'insomnie clinique (Bastien et coll., 2001). Finalement, le niveau d'activité physique a été mesuré à l'aide du *Global Physical Activity Questionnaire* (GPAQ), validé pour mesurer le niveau d'activité physique au travail, dans les loisirs et les déplacements (Rivière et coll., 2018). Ce questionnaire a été validé dans plus de 18 pays auprès de plus de 6 400 individus dans des populations et cultures diverses avec de bons indices de validité (Keating et coll., 2019) et est utilisé dans plus de 1 500 articles publiés. Ce questionnaire a déjà été utilisé pour mesurer l'activité physique dans un contexte de troubles de la santé mentale (Loprinzi et coll., 2013; Romain et coll., 2020; Romain et Abdel-Baki, 2017) et possède des caractéristiques psychométriques équivalentes à un autre questionnaire sur l'activité physique validé auprès de populations avec un trouble de santé mentale (Duncan et coll., 2017; Misra et coll., 2014). Pour consulter le contenu du questionnaire, voir le Tableau S2 du matériel supplémentaire.

Analyses statistiques

Des statistiques descriptives (N , %, moyenne) sont utilisées pour décrire les caractéristiques de notre échantillon et les comportements de santé décrits ci-dessus. Une série de 5 régressions multivariées a été réalisée afin d'identifier les facteurs sociodémographiques et cliniques associés à l'activité physique hebdomadaire, les scores de l'ISI et le TUS modéré à élevé de tabac, d'alcool et de cannabis. Une régression linéaire a été réalisée pour l'activité physique et le score ISI, paramétrée pour la première avec une distribution de type poisson, et normale pour la seconde. Pour les variables dépendantes de type TUS, les modèles utilisés étaient de type logistique. Les variables suivantes étaient

systématiquement incluses dans le modèle initial : l'âge, le statut social subjectif, le niveau d'éducation et de revenu, l'indice de masse corporelle, le score total du DERS, du BSL-23 et du BDI, le nombre de psychotropes utilisés, les antécédents de tentative de suicide et la présence d'un TUS modéré à élevé pour la consommation de tabac et d'alcool (sauf quand 1 de ces 2 derniers facteurs était considéré comme la variable dépendante du modèle). La sélection du modèle final pour chaque variable dépendante était réalisée sur la base du meilleur indice d'ajustement (critère d'information d'Akaike) final. Chaque combinaison de variables était testée à l'aide de la librairie *bestglm* dans R (Zhang, 2016). La préparation des données, l'examen des valeurs aberrantes et les analyses ont été réalisés à l'aide du logiciel R version 4.1 et des librairies *ggstaplot* (Patil, 2021), *stargazer*, *summarytools*. Sept valeurs aberrantes multivariées ont été supprimées du modèle concernant l'activité physique. Le code d'analyse de la présente étude est disponible en accès libre (<https://osf.io/hcvjg/>).

Résultats

Caractéristiques de l'échantillon

Au total, 92 Canadiens et 75 Français rapportant avoir reçu un diagnostic de TPL ont rempli le questionnaire en ligne ($N = 167$). La moyenne d'âge des participants canadiens est de 32 ans et de 34 ans chez les participants français. Dans les 2 groupes, une majorité des participants sont de sexe féminin (81 % chez les Canadiens et 65 % chez les Français). Le niveau de diplomation universitaire est plus élevé chez les participants français (46 %) que chez les participants canadiens (19 %). La plupart des participants, tant canadiens que français, gagnent un revenu annuel de moins de 20 000 CAD/€ (22,8 % chez les Canadiens et 56 % chez les Français). La description sociodémographique complète de notre échantillon se trouve dans le Tableau 1.

Comportements de santé

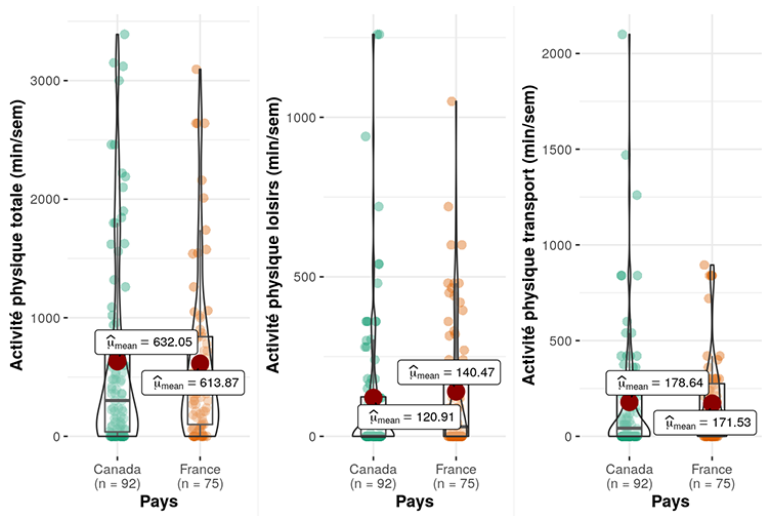
La durée moyenne hebdomadaire d'activité physique rapportée par les 2 groupes est présentée dans la Figure 1. Les participants canadiens rapportent une moyenne de 632,1 (ÉT : 846,6) minutes par semaine, les participants français de 613,9 (ÉT : 714,5) minutes par semaine. Quant à l'activité physique de loisir, les participants canadiens rapportent en moyenne 120,9 (ÉT : 243,0) minutes par semaine, alors que chez les participants français, cette moyenne s'élève à 140,5 (ÉT : 213,2) minutes

TABLEAU 1
Caractéristiques de l'échantillon

	Canada	France
Âge <i>M</i> (É-T)	32,2(11,0)	34,0(11,3)
Statut social perçu <i>M</i> (É-T)	4,7(2,0)	4,3(2,1)
Indice de masse corporelle <i>M</i> (É-T)	29,6(9,4)	22,8(4,2)
≥ 25 <i>N</i> (%)	58(63,0)	20(26,7)
Femmes <i>N</i> (%)	81(89,0)	65(86,7)
Statut marital <i>N</i> (%)		
Marié	6(6,5)	10(13,3)
Union civile	28(30,4)	17(22,7)
Célibataire	52(56,5)	33(44,0)
Divorcé	4(4,3)	12(16,0)
Veuf	0(0,0)	2(2,7)
Autre	2(2,2)	1(1,3)
Revenu <i>N</i> (%)		
< 20 000	21(22,8)	42(56,0)
20 000-39 999	19(20,7)	12(16,0)
40 000-59 999	15(16,3)	2(2,7)
60 000-79 999	12(13,0)	7(9,3)
80 000-99 999	10(10,9)	0(0,0)
≥ 100 000	7(7,6)	1(1,3)
Ne sait pas	5(5,4)	5(6,7)
Aucune réponse	3(3,3)	6(8,0)
Éducation universitaire <i>N</i> (%)	19(20,7)	46(61,3)
Nombre de psychotropes utilisés <i>M</i> (É-T)	1,4(0,96)	1,19(1,13)
Durée du suivi psychiatrique <i>M</i> (É-T)	5,7(5,5)	6,7(7,1)
Comorbidités somatiques <i>N</i> (%)	24(26,1)	11(14,7)
Comorbidités santé mentale <i>N</i> (%)	56(60,9)	28(37,3)
Hospitalisation <i>N</i> (%)	54(58,7)	47(62,7)
Tentative de suicide <i>N</i> (%)	58(63,0)	53(70,7)

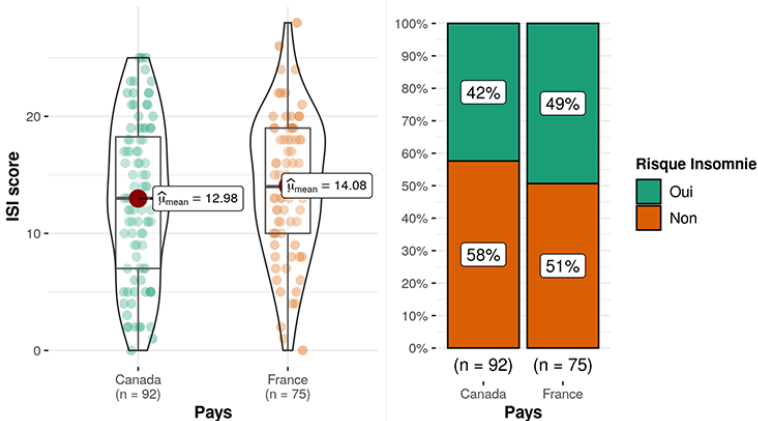
par semaine. Pour ce qui est de l'activité physique de transport, les participants canadiens déclarent en moyenne 178,6 (ÉT : 336,2) minutes hebdomadaires, alors que les participants français déclarent 171,5 (ÉT : 233,0) minutes en moyenne. Il est à noter que seulement une partie des participants a déclaré faire de l'activité physique de transport ($n = 49$ et $n = 45$, respectivement pour le Canada et la France). On note aussi que 38 % des participants canadiens rapportent moins de 150 minutes d'activité physique par semaine (soit les recommandations en matière d'AP énoncées notamment par l'Organisation mondiale de la santé; OMS, 2020) alors que cette proportion est de 28 % chez les participants français.

FIGURE 1
Distribution du niveau d'activité physique total, de loisir et de transport par pays



Les données sur la sévérité et le risque d'insomnie sont présentées dans la Figure 2. Les participants canadiens présentent un score moyen de $12,98 \pm 6,7$ et celui des participants français est de $14,08 \pm 6,0$. De plus, 42% des participants canadiens et 49% des participants français ont obtenu un score d'au moins 15, indiquant un risque d'insomnie clinique.

FIGURE 2
Distribution des scores et prévalence d'insomnie par pays

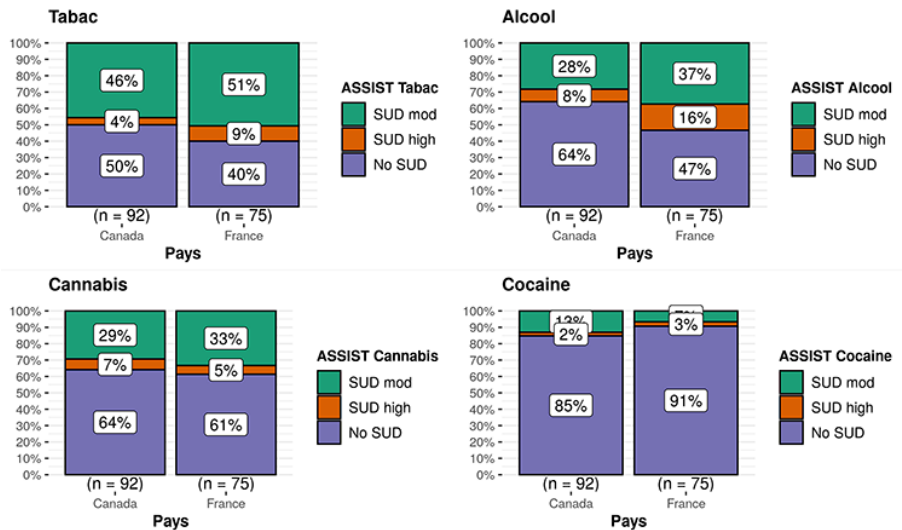


Note: ISI = Insomnia Severity Index

Les résultats des TUS varient entre les groupes et en fonction de la substance (voir Figure 3). Chez les participants canadiens, 50 % des participants présentent un TUS pour le tabac, alors qu'on le retrouve chez 60 % des participants français. Pour le TUS relié à l'alcool, on le retrouve chez 36 % des Canadiens et 53 % des Français. Le TUS relié au cannabis serait présent chez 36 % des participants canadiens et 38 % des participants français. Finalement, la consommation de cocaïne est associée à un TUS chez 15 % des participants canadiens et 9 % des participants français.

FIGURE 3

Prévalence de trouble de l'usage de tabac, alcool, cannabis et cocaïne modéré et élevé par pays



Notes: SUD = Trouble de l'usage de substance; mod = modéré; high = élevé; no = absence de.

Corrélatés des comportements de santé

Les modèles de régression 1 à 5 (respectivement pour l'activité physique, l'insomnie, le TUS lié au tabac, à l'alcool et au cannabis) sont présentés dans le Tableau 2. Le modèle de régression 1 a été réalisé après le retrait de 7 valeurs aberrantes univariées sur l'activité physique.

TABLEAU 2
Résultats des régressions entre les différents comportements de santé
et les variables sociodémographiques et de santé

	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4	Modèle 5
	AP totale <i>Poisson</i> <i>B</i> (É-T)	Insomnie <i>Gaussien</i> β (É-T)	TUS tabac <i>Logistique</i> OR (IC 95 %)	TUS alcool <i>Logistique</i> OR (IC 95 %)	TUS cannabis <i>Logistique</i> OR (IC 95 %)
Âge	- 0,009** (0,0003)				0,94** (0,90-0,98)
Statut social perçu	0,04** (0,002)		0,84** (0,72-0,99)	1,15** (0,96-1,38)	
Éducation universitaire	- 0,09** (0,007)				
Revenu > 40 000 CAD/€	- 0,20** (0,007)				
IMC	0,002** (0,0004)			0,93** (0,88-0,98)	0,94** (0,89-0,99)
Difficulté de régulation émotionnelle	- 0,007** (0,0003)				
Symptômes TPL	0,28** (0,006)	2,222** (0,800)			
TUS tabac	0,27** (0,007)			5,85** (2,86-11,97)	9,66** (4,19-22,28)
TUS alcool	0,17** (0,007)		5,27** (2,66-10,47)		
Dépression	- 0,05** (0,001)			1,05** (0,99-1,10)	1,11** (1,02-1,20)
Tentative suicide	- 0,05** (0,007)				2,32** (1,02-5,25)
Psychotropes	0,11** (0,003)				
Observations	167	174	174	174	174
R ² ajusté	0,09	0,24	0,13	0,16	0,26
Log-vraisemblance	- 64 876,25		- 103,860	- 100,404	- 85,374
Critère d'Akaike	129 778,50		215,721	210,807	184,748
Erreur type résiduelle		5,629 (dl = 169)			
Statistique F		14,929** (dl = 4; 169)			

Notes: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; AP = *Activité physique*; TPL = *Trouble de personnalité limite*; IMC = *Indice de masse corporelle*; TUS = *Trouble d'usage de substance*; Le type de régression (poisson, gaussienne ou logistique) est indiqué sous la variable dépendante.

Discussion

Cette étude est la toute première à répertorier les comportements de santé autorapportés dans un échantillon international francophone d'adultes avec un TPL. Cette étude identifie aussi les différents corrélats sociodémographiques et de santé associés au niveau d'activité physique, au risque d'insomnie et de troubles d'usage du tabac, d'alcool et de cannabis.

Comportements de santé

Nous notons tout d'abord une moyenne élevée du niveau d'activité physique total dans notre échantillon. Effectivement, avec un niveau moyen d'activité physique de plus de 600 minutes par semaine, les participants à cette étude semblent beaucoup plus actifs que la population générale (environ 340 minutes hebdomadaires; Colley et coll., 2018) et que les individus aux prises avec un trouble mental grave (environ 270 minutes hebdomadaires; Vancampfort et coll., 2017). Toutefois, la proportions de participants rapportant moins de 150 minutes d'activité physique hebdomadaires (correspondant aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé; OMS, 2020) de notre échantillon est semblable à celle retrouvée dans la population générale (40 %; Colley et coll., 2018), mais inférieure à celle retrouvée chez les individus avec un trouble mental grave (55 %; Vancampfort et coll., 2017). Ces données sont surprenantes et indiquent que la moyenne d'activité physique dans notre échantillon est probablement influencée par quelques participants rapportant une quantité démesurée d'activité physique. De plus, nos résultats pourraient être influencés par un biais de recrutement. Les individus avec les plus faibles niveaux d'activité physique pourraient ainsi avoir été moins enclins à participer à une étude sur les comportements de santé et l'activité physique spécifiquement. Il est toutefois difficile de mettre ces données en perspective étant donné le manque crucial d'études répertoriant le niveau d'activité physique au sein de cette population (St-Amour et coll., 2022).

La prévalence de trouble de l'usage de substances, quant à elle, est semblable à ce qui a déjà été rapporté dans la littérature. En effet, les troubles de l'usage sont trouvés dans environ 65 % des individus avec un TPL et plus spécifiquement, les troubles de l'usage de l'alcool sont retrouvés dans environ 47 % de cette population (Shah et Zanarini, 2018).

Finalement, la prévalence de trouble du sommeil est plus faible dans notre échantillon que ce qui a été initialement rapporté chez les adultes

avec un TPL (Selby, 2013). Effectivement, ces troubles sont généralement retrouvés dans plus de 60 % de la population, alors que moins de 50 % de notre échantillon serait aux prises avec un tel trouble. Cette disparité pourrait être expliquée par le haut niveau d'activité physique de notre échantillon. En effet, un niveau d'activité physique plus élevé préviendrait les troubles du sommeil (Farnsworth et coll., 2015). Cette proportion, bien que plus faible que retrouvée d'ordinaire chez les adultes avec un TPL, reste alarmante, car dans cette population, les troubles du sommeil sont liés à plus de tentatives de suicide et un plus faible taux de rémission (Plante et coll., 2013).

Corrélat des comportements de santé

Pour l'activité physique, 5 corrélats sociodémographiques étaient associés au niveau d'activité physique : l'âge, le statut social subjectif, le niveau d'éducation et de revenu et l'indice de masse corporelle. Si ces corrélats sont courants dans la littérature (Vancampfort et coll., 2012, 2018), la direction (positive ou négative) de leur association semble surprenante pour le niveau d'éducation universitaire et le niveau de revenu plus élevé associés négativement à l'activité physique. Cela pourrait être expliqué par le fait que les participants de l'étude avec un plus faible revenu ou niveau d'éducation occupent des emplois qui nécessitent une activité physique plus importante (Prince et coll., 2020). Le niveau d'activité physique au travail est aussi davantage corrélé au niveau d'activité physique total que le niveau d'activité physique de loisir. En effet, beaucoup d'études analysant le niveau d'activité physique utilisent des questionnaires qui ne mesurent que l'activité physique de loisir (Vancampfort et coll., 2012) expliquant ainsi la divergence entre nos résultats et ceux précédemment publiés. Au niveau clinique, des antécédents suicidaires et des niveaux élevés de dépression et de dysrégulation émotionnelle étaient associés à un niveau d'activité physique hebdomadaire plus faible. Ces relations sont fréquemment observées dans la population générale (Bernstein et McNally, 2017 ; Gianfredi et coll., 2020). En effet, une méta-analyse récente incluant 42 études différentes et un total de 37 408 participants indique que les individus pratiquant le plus d'activité physique sont moins à risque de présenter un trouble dépressif et d'en développer un dans le futur (Gianfredi et coll., 2020). À l'inverse, la consommation importante d'alcool et de tabac, une symptomatologie de TPL plus sévère et un plus grand nombre de psychotropes utilisés étaient associés à un niveau plus élevé d'activité physique. Bien que contre-intuitifs, ces résultats aussi

concordent avec les relations observées précédemment (Dodge et coll., 2017 ; St-Amour et coll., 2021 ; Vancampfort et coll., 2012 ; 2018). Par exemple, une étude réalisée auprès de 915 aînés souffrant de dépression indique que ceux qui pratiquent le plus d'activité physique ont aussi tendance à fumer et à consommer davantage d'alcool (Vancampfort et coll., 2018).

Le niveau d'insomnie quant à lui n'est associé qu'à la sévérité des symptômes de TPL. En effet, un niveau d'insomnie plus élevé est associé à une symptomatologie de TPL plus sévère. De plus, cette variable à elle seule explique 24 % de la variance du niveau d'insomnie. Cette relation fait écho aux résultats d'une revue détaillant les différents troubles et altérations du sommeil observés chez les individus avec un TPL et décortiquant les relations qui existent entre ces altérations et les différents symptômes du TPL (Simor et Horváth, 2013). Par exemple, un sommeil fragmenté serait lié à des traumatismes en enfance chez les patients avec un TPL et à des comportements impulsifs pouvant nuire à l'hygiène du sommeil. D'un autre côté, la privation de sommeil liée à un sommeil plus fragmenté serait liée à une plus grande sensibilité et réaction aux stimuli émotionnels et un plus grand encodage des informations émotionnelles négatives (Simor et Horváth, 2013). Ainsi, il n'est pas surprenant que les symptômes de TPL soient autant liés à l'insomnie. Il est étonnant toutefois de ne pas observer d'autres associations avec le niveau d'insomnie. Par exemple, un faible statut social perçu à l'échelle du pays a été précédemment associé à une plus courte durée du sommeil (Euteneuer et Süssenbach, 2021). Dans la présente étude, l'indice d'insomnie ne tient pas compte de la durée du sommeil. De plus, l'absence de directives claires pour la question du statut social perçu pourrait avoir incité les participants à avoir un cadre de référence plutôt régional que national, celui-ci n'étant pas lié à la durée du sommeil (Euteneuer et Süssenbach, 2021). Ainsi les variables mesurées dans ce sondage pourraient ne pas permettre d'observer cette association. Il peut aussi être étonnant de ne pas observer d'association entre le niveau d'insomnie et celui de dépression (Fang et coll., 2019). Toutefois, les symptômes de TPL sont fortement associés à l'insomnie lorsqu'ils sont analysés indépendamment (Simor et Horváth, 2013). Puisque la principale psychopathologie étudiée dans la présente étude est le TPL, il est possible que l'association entre ses symptômes et l'insomnie ait éclipsé celle entre la dépression et l'insomnie.

Les TUS évalués dans cette étude ont quant à eux présentés des relations congruentes avec ce qui a déjà été rapporté dans la littérature.

Le TUS du tabac est ainsi lié à un plus faible statut social subjectif (Hiscock et coll., 2012) et un plus grand risque d'avoir un trouble de l'usage de l'alcool (Biederman et coll., 2006). Ces associations sont aussi concordantes avec les observations de la *McLean Study of Adult Development* analysant prospectivement l'évolution du TPL. Cependant, cette étude associait aussi une symptomatologie plus faible à une moindre consommation de tabac (Keuroghlian et coll., 2013). Le TUS de l'alcool quant à lui serait associé à un statut social plus élevé, un indice de masse corporelle plus faible, un plus grand risque de trouble de l'usage du tabac et un plus grand risque de dépression. Ces relations ont aussi été observées dans une étude réalisée auprès d'adultes aux prises avec la schizophrénie (Subramaniam et coll., 2017). Finalement le TUS du cannabis est lié à un plus jeune âge, un indice de masse corporelle plus faible, un plus grand risque de TUS du tabac, de dépression et de tentatives de suicide. Ces résultats ont aussi été observés dans la population générale dans plusieurs études d'envergure nationale en Irlande, au Canada et en Norvège (Clark et coll., 2018; Jayakumar et coll., 2019; Millar et coll., 2021; Pedersen, 2008).

À notre connaissance, cette étude est la première à décrire le niveau d'activité physique chez les adultes avec un TPL et à décrire l'insomnie et les troubles d'usage de substances chez les adultes francophones avec un TPL. C'est par le fait même la première étude à décrire les principaux corrélats à l'activité physique au sein de cette population. L'identification de ces variables est primordiale pour l'élaboration de futures interventions de prévention de la santé pour les adultes avec un TPL au Canada et en France.

Toutefois, cette étude souffre de plusieurs limites. Tout d'abord, le diagnostic de TPL était autorapporté. Il n'est donc pas possible de valider le diagnostic de nos participants et d'assurer que notre échantillon soit composé uniquement d'adultes avec un TPL. De plus, notre échantillon est relativement petit pour une étude observationnelle de cette ampleur. Ensuite, comme notre enquête devait être remplie en ligne, une partie de la population avec un TPL, notamment sans accès à un ordinateur ou avec une faible littératie informatique, n'a pu participer à l'étude. Comme discuté précédemment, le sujet de l'étude (les comportements de santé) a aussi pu attirer plus spécifiquement certains individus y adhérant déjà, assujettissant ainsi l'étude à un biais de recrutement. Cette étude n'a pas non plus inclus de mesure d'alimentation, un autre comportement de santé sous-étudié chez les adultes avec un TPL (St-Amour et coll., 2022). De plus, les variances

expliquées par nos modèles de régression sont relativement faibles, surtout celle de l'activité physique. Des variables spécifiques aux comportements étudiés devraient être incluses dans les futures études. Finalement, le devis transversal de cette étude ne permet pas d'établir de lien de causalité.

Pour pallier ces difficultés, une étude longitudinale multicentrique combinant un recrutement en personne et en ligne devrait être développée (Woo et coll., 2021). À l'inclusion, une caractérisation de la santé mentale et physique des participants pourrait être menée. Puis, les temps de mesures suivants pourraient combiner des mesures passives et actives des comportements de santé. Les potentiels participants devraient être sollicités dans les soins de première ligne comme dans les services spécialisés. Pour le recrutement de participants en ligne, l'utilisation de contenu spécifique sur les réseaux sociaux ou de la plateforme Amazon Mechanical Turk semblent être des stratégies (Miller et coll., 2017). Dans les deux cas, une entrevue clinique pourrait être menée afin de vérifier le diagnostic, les comorbidités physiques et mentales. À cet effet, il existe des outils permettant l'établissement du diagnostic de TPL en ligne (Chakhssi et coll., 2019). Les comportements de santé comme l'activité physique et le sommeil devraient être mesurés à l'aide d'un accéléromètre validé envoyé au domicile du participant et portés minimalement 10 jours (Hains-Monfette et coll., 2019). Ainsi, la charge de l'étude est plus faible pour les participants, car les mesures sont collectées de manière passive. En complément, un agenda alimentaire et de consommations de substance sous forme de courriels quotidiens ou de notifications via une application pourrait être envoyé aux participants afin de collecter ces comportements sur une semaine. Finalement, les données récoltées devraient pouvoir être liées aux dossiers médico-administratifs des participants afin d'inclure dans les modèles d'analyse des événements marquants comme une hospitalisation ou la mise en place d'un nouveau traitement (Cailhol et coll., 2017).

Finalement, les résultats présentés dans cette étude démontrent l'urgence d'intervenir auprès de cette population pour faire la promotion de saines habitudes de vie. Bien que la majorité des participants de l'étude déclarent faire plus de 150 minutes hebdomadaires d'activité physique, on note une forte prévalence d'insomnie et de trouble de l'usage de substance. Ces comportements ayant des effets délétères tant sur la santé physique que mentale (Flemmen et Wang, 2015; Gianfredi et coll., 2020; Healy et coll., 2015; Nordentoft et coll., 2013; Simor et

Horváth, 2013) leur modification permettrait d'améliorer grandement la qualité de vie et santé des individus avec un TPL. Aussi, la promotion de l'activité physique devrait être plus marquée chez les personnes inactives faisant état d'un trouble du sommeil ou un TUS, puisque celle-ci améliore la qualité du sommeil (Kredlow et coll., 2015), et diminue les envies impérieuses de consommer (Bernard et coll., 2013).

Conclusion

En conclusion, les principaux facteurs de l'activité physique, de l'insomnie et des troubles d'usage de substances trouvés chez les adultes avec et sans troubles de santé mentale tendent à influencer ces mêmes comportements relativement dans la même direction chez les adultes francophones avec un TPL. Toutefois, il est important de réaliser plus d'études avec de plus grands échantillons et d'y inclure des mesures d'alimentation.

RÉFÉRENCES

- Adler, N., Singh-Manoux, A., Schwartz, J., Stewart, J., Matthews, K. et Marmot, M. G. (2008). Social status and health: A comparison of British civil servants in Whitehall-II with European- and African-Americans in CARDIA. *Social Science & Medicine*, 66(5), 1034-1045. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.031>
- Alsaleh, M. et Lebreuilly, R. (2017). Validation de la traduction française d'un questionnaire court de dépression de Beck (BDI-FS-Fr). *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 175(7), 608-616. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2016.06.015>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd). American Psychiatric Publishing.
- Bastien, C. H., Vallières, A. et Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine*, 2(4), 297-307. [https://doi.org/10.1016/S1389-9457\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/S1389-9457(00)00065-4)
- Bernard, P., Ninot, G., Moullec, G., Guillaume, S., Courtet, P. et Quantin, X. (2013). Smoking Cessation, Depression, and Exercise: Empirical Evidence, Clinical Needs, and Mechanisms. *Nicotine & Tobacco Research*, 15(10), 1635-1650. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntt042>
- Bernstein, E. E. et McNally, R. J. (2017). Acute aerobic exercise helps overcome emotion regulation deficits. *Cognition and Emotion*, 31(4), 834-843. <https://doi.org/10.1080/02699931.2016.1168284>
- Biederman, J., Monuteaux, M. C., Mick, E., Wilens, T. E., Fontanella, J. A., Poetzl, K. M., Kirk, T., Masse, J. et Faraone, S. V. (2006). Is Cigarette Smoking a Gateway to Alcohol and Illicit Drug Use Disorders? A Study of Youths with and without Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*, 59(3), 258-264. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.07.009>

- Cailhol, L., Pelletier, É., Rochette, L., Laporte, L., David, P., Villeneuve, É., Paris, J. et Lesage, A. (2017). Prevalence, Mortality, and Health Care Use among Patients with Cluster B Personality Disorders Clinically Diagnosed in Quebec: A Provincial Cohort Study, 2001-2012. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(5), 336-342. <https://doi.org/10.1177/0706743717700818>
- Chakhssi, F., Dijkman, I., Velmans, M. L., Zoet, J. M., Oostendorp, J. M., Dinant, G.-J. et Spigt, M. (2019). The concurrent validity of a Web-based self-report assessment for personality disorders. *Personality and Mental Health*, 13(1), 53-62. <https://doi.org/10.1002/pmh.1438>
- Clark, T. M., Jones, J. M., Hall, A. G., Tabner, S. A. et Kmiec, R. L. (2018). Theoretical Explanation for Reduced Body Mass Index and Obesity Rates in Cannabis Users. *Cannabis and Cannabinoid Research*, 3(1), 259-271. <https://doi.org/10.1089/can.2018.0045>
- Colley, R. C., Butler, G., Garriguet, D., Prince, S. A. et Roberts, K. C. (2018). Comparison of self-reported and accelerometer-measured physical activity in Canadian adults. *Health Reports*, 29(12), 3-15.
- Côté, G., Gosselin, P. et Dagenais, I. (2013). Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions: Propriétés psychométriques d'une version francophone du Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 23(2), 63-72. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2013.01.005>
- Dodge, T., Clarke, P. et Dwan, R. (2017). The Relationship Between Physical Activity and Alcohol Use Among Adults in the United States: A Systematic Review of the Literature. *American Journal of Health Promotion*, 31(2), 97-108. <https://doi.org/10.1177/0890117116664710>
- Duncan, M. J., Arbour-Nicitopoulos, K., Subramaniepillai, M., Remington, G. et Faulkner, G. (2017). Revisiting the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): Assessing physical activity among individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 179, 2-7. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.09.010>
- El-Gabalawy, R., Katz, L. Y. et Sareen, J. (2010). Comorbidity and Associated Severity of Borderline Personality Disorder and Physical Health Conditions in a Nationally Representative Sample. *Psychosomatic Medicine*, 72(7), 641-647. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181e10c7b>
- Euteneuer, F. et Süßenbach, P. (2021). Longitudinal Reciprocal Relationships Between Subjective Social Status and Short Sleep Duration in a German Population-Based Sample. *Nature and Science of Sleep*, 13, 803-810. <https://doi.org/10.2147/NSS.S301293>
- Fang, H., Tu, S., Sheng, J. et Shao, A. (2019). Depression in sleep disturbance: A review on a bidirectional relationship, mechanisms and treatment. *Journal of Cellular and Molecular Medicine*, 23(4), 2324-2332. <https://doi.org/10.1111/jcmm.14170>
- Farnsworth, J. L., Kim, Y. et Kang, M. (2015). Sleep Disorders, Physical Activity, and Sedentary Behavior Among U.S. Adults: National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of Physical Activity and Health*, 12(12), 1567-1575. <https://doi.org/10.1123/jpah.2014-0251>
- Flemmen, G. et Wang, E. (2015). Impaired Aerobic Endurance and Muscular Strength in Substance Use Disorder Patients: Implications for Health and Premature Death. *Medicine*, 94(44), e1914. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000001914>

- Frankenburg, F. R. et Zanarini, M. C. (2006). Obesity and Obesity-Related Illnesses in Borderline Patients. *Journal of Personality Disorders*, 20(1), 71-80. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.1.71>
- Gianfredi, V., Blandi, L., Cacitti, S., Minelli, M., Signorelli, C., Amerio, A. et Odone, A. (2020). Depression and Objectively Measured Physical Activity: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3738. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103738>
- Hains-Monfette, G., Atoui, S., Needham Dancause, K. et Bernard, P. (2019). Device-Assessed Physical Activity and Sedentary Behaviors in Canadians with Chronic Disease(s): Findings from the Canadian Health Measures Survey. *Sports*, 7(5), 113. <https://doi.org/10.3390/sports7050113>
- Healy, G. N., Winkler, E. A., Brakenridge, C. L., Reeves, M. M. et Eakin, E. G. (2015). Accelerometer-derived sedentary and physical activity time in overweight/obese adults with type 2 diabetes: Cross-sectional associations with cardiometabolic biomarkers. *PloS one*, 10, e0119140.
- Hiscock, R., Bauld, L., Amos, A., Fidler, J. A. et Munafò, M. (2012). Socioeconomic status and smoking: A review. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1248(1), 107-123. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06202.x>
- Howe, L. K., Fisher, L. R., Atkinson, E. A. et Finn, P. R. (2021). Symptoms of Anxiety, Depression, and Borderline Personality in Alcohol Use Disorder with and without comorbid Substance Use Disorder. *Alcohol (Fayetteville, N.Y.)*, 90, 19-25. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2020.11.002>
- Jayakumar, N., Chaiton, M., Goodwin, R., Schwartz, R., O'Connor, S. et Kaufman, P. (2019). Co-use and Mixing Tobacco With Cannabis Among Ontario Adults. *Nicotine & Tobacco Research*, 23(1), 171-178. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntz238>
- Keating, X. D., Zhou, K., Liu, X., Hodges, M., Liu, J., Guan, J., Phelps, A. et Castro-Piñero, J. (2019). Reliability and Concurrent Validity of Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ): A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21), 4128. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214128>
- Keuroghlian, A. S., Frankenburg, F. R. et Zanarini, M. C. (2013). The relationship of chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and health care utilization to recovery status in borderline patients over a decade of prospective follow-up. *Journal of Psychiatric Research*, 47(10), 1499-1506. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.06.012>
- Khan, R., Chatton, A., Nallet, A., Broers, B., Thorens, G., Achab-Arigo, S., Poznyak, V., Fleischmann, A., Khazaal, Y. et Zullino, D. (2011). Validation of the French Version of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *European Addiction Research*, 17(4), 190-197. <https://doi.org/10.1159/000326073>
- Kredlow, M. A., Capozzoli, M. C., Hearon, B. A., Calkins, A. W. et Otto, M. W. (2015). The effects of physical activity on sleep: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(3), 427-449. <https://doi.org/10.1007/s10865-015-9617-6>
- Loprinzi, P. D., Kane, C. et Walker, J. F. (2013). Association between physical activity and major depressive disorder among current or former smokers with pulmonary disease. *Preventive Medicine*, 57(5), 545-549. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.07.009>

- Millar, S. R., Mongan, D., O'Dwyer, C., Long, J., Smyth, B. P., Perry, I. J. et Galvin, B. (2021). Correlates of patterns of cannabis use, abuse and dependence: Evidence from two national surveys in Ireland. *The European Journal of Public Health*, 31(2), 441-447. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab007>
- Miller, J. D., Crowe, M., Weiss, B., Maples-Keller, J. L. et Lynam, D. R. (2017). Using online, crowdsourcing platforms for data collection in personality disorder research: The example of Amazon's Mechanical Turk. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(1), 26-34. <https://doi.org/10.1037/per0000191>
- Misra, P., Upadhyay, R. P., Krishnan, A., Sharma, N. et Kapoor, S. K. (2014). A Community Based Study to Test the Reliability and Validity of Physical Activity Measurement Techniques. *International Journal of Preventive Medicine*, 5(8), 952-959.
- Nicastro, R., Prada, P., Kung, A.-L., Salamin, V., Dayer, A., Aubry, J.-M., Guenet, F. et Perroud, N. (2016). Psychometric properties of the French borderline symptom list, short form (BSL-23). *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 3(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-016-0038-0>
- Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hällgren, J., Westman, J., Ösby, U., Alinaghizadeh, H., Gissler, M. et Laursen, T. M. (2013). Excess Mortality, Causes of Death and Life Expectancy in 270,770 Patients with Recent Onset of Mental Disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLOS ONE*, 8(1), e55176. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055176>
- OMS. (2020). *Activité physique*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Patil, I. (2021). Visualizations with statistical details: The “ggstatsplot” approach. *Journal of Open Source Software*, 6(61), 3167. <https://doi.org/10.21105/joss.03167>
- Pedersen, W. (2008). Does cannabis use lead to depression and suicidal behaviours? A population-based longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(5), 395-403. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01259.x>
- Plante, D. T., Frankenburg, F. R., Fitzmaurice, G. M. et Zanarini, M. C. (2013). Relationship between sleep disturbance and recovery in patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(4), 278-282. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.01.006>
- Prince, S. A., Roberts, K. C., Reed, J. L., Biswas, A., Colley, R. C. et Thompson, W. (2020). Daily physical activity and sedentary behaviour across occupational classifications in Canadian adults. *Health Reports*, 31(9), 11-26. <https://doi.org/10.25318/82-003-X202000900002-ENG>
- Ravindran, A. V., Balneaves, L. G., Faulkner, G., Ortiz, A., McIntosh, D., Morehouse, R. L., Ravindran, L., Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Lam, R. W., MacQueen, G. M., Milev, R. V. et Parikh, S. V. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 5. Complementary and Alternative Medicine Treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(9), 576-587. <https://doi.org/10.1177/0706743716660290>
- Rivière, F., Widad, F. Z., Speyer, E., Erpelding, M.-L., Escalon, H. et Vuillemin, A. (2018). Reliability and validity of the French version of the global physical activity questionnaire. *Journal of Sport and Health Science*, 7(3), 339-345. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2016.08.004>

- Romain, A. J. et Abdel-Baki, A. (2017). Using the transtheoretical model to predict physical activity level of overweight adults with serious mental illness. *Psychiatry Research*.
- Romain, A. J., Cadet, R. et Baillot, A. (2020). Brief Theory-based Intervention to Improve Physical Activity in Men with Psychosis and Obesity: A Feasibility Study. *Science of Nursing and Health Practices / Science Infirmière et Pratiques En Santé*, 3(2), 1-16. <https://doi.org/10.31770/2561-7516.1084>
- Selby, E. A. (2013). Chronic Sleep Disturbances and Borderline Personality Disorder Symptoms. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(5), 941-947. <https://doi.org/10.1037/a0033201>
- Shah, R. et Zanarini, M. C. (2018). Comorbidity of Borderline Personality Disorder: Current Status and Future Directions. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 583-593. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.009>
- Simor, P. et Horváth, K. (2013). Altered sleep in Borderline Personality Disorder in relation to the core dimensions of psychopathology. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54(4), 300-312. <https://doi.org/10.1111/sjop.12048>
- St-Amour, S., Bérubé, F., Cailhol, L. et Le Corff, C. (2022). Are physical activity and nutrition linked to personality disorders? Health habits and personality disorders: A scoping review. *Personality and Mental Health*, pmh.1568. <https://doi.org/10.1002/pmh.1568>
- St-Amour, S., Cailhol, L., Ruocco, A. C. et Bernard, P. (2021). Could physical exercise be an effective treatment for adults with borderline personality disorder? *Psychiatry Research*, 295, 113625. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113625>
- St-Amour, S., Hains-Monfette, G., Dancause, K. N., Cailhol, L. et Bernard, P. (2021). Antidepressant medication use and objectively measured physical activity and sedentary behaviors in adults: A cross-sectional analysis of a nationally representative sample of Canadian adults. *Mental Health and Physical Activity*, 20, 100394. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2021.100394>
- Subramaniam, M., Mahesh, M. V., Peh, C. X., Tan, J., Fauziana, R., Satghare, P., Gupta, B., Gomathinayagam, K. et Chong, S. A. (2017). Hazardous alcohol use among patients with schizophrenia and depression. *Alcohol*, 65, 63-69. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2017.07.008>
- Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K. et Sher, K. J. (2014). Characteristics of Borderline Personality Disorder in a Community Sample: Comorbidity, Treatment Utilization, and General Functioning. *Journal of Personality Disorders*, 28(5), 734-750. https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_093
- Vancampfort, D., De Hert, M., Sweers, K., De Herdt, A., Detraux, J. et Probst, M. (2013). Diabetes, physical activity participation and exercise capacity in patients with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*, 67, 451-456. <https://doi.org/10.1111/pcn.12077>
- Vancampfort, D., Firth, J., Schuch, F. B., Rosenbaum, S., Mugisha, J., Hallgren, M., Probst, M., Ward, P. B., Gaughran, F., De Hert, M., Carvalho, A. F. et Stubbs, B. (2017). Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: A global systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 16(3), 308-315. <https://doi.org/10.1002/wps.20458>

- Vancampfort, D., Knapen, J., Probst, M., Scheewe, T., Remans, S. et De Hert, M. (2012). A systematic review of correlates of physical activity in patients with schizophrenia: Physical activity correlates in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(5), 352-362. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01814.x>
- Vancampfort, D., Knapen, J., Probst, M., Scheewe, T., Remans, S. et Hert, M. D. (2012). A systematic review of correlates of physical activity in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(5), 352-362. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01814.x>
- Vancampfort, D., Stubbs, B., Veronese, N., Mugisha, J., Swinnen, N. et Koyanagi, A. (2018). Correlates of physical activity among depressed older people in six low-income and middle-income countries: A community-based cross-sectional study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(2), e314-e322. <https://doi.org/10.1002/gps.4796>
- Winsper, C., Tang, N. K. Y., Marwaha, S., Lereya, S. T., Gibbs, M., Thompson, A. et Singh, S. P. (2017). The sleep phenotype of Borderline Personality Disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 73, 48-67. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.12.008>
- Woo, J., Shahid, H., Hillmer, A., Abdullah, A., Deshpande, S., Panesar, B., Sanger, N. et Samaan, Z. (2021). Factors affecting participant recruitment and retention in borderline personality disorder research: A feasibility study. *Pilot and Feasibility Studies*, 7(1), 178. <https://doi.org/10.1186/s40814-021-00915-y>
- Zhang, Z. (2016). Variable selection with stepwise and best subset approaches. *Annals of Translational Medicine*, 4(7), 11-11. <https://doi.org/10.21037/atm.2016.03.35>

Matériel supplémentaire

TABLEAU S1
Liste des groupes et blogues où a été faite la promotion de l'étude en vue de recruter des participant.e.s

Groupe Facebook	Page Instagram	Twitter	Groupe de soutien
BPD (Borderline Personality Disorder) Chat & Share. Official group.	borderlinepd_awareness	@SStAmour23	Borderline Anonyme
"Quiet bpd" space 🌟	bpd.disaster	@CIQSS_QICSS	
Borderline personality Disorder (BPD)	borderlinepersonalitylife	@aj_roman	
BPD Memes and Support	bpd_warriors	@ISSPD1	
BPD Support	bpd_feels	@PaquitoBernard	
It's a QUIET BPD thing.	troubledepersonnalitelimite	@ESSPD	
BPD Memes		@ISSPD_Students	
Borderline Personality Disorder (BPD) - Canada		@CAMHnews	
bpd Queens		@CMHA_NTL	
I feel personally attacked by this relatable BPD content - Support Edition		@CPA_Health	
BPD(Borderline Personality Disorder)		@NIMHgov	
Is this a BPD thing, or...?		@uqam_iss	
Borderline Meme Disorder		@sciencesUQAM	
BPD Support Group 🌟🌟		@ciusss_estmtl	
Surviving BPD for Friends and Family		@fshUQAM	
BPD - Borderline personality disorder		@RRSPQ_SMe	
Borderline Personality Disorder- Beautifully Made Life Group		@UQAM	
Parents of Children with Borderline Personality Disorder and Depression		@RRSPQ	
Surviving BPD 30+		@FloPaulhiac	
BPD Support Group		@CPA_APC	
Sad BPD Support Group		@CPA_SCP	
BPD (Borderline Personality Disorder) - Sick Not Crazy		@CommuniqueUQAM	
Living With Borderline Personality Disorder		@Lavalliere_M	

Borderline Personality Disorder (BPD) Escape from walking on eggshells!!!		@TalkingAboutBPD	
Borderline Personality Disorder (EUPD) Support and Chat		@BPDDFS	
BPD (Borderline Personality Disorder) support group		@embpd	
« Quiet » (BPD) Borderline Personality Disorder! Support and Resources.		@neabpd	
BPD Support - Borderline Personality Disorder Support Group		@NEABPDAust	
BPD support uncensored		@noemihagemann	
BPD (Borderline Personality Disorder) support group		@MarcouxPatrici2	
Borderline (BPD) Doesn't Define Me		@AMÉtienne	
BPD Beautiful: Support & Chat		@RoseAlineLeBlan	
Personnalité 'Limite' - « Borderline » - TPL - Bipolaires.		@jean_carleton	
TPL du Québec		#BPD	
Je suis TPL (Borderline) du Québec		#BPDDChat	
Vivre avec le Trouble de la personnalité borderline - TPL - État Limite		#borderlinepersonalitydisorder	
Trouble de personnalité limite TPL- du Québec et D'ailleurs!		#Borderline	
tpl et tda(h) chez l'adulte du Québec.		#TPL	
SOUTIEN SANTÉ MENTALE (depression, tpl, tag, etc.)		#BPDDAndMe	
Borderline (TPL) - Groupe de soutien		#bpdawarenessmonth	
Groupe de soutien anxiété, phobies, dépressions, TPL		#borderline	
TPL ANONYME (Le groupe)		#BPDAwareness	
BIPOLAIRE, TDAH, TOC, TPL etc!		#BPDAwarenessMonth	
		#personnalité	

TABLEAU S2
Global Physical activity Questionnaire

Activité physique		
Les prochaines questions portent sur le temps que vous consacrez à différents types d'activité physique lors d'une semaine typique. Nous nous intéressons à vos habitudes avant la pandémie de COVID-19 et les mesures qui ont été mises en places par les gouvernements. Veuillez répondre à ces questions même si vous ne vous considérez pas comme quelqu'un d'actif. Pensez tout d'abord au temps que vous y consacrez au travail, qu'il s'agisse d'un travail rémunéré ou non, de tâches ménagères, de cueillir ou récolter des aliments, de pêcher ou chasser, de chercher un emploi (ajouter d'autres exemples si nécessaire). Dans les questions suivantes, les activités physiques de forte intensité sont des activités nécessitant un effort physique important et causant une augmentation conséquente de la respiration ou du rythme cardiaque, et les activités physiques d'intensité modérée sont des activités qui demandent un effort physique modéré et causant une petite augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque.		
Question		Réponse
Activité au travail		
1	Est-ce que votre travail implique des activités physiques de forte intensité qui nécessitent une augmentation conséquente de la respiration ou du rythme cardiaque, comme soulever des charges lourdes, travailler sur un chantier, effectuer du travail de maçonnerie, pendant au moins 10 minutes d'affilée? (INSÉRER DES EXEMPLES LOCAUX ET MONTRER LES CARTES)	Oui 1 Non 2 (Si Non, aller à Q4)
2	Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques de forte intensité dans le cadre de votre travail?	Nombre de jours
3	Lors d'une journée habituelle durant laquelle vous effectuez des activités physiques de forte intensité, combien de temps consacrez-vous à ces activités?	Heures : minutes
4	Est-ce que votre travail implique des activités physiques d'intensité modérée, comme une marche rapide ou soulever une charge légère, durant au moins 10 minutes d'affilée? (INSÉRER DES EXEMPLES LOCAUX ET MONTRER LES CARTES)	Oui 1 Non 2 (Si Non, aller à Q7)
5	Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques d'intensité modérée dans le cadre de votre travail?	Nombre de jours
6	Lors d'une journée habituelle durant laquelle vous effectuez des activités physiques d'intensité modérée, combien de temps consacrez-vous à ces activités?	Heures : minutes
Se déplacer d'un endroit à l'autre		
Les questions suivantes excluent les activités physiques dans le cadre de votre travail, que vous avez déjà mentionnées. Maintenant, je voudrais connaître votre façon habituelle de vous déplacer d'un endroit à l'autre ; par exemple pour aller au travail, faire des courses, aller au marché, aller à votre lieu consacré au culte (ajouter d'autres exemples si nécessaire).		
7	Est-ce que vous effectuez des trajets d'au moins 10 minutes à pied ou à vélo?	Oui 1 Non 2 (Si Non, aller à Q10)
8	Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des trajets d'au moins 10 minutes à pied ou à vélo?	Nombre de jours
9	Lors d'une journée habituelle, combien de temps consacrez-vous à vos déplacements à pied ou à vélo?	Heures : minutes

Activités de loisirs		
Les questions suivantes excluent les activités liées au travail et aux déplacements que vous avez déjà mentionnées. Maintenant je souhaiterais vous poser des questions sur le sport, le fitness et les activités de loisirs (insérer les termes appropriés).		
10	Est-ce que vous pratiquez des sports, du fitness ou des activités de loisirs de forte intensité qui nécessitent une augmentation importante de la respiration ou du rythme cardiaque, comme courir ou jouer au football, pendant au moins 10 minutes d'affilée ? (INSÉRER DES EXEMPLES LOCAUX ET MONTRER LES CARTES)	Oui 1 Non 2 (Si Non, aller à Q13)
11	Habituellement, combien de jours par semaine pratiquez-vous une activité sportive, du fitness ou d'autres activités de loisirs de forte intensité ?	Nombre de jours
12	Lors d'une journée habituelle, combien de temps y consacrez-vous ?	Heures : minutes
13	Est-ce que vous pratiquez des sports, du fitness ou des activités de loisirs d'intensité modérée qui nécessitent une petite augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque comme la marche rapide, faire du vélo, nager, jouer au volley, pendant au moins 10 minutes d'affilée ? (INSÉRER DES EXEMPLES LOCAUX ET MONTRER LES CARTES)	Oui 1 Non 2 (Si Non, aller à Q16)
14	Habituellement, combien de jours par semaine pratiquez-vous une activité sportive, du fitness ou d'autres activités de loisirs d'intensité modérée ?	Nombre de jours
15	Lors d'une journée habituelle, combien de temps y consacrez-vous ?	Heures : minutes
Comportement sédentaire		
La question suivante concerne le temps passé en position assise ou couchée, au travail, à la maison, en déplacement, à rendre visite à des amis, et inclut le temps passé assis devant un bureau, se déplacer en voiture, en bus, en train, à lire, jouer aux cartes ou à regarder la télévision, mais n'inclut pas le temps passé à dormir. (INSÉRER DES EXEMPLES LOCAUX ET MONTRER LES CARTES)		
16	Combien de temps passez-vous en position assise ou couchée lors d'une journée habituelle ?	Heures : minutes

Violence conjugale commise et subie : profils personnologiques de personnes avec un trouble de personnalité limite

Claudia Savard^{a,b,c}

Dominick Gamache^{b,c,d}

Maude Payant^e

Élodie Gagné-Pomerleau^{a,b}

Renée-Claude Dompierre^f

Johanne Maranda^f

Olivier Potvin^f

Mélissa Verreault^f

Marc Tremblay^f

David Roy^f

Évens Villeneuve^a

RÉSUMÉ Objectif Les troubles de la personnalité et la violence conjugale (VC) sont deux problématiques reconnues comme des enjeux majeurs en santé publique associées à de graves répercussions individuelles et sociétales. Plusieurs

a. Université Laval, Québec, Canada.

b. Centre de recherche CERVO, Université Laval, Québec, Canada.

c. Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles, Québec, Canada.

d. Université du Québec à Trois-Rivières, Canada.

e. Université du Québec à Montréal, Canada.

f. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, Québec, Canada.

études ont documenté les liens entre le trouble de personnalité limite (TPL) et la VC, mais nous en connaissons très peu quant aux traits pathologiques spécifiques contribuant à la VC. L'étude vise à documenter le phénomène de VC commise et subie chez des personnes souffrant de TPL et à dresser des profils à partir des facettes de la personnalité du Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5.

Méthode Cent huit participants/participantes avec un TPL (83,3% femmes; $M_{\text{âge}} = 32,39$, É.-T. = 9) référées à un programme d'hôpital de jour à la suite d'un épisode de crise ont rempli une batterie de questionnaires comprenant les versions françaises du *Revised Conflict Tactics Scales*, évaluant la VC psychologique et physique, commise et subie, et du *Personality Inventory for the DSM-5 — Faceted Brief Form*, évaluant 25 facettes pathologiques de la personnalité.

Résultats Parmi les participants/participantes, 78,7% rapportent avoir déjà commis de la VC psychologique, alors que 68,5% en auraient été victimes, ce qui est plus que les estimations publiées par l'Organisation mondiale de la santé (27%). De plus, 31,5% auraient commis de la VC physique, alors que 22,2% en auraient été victimes. La VC semble bidirectionnelle puisque 85,9% des personnes ayant commis de la VC psychologique rapportent aussi en subir et 52,9% des personnes ayant commis de la VC physique rapportent en être également victimes. Des comparaisons de groupes non paramétriques indiquent que les facettes Hostilité, Méfiance, Duplicité, Prise de risques et Irresponsabilité distinguent les personnes violentes physiquement et psychologiquement des personnes non violentes. Des résultats élevés aux facettes Hostilité, Dureté/Insensibilité, Manipulation et Prise de risque caractérisent les participants/participantes victimes de VC psychologique, alors qu'une élévation aux facettes Hostilité, Retrait, Évitement de l'intimité et Prise de risque et un résultat faible à la facette Tendance à la soumission distinguent les participants/participantes victimes de VC physique des non-victimes. Des analyses de régression mettent en évidence que la facette Hostilité explique à elle seule une variance significative des résultats de VC commise, alors que la facette Irresponsabilité contribuerait de façon substantielle à la variance des résultats de VC subie.

Conclusion Les résultats font état de la prévalence élevée de VC chez des personnes aux prises avec un TPL ainsi que de son caractère bidirectionnel. Au-delà du diagnostic de TPL, certaines facettes spécifiques de la personnalité (dont l'Hostilité et l'Irresponsabilité) permettent de cibler les personnes plus à risque de commettre de la VC psychologique et physique et d'en subir.

MOTS CLÉS trouble de personnalité limite, violence conjugale, violence physique, violence psychologique, modèle alternatif pour les troubles de la personnalité

Perpetrators and victims of intimate partner violence: personological profiles of people with borderline personality disorder

ABSTRACT **Objective** Personality disorders and intimate partner violence (IPV) are two problems recognized as major public health issues associated with serious individual and societal repercussions. Several studies have documented the links between borderline personality disorder (BPD) and IPV; however, we know very little about the specific pathological traits contributing to IPV. The study aims to document the phenomenon of IPV committed and suffered in persons with BPD and to draw profiles from the personality facets of the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders (AMPD).

Method One hundred and eight BPD participants (83.3% female; $M_{\text{age}} = 32.39$, $SD = 9.00$) referred to a day hospital program following a crisis episode completed a battery of questionnaires including the French versions of the Revised Conflict Tactics Scales, evaluating physical and psychological IPV committed and suffered, and the Personality Inventory for the DSM-5- Faceted Brief Form, evaluating 25 pathological facets of personality.

Results Among the participants, 78.7% report having committed psychological IPV, while 68.5% have been victims, which is more than the estimates published by the World Health Organization (27%). In addition, 31.5% would have committed physical IPV, while 22.2% would have been victims. IPV appears to be bidirectional since 85.9% of participants who are perpetrators of psychological IPV also report suffering from it and 52.9% of participants who are perpetrators of physical IPV report being also victims. Nonparametric group comparisons indicate that Hostility, Suspiciousness, Duplicity, Risk-Taking, and Irresponsibility facets distinguish physically and psychologically violent participants from nonviolent participants. High results on Hostility, Callousness, Manipulation, and Risk-taking facets characterize participants who are victims of psychological IPV, while an elevation in Hostility, Withdrawal, Avoidance of intimacy, and Risk-taking facets and a low result on the Submission facet distinguish participants who are victims of physical IPV from non-victims. Regression analyzes show that the Hostility facet alone explains a significant variance in the results of IPV perpetrated, while the Irresponsibility facet contributes substantially to the variance of the results of IPV experienced.

Conclusion Results show the high prevalence of IPV in a sample of persons with BPD, as well as its bidirectional nature. Beyond the diagnosis of BPD, certain specific facets of the personality (including Hostility and Irresponsibility) make it possible to target persons at greater risk of committing and suffering from psychological and physical IPV.

KEYWORDS borderline personality disorder, intimate partner violence, physical violence, psychological violence, DSM-5 alternative model of personality disorders

Introduction

La violence conjugale (VC) représente un enjeu majeur en santé publique à l'échelle internationale (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2017) engendrant des coûts socioéconomiques annuels astronomiques dans le système de santé (estimés à 7,4 milliards de dollars par année au Canada; Zhang et coll., 2013) et surtout des répercussions psychologiques délétères (Cotter, 2021; OMS, 2017). Des données récentes révèlent que 4 Canadiennes sur 10 et qu'un Canadien sur 3 rapportent avoir été victimes de VC un jour ou l'autre dans leur vie (Cotter, 2021). La forme la plus courante rapportée étant la VC psychologique chez 43 % des femmes et 35 % des hommes, alors que la VC physique subie est rapportée chez 23 % des femmes et 17 % des hommes. Au Canada seulement, plus du quart des actes criminels contre la personne correspondent à de la VC (Statistique Canada, 2019), les femmes étant victimes dans 79 % des cas et les hommes auteurs dans 80 % des cas (Breiding et coll., 2015).

La VC peut être définie comme une variété de comportements violents utilisés envers un/une partenaire actuel/actuelle, un/une ancien/ancienne partenaire ou une fréquentation (Smith et coll., 2018), qui portent atteinte à la dignité et à l'intégrité physique, psychologique, sexuelle et morale d'une personne (Garcia-Moreno et coll., 2006). Quatre formes de VC sont principalement documentées dans la littérature (Breiding et coll., 2015) : physique (frapper, bousculer, agripper, étrangler, lancer des objets, menacer d'une arme), psychologique (crier, insulter, rabaisser, menacer verbalement), sexuelle (insister, utiliser la force, menacer le/la partenaire ou utiliser une arme pour avoir des relations sexuelles; Breiding et coll., 2015; Straus et coll., 1996), et financière (contrôler le budget et les dépenses pour les besoins essentiels, exiger de rendre des comptes, saisir les revenus, les cartes; Adams et coll., 2008). Dans le cadre de cet article, nous nous intéressons principalement aux 2 formes plus connues et documentées de VC, la violence psychologique et physique.

Les conséquences psychologiques de la VC sont nombreuses et sévères : symptômes de stress posttraumatique, dépression, anxiété et abus de substances (p. ex. Black et coll., 2011). Les services de première ligne en santé mentale constituent souvent la porte d'entrée de gens victimes ou auteurs de VC, qui ont comme principal motif de consultation des conflits conjugaux ou des ruptures amoureuses (Benazon et Coyne, 2000). Chez d'autres, la présence d'un trouble de santé mentale

les rend plus vulnérables à la VC. Parmi les facteurs de risque psychopathologiques répertoriés, notons des expériences d'abus à l'enfance, la présence de troubles liés à une substance, de symptômes dépressifs, anxieux et d'état de stress posttraumatique ainsi que de troubles de la personnalité (TP) antisociale (TPA) et limite (TPL; Bouchard et coll., 2009; Cotter, 2021; Collison et Lynam, 2021; Spencer et coll., 2017).

Troubles de la personnalité et Violence conjugale

Les liens entre la VC et les TP ou traits de personnalité pathologiques ont été bien documentés au cours des dernières décennies. D'abord, dans un effort de construire une typologie d'hommes violents, Holtzworth-Munroe et Stuart (1994) ont identifié 3 types, dont 2 s'apparentent aux manifestations des TPL et TPA. Le sous-type Dysphorique/Borderline caractériserait des hommes violents de façon modérée à sévère principalement envers leur partenaire, présentant une forte détresse psychologique, un style d'attachement préoccupé¹, des symptômes de TPL et des problèmes modérés d'abus de substances. Le sous-type Violent/Antisocial caractériserait des hommes présentant le degré le plus sévère de violence de façon générale et non uniquement envers leur partenaire et inclut bien souvent des comportements criminels, impulsifs et hostiles envers les femmes. Ces hommes présenteraient un style d'attachement détaché² et seraient plus susceptibles de présenter un TPA (ou des traits psychopathiques) et des problèmes d'abus de substances (Holtzworth-Munroe et coll., 2000).

Faisant suite aux travaux de Holtzworth-Munroe et Stuart (1994) et empruntant tant une approche catégorielle que dimensionnelle de la conceptualisation des TP ou des symptômes y étant associés, de nombreuses études ont démontré que les gens présentant un TPL ou un TPA sont plus enclins à rapporter commettre de la VC physique et psychologique et sont également plus à risque d'en subir (Bouchard et coll., 2009; Collison et Lynam, 2021; Spencer et coll. 2019; Zanarini et coll., 1999). D'ailleurs, les profils de personnalité de gens victimes de VC ou de harcèlement (*stalking*) mettent en évidence des traits ou TP schizoïde, évitante, narcissique, antisociale, passive-agressive,

-
1. Le style d'attachement préoccupé caractérise les individus qui recherchent un haut degré d'intimité et d'approbation, qui doutent de l'amour de l'autre et qui craignent l'abandon.
 2. Le style d'attachement détaché représente les individus avec un grand besoin d'indépendance, qui se perçoivent comme n'ayant pas besoin de relations proches et qui gardent les autres à distance

autodéfaitiste, schizotypique, limite et paranoïaque (Ménard et Pincus, 2014; Pico-Alfonso et coll., 2008).

Bien que les données montrent que les hommes sont plus souvent agresseurs et les femmes victimes (Breiding et coll., 2015), plusieurs études suggèrent une relation souvent réciproque entre la VC commise et subie (p. ex. Hines et Saudino, 2003), appuyant la position de Capaldi et coll. (2003) stipulant que l'agression dans le couple est fréquemment mutuelle. Qui plus est, plusieurs études ont documenté le fait que les gens présentant un TP ont tendance à former des unions entre eux (Bouchard et coll., 2009; Landucci et Foley, 2014; Ogrodniczuk et coll., 2014), créant ainsi des relations de couple dans lesquelles les deux partenaires sont susceptibles de présenter des pathologies de l'attachement, de l'instabilité émotionnelle, des comportements impulsifs et des gestes violents.

L'introduction du Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité (MATP) dans la Section III du DSM-5 (*American Psychiatric Association* [APA], 2013) offre une autre opportunité qui permet de documenter davantage les liens entre TP et VC. Le MATP conceptualise les TP en 2 critères. Le Critère A fait référence à une pathologie du fonctionnement de la personnalité selon 4 éléments représentant le dysfonctionnement sur le plan du Soi (Identité et Autodétermination) et des relations interpersonnelles (Empathie et Intimité). Le Critère B regroupe en 5 grands domaines (Affectivité négative, Détachement, Antagonisme, Désinhibition et Psychoticisme) 25 facettes (ou traits) pathologiques de la personnalité (voir Tableau 1 pour les définitions).

À partir du MATP, seulement une étude s'est intéressée au lien entre la VC et le Critère A du MATP et a mis en évidence que le dysfonctionnement de la personnalité était associé à toutes les formes de VC (Munro et Sellbom, 2020). Concernant le Critère B du MATP, les dimensions Détachement, Désinhibition (hommes seulement) et Antagonisme (femmes seulement) seraient associées à la VC commise selon l'étude de Dowgwillo et collaborateurs (2016), expliquant 10,8 % de la variance des résultats de VC chez les hommes et 5,6 % chez les femmes. Les résultats obtenus par Munro et Sellbom (2020; 2021) suggèrent toutefois que ce seraient l'Affectivité négative et la Désinhibition qui expliqueraient le plus fortement la VC parmi les domaines du Critère B. Une autre étude (Jennings, 2017) révèle que les domaines Antagonisme et Psychoticisme seraient associés à des attitudes favorisant le contrôle dans les relations amoureuses, la punition envers un/une partenaire et les tactiques violentes utilisées pour régler les

TABLEAU 1

Définitions des éléments du Critère A, des domaines et des facettes du Critère B du Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité

Critère A		
Identité Expérience de soi comme unique, avec des frontières claires entre soi et les autres; stabilité de l'estime de soi et appréciation fidèle de soi-même, capacité à réguler une vaste gamme d'émotions.		Autodétermination Poursuite d'objectifs cohérents, à court et à long terme (p. ex. sens donné à la vie); utilisation de standards internes de comportements prosociaux et constructifs; capacité à réfléchir sur soi de façon constructive.
Empathie Compréhension et appréciation des expériences et des motivations des autres; tolérance face à des perspectives diverses; compréhension des impacts de son comportement sur autrui.		Intimité Profondeur et durée du contact avec autrui; désir et capacité d'entretenir des relations proches; le comportement interpersonnel témoigne d'une considération mutuelle.
Critère B		
Affectivité négative (vs stabilité émotionnelle)		
Labilité émotionnelle Instabilité des expériences émotionnelles et de l'humeur; les émotions sont facilement activées, intenses et/ou non proportionnelles aux événements et aux circonstances.	Insécurité liée à la séparation Crainte d'être seul(e) en raison du rejet et/ou d'une séparation avec une personne significative; basée sur un manque de confiance en sa capacité à s'occuper de soi-même physiquement et émotionnellement.	Tendance anxieuse Sentiments de nervosité, de tension ou de panique en réaction à diverses situations; inquiétudes fréquentes par rapport aux effets négatifs des expériences désagréables passées et les possibilités négatives futures; peur et appréhension face à l'incertitude; anticipation du pire.
Tendance à la soumission Adapte son comportement aux intérêts réels ou perçus des autres ou à leurs désirs, même si cela est contraire à ses propres intérêts, besoins ou désirs.	Persévérance Persistance à faire des tâches ou à faire les choses d'une manière particulière, longtemps après que le comportement ait cessé d'être fonctionnel ou efficace; poursuite du même comportement, malgré des échecs répétés ou des raisons claires pour l'arrêter.	Dépressivité Sentiment d'être faible, misérable et/ou désespéré; difficulté à se remettre des événements négatifs et à retrouver son humeur habituelle; pessimisme à propos de l'avenir; sentiment de honte et/ou de culpabilité envahissant; sentiment d'estime de soi inférieure; pensées et comportements suicidaires.
Détachement (vs extraversion)		
Retrait Préfère être seul(e) plutôt qu'avec d'autres; réticence envers des situations sociales; évite les contacts sociaux et les activités; absence d'initiation de contacts sociaux.	Anhédonie Absence de plaisir, d'engagement ou d'énergie pour les expériences de la vie; déficits dans la capacité à avoir du plaisir ou à s'intéresser aux choses.	Évitement de l'intimité Évitement de toutes relations proches, sentimentales ou amoureuses, des attachements interpersonnels et des relations sexuelles intimes.
Méfiance S'attend à et/ou présente une sensibilité aux préjugés et aux signaux interpersonnels interprétés comme de mauvaises intentions; doutes sur la loyauté et la fidélité des autres; sentiment d'être maltraité, utilisé et/ou persécuté par les autres.	Restriction de l'affectivité Peu de réaction aux situations qui normalement suscitent une réponse émotionnelle; expérience et expressions émotionnelles restreintes; indifférence et détachement face à des situations généralement engageantes.	

Antagonisme (vs agréabilité)

Comportements qui placent l'individu en désaccord avec autrui, avec un sens exagéré de sa propre importance et une attente concomitante d'un traitement spécial; dureté avec antipathie vis-à-vis des autres; méconnaissance des besoins et des sentiments d'autrui; utilisation des autres au service de la valorisation de soi.

Tendances manipulatoires

Utilisation de la ruse pour influencer ou contrôler d'autres personnes; utilisation de la séduction, du charme ou de la désinvolture pour atteindre ses fins.

Grandiosité

Croyance d'être supérieur aux autres et de mériter un traitement spécial; égocentrisme; sentiment que tout lui est dû; condescendance envers les autres.

Malhonnêteté/duplicité

Malhonnêteté, attitude frauduleuse; fausse représentation de soi; embellissement ou fabrication de relations et/ou d'événements

Dureté/insensibilité

Manque de préoccupation pour les sentiments ou les problèmes des autres; faibles sentiments de culpabilité ou de remords quant aux effets négatifs ou nuisibles de ses actions sur les autres.

Recherche d'attention

Adopte des comportements destinés à attirer l'attention; faire de soi le centre d'attention et d'admiration des autres.

Hostilité

Sentiments persistants ou fréquents de colère; colère ou irritabilité en réponse à de légères insultes ou affronts; la personne se montre méchante et/ou adopte des comportements vengeurs

Désinhibition (vs caractère consciencieux)

Recherche de satisfactions immédiates, engendrant un comportement impulsif déterminé par des pensées, des sentiments et des stimuli externes du moment, sans tenir compte des leçons du passé ou sans considération pour les conséquences futures.

Irresponsabilité

Ignore – et n'honore pas – les obligations financières ainsi que d'autres engagements; ne respecte et ne fait pas de suivi quant aux accords et promesses; néglige les biens des autres.

Distractibilité

Difficulté à se concentrer et à garder le focus sur les tâches; facilement distrait par des stimuli externes; difficulté à maintenir des comportements orientés vers des buts, y compris la planification et l'accomplissement des tâches.

Perfectionnisme rigide (manque de)

Insistance rigide pour que tout soit impeccable, parfait et sans erreurs ou fautes, incluant ses propres performances et celles des autres; sacrifie la rapidité pour s'assurer de l'exactitude dans tous les détails; croit qu'il n'y a qu'un bon moyen de faire les choses; difficulté à changer d'idée et/ou de point de vue; préoccupation pour les détails, l'organisation et l'ordre. Cette facette est inversée par rapport au domaine de la désinhibition.

Impulsivité

Agit sur l'impulsion du moment en réponse à des stimuli immédiats; agit de manière spontanée sans plan ou sans considérer les conséquences futures; difficulté à établir et à suivre des plans; sentiment d'urgence et comportements autodestructeurs en présence de détresse émotionnelle.

Prise de risque

Engagement dans des activités dangereuses, risquées, potentiellement autodestructrices, inutiles, et ce, sans tenir compte des conséquences; manque de préoccupation pour ses limites personnelles et déni du danger réel; poursuite téméraire d'objectifs peu importe le degré de risque encouru.

Psychoticisme (vs lucidité)

Montre une vaste gamme de cognitions et de comportements culturellement incongrus, bizarres, excentriques ou inhabituels, tant en ce qui concerne le mécanisme (perception, dissociation) que le contenu (p. ex. croyances).

Croyances et expériences inhabituelles

Croit avoir des capacités inhabituelles, telles que la lecture de l'esprit, la télékinésie, la fusion des pensées et des actions; expériences inhabituelles de la réalité, y compris des expériences quasi hallucinatoires.

Excentricité

Comportement, apparence et/ou discours étranges, inhabituels ou bizarres; pensées étranges et imprévisibles; le contenu du discours est inhabituel ou inapproprié.

Dysrégulation cognitive et perceptuelle

Processus de pensée ou expériences étranges ou inhabituelles, comprenant la dépersonnalisation, la déréalisation et la dissociation; expériences confuses d'états de veille-sommeil; expériences de contrôle de la pensée.

Inspiré de la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5; *American Psychiatric Association*, 2013)

disputes, alors que le Détachement, la Désinhibition et le Psychoticisme expliqueraient le fait de commettre des comportements violents de type *gaslighting*³, considéré comme un type spécifique de violence psychologique visant à contrôler le/la partenaire (Miano et coll., 2021).

Si l'on examine de façon plus spécifique les facettes du Critère B, l'Hostilité est le prédicteur le plus important de la VC physique et psychologique selon l'étude de Munro et Sellbom (2020), alors que les facettes Prise de risque et Méfiance sont les prédicteurs les plus importants de la VC sexuelle. Dans l'étude de Dowgwillo et collaborateurs (2016), ce sont les facettes Dépressivité, Irresponsabilité, Croyances et expériences inhabituelles et Tendance anxieuse (négativement) qui expliqueraient 16 % de la variance de la VC chez les hommes (physique, psychologique et sexuelle), alors que les facettes Évitement de l'intimité, Perfectionnisme rigide (manque de), Croyances et expériences inhabituelles et Retrait (négativement) expliqueraient 10,1 % de la variance de la VC chez les femmes (Dowgwillo et coll., 2017). En somme, les résultats des études existantes concernant la contribution des domaines et facettes du Critère B à la VC ne sont pas univoques et semblent expliquer une variance relativement faible de la VC.

Les résultats précédemment décrits proviennent d'études réalisées auprès de personnes de la population générale uniquement ou d'hommes inscrits dans un programme d'intervention pour VC et aucune étude ne porte sur des personnes ayant reçu un diagnostic de TP ou suivies dans un programme d'intervention spécifique pour TP. De toutes les études citées, une seule s'est intéressée au profil des victimes, et ce, uniquement pour un type très précis (*gaslighting*) qui n'est pas la forme la plus répandue de VC (Miano et coll., 2021). Les résultats ont fourni des indicateurs peu discriminants du profil des victimes, identifiant 4 domaines sur 5 du MATP (excepté l'Affectivité négative). Ainsi, des études supplémentaires sont nécessaires afin de mieux circonscrire la contribution du MATP dans la perpétration et la victimisation de VC auprès de personnes présentant un TPL étant

3. Décrit comme la tendance à contrôler son partenaire par le biais de flatteries et de gratification (*glamour gaslighting*), à adopter des comportements visant à satisfaire ses propres besoins narcissiques et à préserver une image de soi positive (*good-guy gaslighting*), ou encore à montrer son agression plus directement par l'entremise de la désapprobation ou via des critiques sévères et fréquentes, pouvant causer du désespoir et de l'impuissance chez la victime (*intimidator gaslighting*; Stern, 2007).

donné la quasi-absence de données (Critère A) ou l'inconsistance des résultats disponibles (Critère B).

Objectif

La présente étude vise à documenter le phénomène de VC commise et subie chez des personnes aux prises avec un TPL. Plus précisément, nous visons à dresser des profils personnologiques plus spécifiques à partir des facettes de la personnalité du MATP, tant chez les personnes qui commettent de la VC que chez celles qui en sont victimes. En plus d'ajouter aux connaissances quant au lien entre VC et TPL selon le MATP, l'étude permettra de mettre en lumière les traits plus spécifiques sur lesquels il serait important de miser afin de maximiser l'efficacité des programmes d'intervention auprès des hommes et des femmes auteurs et victimes de VC.

Méthode

Participants et Procédure

L'échantillon est composé de 108 participants/participantes (83,3 % femmes; $M_{\text{âge}} = 32,39$, $\bar{E.-T.} = 9,00$) ayant reçu un diagnostic de TPL ou de traits de personnalité limite faisant partie des personnes orientées vers un programme de traitement en hôpital de jour dans une clinique spécialisée entre 2015 et 2020. Pour être admissibles au programme, les patients/patientes devaient être âgés de 18 ans et plus, avoir vécu un épisode de crise suicidaire ou de désorganisation majeure ayant nécessité une consultation à l'urgence ou une hospitalisation brève en psychiatrie, et avoir reçu un diagnostic de TP ou de traits de personnalité problématiques. Le diagnostic de TP a d'ailleurs été posé par un psychiatre à l'urgence ou à l'unité d'hospitalisation. À leur admission dans les services de l'hôpital de jour, les patients/patientes sont d'abord vus lors d'une rencontre d'information pour leur expliquer le déroulement du programme. C'est à ce moment que le projet de recherche⁴ leur est présenté. Les patients/patientes qui consentent au projet (41,9 %) remplissent sur place les versions papier des questionnaires autorapportés en début de suivi, à la mi-parcours et en fin de programme. Dans

4. Le projet a reçu l'aval du Comité d'éthique à la recherche sectoriel en neurosciences et santé mentale du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.

le cadre de cette étude, seules les données de début de suivi recueillies auprès de personnes ayant reçu un diagnostic de TPL ou de traits limites sont utilisées. Les données descriptives de l'échantillon sont présentées au Tableau 2. Au moment de compléter les questionnaires, 50 % des participants étaient en couple.

TABLEAU 2

Statistiques descriptives de l'échantillon et différences entre les hommes et les femmes

		Échantillon total (N = 108)	Hommes (n = 18)	Femmes (n = 90)	χ^2 / U
Âge		32,39 (9,00)	34,11 (9,63)	32,04 (8,89)	900,00
Scolarité (%)					6,85
Secondaire non complété		6,5	16,7	4,4	
Secondaire/DEP		33,3	38,9	32,2	
Études collégiales		37,0	27,8	38,9	
Études universitaires		23,1	16,7	24,4	
Occupation (%)					6,52
Emploi		33,3	22,2	35,6	
Sans emploi/retraité/à la maison		53,7	61,2	52,2	
Étudiant		13,0	16,7	12,2	
Statut conjugal (%)					3,16
En couple		50,0	38,9	52,3	
Célibataire		44,4	50	43,3	
Séparé/divorcé		5,6	11,2	4,4	
Revenu (%) ^a					10,26
< 15 000 CAD		26,2	27,8	25,8	
15 000 CAD – 45 000 CAD		49,1	27,8	53,4	
45 000 CAD - 75 000 CAD		18,5	33,4	15,6	
> 75 000 CAD		5,7	16,8	4,4	
Violence conjugale ^b					
Physique	Commise	2,39 (5,98)/31,5 %	0,56 (2,36)/5,6 %	2,76 (6,41)/36,7 %	567,00*
	Subie	2,42 (8,97)/22,2 %	0,50 (1,69)/11,1 %	2,80 (9,76)/24,4 %	702,00
Psychologique	Commise	18,97 (23,17)/78,7 %	13,56 (16,25)/72,2 %	20,06 (24,25)/80,0 %	697,00
	Subie	16,35 (25,96)/68,5 %	11,94 (13,51)/66,7 %	17,24 (27,78)/68,9 %	818,50

Note. DEP = Diplôme d'études professionnelles.

^a Une participante a refusé de répondre (N = 107).

^b Les pourcentages ici font référence aux personnes ayant reconnu avoir commis et/ou subi de la violence (physique et psychologique).

* $p < 0,05$.

Instruments

En plus des variables sociodémographiques (âge, sexe, niveau de scolarité, statut conjugal, revenu), la VC physique et psychologique commise et subie au sein de la relation conjugale a été évaluée à partir de la version abrégée en 24 items de la validation française de l'instrument *Revised Conflict Tactic Scale* (CTS-2; Lussier, 1997; Straus et coll., 1996). Les personnes doivent se prononcer sur l'intensité des comportements émis ou subis en répondant à chaque item selon une échelle de type Likert en 7 points allant de « ne s'est jamais produit au cours de la dernière année » à « s'est produit plus de 20 fois au cours de la dernière année ». En l'absence de comportement violent au cours de la dernière année, un 8^e choix de réponse permet d'évaluer si ce comportement s'était produit auparavant. Tel que proposé par Straus et Douglas (2004), un score mitoyen des étendues mentionnées dans les choix de réponse a été utilisé (p. ex. le choix de réponse « de 3 à 5 fois dans la dernière année » a été recodé 4). Les coefficients de consistance interne dans la présente étude sont adéquats (coefficients alpha [α] de 0,70 [Violence physique commise] à 0,84 [Violence psychologique subie]).

L'adaptation francophone du *Personality Inventory for DSM-5* (PID-5), version brève (Krueger, et coll., 2012; Roskam et coll., 2015) est un instrument autorapporté de 100 items qui permet d'évaluer le Critère B du Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité, soit les 25 facettes pathologiques de la personnalité qui se regroupent en 5 domaines: a) l'Affectivité négative ($\alpha = 0,87$); b) le Détachement ($\alpha = 0,82$); c) l'Antagonisme ($\alpha = 0,87$); d) la Désinhibition ($\alpha = 0,86$); et e) le Psychoticisme ($\alpha = 0,86$). Chaque item doit être répondu à l'aide d'une échelle de type Likert à 4 points allant de 0 (« Tout à fait faux ou souvent faux ») à 3 (« Tout à fait vrai ou souvent vrai »). L'instrument montre d'excellentes qualités psychométriques auprès de diverses populations (Leclerc et coll., 2023). Dans la présente étude, les coefficients alpha des 25 facettes varient de 0,61 (Irresponsabilité) à 0,92 (Recherche d'attention).

Résultats

Les personnes séparées ($n = 6$) présentaient des résultats de violence psychologique commise supérieurs aux gens en couple ou célibataires, alors que celles présentant un revenu entre 15 000 CAD et 45 000 CAD ($n = 53$) rapportaient plus de violence physique commise. Ces variables n'ont toutefois pas été prises en considération dans les analyses sub-

séquentes étant donné leur nature catégorielle dans l'étude. Aucune autre variable n'était associée aux résultats de violence (voir Tableau S1 en matériel supplémentaire).

Parmi les participants/participantes, 78,7 % rapportent avoir déjà commis de la VC psychologique, alors que 68,5 % en auraient été victimes. De plus, 31,5 % auraient commis de la VC physique, alors que 22,2 % en auraient été victimes. La seule différence entre les hommes et les femmes réside dans la violence physique commise, où les femmes rapportent commettre davantage de violence physique que les hommes ($U = 567$, $p = 0,02$); Tableau 2). De plus, la VC semble bidirectionnelle puisque 85,9 % des personnes ayant commis de la VC psychologique rapportent aussi en subir et 52,9 % des personnes ayant commis de la VC physique rapportent en être également victimes.

Comparaisons de groupes

Les participants/participantes rapportant de la VC psychologique et physique commise et subie ont ensuite été comparés à ceux/celles sans vécu de violence (score de 0 aux échelles de VC) sur la base des 25 facettes du MATP à l'aide d'analyses non paramétriques Mann-Whitney considérant la distribution non normale des données et la taille inégale des groupes. Les profils des auteurs de VC (psychologique et physique) et ceux des victimes sont présentés respectivement aux Tableaux 3 et 4. Les facettes Hostilité, Méfiance, Duplicité, Prise de risques et Irresponsabilité sont celles qui distinguent les personnes qui commettent de la VC de celles non violentes, et ce, tant pour la violence psychologique que physique. De plus, des résultats élevés aux facettes Labilité émotionnelle, Distractibilité et Impulsivité distinguent les personnes violentes psychologiquement des non violentes, et les résultats aux facettes Persévération (manque de), Recherche d'attention, Dureté/Insensibilité, Grandiosité et Manipulation sont significativement plus élevés chez les participants/participantes rapportant commettre de la VC physique.

Des résultats élevés aux facettes Hostilité et Prise de risques semblent distinguer les personnes victimes de VC psychologique et physique des non-victimes. De plus, les facettes Dureté/Insensibilité et Manipulation caractérisent également le profil des personnes se disant victimes de VC psychologique comparativement aux non-victimes, alors que les participants/participantes se décrivant comme victimes de VC physique présentent aussi des résultats significativement supérieurs aux facettes Retrait et Évitement de l'intimité et inférieurs à la facette Tendance à la soumission.

TABEAU 3

Différence de groupes en ce qui a trait aux résultats aux facettes du Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5 entre les patients qui rapportent commettre de la violence psychologique et physique et ceux sans histoire de violence

Facettes	Violence psychologique commise		U	Violence physique commise		U
	Violents (n = 85)	Non violents (n = 23)		Violents (n = 34)	Non violents (n = 74)	
Anhédonie	1,65(0,78)	1,40(0,78)	1160,50	1,67(0,77)	1,56(0,79)	1299,00
Tendance anxieuse	2,12(0,65)	1,97(0,91)	1025,00	2,19(0,59)	2,04(0,76)	1361,00
Dépressivité	1,56(0,89)	1,38(0,84)	1097,50	1,50(0,84)	1,53(0,90)	1198,50
Labilité émotionnelle	2,14(0,71)	1,66(0,90)	1298,00*	2,30(0,54)	1,93(0,84)	1547,50
Hostilité	1,62(0,74)	1,08(0,68)	1383,00**	1,81(0,65)	1,36(0,76)	1693,50**
Persévération	1,67(0,71)	1,38(0,67)	1222,00	1,86(0,63)	1,49(0,72)	1642,50*
Perfectionnisme	1,66(0,85)	1,47(0,84)	1109,00	1,64(0,80)	1,61(0,87)	1284,00
Insécurité reliée à la séparation	1,76(0,97)	1,36(0,97)	1213,50	1,74(0,81)	1,65(1,05)	1324,50
Tendance à la soumission	1,64(0,79)	1,41(0,85)	1133,00	1,49(0,69)	1,64(0,85)	1106,50
Méfiance	1,21(0,71)	0,88(0,69)	1262,50*	1,40(0,65)	1,02(0,72)	1655,00**
Retrait	1,24(0,71)	1,25(0,68)	971,50	1,37(0,72)	1,18(0,70)	1448,00
Recherche d'attention	1,51(1,03)	1,05(0,85)	1217,00	1,70(0,96)	1,28(1,01)	1554,00*
Dureté/insensibilité	0,39(0,60)	0,26(0,47)	1157,00	0,63(0,81)	0,23(0,38)	1676,50**
Duplicité	0,76(0,73)	0,37(0,38)	1278,00*	0,90(0,78)	0,57(0,63)	1589,50*
Grandiosité	0,38(0,48)	0,35(0,54)	1057,50	0,51(0,55)	0,31(0,45)	1550,00*
Manipulation	0,81(0,82)	0,58(0,68)	1160,00	1,00(0,80)	0,65(0,77)	1645,50**
Évitement de l'intimité	0,89(0,78)	1,01(0,73)	868,00	1,12(0,87)	0,83(0,70)	1489,50
Affectivité restreinte	1,05(0,75)	1,07(0,80)	976,50	1,17(0,83)	0,99(0,72)	1429,00
Distractibilité	2,09(0,68)	1,58(0,84)	1340,50**	2,15(0,73)	1,90(0,74)	1500,00
Excentricité	1,35(0,83)	1,13(0,95)	1130,50	1,49(0,68)	1,22(0,92)	1500,50
Impulsivité	1,67(0,73)	1,15(0,90)	1298,00*	1,77(0,72)	1,46(0,81)	1522,50
Dysrégulation cognitive et perceptuelle	0,51(0,67)	0,34(0,48)	1113,50	0,61(0,74)	0,41(0,57)	1496,50
Prise de risque	1,19(0,80)	0,80(0,94)	1275,00*	1,42(0,76)	0,97(0,84)	1675,00**
Croyances et expériences inhabituelles	0,63(0,63)	0,50(0,70)	1165,00	0,73(0,67)	0,54(0,63)	1510,00
Irresponsabilité	1,20(0,73)	0,77(0,57)	1307,00*	1,35(0,82)	0,99(0,65)	1588,00*

Note. * = $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

TABLEAU 4

Différence de groupes en ce qui a trait aux résultats aux facettes du Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5 entre les patients qui rapportent avoir subi de la violence psychologique et physique et ceux sans histoire de violence

	Violence psychologique subie		U	Violence physique subie		U
	Victimes (n = 74)	Non victimes (n = 34)		Victimes (n = 24)	Non victimes (n = 84)	
Anhédonie	1,69(0,77)	1,40(0,80)	1515,00	1,46(0,70)	1,63(0,81)	867,50
Tendance anxieuse	2,11(0,63)	2,02(0,87)	1265,50	2,14(0,65)	2,07(0,73)	1038,00
Dépressivité	1,58(0,87)	1,39(0,90)	1407,50	1,43(0,89)	1,54(0,88)	922,50
Labilité émotionnelle	2,13(0,70)	1,88(0,91)	1431,50	2,06(0,67)	2,05(0,81)	974,00
Hostilité	1,65(0,73)	1,20(0,74)	1686,50**	1,77(0,61)	1,43(0,78)	1271,50*
Persévération	1,68(0,67)	1,46(0,78)	1476,50	1,65(0,65)	1,60(0,73)	1067,00
Perfectionnisme	1,71(0,79)	1,43(0,95)	1462,00	1,70(0,60)	1,60(0,73)	1039,00
Insécurité liée à la séparation	1,76(0,98)	1,50(0,97)	1452,50	1,54(1,07)	1,72(0,96)	906,50
Tendance à la soumission	1,63(0,76)	1,52(0,90)	1352,50	1,31(0,61)	1,67(0,83)	727,50*
Méfiance	1,22(0,69)	0,97(0,77)	1524,00	1,34(0,71)	1,08(0,71)	1238,00
Retrait	1,27(0,70)	1,16(0,72)	1357,50	1,49(0,64)	1,17(0,71)	1274,00*
Recherche d'attention	1,50(1,01)	1,22(0,99)	1448,50	1,30(0,92)	1,44(1,03)	929,00
Dureté/insensibilité	0,42(0,63)	0,23(0,42)	1549,00*	0,44(0,55)	0,34(0,59)	1221,50
Duplicité	0,77(0,76)	0,48(0,48)	1517,00	0,71(0,71)	0,67(0,69)	1030,50
Grandiosité	0,38(0,48)	0,35(0,53)	1390,50	0,50(0,53)	0,33(0,48)	1204,00
Manipulation	0,85(0,83)	0,56(0,69)	1563,50*	0,73(0,71)	0,77(0,82)	1034,50
Évitement de l'intimité	0,96(0,77)	0,82(0,76)	1406,50	1,28(0,84)	0,81(0,71)	1346,00*
Affectivité restreinte	1,06(0,73)	1,02(0,82)	1354,50	1,13(0,82)	1,03(0,74)	1088,00
Distractibilité	2,04(0,66)	1,85(0,89)	1381,50	2,05(0,69)	1,96(0,76)	1066,00
Excentricité	1,33(0,82)	1,26(0,94)	1317,00	1,48(0,68)	1,26(0,90)	1182,50
Impulsivité	1,65(0,75)	1,36(0,85)	1493,00	1,59(0,70)	1,55(0,82)	1019,50
Dysrégulation cognitive et perceptuelle	0,52(0,64)	0,37(0,61)	1483,50	0,59(0,67)	0,44(0,63)	1170,00
Prise de risque	1,23(0,79)	0,86(0,92)	1622,00*	1,38(0,71)	1,03(0,87)	1281,50*
Croyances et expériences inhabituelles	0,62(0,65)	0,55(0,64)	1352,00	0,72(0,73)	0,57(0,62)	1118,50
Irresponsabilité	1,18(0,74)	0,95(0,65)	1477,00	1,21(0,82)	1,08(0,69)	1110,50

Note. * = $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Facettes contribuant à la violence physique et psychologique, commise et subie

Des analyses de régression multiple ont également permis d'identifier les facettes les plus importantes pour expliquer les différentes formes de violence commise et subie. La facette Hostilité explique à elle seule respectivement 7 % ($F [1, 106] = 8,04; p = 0,01; \beta = 0,27$) et 5 % ($F [1, 106] = 6,50; p = 0,01; \beta = 0,25$) de la variance aux résultats de VC psychologique et physique commise. La facette Irresponsabilité explique quant à elle 3 % de la variance aux scores de VC subie de nature psychologique ($F [1, 105] = 4,01; p = 0,05; \beta = 0,19$) et physique ($F [1, 106] = 4,68; p = 0,03; \beta = 0,21$).

Bien qu'il n'existe pas de différence significative entre les hommes et les femmes sur les variables de violence (excepté pour la VC physique commise), le débalancement du nombre d'hommes et de femmes dans l'étude amène à tenir compte du sexe, de façon préliminaire, dans les analyses. Des analyses exploratoires réalisées séparément pour les hommes et les femmes mettent en évidence que, chez les femmes, les facettes Irresponsabilité ($\beta = 0,23; p = 0,025$) et Dureté/Insensibilité ($\beta = 0,23; p = 0,028$) expliquent 10 % de la variance des résultats de VC psychologique commise ($F [1, 88] = 5,79; p = 0,03$), alors que les facettes Irresponsabilité ($\beta = 0,40; p < 0,001$), Hostilité ($\beta = 0,27; p < 0,01$), Dysrégulation cognitive et perceptuelle ($\beta = -0,25; p = 0,025$), Tendance à la soumission ($\beta = -0,23; p = 0,024$) et Évitement de l'intimité ($\beta = 0,20; p = 0,39$) expliquent 23 % du score de VC physique commise ($F [1, 88] = 6,26; p = 0,04$). Chez les hommes, les facettes Hostilité ($\beta = 0,63; p = 0,007$) et Affectivité restreinte ($\beta = -0,47; p = 0,035$) expliquent 37 % de la variance aux résultats de VC psychologique commise ($F [1, 16] = 6,09; p = 0,03$), alors qu'aucun modèle n'est significatif pour la VC physique commise.

Aucune facette ne semble prédire la VC psychologique subie chez les femmes alors que les facettes Irresponsabilité ($\beta = 0,35; p = 0,020$) et Dysrégulation cognitive et perceptuelles ($\beta = -0,24; p = 0,035$) expliquent 9 % de la variance aux résultats de VC physique subie ($F [1, 88] = 5,25; p = 0,04$). Chez les hommes, la variance des résultats à l'échelle de VC psychologique subie est expliquée à 31 %, $F (1, 15) = 8,63; p = 0,01$, par la variable Méfiance ($\beta = 0,59; p = 0,010$) alors que les facettes Dysrégulation cognitive et perceptuelle ($\beta = 0,62; p = 0,002$) et Évitement de l'intimité ($\beta = 0,38; p = 0,035$) expliquent 56 % de la variance des résultats à l'échelle de VC physique subie, $F (1, 15) = 11,92; p = 0,04$.

Discussion

La présente étude avait pour objectif de documenter le phénomène de VC commise et subie chez les personnes souffrant de TPL orientées vers un programme d'hôpital de jour à la suite d'une consultation à l'urgence ou d'une hospitalisation brève en psychiatrie. De plus, l'étude visait à dresser des profils personnologiques à partir des facettes de la personnalité du MATP afin d'identifier les traits pathologiques qui semblent le plus contribuer au fait de commettre ou de subir de la VC.

Les résultats font état de la prévalence élevée de VC au sein d'un échantillon de personnes souffrant de TPL, soit 2 à 3 fois plus que les estimations connues au Canada (Cotter, 2021) et à l'international (OMS, 2017). La proportion de participants/participant^{es} rapportant à la fois commettre et subir de la VC est également élevée; 85,9 % pour la VC psychologique et 52,9 % pour la VC physique, mettant ainsi en évidence le caractère bidirectionnel de cette problématique. Ces résultats font écho aux écrits de Capaldi et collaborateurs (2003) quant à la nature mutuelle de la VC, ce qui pourrait être particulièrement le cas au sein de couples dans lesquels l'un des partenaires, voire possiblement les deux partenaires, souffrent de TPL (Bouchard et coll., 2009; Landucci et Foley, 2014). Dans de telles unions, il semble exister une représentation paradoxale de la relation où les partenaires éprouvent à la fois un besoin intense de proximité et d'attention, mais également ont tendance à manifester des comportements agressifs prenant la forme de rejet, de mépris, de violence envers l'autre, lorsque les besoins ne sont pas comblés ou lorsque la peur d'être abandonné survient (Fruzzetti et Fruzzetti, 2003; Links et Stockwell, 2001).

Il semble qu'une forte dysrégulation émotionnelle (Labilité affective), jumelée à une attitude frauduleuse, malhonnête (Duplicité) et irrespectueuse des besoins de l'autre (Irresponsabilité), ainsi qu'une tendance à prêter de mauvaises intentions aux autres (Méfiance) et à agir impulsivement et dangereusement, sans égard aux conséquences (Prise de risques), correspondent au profil des gens souffrant de TPL qui s'engagent dans la VC psychologique et physique envers leur partenaire, appuyant en partie les résultats de Dowgwillo et collaborateurs (2016). Mais c'est surtout la présence de sentiments de colère et d'irritabilité en réponse aux affronts réels ou perçus, exprimés par des comportements méchants et vengeurs (Hostilité), qui semble être le facteur de risque le plus important à la VC psychologique et physique commise, répliquant ainsi les résultats obtenus par Munro

et Sellbom (2020) auprès d'un échantillon de la communauté. Pour les femmes, le fait de manquer de respect et d'égard envers les autres, dont envers le/la partenaire (Irresponsabilité, Dureté/Insensibilité), semble central dans l'explication des comportements violents commis, ce qui corrobore partiellement les résultats obtenus par Dowgwillo et collaborateurs (2016) quant à la prédominance des domaines Désinhibition et Antagonisme dans l'explication de la VC.

Les profils personnologiques des personnes victimes de VC apparaissent légèrement plus hétérogènes et ont aussi été moins étudiés jusqu'à maintenant. Bien que la présence de sentiments de colère et d'irritabilité (Hostilité) ainsi que la tendance à s'engager dans des activités dangereuses et risquées (Prise de risque) permettent de distinguer les victimes des non-victimes de VC psychologique et physique, les analyses de régression montrent que le manque de respect envers les autres et à l'égard de ses propres engagements (Irresponsabilité) serait le facteur explicatif le plus important à la violence subie, surtout la violence physique et surtout chez les femmes. Ce résultat semble congruent avec l'hypothèse que la désinhibition (impulsivité, prise de risques) serait associée à la victimisation et à la revictimisation (Ménard et Pincus, 2014). Il semble que l'incapacité ou l'insouciance à respecter les ententes, les engagements et les responsabilités pourrait amener les personnes à vivre dans une situation de désorganisation et de vulnérabilité où elles n'ont d'autre choix que de rester dans une relation, même abusive, pour subvenir à leurs besoins ou à ceux de leurs enfants. Prenons par exemple, un parent aux prises avec des difficultés financières à cause d'une gestion négligente de ses avoirs, pourrait se retrouver contraint de maintenir la cohabitation avec un/une partenaire violent/violente étant dans l'impossibilité de défrayer les coûts pour un nouvel hébergement. Le profil de désinhibition, et en particulier la facette Prise de risques, pourrait également correspondre à une tendance à la revictimisation souvent rencontrée chez les personnes présentant un TPL; les antécédents d'abus à l'enfance sont d'ailleurs à la fois un facteur de risque pour le développement de TP et le fait d'être victime de VC à l'âge adulte (Cotter, 2021; Pereira et coll., 2020; Pico-Alfonso et coll., 2008). Il est aussi possible que le stress engendré par le fait d'être victime de VC dans son couple puisse provoquer avec le temps une constellation de traits de personnalité et de comportements problématiques typiques d'un TP (limite, schizoïde, évitant, autodéfaitiste, schizotypique et paranoïaque; Pico-Alfonso et coll., 2008).

Des traits élevés reliés au domaine Antagonisme (absence de culpabilité, de remords, malhonnêteté) distingueraient aussi les personnes se décrivant comme victimes de violence psychologique des non victimes. Ces traits avaient aussi été observés par Miano et collaborateurs (2021), mais dans un contexte très spécifique de violence psychologique (*gaslighting*). Quelques explications pourraient être avancées afin d'expliquer ce résultat. D'abord, le développement de traits antagonistes pourrait constituer une forme de mécanisme de défense afin de se protéger de la souffrance vécue liée à la VC dans la relation, à l'insatisfaction conjugale ou à la peur d'être abandonné (Pereira et coll., 2020). Une autre hypothèse est que la froideur et la malhonnêteté dont font preuve ces individus pourraient faire en sorte de provoquer, volontairement ou inconsciemment, leur partenaire, ces derniers réagissant à leur attitude insensible et fourbe par de la VC afin de les faire réagir ou encore pour se défendre. Enfin, ce résultat pourrait aussi être le simple reflet qu'une part importante des participants/participantes rapportent à la fois subir et commettre de la VC psychologique, les traits antagonistes étant aussi caractéristiques des auteurs de VC.

Les personnes qui rapportent être victimes de violence physique afficheraient un profil d'évitement des interactions sociales (Retrait, Évitement de l'intimité) et/ou d'insoumission, et ce, surtout chez les hommes. Ce profil ressemble à celui observé chez des femmes victimes de VC dans l'étude de Pico-Alfonson et collaborateurs (2008), mettant en évidence des scores plus élevés notamment à des échelles de personnalité schizoïde, évitante, autodéfaitiste, et schizotypique. Chez ces personnes, les traits rapportés pourraient être un effet de la VC subie (s'isolent, se retirent des interactions pour se protéger), mais ils pourraient également contribuer aux actes agressifs du partenaire dans un patron de communication de type demande-retrait (Christensen, 1987), dans lequel la VC est utilisée par le partenaire comme ultime tentative afin de solliciter, voire « d'arracher » des réactions et des manifestations d'affection de la part de la personne.

Il est également important de noter que tant les hommes que les femmes qui se disent victimes de violence physique se décrivent comme aux prises avec des expériences inhabituelles de la réalité, pouvant aller jusqu'à des symptômes quasi hallucinatoires. Ces traits ont été reconnus comme liés à un déficit dans les processus de mentalisation (Moskowitz, 2004) qui rend les personnes moins en mesure de se protéger en relation ou de mettre un terme à des relations toxiques (p. ex. Asen et Fonagy, 2017). Ainsi, l'incapacité à comprendre ses

propres états mentaux et ceux des autres peut mener à une mauvaise évaluation des dynamiques relationnelles, à minimiser ou à nier même les comportements violents, rendant ainsi ces gens plus à risque de se retrouver avec des partenaires agresseurs (West et George, 1999).

Plusieurs limites se doivent d'être mentionnées en lien avec la présente étude. D'abord, la faible taille de l'échantillon et la disproportion hommes-femmes rendent la généralisation des résultats incertaine; par conséquent, les résultats en fonction du sexe doivent être interprétés avec précaution, en particulier en ce qui a trait au sous-échantillon de participants masculins. Deuxièmement, des données concernant l'orientation sexuelle n'ont pas été recueillies; des résultats récents montrent des taux de prévalence supérieurs de VC chez les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres et queer (LGBTQ) consultant dans une unité d'urgence (Harland et coll., 2018). Troisièmement, la durée des unions, la situation résidentielle et/ou parentale des participants/participantes, les raisons de même que les contextes associés aux actes de VC commis ou subis (p. ex. pour se défendre, pour provoquer) n'ont pu être documentés. L'ajout de telles variables permettrait de mieux comprendre les dynamiques relationnelles dans lesquelles survient la VC chez les couples dont l'un ou les deux partenaires souffrent de TPL; elles pourraient être intégrées à des analyses de régression subséquentes en servant de variables de contrôle. Enfin, aucune autre source d'information n'était disponible pour documenter la VC (p. ex. rapports de police, données du partenaire). La réalisation d'études longitudinales dyadiques dans lesquelles les données à plusieurs temps de mesure de la personne et du/de la partenaire seraient incluses pourrait considérablement bonifier notre compréhension des dynamiques relationnelles des personnes souffrant de TPL et aux prises avec une problématique de VC. Enfin, plusieurs autres variables relationnelles mériteraient d'être évaluées simultanément, notamment l'attachement amoureux, sachant que des styles d'attachement insécurisés sont fréquents chez les gens souffrant d'un TPL (Hill et coll., 2011; Navarro-Gomez et coll., 2017).

Malgré les limites précédemment nommées, l'étude permet de documenter les profils spécifiques des auteurs et des victimes de VC chez une clientèle québécoise de personnes souffrant de TPL et consultant dans un programme d'hôpital de jour à l'aide du MATP. Elle est aussi la première étude à s'intéresser à un échantillon clinique ainsi qu'à la VC à la fois commise et subie. Les résultats permettent de mettre en évidence qu'au-delà du diagnostic de TPL, un noyau

circonscrit de facettes de la personnalité (en particulier l'Hostilité, l'Irresponsabilité et la Dureté/Insensibilité), semblable aux résultats d'études réalisées auprès de gens de la communauté, caractérise à la fois les personnes qui commettent de la VC et celles qui en subissent. Les profils de personnalité similaires entre les auteurs et les victimes de VC semblent liés au caractère bidirectionnel de la VC rapporté chez une clientèle de gens souffrant de TPL.

Conclusion

À la lumière des résultats de la présente étude et d'un point de vue clinique, il pourrait être avantageux de tenir compte des profils personnologiques précédemment décrits dans l'intervention en VC. D'ailleurs, il existe un nombre important d'approches validées empiriquement pour le TPL, autant en individuel qu'en couple, dont les stratégies thérapeutiques pourraient être plus systématiquement intégrées dans l'intervention en VC, notamment la gestion des émotions (dont la colère) et de l'impulsivité, le développement des habiletés d'empathie et de mentalisation, et la considération des traumatismes et de l'attachement (p. ex. Thérapie dialectique-comportementale, Fruzzetti et coll., 2007; Linehan et coll., 1991; Psychothérapie centrée sur le transfert, Yeomans et coll., 2015; Thérapie basée sur la mentalisation, Bateman et Fonagy, 2004). D'autant plus que peu d'appuis empiriques existent quant à l'efficacité des programmes d'intervention traditionnels en VC, notamment le modèle féministe de Duluth et l'approche cognitive-comportementale (p. ex. Yakeley, 2021). Les effets les plus importants ont d'ailleurs été observés lorsque des interventions en VC étaient jumelées à d'autres types de traitements (Stover et coll., 2009). Dans le même ordre d'idées, l'évaluation systématique de la VC en présence des profils personnologiques précédemment dépeints chez une clientèle de TPL devrait également faire partie des pratiques usuelles. Ainsi, la considération de traits de personnalité spécifiques pour étudier la VC commise et subie, et ce, autant chez une clientèle de gens souffrant de TPL que dans la communauté, contribue à une meilleure compréhension de la problématique et surtout à l'identification de cibles d'intervention à prioriser.

RÉFÉRENCES

- Adams, A. E., Sullivan, C. M., Bybee, D. et Greeson, M. R. (2008). Development of the Scale of Economic Abuse. *Violence Against Women*, 14, 563-588. <http://dx.doi.org/10.1177/1077801208315529>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Asen, E. et Fonagy, P. (2017). Mentalizing family violence part 1 : Conceptual framework. *Family Process*, 56(1), 6-21. <https://doi.org/10.1111/famp.12261>
- Bateman, A. et Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36-51. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772>
- Benazon, N. R. et Coyne, J. C. (2000). Living with a depressed spouse. *Journal of Family Psychology*, 14, 71-79. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/0893-3200.14.1.71>
- Black, M. C. (2011). Intimate partner violence and adverse health consequences: Implications for clinicians. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5(5), 428-439. <https://doi.org/10.1177%2F1559827611410265>
- Bouchard, S., Sabourin, S., Lussier, Y. et Villeneuve, É. (2009). Relationship quality and stability in couples when one partner suffers from borderline personality disorder. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35, 446-455. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00151.x>
- Breiding, M. J., Basile, K. C., Smith, S. G., Black, M. C. et Mahendra, R. (2015). *Intimate partner violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements* (version 2.0). Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Capaldi, D. M., Shortt, J. W. et Crosby, L. (2003). Physical and Psychological Aggression in at-risk young couples: Stability and change in young adulthood. *Merrill-Palmer Quarterly*, 49, 1-27. <https://doi.org/10.1353/mpq.2003.0001>
- Christensen, A. (1987). Detection of conflict pattern in couples. Dans K. Hahlweg et M. J. Goldstein (dir.), *Understanding major mental disorder: The contribution of family interaction research* (p. 250-265). Family Process Press.
- Collison, K. L. et Lynam, D. R. (2021). Personality disorders as predictors of intimate partner violence: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 88, 102047.
- Cotter, A. (2021). Intimate partner violence in Canada, 2018: An overview. *Juristat*, 41 (1), 85-002-X. Récupéré le 7 avril 2022 à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2021001/article/00003-eng.pdf>
- Dowgwillo, E. A., Ménard, K. S., Krueger, R. F. et Pincus, A. L. (2016). DSM-5 pathological personality traits and intimate partner violence among male and female college students. *Violence and Victims*, 31(3), 416-437. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-14-00109>
- Fruzzetti, A. E. et Fruzzetti, A. R. (2003). Borderline personality disorder. Dans D. K. Snyder et M. A. Whisman (dir.), *Treating difficult couples: Helping clients with coexisting mental and relationship disorders* (p. 235-260). Guilford Press.
- Fruzzetti, A. E., Stantisteban, D. A. et Hoffman, P. D. (2007). Dialectical behavior therapy with families. Dans L. A. Dimeff et K. Koerner (dir.), *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings* (p. 222-244). Guilford Press.

- Garcia-Moreno, C., Jansen, H. A. F. M., Ellsberg, M., Heise, L., Watts, C. H. (2006) et WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence, *The Lancet*, 368(9543), 1260-1269. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69523-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69523-8).
- Harland, K. K., Peek-Asa, C. et Saftlas, A. F. (2018). Intimate Partner Violence and Controlling Behaviors Experienced by Emergency Department Patients: Differences by Sexual Orientation and Gender Identification. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(11-12):NP6125-NP6143.
- Hill, J., Stepp, S. D., Wan, M. W., Hope, H., Morse, J. Q., Steele, M., Steele, H. et Pilkonis, P. A. (2011). Attachment, borderline personality, and romantic relationship dysfunction. *Journal of Personality Disorder*, 25(6), 789-805. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.6.789>
- Hines, D. A. et Saudino, K. J. (2003). Gender differences in psychological, physical, and sexual aggression among college students using the Revised Conflict Tactics Scales. *Violence and Victims*, 18, 197-217. <https://doi.org/10.1891/vivi.2003.18.2.197>
- Holtzworth-Munroe, A., Meehan, J. C., Herron, K., Rehman, U. et Stuart, G. L. (2000). Testing the Holtzworth-Munroe and Stuart (1994) batterer typology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1000-1019. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.68.6.1000>
- Holtzworth-Munroe, A. et Stuart, G. L. (1994). Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin*, 116, 476-497. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.116.3.476>
- Jennings, M. (2017). The association between DSM-5 personality pathology traits and violence. *SMU Journal of Undergraduate Research*, 3(6). <https://doi.org/10.25172/jour.3.1.6>
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D. et Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42(9), 1879-1890. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291711002674>
- Landucci, J. et Foley, G. N. (2014). Couples therapy: Treating selected personality-disordered couples within a dynamic therapy framework. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 11(3-4), 29-36. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1353/mpq.2003.0001>
- Leclerc, P., Savard, C., Sellbom, M., Côté, A., Nolin, M.-C., Payant M., Roy, D. et Gamache, D. (2023). Investigating the Validity and Measurement Invariance of the Personality Inventory for DSM-5 Faceted Brief Form among French-speaking Clinical and Nonclinical Samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. Prépublication. <https://doi.org/10.1007/s10862-022-10000-0>
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E. et Suarez, A. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archive of General Psychiatry*, 48(12), 1060-1064. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810360024003>
- Links, P. S. et Stockwell, M. (2001). Is couple therapy indicated for borderline personality disorder? *American Journal of Psychotherapy*, 55(4), 491-506.
- Lussier, Y. (1997). *Traduction française de l'échelle révisée des stratégies de résolution de conflits*. Document inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.

- Ménard, K. S. et Pincus, A. L. (2014). Child maltreatment, personality pathology, and stalking victimization among male and female college students. *Violence and Victims*, 29(2), 300-316. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.vv-d-12-00098r1>
- Miano, P., Bellomare, M. et Genova, V. G. (2021). Personality correlates of gaslighting behaviours in young adults. *Journal of Sexual Aggression*, 27(3), 285-298. <https://doi.org/10.1080/13552600.2020.1850893>
- Moskowitz, A. (2004). Dissociation and violence: A review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 5(1), 21-46. <https://doi.org/10.1177/1524838003259321>
- Munro, O. E. et Sellbom, M. (2021). Evaluating borderline personality disorder traits in the context of an intimate partner violence intervention programme. *Psychology, Crime et Law*. Prépublication. <https://doi.org/10.1080/1068316X.2021.1929976>
- Munro, O. E. et Sellbom, M. (2020). Elucidating the relationship between borderline personality disorder and intimate partner violence. *Personality and Mental Health*, 14(3), 284-303. <https://doi.org/10.1002/pmh.1480>
- Navarro-Gómez, S., Frías, A. et Palma, C. (2017). Romantic Relationships of People with Borderline Personality: A Narrative Review. *Psychopathology*, 50(3), 175-187. <https://doi.org/10.1159/000474950>
- Organisation mondiale de la santé (2017). *Violence Against Women*. Repéré le 18 mars 2022 de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Pereira, M. E., Azeredo, A., Moreira, D., Brandão, I. et Almeida, F. (2020). Personality characteristics of victims of intimate partner violence: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 52:101423. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101423>
- Pico-Alfonso, M., Echeburua, E. et Martinez, M. (2008). Personality disorder symptoms in women as a result of chronic intimate male partner violence. *Journal of Family Violence*, 23(7), 577-588. <https://doi.org/10.1007/s10896-008-9180-9>
- Roskam, I., Galdiolo, S., Hansenne, M., Massoudi, K., Rossier, J., Gicquel, L. et Rolland, J.-P. (2015). The psychometric properties of the French version of the Personality Inventory for DSM-5. *PLoS ONE*, 10, Article e0133413. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0133413>
- Smith, S. G., Zhang, X., Basile, K. C., Merrick, M. T., Wang, J., Kresnow, M. et Chen, J. (2018). *The National Intimate Partner and sexual violence survey (NISVS): 2015 data Brief—Updated release*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Spencer, C., Mallory, A. B., Cafferky, B. M., Kimmes, J. G., Beck, A. R. et Stith, S. M. (2019). Mental health factors and intimate partner violence perpetration and victimization: A meta-analysis. *Psychology of Violence*, 9(1), 1-17. <https://doi.org/10.1037/vio0000156>
- Statistique Canada. (2019). *Just Facts: Intimate Partner Violence*. Department of Justice Canada.
- Stern, R. (2007). *The gaslight effect: How to spot and survive the hidden manipulations other people use to control your life*. Morgan road books.
- Stover, C. S., Meadows, A. L. et Kaufman, J. (2009). Interventions for intimate partner violence: Review and implications for evidence-based practice.

- Professional Psychology: Research and Practice*, 40(3), 223-233. <https://doi.org/10.1037/a0012718>
- Straus, M. A. et Douglas, E. M. (2004). A short form of the revised conflict tactics scales, and typologies for severity and mutuality. *Violence and Victims*, 19(5), 507-520. <https://doi.org/10.1891/vivi.19.5.507.63686>
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S. et Sugarman, D. B. (1996). The revised conflict tactics scales (CTS2). Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues* 17, 283-316. <https://doi.org/10.1177/019251396017003001>
- West, M. et George, C. (1999). Abuse and violence in intimate adult relationships: New perspectives from attachment theory. *Attachment & Human Development*, 1(2), 137-156. <https://doi.org/10.1080/14616739900134201>
- Yeomans, F.E., Clarkin, J. F. et Kernberg, O. F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Publishing.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Marino, M. F., Haynes, M. C. et Gunderson, J. G. (1999). Violence in the lives of adult borderline patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(2), 65-71. <https://doi.org/10.1097/00005053-199902000-00001>
- Zhang, T., Hoddenbagh, J., McDonald, S. et Scrim, K. (2013). *Une estimation de l'incidence économique de la violence conjugale au Canada en 2009*. Récupéré le 7 avril 2022 à https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jp-cj/vf-fv/rr12_7/index.html

Matériel supplémentaire

TABEAU S1

Associations entre les variables descriptives de l'ensemble de l'échantillon et la violence conjugale physique et psychologique, commise et subie

	Violence physique				Violence psychologique			
	Commise		Subie		Commise		Subie	
	<i>p</i>		<i>p</i>		<i>p</i>		<i>p</i>	
Âge ^a	- 0,15	0,12	- 0,70	0,47	- 0,04	0,69	- 0,52	0,60
Scolarité ^b	4,50	0,61	2,65	0,85	8,29	0,22	7,37	0,29
Occupation ^b	3,87	0,53	0,93	0,92	1,97	0,74	0,99	0,91
Revenu ^b	12,27	0,20	8,18	0,52	7,52	0,58	10,42	0,32
Statut conjugal ^b	2,54	0,77	3,50	0,62	14,53	0,01	10,17	0,07

Note. ^a L'association entre l'âge et les variables de violence a été calculée à l'aide d'une corrélation bivariable de Pearson.

^b Les associations entre le niveau de scolarité, l'occupation, le revenu et le statut conjugal et les variables de violence ont été calculées à l'aide de comparaison de groupes non paramétriques (Kruskal-Wallis).

* $p < 0,05$.

La propension à la honte dans le trouble de personnalité limite : réflexion critique à partir de données québécoises

David Théberge^a

Dominick Gamache^b

Sébastien Héту^c

Julie Maheux^d

Claudia Savard^e

RÉSUMÉ Objectifs La honte est un sentiment douloureux qui surgit lorsqu'une personne a l'impression d'avoir commis une offense ou contrevenu à un standard personnel ou moral. Les expériences de honte sont souvent intenses et entraînent une évaluation globale négative de soi ; la personne a alors le sentiment d'être

-
- a. Ph. D., Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Canada.
 - b. Ph. D. Professeur, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières. Centre de recherche CERVO, Université Laval. Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS), Université de Montréal, Québec, Canada.
 - c. Ph. D. Professeur adjoint, Département de psychologie, Université de Montréal. Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS), Université de Montréal. Centre interdisciplinaire de recherche sur le cerveau et l'apprentissage, Université de Montréal, Québec, Canada.
 - d. Ph. D. Professeure, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières. Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS), Université de Montréal, Québec, Canada.
 - e. Ph. D. Professeure titulaire, Département des fondements et pratiques en éducation, Université Laval. Centre de recherche CERVO, Université Laval. Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS), Université de Montréal, Québec, Canada.

mauvaise, faible, sans valeur, ou de mériter le mépris d'autrui. Certaines personnes sont davantage portées à ressentir de la honte. Bien que cette dernière ne figure pas à titre de critère diagnostique du trouble de personnalité limite (TPL) dans le DSM-5, des études scientifiques suggèrent que la honte est un sentiment caractéristique chez les personnes présentant ce trouble. L'objectif de la présente étude est d'apporter des indices supplémentaires afin de documenter la propension à la honte chez les personnes présentant une symptomatologie limite à partir de données issues de la population québécoise.

Méthode Un total de 646 adultes provenant de la population générale québécoise ont répondu en ligne à la version courte de la *Borderline Symptom List* (BSL-23), qui mesure la sévérité des symptômes associés au TPL selon une perspective dimensionnelle, ainsi qu'à l'*Experience of Shame Scale* (ESS) mesurant la propension à la honte dans différentes sphères de la vie d'une personne. Les participants et participantes ont été divisés en 4 groupes sur la base de leurs symptômes limites, selon la classification de Kleindienst et collaborateurs (2020), et comparés quant à leurs scores de honte: a) peu ou pas de symptômes limites ($n = 173$); b) symptômes faibles ($n = 316$); c) symptômes modérés ($n = 103$); d) degrés élevés, très élevés ou extrêmement élevés de symptômes limites ($n = 54$).

Résultats Des différences entre les groupes avec de grandes tailles d'effet dans toutes les sphères mesurées par l'ESS ont été relevées, suggérant que la honte a tendance à être plus importante chez les personnes présentant des traits limites plus marqués.

Conclusion Les résultats sont discutés dans une perspective clinique du TPL, en mettant l'accent sur l'importance de faire de la honte une cible d'intervention en psychothérapie chez cette clientèle. De plus, ces résultats soulèvent des questions d'ordre conceptuel quant à la place significative que la honte devrait occuper dans le diagnostic et le traitement du TPL.

MOTS CLÉS honte, trouble de personnalité limite, traits de personnalité limite, psychothérapie, propension à la honte

Shame Proneness in Borderline Personality Disorder: Critical Reflection Based on Data from the Province of Quebec

ABSTRACT Objectives Shame is a painful feeling that one feels when under the impression of having committed an offence or contravened to a personal or moral standard. Shame experiences are often intense and entail a global, negative self-evaluation; persons then feel like they are bad, weak, worthless, or deserving others' contempt. Some people are more prone to shame feelings. Although shame is not listed as a diagnostic criterion of borderline personality disorder (BPD) in the DSM-5, studies suggest that shame is an important feature in individuals with BPD. The aim of this study is to garner additional data to document

shame proneness in individuals presenting with borderline symptomatology in the population from the Province of Quebec.

Method Overall, 646 community adults from the Province of Quebec completed online the brief version of the Borderline Symptom List (BSL-23), measuring the severity of symptoms associated with BPD from a dimensional perspective, and to the Experience of Shame Scale (ESS), measuring shame proneness in various areas of a person's life. Participants were then compared on their shame scores after they were assigned to one of the four groups based on Kleindienst et al. (2020) classification of severity of borderline symptoms: (a) none or low symptoms ($n = 173$), (b) mild symptoms ($n = 316$), (c) moderate symptoms ($n = 103$), or (d) high, very high or extremely high symptoms ($n = 54$).

Results Between-group differences were found with large effect sizes in all shame areas measured by the ESS, suggesting that shame feelings tend to be greater in persons presenting more borderline traits.

Conclusion Results are discussed in a clinical perspective of BPD, emphasizing the importance of having shame as a clinical target in psychotherapy with these clients. Furthermore, our results raise conceptual questions regarding how to integrate shame in the assessment and treatment of BPD.

KEYWORDS shame, borderline personality disorder, borderline personality traits, psychotherapy, shame proneness

La honte est un sentiment douloureux qui émane lorsqu'une personne expérimente le sentiment d'être exposée au regard désapprobateur d'autrui, d'avoir commis une offense ou contrevenu à un standard personnel ou sociétal important, ou encore lorsqu'elle a l'impression que son statut ou son sentiment d'acceptation sociale sont menacés (Dearing et Tangney, 2011; Lansky, 2005; Tangney et Dearing, 2002). En d'autres mots, il s'agit d'une condamnation douloureuse de soi qui amène la personne à se sentir mauvaise, sans valeur, faible et méritant le mépris d'autrui (Dearing et Tangney, 2011; Giner-Sorolla, 2012). La honte peut être normale et adaptative à tout âge; en effet, lorsque présente en intensité modérée, ce sentiment peut motiver des actions prosociales comme le désir de réparer un tort commis ou de préserver son image de soi (Giner-Sorolla, 2012; Sznycer et coll., 2018). Toutefois, elle peut aussi devenir chronique et envahissante (Unoka et Vizin, 2017). Il ne semble pas y avoir de consensus à ce jour quant aux différentes dimensions de la honte. On retrouve ainsi plusieurs terminologies dans la littérature scientifique, notamment la honte existentielle

(c.-à-d. sans cause externe apparente), cognitive (c.-à-d. en lien avec les standards moraux, la compétence ou l'exclusion sociale), caractérielle (c.-à-d. par rapport à sa personne et ses caractéristiques individuelles), comportementale (c.-à-d. la honte par rapport à ses actes et gestes) et corporelle (c.-à-d. la honte de son corps ou de parties de son corps), pour ne nommer que celles-ci (p. ex. Andrews et coll., 2002; Scheel et coll., 2014). Enfin, la honte peut être inhérente à certains contextes spécifiques, notamment à celui du processus psychothérapeutique dans la mesure où les personnes exposent des parties d'elles-mêmes qu'elles auraient préféré garder dissimulées (Greenberg et Paivio, 1997).

Certaines personnes présenteraient une propension plus élevée à vivre de la honte (Dearing et Tangney, 2011), notamment celles aux prises avec une fragilité de la personnalité telle que le trouble de personnalité limite (TPL; Lansky, 2005; Schore, 2003). Bien que la honte ne figure pas parmi les critères diagnostiques du TPL dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013), plusieurs études ont montré que la honte y joue un rôle important, voire déterminant (p. ex. Buchman-Wildbaum et coll., 2021; Unoka et Vizin, 2017). En ce sens, la méta-analyse de Buchman-Wildbaum et collaborateurs (2021) révèle que les personnes participantes présentant un TPL rapportent plus de honte que les groupes témoins non cliniques. D'autres études ont mis en lumière que les personnes présentant un TPL rapportent également une plus grande propension à la honte que des groupes témoins cliniques. En effet, Scheel et collaborateurs (2014) ont mené une étude dans laquelle ils ont comparé les scores de honte des personnes présentant un TPL à ceux de 3 autres groupes cliniques dans lesquels les personnes avaient reçu un diagnostic de phobie sociale, de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, ou un trouble dépressif caractérisé, ainsi qu'à ceux d'un 4^e groupe issu de la communauté. Les résultats montrent que les personnes présentant un TPL ont rapporté plus de honte pour toutes les formes étudiées (honte globale, existentielle, corporelle et cognitive) que les 4 autres groupes. De façon similaire, d'autres chercheurs et chercheuses (Unoka et Vizin, 2017), se sont intéressés aux associations entre la honte et les symptômes limites en comparant un groupe présentant un TPL avec un groupe clinique sans trouble de la personnalité (TP) et un groupe témoin non clinique. Leurs résultats montrent que les personnes présentant un TPL rapportent des scores de honte caractérielle et corporelle plus élevés que les 2 autres groupes, ainsi que des scores de honte comportementale significativement différents du groupe témoin

non clinique, mais pas du groupe témoin clinique. Les résultats de leur étude révèlent également que l'instabilité de l'identité chez les personnes présentant un TPL est positivement corrélée avec la honte caractérielle, comportementale et corporelle, alors que les difficultés relationnelles sont positivement corrélées avec la honte corporelle seulement. Ces résultats mettent en lumière le fait que les personnes présentant un TPL rapportent les scores de honte les plus élevés et que ceux-ci sont directement associés à certains symptômes intrapsychiques et interpersonnels du trouble. Une autre étude fait état de scores supérieurs de honte, de culpabilité et d'anxiété à des questionnaires autorapportés pour les personnes présentant un TPL comparativement à un autre groupe composé de personnes présentant une phobie sociale (Rüsch et coll., 2007). D'autre part, dans leur étude longitudinale menée sur une période de 16 ans, Karan et collaborateurs (2014) se sont intéressés aux scores de honte de personnes présentant un TPL comparativement à des personnes présentant un autre TP. Leurs résultats révèlent des scores de honte 2,5 fois plus élevés pour les personnes présentant un TPL. En somme, ces études permettent de constater que la propension à la honte constitue une caractéristique importante du TPL.

Malgré de tels résultats, la honte continue d'être absente des descriptions diagnostiques du TPL. En effet, la plupart des publications mettent généralement l'accent sur d'autres caractéristiques importantes comme la dérégulation émotionnelle, la perturbation de l'identité, ainsi que l'instabilité dans les relations interpersonnelles (p. ex. APA, 2013; Bohus et coll., 2021). Unoka et Vizin (2017) appuient pour leur part la thèse selon laquelle les symptômes du TPL pourraient être conceptualisés comme des tentatives dysfonctionnelles de régulation des sentiments de honte. En effet, selon la théorie de « la boussole de la honte » (Nathanson, 1992), chaque personne est appelée à « choisir » l'une des 4 défenses de prédilection pour réguler les sentiments de honte : a) le retrait ; b) l'évitement ; c) l'attaque de soi ; d) l'attaque de l'autre. Une personne peut avoir recours à plusieurs stratégies ou changer sa stratégie de prédilection selon le contexte. Ainsi, en transposant cette théorie aux symptômes limites, Unoka et Vizin (2017) suggèrent que, par exemple : a) la consommation de substances serait un moyen de se soustraire aux sentiments de honte ; b) les symptômes dissociatifs permettraient d'éviter d'entrer en contact avec la douleur induite par la honte ; c) l'automutilation pourrait être vue comme une attaque envers soi ; d) les manifestations de colère et les relations interpersonnelles houleuses s'apparenteraient à une attaque envers autrui.

La thèse proposée par Unoka et Vizin (2017) trouve un écho chez d'autres auteurs qui se sont également intéressés à la régulation de la honte chez les personnes présentant un TPL. Schoenleber et Berenbaum (2012) rapportent que les stratégies mal adaptées de régulation de la honte contribuent au développement et au maintien des TP en général, incluant le TPL. Ces auteurs présentent diverses stratégies de régulation utilisées par les personnes avec un TPL qui incluent le perfectionnisme, se placer en position de dépendance envers autrui pour éviter de commettre une faute ou de prendre une mauvaise décision, ainsi que diverses formes d'agression, dont l'agression dirigée vers soi. En effet, Brown et collaborateurs (2009) rapportent que la honte agit en tant que prédicteurs des comportements automutilatoires dans le TPL, suggérant l'hypothèse que ces comportements traduisent un désir d'autopunition afin de réguler ce sentiment.

Objectif de la présente étude

Les écrits théoriques et empiriques suggèrent que la honte occupe une place importante, bien que sous-estimée, dans le TPL. L'objectif de la présente étude est d'apporter des indices supplémentaires afin de documenter la propension à la honte chez les personnes présentant un TPL à partir de données issues de la population générale québécoise en comparant l'ampleur de ce sentiment chez les personnes présentant différents degrés de traits de personnalité limite. Des groupes seront formés selon la classification de la sévérité des symptômes limites proposée par Kleindienst et collaborateurs (2020) à partir d'un instrument évaluant la symptomatologie limite de manière dimensionnelle (la *Borderline Symptom List*, Bohus et coll., 2009). Nous anticipons que les groupes composés de personnes présentant un degré de sévérité de traits limites plus élevé obtiendront des scores de honte significativement plus élevés comparativement aux groupes présentant un degré de sévérité moindre de traits limites.

Méthodologie

Personnes participantes et procédure

Un échantillon de convenance, comprenant 646 personnes ($F = 384$; $H = 250$; non binaire = 12) qui ont été recrutées via les réseaux sociaux ainsi que des listes de diffusion de courriel d'universités québécoises, a

été utilisé. Les personnes ont répondu à une batterie de questionnaires en ligne. Elles étaient âgées de 18 à 78 ans ($M_{\text{âge}} = 36,16$; $\text{É-T} = 15,48$), étaient majoritairement en couple (61,8 %), et occupaient majoritairement un emploi à temps plein (39,2 %) ou étaient aux études (37,9 %).

Instruments de mesure

La version francophone (Théberge et coll., 2021) de l'*Experience of Shame Scale* (ESS; Andrews et coll., 2002) a été utilisée pour mesurer la propension à la honte. Il s'agit d'un questionnaire autorapporté de 25 items permettant de mesurer 3 dimensions de la honte se subdivisant en 8 sphères de la vie dans lesquelles il est possible de ressentir de la honte

- a) caractérielle ($\alpha = 0,92$) qui comprend :
 - 1) habitudes personnelles ($\alpha = 0,83$),
 - 2) comportement avec les autres ($\alpha = 0,80$),
 - 3) type de personne ($\alpha = 0,82$),
 - 4) habiletés personnelles ($\alpha = 0,80$);
- b) comportementale ($\alpha = 0,91$) qui comprend :
 - 5) faire quelque chose de mal ($\alpha = 0,77$),
 - 6) dire quelque chose de stupide ($\alpha = 0,84$),
 - 7) échouer dans une situation de compétition ($\alpha = 0,88$);
- c) corporelle ($\alpha = 0,87$) qui est considérée à la fois comme une dimension et une sphère.

En plus des scores aux sous-échelles, le score total moyen a également été utilisé ($\alpha = 0,95$), un score plus élevé représentant une plus grande propension à la honte. Les personnes ont été invitées à répondre à l'ESS à l'aide d'une échelle de type Likert allant de 1 à 4.

Les traits limites ont été mesurés à l'aide de la version francophone abrégée (Nicastro et coll., 2016) de la *Borderline Symptom List* (BSL-23; Bohus et coll., 2009). Il s'agit d'une échelle autorapportée de 23 items permettant de mesurer les traits limites à l'aide d'une approche dimensionnelle de la personnalité. Seul le score total moyen a été utilisé ($\alpha = 0,95$), un score plus élevé indiquant des traits limites plus importants. Les personnes ont été invitées à répondre à la BSL-23 grâce à une échelle de type Likert s'étendant de 0 à 4.

Analyses statistiques

Dans un premier temps, la distribution des variables à l'étude a été examinée à l'aide de tests de Kolmogorov-Smirnov afin de déterminer si des tests paramétriques ou non paramétriques devaient être utilisés. Des groupes ont ensuite été formés selon la classification de la sévérité des symptômes limites proposée par Kleindienst et collaborateurs (2020) basée sur la BSL-23. Cette classification a été établie selon la répartition des scores à la BSL-23 d'un échantillon de personnes présentant un TPL, puis elle a été validée auprès de 3 échantillons distincts : a) un composé de personnes présentant un TPL en attente d'un traitement; b) un échantillon témoin clinique sans TPL; c) un groupe témoin ne présentant aucune psychopathologie. Kleindienst et collaborateurs proposent 6 degrés de sévérité selon le score des personnes à la BSL-23 : 1) aucun ou peu de symptômes (scores entre 0,00 et 0,28); 2) faibles symptômes (scores entre 0,28 et 1,07); 3) symptômes modérés (scores entre 1,07 et 1,87); 4) symptômes élevés (scores entre 1,87 et 2,67); 5) symptômes très élevés (scores entre 2,67 et 3,47); 6) symptômes extrêmement élevés (scores entre 3,47 et 4,00).

Ces groupes ont ensuite été comparés quant à leurs scores moyens de honte à l'ESS sur les 3 dimensions de la honte (caractérielle, comportementale et corporelle) ainsi que sur les 8 sphères de honte (habitudes personnelles, comportement avec les autres, type de personne, habiletés personnelles, faire quelque chose de mal, dire quelque chose de stupide, échouer dans une situation de compétition, corporelle).

Résultats

Dans un premier temps, la distribution des variables à l'étude a été examinée. Des tests de Kolmogorov-Smirnov ont permis de montrer que la propension à la honte et les traits limites n'étaient pas distribués normalement, respectivement $D(631) = 0,09$, $p < 0,001$ (pour le score total moyen de honte) et $D(646) = 0,15$, $p < 0,001$ (pour le score moyen de traits limites). Pour cette raison, des tests non paramétriques ont été utilisés.

Nous avons ensuite eu recours à la classification de la sévérité des symptômes limites proposée par Kleindienst et collaborateurs (2020) pour former les sous-groupes de la présente étude. Quatre groupes ont été formés : a) aucun ou peu de symptômes ($n = 173$; $F = 57,23\%$; $M_{\text{âge}} = 39,36$ ans); b) faibles symptômes ($n = 316$; $F = 59,81\%$; $M_{\text{âge}} = 36,56$ ans);

TABEAU 1
Différences de moyennes quant aux scores de honte selon le degré de sévérité des symptômes limites (N = 646)

Dimensions/Sphères de la honte	(1) Aucun ou peu de symptômes (n = 173)	(2) Faibles symptômes (n = 316)	(3) Symptômes modérés (n = 103)	(4) Symptômes élevés ou très élevés (n = 54)	<i>H</i>	<i>d</i>	Tests post-hoc significatifs
	<i>M</i> (<i>É-T</i>)	<i>M</i> (<i>É-T</i>)	<i>M</i> (<i>É-T</i>)	<i>M</i> (<i>É-T</i>)			
Honte caractérielle	1,44 (0,35)	1,81 (0,53)	2,28 (0,61)	2,88 (0,75)	211,46*	1,39	1 < 2, 3, 4; 2 < 3, 4; 3 < 4
Habitudes personnelles	1,76 (0,59)	2,19 (0,72)	2,62 (0,77)	3,06 (0,84)	130,59*	1,00	1 < 2, 3, 4; 2 < 3, 4
Comportement avec les autres	1,37 (0,40)	1,81 (0,68)	2,27 (0,80)	2,85 (0,94)	154,64*	1,11	1 < 2, 3, 4; 2 < 3, 4
Type de personne	1,34 (0,40)	1,73 (0,69)	2,20 (0,80)	2,96 (0,92)	168,99*	1,18	1 < 2, 3, 4; 2 < 3, 4; 3 < 4
Habiletés personnelles	1,29 (0,46)	1,59 (0,64)	2,03 (0,79)	2,65 (0,90)	146,59*	1,07	1 < 2, 3, 4; 2 < 3, 4; 3 < 4
Honte comportementale	1,76 (0,52)	2,09 (0,63)	2,43 (0,65)	2,91 (0,70)	123,00*	0,96	1 < 2, 3, 4; 2 < 3, 4; 3 < 4
Faire quelque chose de mal	2,16 (0,76)	2,49 (0,77)	2,91 (0,75)	3,23 (0,72)	94,23*	0,81	1 < 2, 3, 4; 2 < 3, 4
Dire quelque chose de stupide	1,75 (0,67)	2,11 (0,81)	2,38 (0,85)	2,89 (0,90)	76,86*	0,72	1 < 2, 3, 4; 2 < 3, 4; 3 < 4
Échec en situation de compétition	1,37 (0,52)	1,67 (0,71)	1,98 (0,81)	2,60 (0,99)	98,55*	0,84	1 < 2, 3, 4; 2 < 3, 4; 3 < 4
Honte corporelle	1,70 (0,67)	2,11 (0,80)	2,47 (0,86)	3,12 (0,91)	112,31*	0,91	1 < 2, 3, 4; 2 < 3, 4; 3 < 4
Propension à la honte (score total)	1,60 (0,36)	1,96 (0,49)	2,36 (0,56)	2,93 (0,64)	202,41*	1,34	1 < 2, 3, 4; 2 < 3, 4; 3 < 4

Note. Les différences de moyennes entre les groupes sont statistiquement différentes au seuil de 0,05 après correction de Bonferroni. Les scores de l'ESS pour chaque item vont de 1 à 4. *d* = *d* de Cohen (taille d'effet) calculés à partir du calculateur en ligne de Lenhard et Lenhard (2016).

* *p* < 0,001

c) symptômes modérés (*n* = 103; *F* = 62,14 %; *M*_{âge} = 32,84 ans); d) symptômes élevés, très élevés ou extrêmement élevés (*n* = 54; *F* = 59,26 %; *M*_{âge} = 29,83 ans). Pour les besoins de la présente étude, les niveaux de sévérité élevés, très élevés et extrêmement élevés ont été combinés en 1 seul groupe afin d'obtenir un sous-échantillon de taille satisfaisante pour réaliser les comparaisons entre les groupes.

Le Tableau 1, qui présente les comparaisons de moyennes entre les groupes réalisées à l'aide d'un test non paramétrique de Kruskal-Wallis, révèle dans l'ensemble des différences significatives avec de fortes tailles d'effet (*d* entre 0,72 et 1,39) selon le barème de Cohen (1988)¹ quant aux scores de honte entre les groupes correspondant aux différents degrés de sévérité des symptômes limites, suggérant que les scores de honte moyens augmentent avec le degré de sévérité des symptômes limites. Il est cependant à noter que les groupes présentant des symptômes modérés et des symptômes élevés, très élevés ou extrêmement élevés ne

1. Selon le barème de Cohen (1988), on considère qu'un *d* autour de 0,80 représente une grande taille d'effet.

présentaient pas des scores moyens statistiquement différents dans les sphères : a) habitudes personnelles ; b) comportements avec les autres ; c) faire quelque chose de mal.

Discussion

L'objectif de cette étude était de comparer l'ampleur de la honte chez les personnes présentant différents degrés de traits de personnalité limite à partir de données issues de la population générale québécoise afin de documenter la propension à la honte dans le TPL. Pour ce faire, une méthodologie ancrée dans une approche dimensionnelle (c.-à-d. utilisant des groupes formés selon une sévérité plus ou moins élevée de traits limites) a été utilisée afin d'obtenir un gradient de sévérité nous permettant de comparer les scores de honte à différents niveaux de ce gradient. Cette perspective dimensionnelle est cohérente avec le changement de paradigme en train de se produire dans l'étude de la personnalité (p. ex. APA, 2013), et semble avoir la faveur de la plupart des personnes expertes dans le domaine qui appuient notamment la thèse que cette perspective semble mieux représenter la pathologie de la personnalité (p. ex. Hopwood et coll., 2018). Concrètement, l'étude des différents degrés de traits limites permet de s'intéresser aux associations entre la honte et les traits limites auprès d'un vaste éventail de personnes présentant plus ou moins de traits limites, autant chez une population ne présentant que peu ou pas de symptômes limites que chez des personnes tendant davantage vers une sévérité des symptômes limites plus près de la pathologie.

Nos résultats ont révélé que plus les traits limites sont présents chez une personne, plus celle-ci est susceptible de présenter un score de honte significativement supérieur comparativement à une autre personne présentant moins de traits limites. Ils montrent que la honte augmente significativement à chaque « palier » de traits limites et suggèrent que la propension à la honte se distingue selon le niveau de sévérité des symptômes limites, et ce, dans toutes les sphères de la vie d'une personne. De plus, ils appuient les écrits théoriques (p. ex. Nathanson, 1992) et empiriques (p. ex. Buchman-Wildbaum et coll., 2021) quant à l'importance qu'occupe la honte chez les personnes souffrant de TPL.

Nos résultats se distinguent toutefois des écrits antérieurs dans la mesure où la plupart des recherches précédentes se sont intéressées soit aux corrélations entre le TPL et la honte, soit à des comparaisons

quant aux scores de honte entre des groupes cliniques présentant diverses psychopathologies. Notre étude permet, pour sa part, de mettre en lumière des différences quant à l'ampleur de la honte selon la sévérité des symptômes limites, suggérant que l'expérience de honte est intimement reliée à la symptomatologie du TPL.

Ces résultats soulèvent une question importante, à savoir si la honte représente simplement un corrélat externe important du TPL, ou si elle doit être considérée comme l'une de ses caractéristiques « intrinsèques » fondamentales. Des auteurs voient en effet l'absence de la honte parmi les critères diagnostiques du TPL dans le DSM-5 (APA, 2013) comme une lacune significative dans sa conceptualisation (Cândeia et Szentagotai, 2013), et plaident pour accorder à la honte une place centrale dans la définition même du trouble. À l'instar d'Unoka et Vizin (2017) qui proposent une explication des symptômes du TPL comme étant des stratégies dysfonctionnelles de régulation des sentiments de honte, Crowe (2004) établit un parallèle entre la honte et les symptômes du TPL en argumentant que les critères diagnostiques associés pourraient être conceptualisés comme des tentatives dysfonctionnelles de régulation de cette honte. Crowe défend également l'idée selon laquelle des failles dans la régulation des sentiments de honte d'un individu peuvent entraîner une instabilité de l'image de soi si menaçante qu'elle en vient à perturber les relations interpersonnelles, alors que la personne aspire plutôt à une harmonisation totale avec l'autre. Finalement, les comportements agressifs, autre caractéristique notoire du TPL (p. ex. Bohus et coll., 2021), ont été corrélés avec la honte dans d'autres études (p. ex. Peters et Geiger, 2016). Dans ces études, l'augmentation des symptômes de honte en présence de symptômes limites a été associée avec une augmentation de comportements extériorisés, d'hostilité, et de manifestations de colère. Les résultats de la présente étude pointent dans la même direction que les études antérieures en révélant qu'une augmentation des traits limites va de pair avec une augmentation de la honte.

Ainsi, les résultats d'études antérieures, de même que ceux obtenus dans la présente étude, invitent à une réévaluation de la place de la honte dans la conceptualisation contemporaine du TPL. Une avenue possible pourrait consister en l'inclusion de la propension à la honte à titre de facette dans le *Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité* (MATP) présenté dans la Section 3 du DSM-5 (APA, 2013). Dans ce modèle, les TP sont conceptualisés comme des altérations du fonctionnement de la personnalité ainsi que par diverses facettes (ou traits)

pathologiques. Le MATP comprend 25 facettes classées dans 5 grands domaines (affectivité négative, détachement, antagonisme, désinhibition et psychoticisme). Le modèle comprend également 6 troubles dont le TPL, qui inclut pour sa part plusieurs facettes (dépressivité, hostilité, impulsivité, insécurité face à la séparation, labilité émotionnelle, prise de risque et tendance anxieuse). Introduire la propension à la honte à titre de facette dans le MATP gagnerait à faire l'objet d'une réflexion, puisque cet ajout serait à la fois congruent avec la littérature actuelle sur les TP (p. ex. Schoenleber et Berenbaum, 2012), et informatif pour l'orientation clinique.

Malgré la place importante que la honte occupe dans la symptomatologie limite, elle ne figure pas parmi les cibles thérapeutiques centrales proposées par les différents modèles de psychothérapie, y compris dans les psychothérapies « manualisées » comme la thérapie dialectique comportementale (Linehan, 1993), la psychothérapie focalisée sur le transfert (Yeomans et coll., 2015), ou le *Good Psychiatric Management* (GPM; Gunderson et Links, 2014). Pourtant, peu importe l'approche théorique, ignorer les sentiments de honte en psychothérapie peut sérieusement compromettre le suivi psychologique considérant le rôle que joue la honte dans la symptomatologie limite et le monde interne de la personne (Rizvi et coll., 2011; Rüsch et coll., 2007). Par définition, la honte fait en sorte que l'individu ressent le désir de se cacher, de se soustraire au regard désapprobateur d'autrui (Lewis, 1971; Tangney et Dearing, 2002). Ainsi, la honte peut influencer le degré de détresse psychologique, et nuire à la formation et au maintien de relations intimes, incluant la relation thérapeutique, risquant ainsi de compromettre le développement de l'alliance thérapeutique (Black et coll., 2013; Dearing et Tangney, 2011). La honte est inhérente au processus psychothérapeutique, bien qu'elle puisse être subtile, du fait que la psychothérapie nécessite le dévoilement de parties intimes de soi (Dearing et Tangney, 2011; Greenberg et Paivio, 1997). Si le thérapeute échoue à reconnaître cette honte ou n'y est pas sensible², il est possible que les difficultés ou symptômes limites de la personne qui

-
2. Schore (p. ex. 2003) propose des réflexions importantes quant aux mécanismes par lesquels la honte peut se développer, mais aussi être régulée, dans la relation parent-enfant (notamment, à travers une sensibilité et une réactivité aux communications affectives de l'enfant). Les propositions de Schore, qui pourraient certes être applicables à la relation thérapeutique, sont susceptibles de guider le thérapeute sur la position thérapeutique optimale à adopter afin de favoriser cette régulation.

découlent de ce sentiment se perpétuent, qu'elle se sente incomprise, et que la psychothérapie prenne fin prématurément. Pour toutes ces raisons, il est primordial que la honte des personnes soit reconnue et abordée autant pour le développement de l'alliance thérapeutique que pour l'apaisement de la détresse émotionnelle engendrée par cette honte et le développement de saines stratégies de régulation affective (Cândeia et Szentagotai, 2013 ; Dearing et Tangney, 2011 ; Lansky, 2005). Plus spécifiquement, Rizvi et collaborateurs (2011) indiquent que travailler la honte en psychothérapie requiert une relation thérapeutique authentique et véritable, et proposent un traitement de la honte chez les personnes présentant un TPL par l'action opposée, c'est-à-dire encourager et renforcer des actions allant à l'encontre des comportements découlant de la honte. Pour ce faire, ils proposent une série de 5 étapes : 1) déterminer les indices de honte et les tendances à l'action conséquentes ; 2) évaluer si la honte est justifiée (c'est-à-dire si l'action ou l'événement risque de mener au rejet de l'individu ou contrevient aux valeurs morales de la personne) ou injustifiée ; 3) exposer l'individu aux indices de honte ; 4) bloquer les actions inadaptées ou les comportements de la personne en réponse à la honte (p. ex. le blâme de soi) ; 5) encourager et renforcer des actions allant à l'encontre des comportements découlant de la honte (Rizvi et coll., 2011 ; Rizvi et Linehan, 2005). Malgré quelques recommandations générales, très peu d'auteurs se sont intéressés empiriquement au traitement de la honte en psychothérapie. De plus, la honte, sa régulation et son traitement figurent rarement au cursus de la formation clinique de futurs psychothérapeutes. En s'intéressant à l'importance de la honte dans les traits limites, les résultats de la présente étude pourraient suggérer la nécessité de porter attention à la honte avec les personnes présentant ces traits.

Limites

D'abord, cette étude utilise un devis transversal et est réalisée à partir de questionnaires autorapportés administrés à un échantillon de convenance issu de la communauté. Nous ne pouvons exclure la présence de biais liés au style de réponse des personnes ou à des facteurs personnels (p. ex. introspection limitée), et il nous est impossible de nous assurer que les personnes participantes soient représentatives de la population générale. De futures études pourraient utiliser un devis plus sophistiqué et inclure des variables propres aux personnes, telles que

l'âge ou le genre, à l'étude des liens entre la honte et les traits limites. Cette étude ne comptait pas d'échantillon clinique de comparaison ou n'incluait pas de mesure ou d'entrevue permettant de confirmer un diagnostic de TPL, bien qu'une certaine proportion des personnes ont rapporté un niveau particulièrement élevé de traits limites, appuyant ainsi la pertinence clinique de nos résultats. Finalement, la honte n'est pas exclusive au TPL (p. ex. Căndea et Szentagotai, 2013; Schoenleber et Berenbaum, 2012), mais nos résultats ne nous permettent pas de discuter des comparaisons entre les scores de honte associés aux traits limites avec d'autres psychopathologies puisque des mesures de ces autres troubles mentaux n'ont pas été incluses dans la présente étude. D'autres études ont toutefois montré que le TPL présente des associations plus fortes avec la honte comparativement à d'autres troubles (p. ex. Karan et coll., 2014; Rüsçh et coll., 2007; Scheel et coll., 2014), ou du moins différentes comparativement, entre autres, au narcissisme pathologique (p. ex. Ritter et coll., 2014; Théberge et Gamache, 2022).

Conclusion

Nos résultats contribuent aux connaissances sur les relations entre les traits limites et la propension à la honte, suggérant que les personnes avec des traits limites plus sévères manifestent également une honte plus intense comparativement à des personnes présentant des traits limites faibles. Ces résultats portent à réfléchir sur la conceptualisation du TPL, notamment quant à la place accordée à la honte dans la définition et le traitement du trouble. Malgré les recherches attestant de l'importance de la honte dans l'expérience subjective des personnes présentant des symptômes limites, la honte n'est que rarement citée comme cible de traitement psychologique.

Les recherches futures doivent continuer à s'intéresser à l'association entre la honte et le TPL, notamment à la lumière des théories suggérées par Crowe (2004) et Unoka et Vizin (2017). Les symptômes intériorisés du TPL étant surreprésentés dans la BSL-23, des études utilisant des questionnaires davantage axés sur les comportements externalisés pourraient permettre d'approfondir les résultats obtenus dans la présente étude. Les chercheurs et chercheuses devraient également tenter de mieux comprendre comment aborder et transformer la honte en psychothérapie, notamment avec les clientèles présentant une forte propension à la honte telle qu'observée dans le TPL, la vulnérabilité narcissique et les phobies sociales, pour ne nommer que celles-ci.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andrews, B., Qian, M. et Valentine, J. D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(1), 29-42. <https://doi.org/10.1348/014466502163778>
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R.-D., Domsalla, M., Chapman, A. L., Steil, R., Philipsen, A. et Wolf, M. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42(1), 32-39. <https://doi.org/10.1159/000173701>
- Bohus, M., Stoffers-Winterling, J., Sharp, C., Krause-Utz, A., Schmahl, C. et Lieb, K. (2021). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 398(10310), 1528-1540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00476-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00476-1)
- Brown, M. Z., Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. et Chapman, A. L. (2009). Shame as a prospective predictor of self-inflicted injury in borderline personality disorder: A multi-modal analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 47(10), 815-822. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.06.008>
- Buchman-Wildbaum, T., Unoka, Z., Dudas, R., Vizin, G., Demetrovics, Z. et Richman, M. J. (2021). Shame in borderline personality disorder: Meta-analysis. *Journal of Personality Disorders*, 35(Supplement A), 149-161. https://doi.org/10.1521/pedi_2021_35_515
- Cândeia, D.-M. et Szentagotai, A. (2013). Shame and psychopathology: From research to clinical practice. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 13, 101-113.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Academic Press.
- Crowe, M. (2004). Never good enough — part 1: Shame or borderline personality disorder? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(3), 327-334. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00732.x>
- Dearing, R. L. et Tangney, J. P. (2011). Introduction: Putting shame in context. Dans R. L. Dearing et J. P. Tangney (dir.), *Shame in the therapy hour* (p. 3-19). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12326-000>
- Giner-Sorolla, R. (2012). *Judging passions: Moral emotions in persons and groups*. Psychology Press.
- Greenberg, L. S. et Iwakabe, S. (2011). Emotion-focused therapy and shame. Dans R. L. Dearing et J. P. Tangney (dir.), *Shame in the therapy hour* (p. 69-90). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12326-000>
- Greenberg, L. S. et Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. The Guilford Press.
- Gunderson, J. G. et Links, P. S. (2014). *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder*. American Psychiatric Publishing.
- Hopwood, C. J., Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Widiger, T. A., Althoff, R. R., Ansell, E. B., Bach, B., Bagby, R. M., Blais, M. A., Bornovalova, M. A., Chmielewski, M., Cicero, D. C., Conway, C., De Clercq, B., De Fruyt, F., Docherty, A. R., Eaton, N. R., Edens, J. F., Forbes, M. K.,... Zimmermann, J. (2018). The time has come for dimensional personality disorder diagnosis. *Personality and Mental Health*, 12(1), 82-86. <https://doi.org/10.1002/pmh.1408>

- Karan, E., Niesten, I. J., Frankenburg, F. R., Fitzmaurice, G. M. et Zannarini, M. C. (2014). The 16-year course of shame and its risk factors in patients with borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 8(3), 169-177. <https://doi.org/10.1002/pmh.1258>
- Kleindienst, N., Jungkunz, M. et Bohus, M. (2020). A proposed severity classification of borderline symptoms using the borderline symptom list (BSL-23). *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 7, Article 11. <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00126-6>
- Lansky, M. R. (2005). Hidden shame. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53(3), 865-890. <https://doi.org/10.1177/00030651050530031101>
- Lenhard, W. et Lenhard, A. (2016). *Calculation of effect sizes* [Logiciel informatique]. https://www.psychometrica.de/effect_size.html.
- Lewis, H. B. (1971). Shame and guilt in neurosis. *Psychoanalytic Review*, 58(3), 419-438.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Nathanson, D. L. (1992). *Shame and pride: Affect, sex, and the birth of the self*. W. W. Norton & Company.
- Nicastro, R., Prada, P., Kung, A.-L., Salamin, V., Dayer, A., Aubry, J.-M., Guenet, F. et Perroud, N. (2016). Psychometric properties of the French borderline symptom list, short form (BSL-23). *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 3(1), 4-12. <https://doi.org/10.1186/s40479-016-0038-0>
- Peters, J. R. et Geiger, P. J. (2016). Borderline personality disorder and self-conscious affect: Too much shame but not enough guilt? *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(3), 303-308. <https://doi.org/10.1037/per0000176>
- Ritter, K., Vater, A., Rüsçh, N., Schröder-Abé, M., Schütz, A., Fydrich, T., Lammers, C.-H. et Roepke, S. (2014). Shame in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Research*, 215(2), 429-437. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.11.019>
- Rizvi, S. L., Brown, M. Z., Bohus, M. et Linehan, M. M. (2011). The role of shame in the development and treatment of borderline personality disorder. Dans R. L. Dearing et J. P. Tangney (dir.), *Shame in the therapy hour* (p. 237-260). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12326-000>
- Rizvi, S. L. et Linehan, M. M. (2005). The treatment of maladaptive shame in borderline personality disorder: A pilot study of "opposite action". *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(4), 437-447. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(05\)80071-9](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(05)80071-9)
- Rüsçh, N., Lieb, K., Göttler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H., Jacob, G. A., Corrigan, P. W. et Bohus, M. (2007). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(3), 500-508. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.3.500>
- Scheel, C. N., Bender, C., Tuschen-Caffier, B., Brodführer, A., Matthies, S., Hermann, C., Geisse, E. K., Svaldi, J., Brakemeier, E.-L., Philipsen, A. et Jacob, G. A. (2014). Do patients with different mental disorders show specific aspects of shame? *Psychiatry Research*, 220(1-2), 490-495. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.062>
- Schore, A. N. (2003). *Affect regulation and the repair of the self*. W W Norton & Co.

- Sznycer, D., Xygalatas, D., Agey, E., Alami, S., An, X.-F., Ananyeva, K. I., Atkinson, Q. D., Broitman, B. R., Conte, T. J., Flores, C., Fukushima, S., Hitokoto, H., Kharitonov, A. N., Onyishi, C. N., Onyishi, I. E., Romero, P. P., Schrock, J. M., Snodgrass, J. J., Sugiyama, L. S., . . . Tooby, J. (2018). Cross-cultural invariances in the architecture of shame. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(39), 9702-9707. <https://doi.org/doi:10.1073/pnas.1805016115>
- Tangney, J. P. et Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. The Guilford Press.
- Théberge, D., et Gamache, D. (2022). Shame : A comparative study of personality traits and profiles. *Journal of Individual Differences*, 43(4), 169-179. <https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000368>
- Théberge, D., Gamache, D., Andrews, B. et Savard, C. (2021). French adaptation of the Experience of Shame Scale: Validation in a French-Canadian sample. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 53(4), 536-541. <https://doi.org/10.1037/cbs0000272>
- Unoka, Z., et Vizin, G. (2017). To see in a mirror dimly. The looking glass self is self-shaming in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 258, 322-329. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.055>
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F. et Kernberg, O. F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Publishing.

Insomnie et risque suicidaire dans les troubles de la personnalité du groupe B : une étude comparative transversale

Magali Tisseyre^a

Alexandre Hudon^b

Charles-Édouard Giguère^c

Annie Vallières^d

Célyne Bastien^e

Félix-Antoine Bérubé^f

Lionel Cailhol^g

-
- a. Kin., M. Sc., BpsychSc(Hons), étudiante au département de psychologie de l'Université de Montréal, Québec, Canada.
 - b. B. Ing., M.D., Centre de recherche de l'institut universitaire en santé mentale de Montréal, département de psychiatrie et d'addictologie, Faculté de médecine, Université de Montréal, Québec, Canada.
 - c. M. Sc., Centre de Recherche de l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal, Québec, Canada.
 - d. M. Sc., Ph. D., École de psychologie, Université Laval; Centre de recherche CERVO; Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval, Canada.
 - e. Ph. D. École de psychologie, Université Laval; Centre de recherche CERVO, Québec, Canada.
 - f. M.D., F.R.C.P, Institut universitaire de santé mentale de Montréal; Professeur adjoint de clinique à l'Université de Montréal, Québec, Canada
 - g. M.D., Ph. D. psychiatre, Service des troubles relationnels et de la personnalité, Institut universitaire de santé mentale de Montréal; Chercheur associé au Centre de Recherche de l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal, Professeur agrégé de clinique à l'Université de Montréal, Québec, Canada.

RÉSUMÉ Objectif Le taux de mortalité par suicide parmi les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité du groupe B (TPB) se situe autour de 20 %. La haute prévalence de comorbidités anxiodépressives ainsi que l'abus de substances majorent ce risque. Selon des études récentes, l'insomnie persistante serait aussi un facteur de risque suicidaire dans ce groupe clinique. Les mécanismes expliquant cette association sont peu connus. Il a été proposé que des facteurs psychopathologiques comme la dysrégulation émotionnelle ou l'impulsivité pourraient agir comme médiateurs dans ce lien entre l'insomnie et le suicide. Afin de bien comprendre la relation insomnie-suicide dans le TPB, il est important d'identifier le rôle des comorbidités.

L'étude comporte deux objectifs. Le premier vise à comparer la sévérité des symptômes d'insomnie et le niveau d'impulsivité d'un groupe avec TPB à ceux d'un groupe contrôle, le deuxième tente d'établir les relations entre l'insomnie, l'impulsivité, les comorbidités anxiodépressives, l'abus de substance et le risque suicidaire.

Méthode Étude transversale portant sur 138 patients (âge moyen = 33,74 ; 58,7 % femmes) ayant un TPB. Les données de ce groupe, obtenues à partir d'une base de données d'un institut en santé mentale québécois (banque Signature: www.banquesignature.ca) ont été comparées à celles d'un groupe de 125 sujets sains appariés sur l'âge et le sexe et sans historique de trouble mental. C'est à l'admission aux urgences psychiatriques que le diagnostic de TPB a été déterminé à l'aide d'une entrevue diagnostique et que des questionnaires autorapportés mesurant l'anxiété, la dépression, l'impulsivité et l'abus de substances ont été remplis par les participants. Les participants du groupe contrôle se sont rendus au centre Signature afin de compléter ces mêmes questionnaires. Une matrice corrélationnelle et une régression linéaire multiple ont été utilisées pour explorer les relations entre les variables.

Résultats Le groupe avec TPB présentait des symptômes d'insomnie plus élevés et des niveaux d'impulsivité supérieurs par rapport au groupe contrôle, à l'exception du temps total de sommeil. Dans le modèle de régression, la satisfaction envers le sommeil, le manque de préméditation, l'urgence positive, la dépression et l'utilisation de substances étaient significativement associés aux scores au *Suicidal Behavior Questionnaire-Revised* (SBQ-R). Ce modèle expliquait 46,7 % de la variance des scores au SBQ-R.

Conclusion Les résultats ont permis de mettre en évidence, pour la première fois, les éléments d'insomnie et d'impulsivité qui distinguent un groupe avec TPB par rapport à un groupe contrôle sain. Cette étude indique que l'insomnie et l'impulsivité pourraient être des facteurs de risque suicidaire dans le TPB, indépendamment des comorbidités et de l'utilisation de substances. De futures études permettront de vérifier la pertinence clinique potentielle de ces éléments de risque pour cette patientèle.

MOTS CLÉS trouble de la personnalité du groupe B, insomnie, suicide, anxiété, dépression, abus de substances, abus d'alcool, impulsivité, comorbidités psychiatriques

Insomnia and suicide risk in cluster B personality disorder: a comparative cross-sectional study

ABSTRACT Objective The suicide mortality rate among people suffering from cluster B personality disorders is estimated at approximately 20%. High occurrence of comorbid depression and anxiety, as well as substance abuse, are known contributors to this risk. Not only have recent studies indicated that insomnia may be a suicide risk factor, but it is also thought to be highly prevalent in this clinical group. However, the mechanisms explaining this association are still unknown. It has been suggested that emotion dysregulation and impulsivity may mediate the link between insomnia and suicide. In order to better understand the association between insomnia and suicide in cluster B personality disorders, it is important to consider the influence of comorbidities.

The aims of this study were first to compare the levels of insomnia symptoms and impulsivity between a group of patients with cluster B personality disorder and a healthy control group and second, to measure the relationships between insomnia, impulsivity, anxiety, depression, substance abuse and suicide risk within the cluster B personality disorder sample.

Methods Cross-sectional study including 138 patients (mean age = 33.74; 58.7% women) with cluster B personality disorder. Data from this group were extracted from a Quebec-based mental health institution database (Signature bank: www.banquesignature.ca) and were compared to that of 125 healthy subjects matched for age and sex, with no history of personality disorder. Patient diagnosis was determined by diagnostic interview upon admission to a psychiatric emergency service. Anxiety, depression, impulsivity and substance abuse were also assessed at that time point via self-administered questionnaires. Participants from the control group visited the Signature center to complete the questionnaires. A correlation matrix and multiple linear regression models were used to explore relations between variables.

Results In general, more severe insomnia symptoms and higher levels of impulsivity distinguished the group of patients with cluster B personality from the sample of healthy subjects, although groups did not differ on total sleep time. When all variables were included as predictors in a linear regression model to estimate suicide risk, subjective sleep quality, lack of premeditation, positive urgency, depression level and substance use were significantly associated with higher scores on the Suicidal Questionnaire-Revised (SBQ-R). The model explained 46.7% of the variance of scores at the SBQ-R.

Conclusion This study yields preliminary evidence indicating the possible implication of insomnia and impulsivity in suicide risk for individuals with cluster B personality disorder. It is proposed that this association seems to be independent of comorbidity and substance use levels. Future studies may shed light on the possible clinical relevance of addressing insomnia and impulsivity in this clinical population.

KEYWORDS cluster B personality disorder, insomnia, suicide, anxiety, depression, substance abuse, alcohol abuse, impulsivity, psychiatric comorbidity

Introduction

Les troubles de la personnalité du groupe B (TPB) regroupent le trouble narcissique, le trouble de personnalité limite (TPL), le trouble histrionique et le trouble antisocial (American Psychiatric Association [APA], 2013). Les principaux éléments cliniques communs de ces troubles sont les difficultés relationnelles, la dysrégulation émotionnelle, l'impulsivité et les difficultés identitaires (Bohus, 2021). De nombreuses comorbidités affectent les personnes de ce groupe clinique. À cet égard, le niveau élevé de morbidité, l'atteinte fonctionnelle, le coût sociétal élevé et la mortalité accrue sont problématiques (Leichsenring et coll., 2011).

Dans le TPB, il y a aussi une perte d'années de vie par rapport à la population générale et le suicide représente la principale cause de mortalité (Cailhol et coll., 2017). Au Québec, le suicide représenterait 20,4 % de tous les décès dans le TPB, ce qui serait plus de 10 fois supérieur au taux de 1,7 % rapporté en population générale (Cailhol et coll., 2017). Il importe d'agir de façon préventive afin de réduire la propension de passage à l'acte suicidaire dans cette population. Ainsi, une meilleure compréhension des éléments contributifs au suicide est essentielle. Parmi ceux-ci, la littérature contemporaine sur le sujet dénote des facteurs de risque tels que l'insomnie et les symptômes anxiodépressifs (Selby, 2013).

L'insomnie se caractérise par des difficultés de sommeil touchant soit l'initiation, le maintien du sommeil ou un réveil matinal trop précoce. Le diagnostic de trouble d'insomnie requiert également une insatisfaction subjective quant à la qualité ou la quantité du sommeil perdurant dans le temps et menant à des atteintes diurnes fonctionnelles (APA, 2013). L'insomnie ainsi que certains de ses paramètres tels qu'un temps de sommeil total plus court, une latence d'endormissement plus longue et une insatisfaction subjective avec la qualité du

sommeil ont été reliés au suicide (Harris et coll., 2020 ; Chiu et coll., 2018 ; Gunnell et coll., 2013 ; Bjorngaard et coll., 2011 ; Gunnell et coll., 2013 ; Roane et Taylor, 2008).

Bien que la prévalence de l'insomnie dans les TPB ait été peu abordée dans la littérature, plusieurs raisons portent à croire qu'elle serait forte. Deux études portant sur des populations carcérales, comportant une grande proportion de personnes présentant un trouble de personnalité antisocial et TPL, situaient la prévalence de l'insomnie à 22,3 % (Van veen et coll., 2017 ; Kamphui et coll., 2013). Dans une autre étude portant sur des sujets atteints de TPL, la prévalence des problèmes de sommeil s'élevait à 45 % (Vanek et coll., 2021).

Le sommeil chez les personnes présentant un trouble de la personnalité demeure sous-étudié. Toutefois, le sommeil des personnes avec un TPL se caractériserait par une latence d'endormissement plus longue et une perception de la qualité du sommeil inférieure par rapport aux sujets en santé, tel que rapporté dans une méta-analyse (Winsper et coll., 2017). Dans cette même étude, les données obtenues à partir de mesures (p. ex. polysomnographie ou actigraphie) ont permis d'objectiver un temps de sommeil réduit, un temps éveillé plus grand durant la nuit, une efficacité plus basse du sommeil ainsi qu'une augmentation de la fréquence des éveils dans les groupes avec TPL par rapport à des sujets en santé.

L'insomnie serait un facteur de risque suicidaire en population générale ainsi qu'en population clinique. Toutefois, le lien entre l'insomnie et le suicide serait plus fort dans les troubles de la personnalité que dans la population générale et varierait selon le diagnostic psychologique (Malik et coll., 2014). À notre connaissance, aucune étude ne permet de préciser la force de ce lien dans les TPB, mais il serait particulièrement fort dans le TPL (Winsper et Tang, 2014). Deux méta-analyses récentes soulignent le lien entre l'insomnie et le risque suicidaire dans la population générale et dans différentes populations cliniques (Liu et coll., 2020 ; Harris et coll., 2020). Certains symptômes d'insomnie pourraient être associés à différents aspects du suicide. Dans la méta-analyse de Harris et coll. (2020), un sommeil de qualité moindre prédisait les idées suicidaires (OR = 1,74). Il y aurait une relation inversement proportionnelle entre la durée du sommeil et l'émergence de plans suicidaires (Chiu et coll., 2018). Également, il a été rapporté qu'une durée quotidienne de sommeil de moins de 4 heures augmenterait de 3 fois le risque suicidaire (Gunnell et coll., 2013) et qu'une latence d'endormissement plus longue pouvait multiplier par

2 le risque de décès par suicide (Bjorngaard et coll., 2011; Gunnell et coll., 2013; Roane et Taylor, 2008).

Les mécanismes expliquant potentiellement le lien entre l'insomnie et le suicide sont pour leur part moins bien connus. Parmi les facteurs de risque psychologiques, le rôle de l'impulsivité et de la dysrégulation émotionnelle a été considéré (Winsper et Tang, 2014). En particulier, l'augmentation d'impulsivité qui est liée au manque de sommeil pourrait augmenter la réactivité aux stimuli négatifs (Anderson et Platten, 2011) et la privation de sommeil aiguë pourrait favoriser le passage à l'acte à travers une augmentation de l'impulsivité (Porras-Segovia et coll., 2019). Par ailleurs, dans le TPL, il a été proposé que la dysrégulation émotionnelle et l'impulsivité seraient à la fois reliées au suicide et exacerbées par l'insomnie (Winsper et Tang, 2014; Plante et coll., 2013). Les résultats de 2 études récentes indiquent que l'insomnie interviendrait comme médiateur entre les symptômes du TPL et le risque suicidaire (Deshong et Toker, 2018; Scamaldo et coll., 2021). Il a également été proposé que la dysrégulation émotionnelle induite par les problèmes de sommeil aurait une association distale plutôt que directe avec le risque suicidaire (Scamaldo et coll., 2021). Pour sa part, le rôle de l'impulsivité dans la relation entre l'insomnie et le suicide n'a pas été évalué empiriquement.

Chez les personnes avec un TPB, les comorbidités anxiodépressives et l'utilisation de substances sont fréquemment rencontrées. En effet, selon l'Institut national de santé publique du Québec portant sur l'analyse des comorbidités associées aux TPB, on rapporte des niveaux élevés d'utilisation de l'alcool (13,6 %) et de troubles liés à l'usage des drogues (18,8 %) (Cailhol et coll., 2017). Le taux d'insomnie est élevé chez les personnes ayant des problèmes d'alcool (Angarita et coll., 2016) et la dépendance à l'alcool est un important facteur de risque suicidaire (Sher et coll., 2006). Les personnes avec des problèmes d'abus de substances présentent aussi des taux élevés d'insomnie (Provencher et coll., 2020). L'insomnie ainsi que l'abus de substances s'exacerbent mutuellement, en plus d'être tous deux associés au suicide (Provencher et coll., 2020). L'utilisation de substances incluant l'abus d'alcool représente la deuxième problématique mentale la plus souvent repérée parmi les personnes décédées par suicide (Cavanagh et coll., 2003).

La prévalence des troubles anxieux (89,1 %), et dépressifs (65 %) est également élevée dans le TPB (Cailhol et coll., 2017). L'insomnie, les troubles anxieux et les troubles de l'humeur sont hautement comorbides (Ohayon, 2009). L'insomnie affecte 2/3 des personnes avec un

trouble anxieux et jusqu'à 80 % des patients souffrant de dépression (Winsper et Tang, 2014). Lorsque non traitée, l'insomnie double le risque de développer une dépression (Buysse et coll., 2008). Un sommeil insuffisant peut induire ou exacerber l'anxiété (Chellappa et coll., 2022). L'association entre la dépression, l'anxiété et le comportement suicidaire est bien démontrée. Ainsi, la dépression augmenterait de 20 fois le risque suicidaire (Osby et coll., 2001). Par ailleurs, la présence simultanée de troubles anxieux et de dépression majeure représenterait un risque suicidaire supérieur (Bolton et coll., 2010). L'anxiété (Bentley et coll., 2016) ainsi que les troubles anxieux (Bolton et coll., 2008) seraient, pour leur part, associés aux tentatives de suicide. En somme, les troubles anxieux et de l'humeur semblent à la fois reliés à l'insomnie et au suicide.

Pour mieux comprendre la relation entre l'insomnie et le suicide dans le TPB et afin de déterminer l'apport de l'impulsivité, il est important de clarifier le rôle de l'insomnie en considérant les comorbidités et l'abus de substances. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer et de comparer l'intensité des symptômes d'insomnie et le niveau d'impulsivité entre un groupe d'individus ayant un TPB et un groupe contrôle sans symptômes cliniques. Le second objectif était d'explorer et de décrire les relations entre les symptômes d'insomnie, l'impulsivité, l'anxiété, la dépression, l'utilisation de substances, l'abus d'alcool et le risque suicidaire dans le groupe de patients ayant un diagnostic de TPB. L'hypothèse principale était que le groupe avec TPB présenterait une latence d'endormissement plus longue et une perception de qualité du sommeil inférieure par rapport au groupe contrôle ainsi que des niveaux d'impulsivité supérieurs. Il était également attendu que les symptômes d'insomnie, d'impulsivité, d'anxiété, de dépression, d'utilisation de substances et d'abus d'alcool soient associés au risque suicidaire dans le groupe avec TPB.

Méthode

Devis

Étude observationnelle transversale utilisant les données d'une banque biopsychosociale (Kazdin et coll., 2016).

Participants

Les participants du groupe avec TPB proviennent du Projet Signature, une banque de données gérée par le Centre de recherche de l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal qui recueille les données des patients admis aux urgences de l'hôpital et les évalue prospectivement à partir de 18 questionnaires psychosociaux et 23 biomarqueurs (Lupien, 2017). Depuis ses débuts, en 2009, la banque Signature a été utilisée dans plusieurs projets de recherche. Les participants du groupe contrôle ont été recrutés dans la communauté près de l'hôpital, l'objectif était d'obtenir un échantillon dont les caractéristiques socio-économiques se rapprochaient le plus possible de celles de l'échantillon de la banque Signature. Les participants du groupe contrôle n'avaient été ni hospitalisés pour un trouble psychiatrique dans les 5 dernières années ni fait de cure de désintoxication dans la dernière année. Ils ont été évalués, grâce à des questionnaires, par la même équipe ayant testé les participants de la banque Signature. Leurs scores étaient inférieurs au seuil de détection clinique dans des questionnaires évaluant les troubles psychotiques et la maladie bipolaire dans les 12 derniers mois et ils n'avaient jamais eu de problèmes de santé mentale assez aigus pour être admis à l'hôpital psychiatrique.

Le groupe avec TPB regroupait initialement 226 patients et le groupe contrôle était composé de 125 participants. Après l'exclusion des scores des 88 participants n'ayant pas rempli le *Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised* (SBQ-R), l'échantillon final comprenait 138 participants dans le groupe TPB et 125 participants dans le groupe contrôle. La présente étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

Le logiciel G power a été utilisé pour effectuer les analyses de puissance permettant de déterminer la taille d'échantillon minimale nécessaire (Faul, 2007). Pour les comparaisons de moyennes, un échantillon total de 139 sujets était nécessaire pour détecter une différence standardisée de $d = 0,3$ avec une puissance de 80 % en utilisant une erreur de type I de 5 %. Pour la régression linéaire, la taille d'échantillon minimale nécessaire était estimée à 79 pour 16 prédicteurs : elle était donc suffisante pour détecter les effets anticipés grâce aux analyses prévues.

Mesures

Procédure

Le diagnostic de TPB a été établi par les psychiatres accueillant les individus aux urgences et grâce à des autoquestionnaires qui ont été administrés au moment de l'admission. L'inclusion dans le groupe expérimental était basée sur le *diagnostic index* retenu à ce moment.

Choix des questionnaires :

En 2009, 80 chercheurs et cliniciens dont des experts internationaux ont contribué à l'élaboration de la banque Signature, proposant 16 questionnaires psychosociaux et 23 biomarqueurs candidats pour constituer la banque de données.

Dépression : PHQ-9

Le *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9; Kroenke et coll., 2001; Furukawa et coll., 2010) est un questionnaire autorapporté de 9 items correspondant aux 9 critères diagnostiques de dépression du DSM-IV, cotés de (0) pas du tout à (3) presque tous les jours, évaluant l'intensité de symptômes dépressifs dans les 2 semaines précédant l'administration du questionnaire. Un score supérieur à 10 indique une dépression modérée et au-dessus de 20, une dépression extrêmement sévère. L'alpha de Cronbach est de 0,89 et la fidélité test-retest est de 0,92 (Furukawa, 2010).

Anxiété : STAI-Y6

L'Inventaire d'état et de trait d'anxiété, version courte (STAI-Y6; Marteau et Beker, 1992) est un inventaire autorapporté de 6 questions évaluant l'état et le trait d'anxiété au moment de la passation du questionnaire. L'étendue des scores possibles est de 20 à 80 et un score de 40 ou plus représente un niveau d'anxiété élevé. L'alpha de Cronbach rapporté est de 0,82 (Marteau et Beker, 1992) et la version francophone possède d'excellentes qualités psychométriques (Gauthier et Bouchard, 1993).

Utilisation de substance : DAST-10

Le *Drug Abuse Screening Test* (DAST-10; Skinner., 1982) est un questionnaire qui permet le dépistage de l'abus de substances dans les 2 dernières semaines. Il comporte 10 questions avec réponses dichotomiques « oui » ou « non », portant sur l'utilisation de substances,

n'incluant pas l'utilisation d'alcool ou le tabagisme. Le score maximal possible est de 10 et un score au-delà de 6 indique des problèmes substantiels. L'instrument a d'excellentes qualités psychométriques avec un alpha de Cronbach de 0,94 et un coefficient de fidélité test-retest de 0,9 (Bedregal et coll., 2006). Il a également de très bonnes qualités psychométriques avec un alpha de Cronbach de 0,88 et un coefficient de corrélation test-retest de 0,86 lorsqu'il est utilisé avec des patients psychiatriques (Giguère et Potvin, 2017).

Dépendance à l'alcool : AUDIT-10

L'Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT-10) (Saunders et coll., 1993; Babor, 2001) est un questionnaire de 10 items développé par l'Organisation mondiale de la Santé pour évaluer la consommation d'alcool ainsi que les comportements et les problèmes associés à la consommation. Sur les 40 points possibles, un score au-dessus de 20 indique un besoin de traitement. Les qualités psychométriques du questionnaire sont adéquates avec un alpha de Cronbach et une fidélité test-retest se situant autour de 0,8 (Daepfen et coll., 2000; Allen et coll., 1997).

Sommeil : SHQ

Le Questionnaire des habitudes de sommeil (SHQ) (Limoges et coll., 2005) contient des questions ouvertes et dichotomiques sur les habitudes de sommeil dans le dernier mois. Les items retenus pour cette étude sont : le temps total de sommeil (TST) calculé à partir du temps au lit moins l'éveil de nuit (c.-à-d. temps au lit - [temps d'endormissement + durée des éveils durant la nuit]), la latence d'endormissement, l'efficacité du sommeil ($ES = [TST / TST + \text{durée des éveils durant la nuit}] \times 100$), et la satisfaction envers le sommeil (réponse « oui », « non »).

Impulsivité : UPPS-P

La version brève de l'*Impulsive Behavior Scale* (UPPS-P), qui comporte 20 items (Dugré et coll., 2019) a permis de mesurer 5 dimensions de l'impulsivité : 1) urgence négative (actions impulsives en réponse à un affect négatif) (NU); 2) urgence positive (actions impulsives en réponse à un affect positif) (PU); 3) recherche de sensation (SS); 4) manque de persévérance (PE); 5) absence de préméditation (PR). Les scores à chacune des sous-échelles varient de « 4 » à « 16 ». L'alpha de Cronbach du questionnaire varie entre 0,70 et 0,84 et la variabilité test-retest varie entre 0,84 et 0,92 (Billieux et coll., 2011). L'instrument a été validé en français (Billieux et coll., 2012).

Risque suicidaire : SBQ-R

Le SBQ-R (SBQ-R; Cole, 1988; Osman et coll., 2001) est un questionnaire de 4 items évaluant les pensées suicidaires sur la vie, la dernière année, la confiance suicidaire et le risque futur de tentative de suicide. Le score s'étale de « 3 » à « 18 » avec un seuil de 7 pour la population générale (sensibilité de 93 %, spécificité de 95 %) et de 8 dans la population psychiatrique (sensibilité de 80 %, spécificité de 91 %), (Osman et coll., 2001).

Analyses statistiques

Pour l'ensemble des variables à l'étude, la plausibilité des scores ainsi que la présence des données manquantes ont été évaluées. Aucun ajustement n'a été fait pour les scores extrêmes.

L'ensemble des analyses statistiques ont été conduites à l'aide du logiciel R v.3.6.3 (R Core Team, 2020). Le seuil de signification utilisé était de $p < 0,05$. Pour évaluer la normalité des variables, il a été vérifié que les indices de symétrie se situaient entre ± 2 et les indices de voussure entre ± 7 (Curran et coll., 1996). Nous avons également inspecté les valeurs résiduelles à l'aide d'un graphique quantile-quantile (QQplot). Le calcul du d de Cohen a permis de mesurer les tailles d'effet (Cohen, 1988; Lakens, 2013). Pour les mesures de tendance centrale, la médiane a été utilisée lorsque les distributions étaient asymétriques afin d'éviter que la mesure soit biaisée par des scores plus élevés.

Comparaisons intergroupes pour les variables d'insomnie et d'impulsivité

Les tests-T de Student ont permis d'évaluer les différences entre les groupes pour les variables considérées normales (différences des scores aux questionnaires d'anxiété, de dépression, et aux différentes dimensions de l'impulsivité ainsi que pour le temps total de sommeil). Des tests de Mann-Whitney-Wilcoxon ont permis de comparer les moyennes des scores entre les groupes pour les variables dont la distribution est non normale (tous les autres symptômes d'insomnie et les scores au SBQ-R). Finalement, les statistiques du chi-carré (χ^2) ont permis de comparer les pourcentages entre les groupes pour la satisfaction envers le sommeil.

Relations entre les variables dans le groupe TPB

Des régressions linéaires ont été conduites afin d'évaluer les relations entre les symptômes d'insomnie, les dimensions de l'impulsivité, les comorbidités anxiodépressives, l'utilisation de substances, l'abus d'alcool et les scores au SBQ-R.

Résultats

Présentation des groupes

Les groupes étaient appariés selon l'âge et le sexe, malgré les efforts déployés pour recruter un échantillon contrôle avec des caractéristiques sociodémographiques similaires à celles du groupe TPB, les groupes différaient au niveau du statut d'emploi (dans le groupe TPB, 63,8 % étaient sans emploi par rapport à 36 % dans le groupe contrôle), du niveau d'éducation (dans le groupe TPB, 44,2 % avaient un niveau d'études inférieur au secondaire alors que c'était dans le cas pour 4 % dans le groupe contrôle), de la situation de vie (42 % des individus du groupe TPB vivaient seuls alors que c'était le cas pour 9,6 % dans le groupe contrôle) et du revenu (dans le groupe avec TPB, 64,18 % des participants avaient un revenu inférieur à 20 000 \$ alors que c'était le cas pour une proportion significativement moindre d'individus du groupe contrôle (38,71 %)).

Éléments de risque distinguant les groupes

L'ensemble des données sont présentées dans les Tableaux 1 et 2.

Symptômes d'insomnie

Les résultats au SHQ montrent que le groupe avec TPB présentait une latence d'endormissement plus longue ($W = 12\,745$; $p < 0,001$, $r = 0,48$) et un temps d'éveil durant la nuit significativement plus long ($W = 11\,754$; $p < 0,001$, $r = 0,36$) par rapport au groupe contrôle. L'efficacité du sommeil était aussi significativement plus basse ($W = 5400$; $p < 0,001$, $r = -0,36$) et une plus grande proportion de personnes n'étaient pas satisfaites avec la qualité du sommeil dans le groupe avec TPB (68,8 %) par rapport au groupe contrôle (29,6 %), $X^2(1) = 38,84$, $p < 0,001$. Il n'y avait pas de différence significative pour le temps de sommeil total entre les 2 groupes.

TABLEAU 1

Analyses statistiques comparatives : groupe TPB (N = 138), groupe contrôle (N = 125)

Variable	Groupe TP		Groupe Contrôle		W	T	P	Taille d'effet
	Med/M	ET	Med/M	ET				
Utilisation de substances								
Alcool (AudiTTT)	7,95	9,7	4,01	4,64	9698	-	0,07 ^b	0,12
Drogues (DAST10TT)	2*	2,9	0*	0,9	12 750	-	< 0,001 ^b	0,5
Comorbidités								
Anxiété (STAIYTT)	60*	16,05	30*	9,7	-	16,12	< 0,001 ^a	1,95
Dépression (PHQ9TT)	18*	7,34	3*	3,75	-	18,93	< 0,001 ^a	2,27
Insomnie								
Sommeil total (TST)	7,31	2,70	7,75	1,34		-	0,095 ^a	
Efficacité du sommeil (ESM)	94,8*	16,78	98,9*	8,82	5400	-	< 0,001 ^b	-0,36
Latence d'endormissement (SHQ01n)	45*	62,66	15*	22,87	12 745	-	< 0,001 ^b	0,48
Temps éveillé (SHQ02n)	27,5*	74,79	5*	34,42	11 754	-	< 0,001 ^b	0,36
Impulsivité								
Urgence négative	11,88	3,41	7,84	2,48	-	11,07	< 0,001 ^a	1,35
Urgence positive (UPPSPPU)	11,68	3,19	9,47	2,42	-	6,36	< 0,001 ^a	0,77
Manque de préméditation (UPPSPPR)	8,80	3,14	6,42	2,06	-	8,62	< 0,001 ^a	0,89
Manque de persévérance (UPPSPPE)	9,09	3,03	6,30	2,20	-	7,33	< 0,001 ^a	1,05
Recherche de sensation (UPPSPPS)	10,42	3,22	9,66	2,72	-	2,1	0,036 ^a	0,25
Risque de suicide (SBQTT)	14*	4,2	4*	2,29	15 906	-	< 0,001 ^b	0,84

Note. Test T (a), Wilcox (b)

*Médiane

TABLEAU 2

Analyses statistiques comparatives (2) : groupe TPB (N = 138), groupe contrôle (N = 125)

Variable	Groupe TP		Groupe contrôle		Valeur de P
	Oui	Non	Oui	Non	
Satisfaction envers le sommeil (SHQ05)	31,2 %	68,8 %	70,5 %	29,6 %	$\leq 0,001^c$

Note. Chi Carré (c)

Impulsivité

Des tests *T* à groupes indépendants ont indiqué que le groupe avec TPB présentait des scores au questionnaire UPPS-P significativement plus élevés pour l'ensemble des composantes du construit pour les scores aux sous-échelles : de l'urgence négative ($t [261] = 11,07$; $p < 0,001$, $d = 1,35$), de l'urgence positive ($t [261] = 6,36$; $p < 0,001$, $d = 0,77$), de manque de persévérance ($t [261] = 7,33$; $p < 0,001$, $d = 1,05$) et de manque de préméditation ($t [261] = 8,62$; $p < 0,001$, $d = 0,89$) et la recherche de sensations ($t [261] = 2,1$; $p = 0,036$, $d = 0,26$).

Comorbidités anxiodépressives

Les scores au questionnaire d'anxiété étaient significativement supérieurs dans le groupe avec TPB par rapport au groupe contrôle ($t [261] = 16,12$; $p < 0,001$, $d = 1,95$). C'était aussi le cas pour les scores de dépression ($t [261] = 18,93$; $p < 0,001$, $d = 2,27$). La moyenne des scores au PHQ-9 se situait dans la catégorie « dépression modérément sévère » pour le groupe TPB alors que celle du groupe contrôle se situait dans la limite supérieure de la catégorie « absence de dépression ».

Consommation d'alcool et abus de substances

Les scores au DAST-10 étaient significativement supérieurs dans le groupe avec TPB par rapport au groupe contrôle ($W = 12570$; $p < 0,001$, $r = 0,5$). Il n'y avait pas de différences significatives entre les scores moyens des groupes au questionnaire AUDIT-10 mesurant la dépendance à l'alcool ($W = 9698$; $p = 0,079$, $r = 0,12$). La moyenne des scores au questionnaire de dépistage d'utilisation de substance du groupe TP se situait entre la catégorie « léger » et « modéré » alors que celle du groupe contrôle la situait dans la catégorie « aucun problème rapporté ».

Risque suicidaire

La moyenne des scores au SBQ-R était significativement plus élevée dans le groupe avec TPB par rapport au groupe contrôle ($W = 15\,906$; $p < 0,001$, $r = 0,84$).

Relations entre les variables dans le groupe avec TPB

La figure 1 présente la matrice de corrélation entre les scores aux questionnaires (SHQ, UPPS-P, PHQ-9, STAI-Y6, DAST-10, AUDIT-10) et le SBQ-R. La satisfaction envers le sommeil corrélait négativement avec le score au SBQ-R ($r = -0,29$; $p = 0,001$). Les corrélations entre le temps total de sommeil ($r = 0,03$; $p = 0,747$), l'efficacité du sommeil ($r = -0,14$; $p = 0,118$), la latence d'endormissement ($r = 0,16$; $p = 0,065$) et les scores au SBQ-R n'étaient pas significatives dans cet échantillon. Pour ce qui est des variables d'impulsivité, l'urgence négative ($r = 0,23$; $p = 0,007$), le manque de préméditation ($r = 0,34$; $p < 0,001$), le manque de persévérance ($r = 0,34$; $p < 0,001$), elles étaient significativement corrélées aux scores au SBQ-R alors que les corrélations avec l'urgence positive ($r = 0,09$; $p = 0,305$), et la recherche de sensations ($r = -0,08$; $p = 0,353$) n'étaient pas significatives.

Les scores aux questionnaires évaluant l'anxiété ($r = 0,39$; $p < 0,001$), et la dépression ($r = 0,59$; $p < 0,001$), ainsi que l'abus d'alcool ($r = 0,17$; $p = 0,044$), étaient significativement corrélés aux scores au SBQ-R alors que les corrélations avec l'utilisation de substances ($r = -0,01$; $p = 0,868$) n'étaient pas significatives.

Variables associées au risque suicidaire dans le groupe avec TPB

Les résultats de nos 3 régressions linéaires multiples avec les scores au SBQ-R comme variable dépendante sont illustrés dans le Tableau 3. Dans le premier modèle (modèle 1); $F [2\,124] = 1\,239$, $p = 0,293$, $R^2 = 0,2$, R^2 ajusté = 0,004, le faible revenu ($\beta = -0,36$, $SE = 0,82$, $t = -0,44$, $p = 0,663$) et le degré d'études ($\beta = 0,98$, $SE = 0,79$, $t = 1,24$, $p = 0,216$), n'étaient pas des variables indépendantes significatives. Dans le second modèle (modèle 2); $F [7\,119] = 3\,851$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,18$, R^2 ajusté = 0,14, la satisfaction envers la qualité du sommeil ($\beta = -2,83$, $SE = 0,79$, $t = -3,581$, $p < 0,001$), le temps de sommeil total ($\beta = 0,47$, $SE = 0,18$, $t = 2,58$, $p = 0,011$) étaient des variables indépendantes significatives. Le modèle expliquait 14 % de la variance du score au SBQ-R.

Dans le modèle final (Modèle 3); $F [16\,110] = 7\,895$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,53$, R^2 ajusté = 0,47, la satisfaction envers la qualité du sommeil

TABLEAU 3
Modèles statistiques : groupe TPB (N = 138), groupe contrôle (N = 125)

Variables	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3	
	β	P	β	P	β	P
Faible revenu	-0,36	0,6	-0,63	0,42	0,3	0,95
DES	0,98	0,216	0,77	0,3	1,08	0,63
Satisfaction avec la qualité du sommeil	-	-	-2,83	< 0,001	-1,49	0,03
Durée du sommeil	-	-	0,47	0,01	0,26	0,08
Manque de préméditation)	-	-	-	-	0,24	0,003
Urgence positive)	-	-	-	-	-0,35	0,02
Dépression	-	-	-	-	0,31	< 0,001
Utilisation de substances	-	-	-	-	-0,25	0,03
R^2 ajusté	0,4 %		13,7 %		46,7 %	

($\beta = -1,5$, SE = 0,68, $t = -2,185$, $p < 0,05$), le manque de préméditation ($\beta = 0,38$, SE = 0,13, $t = 3$, $p = 0,003$), l'urgence positive ($\beta = -0,35$, SE = 0,14, $t = -2,34$, $p = 0,02$), la dépression ($\beta = 0,31$, SE = 0,57, $t = 5,44$, $p < 0,001$) et l'utilisation de substances ($\beta = -0,25$, SE = 0,11, $t = -2,24$, $p = 0,027$), étaient des variables indépendantes significatives. Le modèle expliquait 46,7 % de la variance dans les scores au SBQ-R dans le groupe TPB.

Discussion

La présente étude visait à mieux comprendre la relation entre les symptômes d'insomnie et le risque suicidaire auprès de patients présentant un TPB. Pour comprendre ces associations, d'autres éléments de risque connus tels que les traits d'impulsivité, les comorbidités anxio-dépressives, ainsi que l'abus de substances et l'abus d'alcool ont été considérés. Les résultats de l'étude indiquent que le groupe avec TPB présentait effectivement une latence d'endormissement plus longue et une satisfaction envers le sommeil inférieure par rapport à un groupe contrôle en bonne santé, ce qui confirme l'hypothèse initiale. De plus, une augmentation du temps éveillé durant la nuit et une moins grande efficacité du sommeil distinguaient le groupe avec TPB du groupe contrôle. Il a également été déterminé que les niveaux d'impulsivité étaient significativement supérieurs dans le groupe avec TPB par rapport au groupe contrôle, étant plus élevés pour les sous-échelles de l'urgence négative, de l'urgence positive, du manque de persévérance

et le manque de préméditation, ce qui a déjà été décrit (Linhartova et coll., 2020). Alors que le risque suicidaire, la satisfaction envers le sommeil, le temps éveillé durant la nuit, l'impulsivité, la dépression, l'anxiété et la consommation d'alcool apparaissent corrélés dans nos données, le modèle de régression met en évidence plus clairement le rôle de la satisfaction envers le sommeil, du manque de préméditation, de l'urgence positive, de la sévérité de la dépression et de l'utilisation de substance. La présente étude serait, à notre connaissance, la première à identifier une relation entre les symptômes d'insomnie et le risque suicidaire dans le TPB.

Un premier objectif de cette étude était de comparer la sévérité des symptômes d'insomnie et le niveau d'impulsivité d'un groupe avec TPB à ceux d'un groupe contrôle.

Les différences intergroupes dans les variables du sommeil retrouvées dans cette étude sont congruentes avec celles qui sont le plus souvent rapportées dans des échantillons avec TPL au moyen de mesures objectives (Winsper et coll., 2017). La seule mesure distinguant les caractéristiques du sommeil entre notre groupe avec TPB du phénotype TPL était le temps de sommeil total qui, dans notre échantillon avec TPB, était variable. Alors que dans les études antérieures, c'est un sommeil de courte durée qui distinguait le plus souvent le sommeil des échantillons avec TPL des échantillons contrôles en santé (Winsper et coll., 2017).

Dans une perspective plus générale, les perturbations du sommeil observées dans le TPB dans le cadre de cette étude indiquent une perturbation de la continuité du sommeil. Ce type de perturbation du sommeil est présente dans le TPL, mais aussi dans d'autres troubles psychologiques. Il s'agirait, selon certains auteurs, d'un phénomène transdiagnostique (Baglioni et coll., 2016 ; Simor et Horvath., 2013) qui pourrait être la manifestation d'une activation élevée (Baglioni et coll., 2016). La moindre satisfaction envers le sommeil qui a été observée dans le contexte de la présente étude a également été rapportée dans plusieurs études adressant les paramètres du sommeil dans le TPL (Harty et coll., 2010 ; Hornung et coll., 2008 ; Winsper et coll., 2017 ; Philippsen et coll., 2005 ; Kaurin et coll., 2022).

Tel qu'attendu (Turner et coll., 2017 ; Angarita et coll., 2016 ; Conner et coll., 2019 ; Hawton et coll., 2013), les résultats ont indiqué des niveaux d'impulsivité, d'anxiété, de dépression et d'utilisation de substance supérieurs dans l'échantillon avec TPB. Seule la consommation d'alcool ne l'était pas, ce qui diverge d'autres études (Zanarini et coll.,

1998). Les scores obtenus aux questionnaires AUDIT-10 ont indiqué que 13,8 % des participants dans le groupe TPB avaient un score au-dessus de 20, indiquant un besoin de traitement pour la dépendance à l'alcool. Cette valeur se rapproche de la prévalence rapportée dans des échantillons québécois de personnes avec TPB 13,6 % (Cailhol et coll., 2017). L'effet marginal rapporté entre les groupes ($p = 0,07$) pourrait s'expliquer par un manque de puissance statistique.

Le second objectif de cette étude était d'explorer et de décrire les relations entre les symptômes d'insomnie, l'impulsivité, l'anxiété, la dépression, l'utilisation de substances, l'abus d'alcool et le risque suicidaire dans le groupe de patients ayant un diagnostic de TPB. La corrélation entre le temps éveillé durant la nuit et les scores au SBQ-R rejoint les hypothèses retrouvées dans la revue théorique de Perlis et coll. (2010). Dans leur modèle conceptuel de l'association entre l'insomnie et le suicide, les auteurs soulèvent que le fait d'être éveillé durant la nuit pourrait augmenter le risque d'idées et de comportements suicidaires à travers des facteurs tels que le manque de soutien social qu'il y a, à ces moments de la nuit, à une hypofrontalité ou à une diminution de la fonction exécutive induite par les rythmes circadiens. Les auteurs proposent que l'hypofrontalité puisse mener à une diminution de capacité de résolution de problèmes et augmenter le comportement impulsif et, par conséquent, augmenter le risque suicidaire. Par ailleurs, lorsque cette association a été évaluée dans un contexte expérimental, les résultats étaient hétérogènes. Dans la première étude ayant abordé ce lien, les symptômes d'insomnie étaient évalués par actigraphie auprès d'un échantillon mixte (Bernert et coll., 2010). Des régressions linéaires ont alors indiqué que le temps éveillé durant la nuit n'était pas significativement associé au risque suicidaire tel qu'évalué par questionnaire. Dans une étude subséquente, les symptômes d'insomnie étaient évalués par polysomnographie auprès de patients atteints de dépression réfractaire. Une durée d'éveil plus longue durant la nuit était alors associée aux idées suicidaires et, cela, indépendamment de la sévérité de la dépression (Bernert et coll., 2017). Une telle association n'était pas observée dans un échantillon de vétérans auprès desquels la consommation d'alcool était problématique (Chakravorty et coll., 2013). Les résultats de la présente étude mettent en évidence une association entre le temps éveillé durant la nuit et le risque suicidaire, mais, étant donné que ce symptôme n'était pas associé aux scores au SBQ-R lorsque les autres symptômes d'insomnie étaient considérés (modèle 2), cela implique que d'autres symptômes

d'insomnie (satisfaction envers le sommeil, durée du sommeil) seraient plus fortement corrélés.

Il a été suggéré dans des études antérieures que le temps de sommeil total (Gunnel et coll., 2013) et la latence d'endormissement (Bjorngaard et coll., 2011; Gunnel et coll., 2013; Roane et Taylor, 2008) étaient reliés au risque suicidaire tel qu'évalué par questionnaire autorapporté. Par conséquent, l'absence de corrélation significative entre la latence d'endormissement, le temps de sommeil total et les scores au SBQ-R dans la matrice corrélationnelle n'était pas attendue. L'absence de corrélation entre ces deux variables et le risque suicidaire pourrait être due à l'hétérogénéité du groupe avec TPB. Le temps de sommeil total était, par ailleurs, associé de façon significative au risque suicidaire dans la régression linéaire ayant comme prédicteurs les symptômes d'insomnie et les variables sociodémographiques, mais ne l'était plus lorsque les autres éléments de risque étaient considérés dans un modèle final (modèle 3).

Dans la régression linéaire ayant comme prédicteurs tous les éléments de risque, incluant le faible revenu, le niveau d'éducation et les scores au questionnaire évaluant la dépression, l'utilisation de substances et les symptômes d'insomnie, seulement 2 des dimensions de l'impulsivité (le manque de préméditation et l'urgence positive) demeuraient associées aux scores au SBQ-R de manière significative. Cette association forte et indépendante entre la dimension du manque de préméditation et les indicateurs de comportements suicidaires est en concordance avec l'évidence dans la littérature contemporaine. Dans une revue systématique récente (Beach et coll., 2021), il a été avancé que l'association entre le manque de préméditation et les idées et comportements suicidaires soit davantage liée à un trait qu'à la présence de comorbidités comme la dépression. Cette indépendance ne semble pas être aussi claire pour les 2 autres dimensions de l'UPPS.

Le lien observé entre l'urgence positive et les scores au SBQ-R semble contre-intuitif. Bien que l'association entre cette dimension de l'impulsivité et le comportement suicidaire ait été relevée dans un nombre restreint d'études, les résultats de la présente étude peuvent être interprétés à la lumière de celles-ci. L'urgence positive a été associée au nombre de tentatives de suicide ainsi qu'au nombre de tentatives avec intention claire de mettre fin à sa vie dans un échantillon de participants présentant des problèmes d'abus de substances, mais cette relation semblait dépendre de l'automutilation dans ce groupe (Anestis et coll., 2014). L'association observée entre l'urgence positive

et le risque suicidaire pourrait être indirecte et impliquer d'autres éléments comme l'automutilation, qui pourrait être présente auprès des sujets ayant un TPL.

Il a été proposé que dans la population avec TPL, l'impulsivité pourrait intervenir en tant que médiateur entre les symptômes d'insomnie et le risque suicidaire (Winsper et Tang, 2014). Il a également été avancé que la privation de sommeil aiguë pouvait porter atteinte à des régions du cerveau qui sont liées à l'inhibition comportementale ainsi qu'à la prise de décision et faciliter le passage à l'acte (Porras-Segovia et coll., 2019). Les résultats de la présente étude, qui indiquent que la perturbation du sommeil et le manque de préméditation seraient 2 caractéristiques importantes à considérer dans le risque suicidaire dans l'échantillon avec TPB, sont en concordance avec cette hypothèse.

Les résultats de cette étude sont en accord avec l'évidence actuelle indiquant que le risque suicidaire est plus grand auprès des personnes ayant un TPB par rapport à la population générale en santé (Cailhol et coll., 2017).

La présente étude comporte quelques limites à considérer. L'échantillon du groupe avec TPB regroupait des patients hospitalisés, ce qui représente une fraction des patients avec TPB dans la communauté. Les résultats sont ainsi difficilement généralisables aux patients en clinique externe dont la symptomatologie pourrait être moindre. De plus, le devis transversal de cette étude ne permet pas d'inférer des relations causales. Par ailleurs, des éléments caractérisant le sommeil dans certains troubles du groupe B, tel que les cauchemars, n'ont pas été évalués et pourraient aussi intervenir dans les relations entre les éléments de risque. Finalement, d'autres éléments liés au suicide tels que le fait de vivre seul ou d'être sans emploi ainsi que des éléments psychologiques comme l'affectivité négative pourraient être exacerbés par l'insomnie. Leur influence potentielle ne peut être exclue.

Conclusion

Cette étude a permis, pour la première fois, d'observer comment un échantillon de participants présentant un TPB se distinguait d'un échantillon de personnes en santé pour ce qui est de la continuité du sommeil et de la perception de la qualité du sommeil. Il a été mis en évidence que dans le cadre de cette étude transversale, la satisfaction avec la qualité du sommeil, le manque de préméditation, l'urgence positive, l'intensité de la dépression et l'utilisation de substances étaient

les éléments le plus fortement associés au risque suicidaire. Alors que la dépression, l'impulsivité et l'utilisation de substance représentent des cibles thérapeutiques déjà connues pour la réduction du suicide, ces données soulignent en outre le potentiel intérêt de la réduction de l'insomnie chez les personnes avec un TPB. En particulier, de futures études pourraient évaluer l'impact du traitement de l'insomnie dans cette patientèle, sur la satisfaction envers le sommeil et leur risque suicidaire.

Avec la collaboration du Consortium Signature, Montréal, Québec, Canada.

RÉFÉRENCES

- Amini-Tehrani, M., Nasiri, M., Jalali, T., Sadeghi, R., Ghotbi, A. et Zamanian H. (2021) Validation and psychometric properties of Suicide Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R) in Iran [published correction appears in *Asian J Psychiatr.* 2021 Jan; 55:102255]. *Asian J Psychiatr.* 2020; 47:101856. doi:10.1016/j.ajp.2019.101856
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anderson, C. et Platten, C. R. (2011). Sleep deprivation lowers inhibition and enhances impulsivity to negative stimuli. *Behavioural brain research*, 217(2), 463-466.
- Anestis, M. D., Tull, M. T., Lavender, J. M. et Gratz, K. L. (2014). The mediating role of non-suicidal self-injury in the relationship between impulsivity and suicidal behavior among inpatients receiving treatment for substance use disorders. *Psychiatry research*, 218(1-2), 166-173.
- Angarita, G. A., Emadi, N., Hodges, S. et Morgan, P. T. (2016). Sleep abnormalities associated with alcohol, cannabis, cocaine, and opiate use: a comprehensive review. *Addict Sci Clin Pract* 2016, 11:9. 394,000 Taiwanese adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 1457-1465.
- Akram, U., Allen, S., McCarty, K., Gardani, M., Tan A, Villarreal D, Bilsborough E, Dooher G, Gibbs G, Hudson JL et coll. (2018). The relationship between insomnia symptoms and the dark triad personality traits. *Pers Individ Dif*, 131, 212-215.
- Babor, T. F. (2001). *AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care*. World Health Organization.
- Baglioni, C., Nanovska, S., Regen, W., Spiegelhalter, K., Feige, B., Nissen, C., Reynolds, C. F. et Riemann, D. (2016). Sleep and mental disorders: A meta-analysis of polysomnographic research. *Psychological bulletin*, 142(9), 969-990.
- Beach, V. L., Gissandaner, T. D. et Schmidt, A. T. (2021). The UPPS Model of Impulsivity and Suicide: A Systematic Literature Review. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 1-22. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1892002>

- Bernert, Rebecca A. (2010). Objectively-assessed sleep disturbances as a unique suicide risk factor. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 71(3-B), 2010-2038.
- Bernert, R. A., Luckenbaugh, D. A., Duncan, W. C., Iwata, N. G., Ballard, E. D. et Zarate, C. A. (2017). Sleep architecture parameters as a putative biomarker of suicidal ideation in treatment-resistant depression. *Journal of affective disorders*, 208, 309-315.
- Billieux, J., Chanal, J., Khazaal, Y., Rochat, L., Gay, P., Zullino, D. et Van der Linden, M. (2011). Psychological predictors of problematic involvement in massively multiplayer online role-playing games: illustration in a sample of male cybercafe players. *Psychopathology*, 44(3), 165-171.
- Billieux, J., Rochat, L., Ceschi, G., Carré, A., Offerlin-Meyer, I., Defeldre, A.-C., Khazaal, Y., Besche-Richard, C. et Van der Linden, M. (2012). Validation of a short French version of the UPPS-P Impulsive Behavior Scale. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 609-615.
- Bjørngaard, J.H., Bjerkeset, O., Romundstad, P. et Gunnell, D. (2011). Sleeping problems and suicide in 75,000 Norwegian adults: A 20-year follow-up of the HUNT I study. *Sleep*, 34, 1155-1159.
- Bohus, M., Stoffers-Winterling, J., Sharp, C., Krause-Utz, A., Schmahl, C. et Lieb K. Borderline personality disorder. (2021). *Lancet*. 398(10310),1528-1540.
- Bouchard, S., Pelletier, M., Gauthier, J., Côté, G. et Laberge B. (1997). The assessment of panic using self-report: a comprehensive survey of validated instruments. *J Anxiety Disord*, 11(1), 89-111.
- Bedregal, L. E., Sobell, L. C., Sobell, M. B. et Simco, E. (2006). Psychometric characteristics of a Spanish version of the DAST-10 and the RAGS. In *Addictive Behaviors*, 31(2), 309-319. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.05.012>
- Buysse, D. J., Angst, J., Gamma, A., Ajdacic, V., Eich, D. et Rössler, W. (2008). Prevalence, Course, and Comorbidity of Insomnia and Depression in Young Adults. *Sleep*, 31(4), 473- 480. <https://doi.org/10.1093/sleep/31.4.473>
- Cailhol, L., Pelletier, É., Rochette, L., Laporte, L., David, P., Villeneuve, É., Paris, J. et Lesage, A. (2017). Prevalence, Mortality, and Health Care Use among Patients with Cluster B Personality Disorders Clinically Diagnosed in Quebec: A Provincial Cohort Study, 2001-2012. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 62(5), 336-342. <https://doi.org/10.1177/0706743717700818>
- Chakravorty, S., Grandner, M. A., Mavandadi, S., Perlis, M. L., Sturgis, E. B. et Oslin, D. W. (2014). Suicidal ideation in veterans misusing alcohol: relationships with insomnia symptoms and sleep duration. *Addictive behaviors*, 39(2), 399-405. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.09.022>
- Chellappa, S. L. et Aeschbach, D. (2022). Sleep and anxiety: From mechanisms to interventions. *Sleep Medicine Reviews*, 61, 101583.
- Chiu H. Y., Lee H. C., Chen P. Y., Lai Y. F. et Tu Y. K. (2018). Associations between sleep duration and suicidality in adolescents: A systematic review and dose-response meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 42, 119-126.
- Claes, L. et Muehlenkamp, J. (2013). The relationship between the UPPS-P impulsivity dimensions and nonsuicidal self-injury characteristics in male and female high school students. *Psychiatry Journal*, 2013, 1-5. doi:10.1155/2013/654847

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Academic Press.
- Cotton, C. R., Peters, D. K. et Range, L. M. (1995). Psychometric properties of the Suicidal Behaviors Questionnaire. *Death studies*, 19(4), 391-397.
- Conner, K. R., Bridge, J. A., Davidson, D. J., Pilcher, C. et Brent DA. Metaanalysis of Mood and Substance Use Disorders in Proximal Risk for Suicide Deaths. *Suicide Life Threat Behav.*, 49(1), 278-92.
- Curran, P. J., West, S. G. et Finch, J. F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods*, 1(1), 16-29.
- Cyders, M. A., Smith, G. T., Spillane, N. S., Fischer, S., Annus, A. M. et Peterson, C. (2007). Integration of impulsivity and positive mood to predict risky behavior: Development and validation of a measure of positive urgency. *Psychological Assessment*, 19(1), 107-118.
- DeShong, H. L. et Tucker, R. P. (2019). Borderline personality disorder traits and suicide risk: The mediating role of insomnia and nightmares. *Journal of affective disorders*, 244, 85-91.
- Dugré, J. R., Giguère, C., Percie du Sert, O., Potvin, S., Dumais, A. et Signature, C. (2019). The Psychometric Properties of a Short UPPS-P Impulsive Behavior Scale Among Psychiatric Patients Evaluated in an Emergency Setting. *Front Psychiatry*. 2019, 10-139.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. et Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Furukawa T. A. (2010). Assessment of mood: guides for clinicians. *J Psychosom Res.*, 68(6), 581-9.
- Gauthier, J. et Bouchard, S. (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 25(4), 559-78.
- Giguère, C.-É. et Potvin, S. (2017). The Drug Abuse Screening Test preserves its excellent psychometric properties in psychiatric patients evaluated in an emergency setting. *Addictive Behaviors*, 64, 165- 170. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.08.042>
- Gilbody, S., Richards, D., Brealey, S. et Hewitt, C. (2007). Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): a diagnostic meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 22(11), 1596-1602.
- Granö, N., Keltikangas-Järvinen, L., Kouvonen, A., Puttonen, S., Virtanen, M. Vahtera, J., ... Kivimäki, M. (2007). Association of impulsivity with sleep duration and insomnia in an employee population. *Personality and Individual Differences*, 43, 307-318.
- Gunnell, D., Chang, S.-S., Tsai, M. K., Tsao, C. K. et Wen, C. P. (2013). Sleep and suicide: An analysis of a cohort of 394,000 Taiwanese adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 1457 – 14.
- Harris, L. M., Huang, X., Linthicum, K. P., Ribeiro, J. D. et Ribeiro, B. (2020). Sleep disturbances as risk factors for suicidal thoughts and behaviours: a meta-analysis of longitudinal studies. *Scientific Reports*, 10, 1388.
- Harty, L., Duckworth, R., Thompson, A., Stuewig, J. et Tangney, J. P. (2010). Are inmates' subjective sleep problems associated with borderline personality,

- psychopathy, and antisocial personality independent of depression and substance dependence? *The journal of forensic psychiatry & psychology*, 21(1), 23-39.
- Hawton, K., Casañas I Comabella, C., Haw, C. et Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord.*, 147(1-3), 17-28.
- Hayes, L. M. (2005). Juvenile suicide in confinement in the United States: Results from a national survey. *Crisis*, 26, 146-148.
- Hornung, O. P., Regen, F., Warnstedt, C., Anghelescu, I., Danker-Hopfe, H., Heuser, I. et Lammers, C. H. (2008). Declarative and procedural memory consolidation during sleep in patients with borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research*, 42(8), 653-658.
- Johnson, S. L., Carver, C. S. et Tharp, J. A. (2017). Suicidality in bipolar disorder: The role of emotion-triggered impulsivity. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 47(2), 177-192.
- Kamphuis, J., Karsten, J., de Weerd, A. et Lancel, M. (2013). Sleep disturbances in a clinical forensic psychiatric population. *Sleep Med*, 14, 1164-1169.
- Kaurin, A., Hisler, G., Dombrowski, A. Y., Hallquist, M. N. et Wright, A. (2022). Sleep and next-day negative affect and suicidal ideation in borderline personality disorder. *Personality disorders*, 13(2), 160-170.
- Kazdin, A. E. (2016). *Methodological Issues and Strategies in Clinical Research*. American Psychological Association.
- Klonsky, E. D. et May, A. (2010). Rethinking impulsivity in suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 40(6), 612-619.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.*, 16(9), 606-13.
- Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology*, 4, 863.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S. et Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*. 2011; 377(9759), 74-84.
- Limoges, E., Mottron, L., Bolduc, C., Berthiaume, C. et Godbout, R. (2005). Atypical sleep architecture and the autism phenotype. *Brain*. 128(Pt 5), 1049-61.
- Linhartova, P., Latalova, A., Baryecek, R., Sirucek, J., Theiner, P., Ejova, A., Hlavata, P., Kosa, B., Jerabkova, B., Bares, M. et Kasperek, T. (2020) Impulsivity in patients with borderline personality disorder: a comprehensive profile compared with healthy people and patients with ADHD. *Psychol Med*. 50(11):1829-1838.
- Liu, R. T., Steele, S. J., Hamilton, J. L., Do, Q., Furbish, K., Burke, T. A., Martinez, A. P. et Gerlus, N. (2020). Sleep and suicide: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical psychology review*, 81, 101895.
- Lupien, S.J., Sasseville, M., François, N. et coll. (2017). The DSM5/RDoC debate on the future of mental health research: implication for studies on human stress and presentation of the signature bank. *Stress*.20(1), 95-111. doi:10.1080/10253890.2017.1286324
- Malik, S., Kanwar, A., Sim, L.A., Prokop, L.J., Wang, Z., Benkhadra, K. et coll. (2014) The association between sleep disturbances and suicidal behaviors in patients

- with psychiatric diagnoses: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 2014, 3-18.
- Marteau, T.M. et Bekker, H. (1992). The development of a six-item short-form of the state scale of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *Br J Clin Psychol*. 31(3), 301-6.
- Ohayon, M. M. (2009). Observation of the Natural Evolution of Insomnia in the American General Population cohort. *Sleep Medicine Clinics*, 4(1), 87- 92. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2008.12.002>
- Oltmanns, J. R., Weinstein, Y. et Oltmanns, T.F. (2014): Borderline personality pathology and insomnia symptoms in community-dwelling older adults. *Personal Ment Health*, 8, 178-187.
- Osman, A., Bagge, C. L., Guitierrez, P. M., Konick, L. C., Kooper, B. A. et Barrios, F. X. (2010). The Suicidal Behaviors Questionnaire- Revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples. *Assessments*, 5, 443-54.
- Parmar, A. et Kaloiya, G. (2018). Comorbidity of Personality Disorder among Substance Use Disorder Patients: A Narrative Review. *Indian journal of psychological medicine*, 40(6), 517-527. https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_164_18
- Perlis, M. L., Grandner, M. A., Chakravorty, S., Bernert, R. A., Brown, G. K. et Thase, M. E. (2016). Suicide and sleep: Is it a bad thing to be awake when reason sleeps? *Sleep medicine reviews*, 29, 101-107. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.10.003>
- Philipsen, A., Feige, B., Al-Shajlawi, A., Schmahl, C., Bohus, M., Richter, H., Voderholzer, U., Lieb, K. et Riemann, D. (2005). Increased delta power and discrepancies in objective and subjective sleep measurements in borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research*, 39(5), 489-498.
- Plante, D. T., Frankenburg, F. R., Fitzmaurice, G. M. et Zanarini, M.C. (2013). Relationship between sleep disturbance and recovery in patients with borderline personality disorder. *J Psychosom Res.*, 74(4), 278-82.
- Porras-Segovia, A., Pérez-Rodríguez, M. M., López-Esteban, P., Courtet, P., Barrigón, M. ML, López-Castromán, J. et coll. (2019). Contribution of sleep deprivation to suicidal behaviour: A systematic review. *Sleep Med Rev.*, 44, 37-47.
- Provencher, T., Lemyre, A., Vallières, A. et Bastien, C. H. (2020). Insomnia in personality disorders and substance use disorders. *Curr Opin Psychol.*, 34, 72-6.
- Roane, B. M. et Taylor, D. J. (2008). Adolescent insomnia as a risk factor for early adult depression and substance abuse. *Sleep*, 31,1351-1356.
- Sabouri, S., Gerber, M., Lemola, S., Becker, S. P., Shamsi, M., Shakouri, Z., Bahmani, D. S., Kalak, N., Holsboer-Trachsler, E. et Brand, S. (2016): Examining dark triad traits in relation to sleep disturbances, anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty in young adults. *Compr Psychiatry*, 68, 103-110.
- Salami, T. K., Brooks, B. A. et Lamis, D. A. (2015). Impulsivity and reasons for living among African American youth: a risk-protection framework of suicidal ideation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(5), 5196-5214.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R. et Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction*, 88(6): 791-804.

- Scamaldo, K. M., Tull, M. T. et Gratz, K. L. (2022). The role of sleep disturbance in the associations of borderline personality disorder symptom severity to nonsuicidal self-injury and suicide risk among patients with substance use disorders. *Personality and mental health*, 16(1), 59-69.
- Selby, E. A. (2013). Chronic sleep disturbances and borderline personality disorder symptoms. *J Consult Clin Psychol*, 81(5), 941-947. doi:10.1037/a0033201
- Sher, L. (2004). Preventing suicide. *QJM*, 97, 677-680.
- Sher, L. (2006). Alcohol consumption and suicide. *QJM: Monthly Journal of the Association of Physicians*, 99(1), 57-61.
- Skinner, H. A. (1982). The drug abuse screening test. *Addict Behav.*, 7(4):363-71.
- Simor, P. et Horváth, K. (2013). Altered sleep in Borderline Personality Disorder in relation to the core dimensions of psychopathology. *Scandinavian journal of psychology*, 54(4), 300-312. <https://doi.org/10.1111/sjop.12048>
- Szanto, K., Galfalvy, H., Kenneally, L., Almasi, R. et Dombrovski, A. Y. (2020). Predictors of serious suicidal behavior in late-life depression. *European Neuropsychopharmacology*, 40, 85-98.
- Termes, C. M., Frankenburg, F. R., Fitzmaurice, G. M. et Zanarini, M. C. (2019). Deaths by Suicide and Other Causes Among Patients With Borderline Personality Disorder and Personality-Disordered Comparison Subjects Over 24 Years of Prospective Follow-Up. *J Clin Psychiatry*, 80(1),18-12436. doi:10.4088/JCP.18m12436
- Turner, D., Sebastian, A. et Tüscher, O. (2017). Impulsivity and Cluster B Personality Disorders. *Current psychiatry reports*, 19(3), 15.
- Vanek, J., Prasko, J., Ociskova, M., Hodny, F., Holubova, M., Minarikova, K. et coll. (2021). Insomnia in Patients with Borderline Personality Disorder. *Nat Sci Sleep*, 13, 239-50.
- Van Veen, M. M., Karsten, J. et Lancel, M. (2017): Poor sleep and its relation to impulsivity in patients with antisocial or borderline personality disorders. *Behav Med*, 43, 218-226.
- Volkert, J., Gablonski, T. C. et Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 213(6), 709-15.
- Vossen, T. J., Coolidge, F. L., Segal, D. L. et Muehlenkamp, J. J. (2017). Exploring the dark side: relationships between the dark triad traits and cluster B personality disorder features. *J Psychiatry Psychiatr Disord*, 1, 317-326.
- Winsper, C. et Tang, N. K. (2014). Linkages between insomnia and suicidality: prospective associations, high-risk subgroups and possible psychological mechanisms. *Int Rev Psychiatry*, 26(2),189-204.
- Winsper, C., Tang, N. K., Marwaha, S., Lereya, S. T., Gibbs, M., Thompson, A. et Singh, S. P. (2017). The sleep phenotype of Borderline Personality Disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 73, 48-67. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.12.008>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D. et coll. (1998). Axis I co-morbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 155, 1733-9.

ANNEXE

	Temps de sommeil total (TPB)	Efficacité du sommeil (TPB)	Satisfaction avec le sommeil (0/1) (TPB)	Temps éveille la nuit (TPB)	Temps d'endormissement (TPB)	Urgence négative (TPB)	Urgence positive (TPB)	Manque de prémeditation (TPB)	Manque de persévérance (TPB)	Recherche sensations (TPB)	Anxiété (TPB)	Dépression (TPB)	Consommation d'alcool (TPB)	Risque suicidaire (TPB)	Utilisation de substance (TPB)
Temps de sommeil total (TPB)		0,641 (-0,001)	0,311 (-0,001)	-0,505 (-0,001)	-0,378 (-0,001)	-0,005 (0,952)	-0,024 (0,786)	-0,085 (0,328)	0,003 (0,971)	-0,081 (0,357)	-0,220 (0,011)	-0,087 (0,318)	0,009 (0,915)	0,028 (0,747)	0,031 (0,726)
Efficacité du sommeil (TPB)	0,641 (-0,001)		0,261 (0,002)	-0,928 (-0,001)	-0,377 (-0,001)	-0,087 (0,322)	-0,077 (0,380)	-0,091 (0,299)	-0,050 (0,570)	-0,104 (0,232)	-0,242 (0,005)	-0,217 (0,012)	-0,056 (0,524)	-0,136 (0,118)	-0,078 (0,371)
Satisfaction avec le sommeil (0/1) (TPB)	0,311 (-0,001)	0,261 (0,002)		-0,235 (0,006)	-0,334 (-0,001)	-0,185 (0,033)	-0,078 (0,371)	-0,242 (0,005)	-0,078 (0,374)	-0,012 (0,890)	-0,434 (-0,001)	-0,290 (-0,001)	-0,130 (0,137)	-0,294 (-0,001)	-0,091 (0,299)
Temps éveille la nuit (TPB)	-0,505 (-0,001)	-0,928 (-0,001)	-0,235 (0,006)		0,364 (-0,001)	0,088 (0,312)	0,076 (0,383)	0,025 (0,779)	-0,009 (0,920)	0,059 (0,500)	0,219 (0,011)	0,236 (0,006)	0,114 (0,190)	0,173 (0,046)	0,103 (0,238)
Temps d'endormissement (TPB)	-0,378 (-0,001)	-0,377 (-0,001)	-0,334 (-0,001)	0,364 (-0,001)		0,131 (0,134)	-0,003 (0,971)	0,160 (0,065)	0,091 (0,296)	0,118 (0,176)	0,215 (0,013)	0,341 (-0,001)	0,035 (0,691)	0,160 (0,065)	0,007 (0,936)
Urgence négative (TPB)	-0,005 (0,952)	-0,087 (0,322)	-0,185 (0,033)	0,088 (0,312)	0,131 (0,134)		0,690 (-0,001)	0,537 (-0,001)	0,184 (0,034)	0,249 (0,004)	0,127 (0,147)	0,255 (0,003)	0,240 (0,005)	0,235 (0,007)	0,277 (0,001)
Urgence positive (TPB)	-0,024 (0,786)	-0,077 (0,380)	-0,078 (0,371)	0,076 (0,383)	-0,003 (0,971)	0,690 (-0,001)		0,471 (-0,001)	0,111 (0,202)	0,431 (-0,001)	0,099 (0,256)	0,161 (0,064)	0,238 (0,006)	0,090 (0,305)	0,171 (0,049)
Manque de prémeditation (TPB)	-0,085 (0,328)	-0,091 (0,299)	-0,242 (0,005)	0,025 (0,779)	0,160 (0,065)	0,537 (-0,001)	0,471 (-0,001)		0,441 (-0,001)	0,183 (0,035)	0,347 (-0,001)	0,283 (-0,001)	0,269 (0,002)	0,345 (0,001)	0,191 (0,228)
Manque de persévérance (TPB)	0,003 (0,971)	-0,050 (0,570)	-0,078 (0,374)	-0,009 (0,920)	0,091 (0,296)	0,184 (0,034)	0,111 (0,202)	0,441 (-0,001)		0,027 (0,760)	0,192 (0,027)	0,345 (-0,001)	0,243 (0,005)	0,338 (-0,001)	0,222 (0,010)
Recherche de sensations (TPB)	-0,081 (0,357)	-0,104 (0,232)	-0,012 (0,890)	0,059 (0,500)	0,118 (0,176)	0,249 (0,004)	0,431 (-0,001)	0,183 (0,035)	0,027 (0,760)		-0,068 (0,435)	-0,027 (0,754)	0,272 (0,002)	-0,081 (0,353)	0,257 (0,003)
Anxiété (TPB)	-0,220 (0,011)	-0,242 (0,005)	-0,434 (-0,001)	0,219 (0,011)	0,215 (0,013)	0,127 (0,147)	0,099 (0,256)	0,431 (-0,001)	0,192 (0,027)	-0,068 (0,435)		0,645 (-0,001)	0,180 (0,039)	0,393 (-0,001)	0,103 (0,236)
Dépression (TPB)	-0,087 (0,318)	-0,217 (0,012)	-0,290 (-0,001)	0,236 (0,006)	0,341 (-0,001)	0,255 (0,003)	0,161 (0,064)	0,283 (-0,001)	0,345 (-0,001)	-0,027 (0,754)	0,645 (-0,001)	0,213 (0,014)	0,213 (0,014)	0,591 (-0,001)	0,141 (0,105)
Consommation d'alcool (TPB)	0,009 (0,915)	-0,056 (0,524)	-0,130 (0,137)	0,114 (0,190)	0,035 (0,691)	0,240 (0,005)	0,238 (0,006)	0,269 (0,002)	0,243 (0,005)	0,272 (0,002)	0,180 (0,039)	0,393 (-0,001)	0,213 (0,014)	0,175 (0,044)	0,464 (-0,001)
Risque suicidaire (TPB)	0,028 (0,747)	-0,136 (0,118)	-0,294 (-0,001)	0,173 (0,046)	0,160 (0,065)	0,235 (0,007)	0,090 (0,305)	0,345 (-0,001)	0,338 (-0,001)	-0,081 (0,353)	0,393 (-0,001)	0,591 (-0,001)	0,175 (0,044)	0,464 (-0,001)	-0,015 (0,868)
Utilisation de substance (TPB)	0,031 (0,726)	-0,078 (0,371)	-0,091 (0,299)	0,103 (0,238)	0,007 (0,936)	0,277 (0,001)	0,171 (0,049)	0,191 (0,028)	0,222 (0,010)	0,257 (0,003)	0,103 (0,236)	0,141 (0,105)	0,464 (-0,001)	-0,015 (0,868)	

Services et traitements offerts aux personnes ayant un trouble de personnalité limite : état de situation au Québec et perspectives d'avenir

Catherine Le Corff^a

Pierre David^b

Nadine Larivière^c

Jennifer Dahak^d

Christine Therriault^e

RÉSUMÉ Objectifs Les personnes ayant un trouble de personnalité limite vivent avec des défis de santé importants, tant par rapport à leur santé mentale que leur santé physique, entraînant ainsi des répercussions fonctionnelles notables. Au Québec et ailleurs dans le monde, il est rapporté que les services mis en place sont souvent peu adaptés ou peu accessibles. La présente étude visait à

-
- a. M. Sc., Ps. Éd., psychothérapeute, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Québec, Canada.
 - b. M.D., FRCP(C), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Québec, Canada.
 - c. erg., Ph. D., Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Montréal, Canada, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada.
 - d. M. Sc., Ph. D.(c), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Québec, Canada.
 - e. M.A., Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Canada.

documenter l'état de la situation actuelle dans les différentes régions du Québec pour les personnes avec un trouble de personnalité limite, à décrire les principaux défis associés à la mise en place de services pour ces personnes et à identifier des pistes de recommandations qui puissent répondre à leurs besoins en fonction des réalités des différents milieux de pratique.

Méthode Le devis utilisé est une étude de cas unique à visée descriptive et exploratoire. Vingt-trois entrevues ont été menées avec des personnes-ressources provenant de la majorité des régions québécoises et œuvrant dans différents CIUSSS, CISSS et établissements non fusionnés avec des services en santé mentale adulte. De plus, lorsque disponibles, des documents de programmation clinique ont été consultés. Des analyses de données mixtes ont été effectuées pour brosser un portrait selon les types de régions urbaines, périphériques et éloignées à travers le territoire québécois.

Résultats Les résultats montrent que dans l'ensemble des régions, il y a une intégration d'approches psychothérapeutiques reconnues, mais une tendance à les adapter. De plus, des projets de développement de continuum de soins et services sont souhaités ou en cours. Des difficultés d'actualisation de ces projets et d'harmonisation des services sur le territoire, liées, entre autres, à des enjeux de ressources financières et humaines sont fréquemment rapportées. Des enjeux territoriaux sont également à prendre en compte.

Conclusion La bonification du soutien organisationnel et la création de balises claires pour guider l'élaboration d'offre de services en trouble de personnalité limite seraient recommandées ainsi que la validation de modèles de réadaptation et de traitements brefs.

MOTS CLÉS interventions probantes, organisation des services, trouble de personnalité limite

Services and Treatments for People with Borderline Personality Disorder: State of the Situation in Quebec and Future Prospects

ABSTRACT Objectives People with borderline personality disorder experience significant health challenges, both in terms of their mental and physical health, resulting in significant functional repercussions. In Quebec and elsewhere in the world, it is reported that the services in place are often poorly adapted or inaccessible. The purpose of this study was to document the current situation in the different regions of Quebec for clients with borderline personality disorder, to describe the main challenges associated with the implementation of services for this clientele, and to identify possible recommendations to meet the needs of this clientele applicable in different practice settings.

Method The design used was a qualitative single case study, with descriptive and exploratory aims. Twenty-three interviews were conducted in most Quebec

regions with resources working in various CIUSSSs, CISSSs and non-merged institutions offering adult mental health services. In addition, where available, clinical programming documents were consulted. Mixed data analyses were conducted to provide insights based on different types of settings: urban, peripheral, and remote regions.

Results Findings show that in all regions, recognized psychotherapeutic approaches are integrated but tend to need to be adapted. In addition, there is a desire to develop a continuum of care and services and some projects are already underway. Difficulties in implementing these projects and harmonizing services on the territory, due in part to financial and human resource issues, are frequently reported. Territorial issues are also to be considered.

Conclusion Enhanced organizational support and the creation of clear guidelines to facilitate the development of borderline personality disorder services would be recommended, as well as the validation of rehabilitation programs and brief treatments.

KEYWORDS borderline personality disorder, evidence-based treatments, service organization

Introduction

Les personnes présentant un trouble de la personnalité (tous types confondus) représentent environ 11 % de la population générale. Celles avec un trouble de personnalité limite (TPL), quant à elles, représentent près de 2 % de la population générale (Torgersen et coll., 2001; Lenzenweger et coll., 2007). Les personnes avec un TPL utilisent de manière importante les services de santé mentale et de santé physique (Cailhol et coll., 2015; Frankenburg et Zanarini, 2004). Par ailleurs, la gravité de cette condition se reflète, entre autres, par un taux de mortalité par suicide très élevé qui est surreprésenté chez les personnes ayant un TPL par un facteur de 10 chez les hommes et de 21 chez les femmes comparativement à la population générale (Cailhol et coll., 2015). On trouve également des décès prématurés en lien avec plusieurs facteurs, dont l'impulsivité et les mauvaises habitudes de vie (Larivière et coll., 2010). Plusieurs études font aussi état de problèmes dans leur fonctionnement au quotidien et d'impacts négatifs dans plusieurs rôles sociaux (Carlson et coll., 2020; Larivière et coll., 2010).

Aussi, bien que ces données soutiennent une organisation conséquente des services dédiés, force est de constater qu'au Québec, mais aussi ailleurs dans le monde, les services mis en place sont souvent peu

adaptés ou peu accessibles (Hermans et coll., 2011). Plusieurs raisons peuvent expliquer cet état de fait. Tout d'abord, les connaissances sur les personnes présentant un TPL se sont développées relativement récemment, soit au cours des 30 dernières années. Les premières propositions de traitements validés par la recherche présentaient des coûts très élevés (Bateman et Fonagy, 2003; Hastrup et coll., 2019). Ensuite, il s'agit d'un trouble mental souvent stigmatisé, complexe ainsi que diversifié dans sa présentation (Aviram et coll., 2006; Lawn et McMahon, 2015). En effet, plusieurs conditions comorbides sont souvent associées au TPL : trouble affectif jusqu'à 75 % des personnes; troubles anxieux : autour de 60 %; syndrome de stress post-traumatique : entre 25 % et 56 %; trouble de l'utilisation d'une substance : de 23 % à 84 % ou troubles alimentaires : jusqu'à 56 % (Shah et Zanarini, 2018). Aussi, l'état clinique des personnes atteintes ainsi que leur intérêt à s'engager dans un traitement sont variables et les taux d'abandon en cours de suivi sont souvent élevés (Iliakis et coll., 2021). Enfin, leur condition peut nécessiter, à différents moments, des interventions de crise autant que des services de psychothérapie ou de réadaptation. Des ressources différentes peuvent alors être demandées lors de ces moments spécifiques de l'évolution de la personne et une coordination des services devient importante.

Plusieurs guides de pratiques ont été élaborés par des organisations professionnelles (American Psychiatric Association, 2001; Australian National Health, and Medical Research Council, 2012; National Institute for Health Care Excellence, 2009; Euler et coll., 2017). Bien qu'il n'existe pas de modèle éprouvé et validé d'organisation des services à mettre en place pour ces personnes, des écrits récents et des propositions d'organisation de soins mettent l'accent sur la nécessité d'une organisation de services cohérente avec des services allant de la gestion de la crise à la réadaptation avec des intervenants formés et supervisés de même que des gestionnaires impliqués (Australian Government, 2012; Paris, 2020). Parmi les propositions publiées, 2 apports récents intéressants permettent de mieux baliser les services à offrir dans une organisation de services à visée populationnelle. D'une part, l'organisation de services par étape, le *Stepped Care*, consiste en une offre de service graduée en termes d'intensité de soins offerts, en fonction du niveau de gravité du diagnostic (Choi-Kain et coll., 2016; Paris, 2017). D'autre part, le *Good Psychiatric Management*, qui est un service clinique généraliste interdisciplinaire pour la 1^{re} ligne, limité en intensité,

visant l'adaptation sociale des personnes avec un TPL (Gunderson et coll., 2018).

La mise en place et le maintien de services pour les personnes avec un TPL présentent de nombreux défis. Bien que des constats aient été faits dans plusieurs milieux au fil des ans, ce n'est que récemment que ces enjeux ont été identifiés dans les écrits. On retrouve, entre autres, des enjeux liés à l'expertise des intervenants (Landes et coll., 2017), à la formation et au maintien des compétences (Swales et coll., 2012), à la stabilité des équipes de soins (King et coll., 2018), ainsi qu'au leadership et au soutien organisationnel (Bales et coll., 2017).

Au Québec, la prise en compte des besoins spécifiques des personnes avec un TPL et le développement de services adaptés ont débuté dans les années 1990. Bien qu'initialement les expertises et les services aient été concentrés dans les milieux cliniques universitaires, plusieurs autres milieux de pratique ont par la suite mis en place des programmations ciblant les personnes les plus gravement atteintes. À Montréal, au début des années 2000, sous l'appellation du Consortium montréalais des troubles de la personnalité, des cliniciens et de chercheurs à la faveur d'un regroupement, ont collaboré pour faire le recensement des services et pour définir des balises à respecter dans la mise en place des programmations pour ces personnes. Les constats de diversité importante des services offerts selon les secteurs et de la précarité des équipes cliniques dédiées ont été faits.

Sous la gouverne du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, le Centre national d'excellence en santé mentale (2017) a publié un cadre de référence pour les services de groupe pour trouble de la personnalité en contexte de 1^{re} ligne en santé mentale. Ce document énonçait plusieurs recommandations, telles que la nécessité d'offrir un continuum de services fondé sur les meilleures pratiques, d'offrir des niveaux de soins par étape en fonction de la gravité et de la complexité du TPL (*Stepped Care*) et de fournir aux intervenants une formation et de la supervision clinique. Le concept de continuum de soins y était défini comme étant une offre de services hiérarchisés, offerte par épisode de soins et « par étape », avec des mécanismes de coordination. Depuis la parution de ce document, bien que plusieurs initiatives et services aient été mis en place au Québec, il n'existe pas de recensement précis ni de portrait clair de l'état des services dédiés à ces personnes sur l'ensemble du territoire québécois. Aussi, contrairement au soutien et aux balises gouvernementales québécoises dédiés aux jeunes personnes avec des troubles psychotiques et aux personnes avec

des troubles anxiodépressifs, il n'y a actuellement pas de démarche ou d'initiatives gouvernementales reliées aux troubles de la personnalité. La présente étude vise ainsi à documenter l'état de situation actuelle dans les différentes régions du Québec pour les personnes avec un TPL afin de mieux cibler les besoins et les services à mettre en place.

Objectifs

Les objectifs de cette étude exploratoire sont de : 1) dresser un portrait des services existants au Québec pour les adultes avec un TPL ; 2) décrire les principaux défis associés à la mise en place et au maintien de services pour ces personnes ; 3) identifier des pistes de recommandations pour la mise en place de services qui puissent répondre aux besoins des personnes aux prises avec un TPL en fonction des réalités de différents milieux de pratique.

Méthodes

Le devis utilisé est une étude de cas unique à visée descriptive et exploratoire (Stake, 1995). Ce type de dispositif permet d'analyser un phénomène d'intérêt qui comprend plusieurs composantes, dans son contexte naturel, en triangulant diverses sources de données, comme des entrevues, de l'analyse de documents ou de l'observation participante (Dahl et coll., 2020). Dans le cadre de la présente étude, le cas est le territoire québécois. Ce type de cas correspond à la définition de Stake (1995) pour qui l'objet d'étude est un système avec des contours et des parties œuvrant ensemble et donc il s'applique bien à l'analyse de services. Le territoire peut être décrit par différents types de régions sociosanitaires. On y retrouve des milieux urbains, caractérisés par des agglomérations de population plus denses où la majorité des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et l'ensemble des désignations d'instituts universitaires y sont retrouvées. Les territoires périphériques sont majoritairement composés de centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), à l'exception d'un CIUSSS. Leur territoire est plus vaste et comprend des villes, mais également de petites agglomérations plus espacées. Les régions éloignées sont composées de CISSS et sont majoritairement de vastes territoires où l'espace entre les agglomérations est grand. Dans le cadre de la présente étude, seuls les territoires du Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James ont été exclus en raison des différences marquées de leur

population et de l'organisation parallèle du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) dans le sud du Québec.

La collecte de données s'est déroulée entre octobre 2020 et avril 2022. Sur les 24 établissements pouvant être contactés, soit les 9 CIUSSS, les 13 CISSS et les 2 établissements non fusionnés avec des services en santé mentale adulte (Centre hospitalier de l'Université de Montréal [CHUM], Centre universitaire de santé McGill [CUSM]), 20 ont été rejoints pour vérifier s'ils offraient des services pour les personnes avec un TPL. Ensuite, 23 acteurs ont participé à au moins un entretien par visioconférence ou par téléphone, soit 7 psychiatres, 11 professionnels de la santé et 5 gestionnaires. Les personnes sollicitées étaient connues pour jouer un rôle clé en lien avec la prise en charge du TPL à même leur établissement (p. ex. psychiatres responsables ou faisant partie de l'équipe, gestionnaire ayant à charge le programme ou sa mise en place, coordonnateurs cliniques ou intervenants ayant un rôle pivot quant à la gestion du programme). Une mise à jour a été effectuée en 2022 auprès des milieux participants qui avaient été rencontrés en 2020 et 2021. Si l'établissement avait une programmation écrite, il était invité à la partager avec l'équipe de recherche.

Pour effectuer les entretiens semi-dirigés, une grille d'entrevue a été élaborée par une équipe multidisciplinaire composée de gestionnaires et de cliniciens spécialisés pour les troubles de la personnalité ($n = 4$), œuvrant dans le RSSS depuis de nombreuses années. Les thèmes ont été choisis en discussion d'équipe et la rédaction de la grille a été faite par un membre de l'équipe, puis soumise pour révision et approbation à l'équipe. Les thèmes couverts étaient les suivants: 1) services offerts sur le territoire, description des ressources humaines; 2) approches et modèles thérapeutiques implantés; 3) objectifs visés par les services offerts; 4) processus d'implantation et de suivi de la programmation clinique; 5) mécanismes d'accès aux services et collaboration inter-services. De plus, les forces perçues, les enjeux actuels et les projets ont été documentés. À titre d'exemples, des questions telles que les suivantes ont été posées: «Quels sont les services offerts sur votre territoire aux personnes ayant un TPL?»; «Quelles sont les approches thérapeutiques retenues?»; «Existe-t-il différents niveaux d'intensité de service?»; «Quelles sont les modalités des services offerts?»; «Existe-t-il des mécanismes de suivi de l'implantation?».

Les informations recueillies lors des entrevues et l'analyse des documents fournis ont été transposées dans une grille correspondant au guide d'entrevue afin de s'assurer que tous les thèmes aient été

couverts et pour y recueillir les données qualitatives de chaque milieu participant. Pour effectuer une analyse descriptive quantitative et une analyse qualitative, un tableau synthèse de l'ensemble des milieux a été préparé. Ils ont été classés par secteur géographique pour favoriser une analyse spatiale: 1) urbains (dont les instituts universitaires en santé mentale), 2) périphériques et 3) éloignés.

Des données de fréquences ont été établies sur les thèmes suivants: 1) continuum de services (référant à une organisation des soins concertés à travers le territoire et les niveaux de soin); 2) services offerts en 1^{re} ligne; 3) services offerts en 2^e ligne; 4) utilisation d'interventions probantes; 5) intervention de groupe; 6) intervention individuelle; 7) implication des familles; 8) supervision et formation. Des informations qualitatives ont également été prises en compte pour préciser davantage ces éléments. Concernant les forces relevées, les enjeux et les projets, une analyse de contenu thématique a été faite de manière indépendante par 2 auteures, puis mise en commun et discutée avec le reste de l'équipe (Paillé et Mucchielli, 2016). Le contenu a été regroupé en thèmes et sous-thèmes (p. ex. ressources humaines et roulement de personnel) avec des fréquences de mentions. L'analyse qualitative a porté sur les similitudes entre les types de territoires et les particularités des secteurs spécifiques.

Résultats

Le portrait qui suit décrit l'organisation de services pour les personnes avec un TPL dans 20 établissements au Québec, dont 11 CISSS et CIUSSS provenant de régions centrales et urbaines (incluant 3 instituts universitaires en santé mentale), 7 établissements situés dans des régions périphériques avec centres urbains (CISSS, CIUSSS, réseau local de services [RLS]) et 5 en régions éloignées (CISSS). Selon le découpage territorial, il peut y avoir des services offerts dans des sous-territoires. Vingt-trois entrevues ont été réalisées. En effet, 3 territoires ont nécessité 2 entrevues afin de bien mesurer les soins offerts, mais d'autres territoires auraient pu en nécessiter plus d'une, ayant des services différents partout sur leur territoire. Les thèmes principaux couverts de manière quantitative ou qualitative portaient sur la hiérarchisation des soins et des services, l'utilisation des interventions fondées sur des données probantes, les enjeux territoriaux ainsi que les ressources humaines et la gestion.

Hiérarchisation des soins et des services

Les résultats du tableau 1 montrent que la majorité des territoires n'ont pas une organisation de services formellement structurée sous forme d'un continuum de soins clair et fluide. En effet, 27 % des régions urbaines et 57 % des régions périphériques présentent un continuum alors que seulement 20 % des régions éloignées indiquent en avoir un. Pour mieux comprendre le portrait de l'organisation des soins, les résultats sont décrits en fonction de la hiérarchisation : c'est-à-dire la présence de soins et services en TPL de 1^{re} et 2^e ligne. Les régions périphériques ont mis en place des activités de 1^{re} ligne de manière plus fréquente (100 %) que les régions urbaines (82 %), alors que les régions éloignées en ont développé à la hauteur de 60 %. Les services offerts en 1^{re} ligne varient grandement d'une région à l'autre, mais sont généralement composés de programmes à court et moyen terme selon les modèles suivants : adaptation de la thérapie comportementale dialectique (TCD), *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), *Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving* (STEPPS), *Good Psychiatric Management* (GPM) ainsi que des programmes d'enseignement psychologique et visant à favoriser la motivation, créés par le milieu même. Les services spécialisés de 2^e ligne sont offerts dans environ 70 % des secteurs urbains et périphériques alors que 80 % des régions éloignées sont aussi constituées principalement autour de ces services à haute intensité. Les modalités thérapeutiques suivantes sont utilisées : adaptation de la TCD, approche basée sur la mentalisation et la psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT). Dans l'ensemble des régions, les suivis de groupe sont autant utilisés que les suivis individuels. Seul un milieu urbain n'avait pas d'offre d'intervention de groupe au moment de la collecte de données. L'implication des familles et membres de l'entourage demeure faible, moins de 20 % des établissements, toutes régions confondues, et impliquent de manière formelle les proches dans leur programmation. Parmi toutes les régions, une seule région urbaine a un continuum de service qui rejoint tout le territoire et qui a atteint les objectifs initiaux d'implantation. Pour tous les autres milieux consultés, le continuum de services est parfois en cours de déploiement et n'est pas offert à l'ensemble du territoire.

TABLEAU 1
Organisation des soins et services selon les types de régions
socio-sanitaires dans la province du Québec

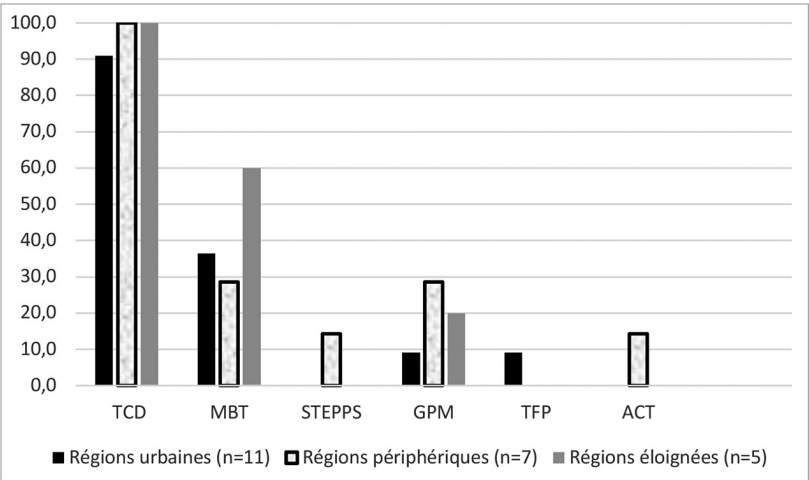
Régions	Continuum — trajectoire de soins n (%)	Services TP: 1 ^{re} ligne n (%)	Services TP: 2 ^e ligne n (%)	Suivi en groupe n (%)	Suivi individuel n (%)	Implication entourage n (%)
Urbaines (n = 11)	3 (27,3)	9 (81,8)	8 (72,7)	9 (90,9)	11 (100,0)	2 (18,2)
Périphériques (n = 7)	4 (57,1)	7 (100,0)	5 (71,4)	7 (100,0)	7 (100,0)	1 (14,3)
Éloignées (n = 5)	1 (20,0)	3 (60,0)	4 (80,0)	5 (100,0)	5 (100,0)	1 (20,0)

Note. Certaines régions ont des sous-territoires (n = 3).

Utilisation des interventions fondées sur des données probantes

L'ensemble des établissements s'inscrit dans l'utilisation adaptée d'approches validées pour les personnes avec un TPL. La TCD arrive au premier rang à plus de 90 % des établissements consultés. On retrouve la GPM et la TFP également dans une moindre mesure. Le STEPPS et l'approche ACT font partie de la liste des interventions proposées dans l'un des établissements d'une région périphérique, mais semblent

FIGURE 1
Utilisation des interventions fondées sur des données probantes



Note. ACT = Thérapie basée sur l'acceptation et l'engagement; GPM = *Good psychiatric management*; STEPPS = *Systems approach for emotional predictability and problem solving*; TCD = Thérapie comportementale dialectique; TFP = Thérapie focalisée sur le transfert.

être absents du reste du RSSS. La présence d'activités de supervision spécifique au TPL offertes aux intervenants rendant les services aux personnes avec un TPL est plus importante en régions périphériques (71,4 %) et éloignées (60 %). Les établissements en milieu urbain offraient de la supervision à la hauteur de 55 % approximativement.

Les approches précédemment mentionnées sont toutes adaptées de manière variable dans les programmations offertes. Les modifications suivantes sont le plus souvent mentionnées par les répondants: diminution de la fréquence des rencontres individuelles, absence de coaching téléphonique, réduction de la durée du programme et adaptation ou ajout de matériel autre. Le fait que l'application des traitements « manualisés » reconnus soit chronophage est l'un des motifs rapportés comme étant à la source de ces changements. Les modifications ont pour objectif de répondre plus rapidement aux besoins de service des personnes et aussi de pouvoir offrir des services à un plus grand nombre, dans le contexte où le nombre de ressources humaines est restreint. Certains milieux ont également rapporté que les modifications au contenu sont liées aux préférences des intervenants responsables du programme ou à l'absence de professionnels pouvant pratiquer la psychothérapie: dans le contexte législatif québécois, plusieurs approches basées sur les données probantes, ayant des éléments psychothérapeutiques, demandent donc aux intervenants de les ajuster afin de respecter la loi. Les interventions implantées associées sans preuve établie sont brèves et de nature éducative sur la personnalité ou l'affirmation de soi. Les objectifs les plus fréquemment rapportés de ces modalités thérapeutiques sont l'évaluation de la motivation de la personne avec un TPL à s'engager dans une démarche de thérapie et une amélioration symptomatique rapide. Le choix des interventions probantes et le niveau de soin 1^{re} ou 2^e ligne est un choix fait par chaque établissement le plus souvent en fonction de la vision et des valeurs de l'équipe de gestion clinico-administrative, des cliniciens, du contexte d'organisation du travail et des besoins des personnes.

Forces et enjeux

Les répondants ont rapporté divers facteurs facilitant (forces) ou entravant (enjeux) l'organisation, le déploiement et le maintien d'un continuum de service. Les thématiques soulevées étant similaires, elles seront présentées ensemble dans la section suivante.

Aspects territoriaux. Des enjeux liés au territoire ressortent dans les régions périphériques et éloignées, particulièrement par rapport aux déplacements pour se rendre dans les locaux des établissements sociosanitaires qui peuvent être loin du domicile ($n = 3/12$ régions périphériques ou éloignées; 25 %). Les répondants ont parlé des défis en lien avec le fait qu'il n'y a pas de transport en commun dans leurs localités, les coûts de taxi sont élevés et plusieurs personnes n'ont pas de voiture ($n = 5/12$ régions périphériques ou éloignées; 41,7 %).

Par ailleurs, un autre aspect relevé est la réalité de petits bassins de population qui rend plus compliquée la constitution de groupes en présentiel dans des sous-territoires. Certains secteurs, qui ont offert la possibilité des groupes en virtuel durant la pandémie de COVID-19 (à partir de mars 2020) se questionnent sur le mode de poursuite de leur offre de services, car le format en virtuel a réduit les obstacles liés à l'accès aux services.

Ressources humaines. La composition des équipes, le temps dédié aux personnes avec un TPL et le nombre de ressources humaines attribué varient grandement d'un établissement à l'autre. Il demeure que le travail en interdisciplinarité caractérise les soins et services en troubles de la personnalité. La présence de médecins psychiatres impliqués dans l'équipe traitante varie en fonction de l'analyse géographique et on observe la présence de plus de médecins psychiatres dans les milieux urbains ($n = 9/11$; 81,8 %) que périphériques ($n = 3/7$; 42,9 %) et éloignés ($n = 1/5$; 20 %). Les psychologues sont la catégorie de professionnel la plus représentée dans les équipes (entre 71,4 et 100 %). Les travailleurs sociaux, ergothérapeutes, infirmiers et psychoéducateurs sont aussi présents, mais à géométrie variable et de façon plus précaire. L'information quantitative quant au nombre d'équivalents temps complet concernant les professionnels de la santé, des services sociaux et des psychiatres n'a pu être rapportée de manière constante par les personnes interviewées.

Ces variations peuvent ainsi être liées au type de territoire, mais également aux priorités des gestionnaires. Les équipes dans les régions éloignées ainsi que les milieux plus distants des centres des régions périphériques sont en règle générale, moins nombreuses, moins diversifiées en termes de composition et ne sont pas dédiées exclusivement aux personnes avec un TPL. Les régions urbaines et les milieux urbains des régions périphériques ont en règle générale, des équipes plus grandes, une composition plus diversifiée et c'est dans ces types de milieux que l'on retrouve plus souvent des équipes dédiées. Malgré

cela, l'enjeu nommé le plus fréquemment, peu importe le type de région, est le « manque de personnel » ($n = 13/23$; 56,5 %). De plus, des difficultés d'embauche de personnel (postes restant vacants) et parfois, un manque d'intérêt que peuvent avoir certains intervenants pour les personnes avec un TPL a été soulevé. Plusieurs répondants ont parlé des impacts négatifs d'avoir de petites équipes, telles la fragilisation et la déstabilisation de celles-ci, ainsi que le manque de temps pour le développement professionnel. Le second enjeu rapporté, peu importe le territoire, est le « roulement du personnel » ($n = 3/23$; 13 %). Ce roulement a un impact majeur sur le maintien des programmations cliniques, notamment lorsque le projet n'est pas porté par la direction ou les supérieurs immédiats.

La résistance des équipes de travail au changement ou au type de programmation ($n = 4/23$; 17,4 %) est un enjeu qui a été rapporté par certains répondants provenant de tous les types de territoires. Ils mentionnent que cet élément a des conséquences sur l'implantation et le maintien d'une programmation clinique spécifique aux personnes avec un TPL. Dans le même registre, on peut alors observer des désaccords dans les équipes de travail ou avec la gestion quant aux choix de programmations cliniques.

Bien que l'importance de la formation et supervision soit généralement reconnue, beaucoup de disparités sont observées dans le type de formation et des supervisions offertes aux équipes (14 répondants sur 23 ou 60,8 % rapportent qu'il y a formation et/ou supervision dans leur milieu). La majorité des milieux offrent des traitements fondés sur les données probantes, mais peu de professionnels ont eu accès aux formations formelles sur ces approches (p. ex. *Behavioral Tech*: institut de formation reconnu pour la TCD et fondé par Marsha Linehan). Le motif principal évoqué par les répondants ayant soulevé cet élément est le coût financier associé à ces formations. Lorsqu'elles sont disponibles, il est observé qu'elles ne sont dispensées qu'à quelques professionnels au moment de la mise en place des services. Le roulement du personnel devient ici à nouveau un enjeu important, en raison de la perte d'expertise. Il a été rapporté que les nouveaux membres d'une équipe peuvent être formés par un membre senior, qu'une ou deux personnes sont formées officiellement puis transmettent cette dernière aux autres membres de l'équipe ou encore que la formation provienne d'un autre établissement québécois ayant déjà mis en place l'approche reconnue.

Néanmoins, plusieurs facteurs facilitants sont mentionnés sur la thématique des ressources humaines. Une des forces concernant la

composition des équipes est la présence de cliniciens d'expérience ($n = 3/23$; 13 %) et l'implication directe de psychiatres ($n = 3/23$; 13 %). Un élément identifié par quelques répondants est la qualité des liens entre les membres d'une équipe, soit le soutien, l'entraide et les échanges ($n = 3/23$; 13 %). La formation, la supervision et le soutien au réseau ($n = 2/23$; 8,7 %), lorsque présents sont un autre point fort permettant l'utilisation d'un langage commun et un maintien des suivis des personnes avec un TPL dans divers niveaux de soins limitant une référence rapide vers un service spécialisé ou surspécialisé.

Éléments organisationnels. La structure de gestion est uniformisée à travers le RSSS. On retrouve donc plusieurs similarités entre les différents types de milieux, mais également plusieurs différences qui ne sont pas spécifiquement associées au type de territoire. Pour l'ensemble d'un territoire, la tendance principale quant aux programmes pour les personnes avec un TPL est qu'ils ne soient pas regroupés sous un seul chef de service pour l'entièreté des services en 1^{re} et 2^e ligne (mis à part pour un seul milieu). Bien que plusieurs voient une possible plus-value dans ce type d'organisation, les services sont souvent plutôt regroupés sous un chef par RLS, et un sous un chef différent pour les services de la 2^e ligne. Ils rapportent un impact négatif de ce type d'organisation sur l'uniformisation des pratiques, mais également sur les mécanismes de collaboration entre les services.

Sur le plan des enjeux organisationnels, peu importe le type de région, des problèmes de leadership sont rapportés en lien avec le manque d'implication des gestionnaires ($n = 4/23$; 17,4 %) pour mettre en place un processus d'organisation formelle de continuum et d'évaluation de celui-ci. Ceci a pour impact des difficultés à mener à terme les projets d'implantation de continuum de services entraînant une offre de services disparate à travers le territoire. L'instabilité des gestionnaires fut également nommée à 2 occasions. Les répondants mentionnent que la perte d'un gestionnaire soutenant le projet d'implantation peut mener à la fin de celui-ci ou à des changements importants quant aux objectifs. Ceci peut avoir des conséquences en termes de découragement des équipes de travail et de pertes de services pour les personnes avec un TPL. À noter que peu d'information a été rapportée quant aux processus d'implantation et de suivi de la programmation clinique, car très peu d'initiatives formelles et durables existent.

Quant aux facteurs facilitants rapportés, le thème qui revient le plus souvent, peu importe la région, est le soutien concret aux intervenants pour recevoir de la formation ou pour avoir accès à de la supervision

($n = 5/23$; 21,7 %). Le soutien de la direction au projet et à l'équipe est une force rapportée par 2 milieux.

Coordination des services. De nombreux enjeux découlent de la disparité des services sur le territoire québécois. Le volet commun aux régions urbaines et périphériques est un manque de coordination entre les départements ou les services, ce qui affecte la fluidité entre des épisodes de soins ($n = 4/18$; 22 %). Des éléments provenant des régions périphériques et éloignées sont l'absence de certains services et les difficultés d'harmonisation des services à travers le territoire. Par exemple, dans les régions périphériques et éloignées, deux endroits (sur un total possible de 12) n'ont pas de services spécifiques en 2^e ligne pour les TPL. L'absence de centre de crise fut aussi soulevée ($n = 2/23$; 8,7 %). Dans les régions périphériques, il est observé que parfois, dans certains secteurs, des interventions probantes sont déployées, mais qu'ailleurs, seuls des services non spécifiques au TPL sont disponibles ($n = 2/7$; 28,6 %). Il n'y a pas eu d'information supplémentaire rapportée quant aux mécanismes de collaboration entre les divers services, ni mention ou partage de documentation quant à des procédures formelles.

Pour répondre à ces constats, il semble y avoir un souhait, mentionné par 6 répondants sur 23 (26,1 %), d'avoir une programmation claire, organisée de manière concertée, avec un processus d'amélioration continue. Un accès organisé, simplifié, utilisant une progression par étape plutôt que par référence médicale est l'un des points forts rapportés. Dans les régions périphériques ou éloignées, l'importance d'une certaine flexibilité dans l'implantation tenant compte de certaines particularités des secteurs est soulevée.

En ce qui a trait à l'accès aux services, le nombre de patients en attente et les délais d'attente n'étaient pas des éléments facilement quantifiables pour la majorité des milieux.

Projets

Sur l'ensemble du territoire québécois, le projet le plus commun est celui d'organiser un continuum de soins en TPL ($n = 8/23$; 34,8 %). L'ajout de traitements fondés sur les données probantes est également un projet fréquent ($n = 5/23$; 21,7 %). L'ajout du rôle de formation aux tâches des équipes en TPL dans un but de formation du réseau ($n = 5/23$; 21,7 %) et l'organisation de supervision pour ces équipes ($n = 3/23$; 13,0 %) sont des souhaits rapportés dans tous les types de territoire. L'ajout de

services pour la jeunesse est un projet identifié dans les régions urbaines seulement ($n = 2/11$; 18,1 %).

Discussion

Cette étude exploratoire visait à examiner des éléments documentés dans des organisations de soins provenant de quelques pays ainsi qu'à explorer les particularités de l'offre de services au Québec pour les personnes avec un TPL. Les résultats montrent une tendance au Québec à utiliser les approches d'intervention reconnues pour les personnes avec un TPL en 1^{re} ou en 2^e ligne. L'adaptation de ces approches validées semble être une pratique courante, ce qui peut mener à questionner leur efficacité, puisque le traitement ayant été évalué n'est pas celui qui est implanté et que l'effet du retrait de certains éléments des programmes n'est souvent pas connu. Les modifications apportées tendent à réduire la durée ou la fréquence des suivis, ce qui reflète entre autres la réalité générale qu'est le manque de ressources humaines pour répondre aux besoins populationnels. La réduction de la durée ou de la fréquence des suivis peut aussi indiquer un besoin de traitements de courte et de moyenne durée pour répondre aux besoins de ces personnes avec un TPL, soit pour celles ayant un trouble moins grave ou dont la motivation freine la capacité à s'engager dans un traitement long, soit pour les personnes chronicisées nécessitant davantage un suivi de soutien au long cours. La mise en place de tels programmes pourrait avoir l'avantage de permettre d'offrir de manière plus fidèle les approches psychothérapiques longues à des personnes avec un TPL ayant le potentiel d'en bénéficier. Ceci a été rapporté sur la scène internationale et a fait l'objet de recherche au cours des dernières années (Gunderson et coll., 2018; Paris 2017). Bien que les modèles STEPPS et GPM puissent partiellement répondre à ce besoin, ils sont encore peu utilisés au Québec. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ce sont 2 modèles relativement récents, créés en langue anglaise et dont l'accès à la formation et au matériel en français est encore restreint. De plus, aucune étude d'efficacité de ces programmes en langue française n'existe. En ce qui concerne spécifiquement le traitement STEPPS, son programme original consiste en une psychothérapie de groupe et individuelle, ce qui, dans le contexte législatif québécois face à la psychothérapie, peut complexifier son implantation en raison du manque de personnel habilité à pratiquer la psychothérapie dans le RSSS.

Par ailleurs, les résultats tendent à indiquer que peu d'approches formelles de soutien à l'entourage sont intégrées dans les milieux de pratique, bien que des approches publiées pour accompagner les proches d'une personne avec un TPL existent (Sutherland et coll., 2020). Certaines hypothèses pourraient être avancées pour expliquer cette observation. Tout d'abord, le soutien au proche a régulièrement été sous-traité à certains organismes tels qu'Arborescence (anciennement l'Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale (AQPAMM)). Les ressources humaines restreintes pour répondre au besoin des personnes dans le RSSS ainsi que les lois concernant la confidentialité (contact avec les proches uniquement possible avec le consentement du patient) semblent aussi des éléments contributifs à cette réalité.

On peut remarquer un souhait de la majorité des milieux consultés de revoir leur offre de soins en TPL et de l'organiser de manière cohérente. Le modèle de soins par étape, proposé par Paris (2017) et Choi-Kain et collègues (2016), est privilégié. La grande majorité des milieux fait cependant face à des enjeux importants dans l'actualisation de ces projets. On note entre autres, étant donné un vaste territoire composé de régions urbaines et éloignées, que plusieurs milieux présentent des difficultés d'harmonisation de l'offre de service. Il est généralement plus difficile pour les structures de soin des milieux distants des centres des régions périphériques et pour les régions éloignées d'offrir les mêmes modèles fondés sur les données probantes qui sont offerts en milieux urbains. Il n'est également pas possible pour les personnes de se déplacer sur d'aussi grandes distances afin d'avoir accès à ces soins spécialisés de pointe. De plus, en l'absence de balises claires, chaque milieu met en place une réponse individuelle à ses besoins, menant à une grande disparité à travers la province dans les services offerts en TPL. Cette disparité s'observe dans les différentes facettes de l'organisation des soins. En effet, les services peuvent être parfois offerts en 1^{re} ligne, en 2^e ligne ou en 1^{re} et 2^e ligne, mais la disparité s'observe également quant aux approches de traitement choisies, bien que la TCD semble être le choix principal. Ceci signifie, qu'une personne ayant un TPL peut recevoir des services très différents en fonction de la région dans laquelle elle habite, par exemple quant à l'accès aux programmes fondés sur les données probantes, au suivi à plus long-terme et à l'accès à un psychiatre. Dans un contexte social et légal soutenant le droit de l'individu à bénéficier de soins de santé sans préjudice, ces disparités sont problématiques. Par ailleurs, les répondants ont très peu parlé des

groupes de médecine de famille dans la gamme des services en 1^{re} ligne ou encore des liens avec les professionnels œuvrant dans les cliniques privées qui traitent les personnes avec un TPL et ainsi, il y a un certain pan des services qui n'est pas dans les réflexions sur l'organisation des services pour ces personnes.

L'instabilité des équipes de gestion et des équipes professionnelles est une réalité courante à travers la province et à travers le monde (King et coll., 2018). De cela, il en découle de nombreux enjeux. Tout d'abord, l'implantation et le maintien d'une programmation clinique sont complexes. En effet, le départ d'un gestionnaire ou de membres du personnel est fréquemment associé à des changements ou à la fin d'une initiative quant à une programmation clinique, puisque celles-ci sont en général dépendantes des individus les ayant initiées et ne sont pas balisées. L'importance de l'appui organisationnel à ces initiatives est reconnue par plusieurs milieux au Québec, ce qui est cohérent avec les constats internationaux (Bales et coll., 2017).

L'instabilité des équipes professionnelles amène également une perte d'expertise, autre élément important rapporté dans la littérature scientifique (Landes et coll., 2017). L'accès à la formation et à la supervision, bien que généralement reconnu comme nécessaire, est très restreint. On observe le plus souvent une offre de formation initiale lors de la mise en place d'une programmation, avec peu d'accès aux formations formelles quant aux approches spécifiques et, dans un deuxième temps, une formation par transfert de connaissances interéquipe ou intermilieux. Le manque de ressources financières ou de priorisation de ces éléments semble en être le motif principal. Cependant, à l'instar des constats et recommandations retrouvés dans la littérature internationale (Australian Government, 2012; Paris, 2020), plusieurs milieux au Québec ont pour souhait d'organiser des supervisions et formations pour leurs équipes dans le futur.

Le manque de ressources ou de priorisation des personnes ayant un TPL dans leur répartition se manifeste également sur le plan des ressources humaines. En effet, la grande majorité des milieux déplorent avoir de trop petites équipes de travail pour répondre aux besoins populationnels. Ceci peut être en partie expliqué par le fait que ce type de personne étant stigmatisée et complexe cela peut mener la gestion à faire le choix de ne pas prioriser ces mêmes personnes à la hauteur de leurs besoins. Effectivement, les besoins variables des personnes aux prises avec un TPL et le fait que ce trouble ne soit pas considéré dans la catégorie des troubles mentaux graves rendent leur position-

nement dans un continuum de soin difficile. Les répercussions de ceci sont nombreuses : adaptation à la baisse des modalités thérapeutiques fondées sur les données probantes, créations de programmes courts pour répondre plus rapidement à la demande ainsi que de longs délais d'attente. La stigmatisation à laquelle font face ces personnes pourrait donc contribuer à expliquer le manque de ressources humaines et financières qui leur sont attribuées. Parmi les pistes de solution possibles, l'accès à une formation adéquate quant au traitement et à la prise en charge de ces personnes (p. ex. le GPM) pourrait réduire cette stigmatisation, et ainsi permettre une prise en charge plus efficace en augmentant le sentiment de compétences des divers professionnels à leur égard.

Finalement, les enjeux d'accès aux soins et de collaboration entre les paliers de soins et les services semblent généralisés. Plusieurs milieux déplorent le manque de collaboration et de coordination. Il est fréquemment observé que les services offerts dans un autre palier de soins et leur accès soient méconnus par les professionnels et gestionnaires d'un même territoire, ce qui occasionne des difficultés d'accès et d'utilisation optimale des services. De plus, plusieurs n'étaient pas en mesure d'identifier clairement les informations liées au nombre de patients en attente, au délai d'attente et au nombre de ressources humaines attribuées à ces personnes à travers leur organisation. Une gestion efficace des ressources et des services semble être compliquée par le manque de ces informations.

Forces et limites

Il est important de tenir compte de certaines limites quant à cette étude. Premièrement, il s'agit d'un portrait pris à un moment spécifique pour chaque milieu, dont la collecte de données s'échelonne sur plus d'un an. Elle peut donc ne pas représenter la mouvance et le portrait immédiat de chacun des milieux recensés. Deuxièmement, l'ensemble des milieux n'a pas été couvert. En effet, 2 milieux qui ont été approchés n'ont pas participé. Troisièmement, il n'a pas été possible de respecter la représentativité des milieux : comme les services sont soit organisés par RLS soit pour tout le territoire, certains milieux peuvent avoir fait l'objet de plusieurs entrevues pour un même CISSS ou CIUSSS avec des résultats différents alors que d'autres n'auront fait l'objet que d'une seule entrevue. Ceci implique donc des limitations quant à la représentativité des résultats, mais témoigne également

des grandes disparités et du manque de balise dans l'organisation des services en TPL sur le territoire québécois. Quatrièmement, certaines données n'étaient pas connues ou étaient non disponibles dans certains milieux (p. ex. mécanismes de références, délais d'attente, liste d'attente, nombre d'équivalents à temps complet) limitant ainsi les possibilités d'analyse. Finalement, les personnes interviewées étaient celles qui étaient disponibles et intéressées. Ainsi, les informations recueillies proviennent de personnes ayant des formations et des rôles différents (personnel administratif, psychiatres et professionnels de la santé) introduisant ainsi un biais quant à la subjectivité de ces parties.

Conclusion

Ce portrait exploratoire de la situation québécoise en termes de services offerts en TPL mène à certains constats. Tout d'abord, les besoins populationnels sont clairs, tels que représentés par la forte demande à laquelle fait face l'ensemble des milieux de soins. La grande majorité des milieux semble très active dans la recherche d'une réponse aux besoins de ces personnes, comme on peut le voir par les initiatives de mise en place de continuum de soins. Cependant, ces milieux font face à des enjeux importants freinant leur mise en œuvre efficace : un manque de ressources humaines, de grands territoires rendant l'harmonisation d'une offre de services difficile (surtout en présentiel), l'absence de balises claires, le roulement du personnel et la perte d'expertise. Pour répondre à ces besoins populationnels ainsi que ceux démontrés par ces organisations du RSSS, il apparaît important que soit élaboré un cadre de référence avec une programmation québécoise, tenant compte non seulement des territoires urbains, mais également de la réalité spécifique des territoires périphériques et éloignés quant à l'organisation de l'offre de services. Un tel cadre pourrait s'inscrire dans la foulée du Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 et des propositions telles que le Cadre de référence — Programmes pour premiers épisodes psychotiques (PEP) qui bénéficie alors de balises claires et d'un budget dédié, pouvant aider à résoudre les enjeux de ressources humaines ainsi que de formation et de supervision.

Ceci mène également à une réflexion quant au rôle des CIUSSS et des instituts universitaires en santé mentale dans le soutien auprès des établissements, dont ceux de plus petite taille, avec pour objectif de permettre à l'ensemble de la population québécoise d'avoir un accès équitable à des services de qualité. Leur rôle est d'ailleurs essentiel

sur le plan de la recherche en TPL, tant au niveau de la validation de modalités de traitement plus brèves, de développement d'approches de réadaptation (p. ex. pour soutenir le retour et le maintien en emploi), que d'examen de l'efficacité des approches en mode hybride ou en ligne. Ils sont des acteurs clés dans l'évaluation de l'implantation de continuum de soins à travers les différents types de territoires québécois.

Des études futures pourraient se pencher de manière plus spécifique sur l'évaluation de l'efficacité des programmations mises en place partout au Québec, autant pour évaluer leur efficacité vis-à-vis de leur fidélité au modèle d'origine, que pour valider l'efficacité de la traduction en langue française d'approches probantes et dans le contexte socioculturel québécois.

En définitive, il est important de soulever le grand dynamisme et dévouement des différents acteurs et leur intérêt à offrir des services adaptés aux personnes en TPL. Ce tour d'horizon québécois aura permis d'observer qu'il semble y avoir un désir généralisé de programmation cohérente par étape et sous forme de continuum, incluant non seulement des approches psychothérapeutiques, mais également de réadaptation et couvrant l'ensemble des services provenant des différentes lignes de soins. Ainsi, avec l'intérêt grandissant de collaborations concrètes entre les personnes avec un TPL et les acteurs clés pour comprendre leurs besoins et élaborer des services pertinents, ainsi que la venue du Plan d'action interministériel en santé mentale, une dynamique se dessine pour concevoir un cadre de référence sur l'organisation des soins et services en TPL au Québec.

RÉFÉRENCES

- Aviram, R. B., Brodsky, B. S. et Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry*, 14(5), 249-256. <https://doi.org/10.1080/10673220600975121>
- American Psychiatric Association. (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Pub.
- Australian Government—National Health, and Medical Research Council. (2012) *Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder*. https://bpdfoundation.org.au/images/mh25_borderline_personality_guideline.pdf
- Bales, D. L., Verheul, R. et Hutsebaut, J. (2017). Barriers and facilitators to the implementation of mentalization-based treatment (MBT) for borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 11(2), 118-131. <https://doi.org/10.1002/pmh.1368>

- Bateman, A. et Fonagy, P. (2003). Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *American Journal of Psychiatry*, 160(1), 169-171. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.1.169>
- Caillhol, L., Lesage, A., Rochette, L., Pelletier, É., Laporte L. et David., P. (2015) *Surveillance des troubles de la personnalité au Québec: prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*, Institut National de santé publique du Québec. <https://policycommons.net/artifacts/2062482/surveillance-des-troubles-de-la-personnalite-au-quebec/2815573/>
- Carlson, E. M., Cox, D. W., Kealy, D., Chapman, A. L. et Ogrodniczuk, J. S. (2020). Social role dysfunction and coping in borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 14(2), 227-239. <https://doi.org/10.1002/pmh.1476>
- Centre d'excellence en santé mentale et Santé et service sociaux du Québec. (2017). Cadre de référence: Offre de services de groupe pour troubles de la personnalité en contexte de 1^{re} ligne santé mentale — Le trouble de personnalité limite. <http://www.douglas.qc.ca/uploads/File/Centre%20national%20d'excellence%20en%20sant%C3%A9%20mentale/060717-Offre%20de%20services%20TPL.pdf>
- Choi-Kain, L. W., Albert, E. B. et Gunderson, J. G. (2016). Evidence-based treatments for borderline personality disorder: Implementation, integration, and stepped care. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(5), 342-356. <https://doi.org/doi:10.1097/HRP.0000000000000113>
- Dahl, K., Larivière, N. et Corbière, M. (2020). L'étude de cas: Illustration d'une étude de cas multiples visant à mieux comprendre la participation au travail des personnes présentant un trouble de personnalité limite. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.) *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes: La recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2^e éd., p.89-111). Presses de l'Université du Québec.
- Euler, S., Dammann, G., Endtner, K., Leihener, F., Perroud, N. A., Reisch, T., Schmeck, K., Sollberger, D., Walter, M. et Kramer, U. (2017). *Recommandation de traitement de la SSPP pour le trouble de la personnalité borderline*. Guide suisse. https://www.psychiatrie.ch/fileadmin/SGPP/user_upload/Fachleute/Empfehlungen/SGPP_BE_BPS_version_francaise.pdf
- Frankenburg, F. R. et Zanarini, M. C. (2004). The association between borderline personality disorder and chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and costly forms of health care utilization. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(12), 1660-1665. <https://doi:10.4088/JCP.v65n1211>
- Gunderson, J., Masland, S. et Choi-Kain, L. (2018). Good psychiatric management: a review. *Current Opinion in Psychology*, 21, 127-131. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.12.006>
- Hastrup, L. H., Jennum, P., Ibsen, R., Kjellberg, J. et Simonsen, E. (2019). Societal costs of Borderline Personality Disorders: a matched-controlled nationwide study of patients and spouses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(5), 458-467. <https://doi.org/10.1111/acps.13094>
- Hermens, M. L., van Splunteren, P. T., van den Bosch, A. et Verheul, R. (2011). Barriers to implementing the clinical guideline on borderline personality disorder in the Netherlands. *Psychiatric Services*, 62(11), 1381-1383. https://doi.org/10.1176/ps.62.11.pss6211_1381
- Iliakis, E. A., Ilagan, G. S. et Choi-Kain, L. W. (2021). Dropout rates from psychotherapy trials for borderline personality disorder: A meta-analysis.

- Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 12(3), 193-206. <https://doi.org/10.1037/per0000453>
- King, J. C., Hibbs, R., Saville, C. W. et Swales, M. A. (2018). The survivability of dialectical behaviour therapy programmes: a mixed methods analysis of barriers and facilitators to implementation within UK healthcare settings. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1876-7>
- Landes, S. j., Rodriguez, A. I., Smith, B., Matthieu, M., Trent, L., Kemp, J. et Thompson, C. (2017) Barriers, facilitators, and benefits of implementation of dialectical behavioral therapy in routine care: results from a national program evaluation survey in the veterans Health Administration. *Society and Behavioral Medicine* 7(832-844)
- Larivière, N., Desrosiers, J., Tousignant, M. et Boyer, R. (2010). Exploring social participation of people with cluster B personality disorders. *Occupational Therapy in Mental Health*, 26(4), 375-386. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2010.518307>
- Lawn, S. et McMahon, J. (2015). Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(7), 510-521. <https://doi.org/10.1111/jpm.12226>
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W. et Kessler, R. C. (2007). DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62(6), 553-564. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.09.019>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2009). *Borderline personality disorder: recognition and management* (CG78). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78/resources/borderline-personality-disorder-recognition-and-management-pdf-975635141317>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse thématique*. Dans P. Paillé et A. Mucchielli (dir.). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (5^e éd., p. 235-312). Armand Collin.
- Paris, J. (2020). *Treatment of Borderline Personality Disorder* (2^e éd.). Guilford Press.
- Paris, J. (2017). *Stepped Care for Borderline Personality Disorder: Making Treatment Brief, Effective and Accessible*. Academic Press.
- Shah, R. et Zanarini, M. C. (2018). Comorbidity of borderline personality disorder: current status and future directions. *Psychiatric Clinics*, 41(4), 583-593. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.009>
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. SAGE
- Sutherland, R., Baker, J. et Prince, S. (2020). Support, interventions and outcomes for families/carers of people with borderline personality disorder: A systematic review. *Personality and Mental Health*, 14(2), 199-214. <https://doi.org/10.1002/pmh.1473>
- Swales, M.A., Taylor, B. et Hibbs, R. (2012). Implementing Dialectical Behavioral Therapy: Program survival in routine healthcare settings. *Journal of Mental Health*, 21(6), 548-555.
- Torgersen, S., Kringlen, E. et Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of Internal Medicine*, 158(6), 590-596. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.590>

Mentaliser les conflits en thérapie de groupe : détruire et survivre, au service de la cohésion

Jean-François Cherrier^a

Alexandre Francisco^b

François-Samuel Lahaie^c

RÉSUMÉ La prévalence élevée des troubles de la personnalité et l'impact important de ces troubles sur le fonctionnement des individus atteints en font un enjeu majeur et incontournable des soins en santé mentale. Plusieurs traitements de psychothérapie ont démontré jusqu'à maintenant des bénéfices significatifs dans l'amélioration des difficultés liées à ces troubles. La thérapie basée sur la mentalisation (TBM), qui utilise la psychothérapie de groupe, est l'un des traitements reconnus comme efficaces. La modalité de groupe basée sur la mentalisation (TBM-G) présente toutefois des défis pour les psychothérapeutes. L'efficacité même de l'intervention de groupe repose, selon les auteurs, sur la capacité à stimuler la mentalisation, utiliser la dynamique de groupe, encourager la cohésion et permettre l'expérience d'une réappropriation réparatrice de situations conflictuelles, qui, à leur avis, sont sous-utilisées dans ce type de processus

-
- a. M.s.s. Travailleur social, psychothérapeute, formateur, Service des troubles relationnels et de la personnalité, clinique d'intervention précoce Connec-T volet trouble relationnel et de la personnalité à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Canada.
 - b. D. Ps. psychologue, formateur, professeur chargé d'enseignement clinique à la faculté de médecine de l'Université de Montréal, Service des troubles relationnels et de la personnalité à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Québec, Canada.
 - c. M.D., FRCPC Médecin-psychiatre, Professeur adjoint de clinique. CIUSSS-MCQ, Hôpital et Centre d'hébergement en santé mentale de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, Canada.

thérapeutique. Le présent article s'attarde, en ce sens, à des pistes d'interventions pour favoriser des attitudes mentalisantes dans un groupe de thérapie. Plus spécifiquement, nous tentons de réviser comment l'attention portée à ce qui se produit dans l'ici et maintenant, l'identification et la résolution du « détruit/trouvé » et le développement de métacognitions se veulent des techniques qui stimulent la cohésion et potentialisent le processus thérapeutique.

MOTS CLÉS trouble de personnalité limite, trouble de personnalité narcissique, mentalisation, psychothérapie de groupe, conflit, cohésion

Mentalization of conflicts in group therapy: destructivity and survival in the benefit of cohesion

ABSTRACT The high prevalence of personality disorders, along with their substantial functional impact, are important societal issues, which must be addressed by mental health services. Many treatments have shown significant benefits and have contributed to alleviate the difficulties tied to these disorders. Mentalization-based therapy (MBT), which is constituted of a group therapy modality, is an evidence-based treatment of borderline personality disorder. The mentalization-based group therapy (MBT-G) modality raises many challenges for the psychotherapists. The effectiveness of the group intervention lies, according to the authors, in the capacity to support the mentalizing stance, to stimulate group cohesion, and allows the experience of a healthy and healing process of reappropriation of conflictual situations, situations which, in their opinion, are underutilized in this type of therapeutic process. This article focuses on the interventions that foster a mentalizing attitude. Specifically, we discuss how to focus on the “here and now,” how to identify and resolve conflictual situations and how to enhance metacognitions and, hence, group cohesion, while aiming to bonify the therapeutic process.

KEYWORDS borderline personality disorder, narcissistic personality disorder, mentalization, group psychotherapy, conflict, cohesion

Introduction/Contexte

L'objectif de cet article est de montrer, à partir de notre expérience clinique, la pertinence de bien utiliser la mentalisation des conflits émergeant en contexte de psychothérapie de groupe afin de maintenir et bonifier la cohésion entre ses membres tout en potentialisant le processus thérapeutique. La psychothérapie de groupe basée sur la mentalisation est l'un des traitements reconnus comme efficaces (Stoffers et coll., 2013) pour le trouble de personnalité limite (TPL) et

s'avère prometteuse pour le trouble de personnalité narcissique (TPN) (Drozek et Unruh 2020). La mentalisation réfère à la capacité qu'ont les gens de donner sens à leur expérience et à celle de l'autre, de même que de conceptualiser leurs actions comme étant basées sur des pensées, des désirs, des besoins, des sentiments, des intentions et des croyances (Bateman et Fonagy, 2012). Nous expliquerons d'abord les interventions qui favorisent la cohésion du groupe, la confiance entre les participants et l'accueil des différents vécus émotifs. Ces éléments visent essentiellement à créer des expériences réparatrices de bienveillance dans le groupe. Cependant, ces moments d'écoute et de compassion, bien que nécessaires, sont insuffisants. Les interactions marquées par des tensions, des conflits, des interventions passives agressives et parfois même des propos agressifs, mais contenus, entre les participants sont des opportunités essentielles pour favoriser la réflexivité et travailler des ruptures de confrontation comme le stipulent Safran et Muran, (2000) dans leur guide sur la négociation de l'alliance thérapeutique. De plus, la stimulation de la mentalisation dans des contextes de conflits peut s'avérer primordiale à la contribution d'expériences qui s'apparentent au concept du « détruit/trouvé » (Winnicott, 1969 ; 1971 ; Roussillon, 2009), expériences qui permettent une consolidation de la cohésion dans le groupe, une intégration identitaire, une meilleure connaissance de soi, une plus grande empathie face à l'autre et une déconstruction du clivage. En effet, lors de moments de tension, le conflit, bien qu'angoissant, aboutit souvent vers un enrichissement de l'authenticité du lien. Nous retrouvons malheureusement dans le passé développemental des patients TPL et TPN l'échec d'expériences saines et contrôlées de destructivité, c'est-à-dire des moments relationnels où la frustration et la colère contribuent au développement sain de la psyché et de la relation. Les échecs de ce processus mènent alors à une absence de reconnaissance, à des situations interpersonnelles inachevées et à des impasses relationnelles. Une clé pour transformer une expérience conflictuelle en opportunité de mentaliser est la capacité des membres du groupe « à survivre » à ces épisodes de destructivité, ce qui inclut aussi les thérapeutes. Ces éléments seront illustrés par une vignette clinique tirée des groupes auxquels les auteurs de l'article ont participé. Il s'agit de groupes de thérapie, dans un programme de psychiatrie de 2^e ligne, qui comprend entre 6 et 8 patients, dont un groupe composé uniquement de personnes s'identifiant au sexe masculin souffrant d'un TPN à l'avant-plan et un autre groupe mixte de patients souffrant de TPL à l'avant-plan. Chaque groupe est composé

de 2 cothérapeutes. Ces groupes s'inscrivent dans un programme de psychothérapie individuelle bimensuelle et d'une séance de groupe hebdomadaire qui peut aller jusqu'à 2 ans.

Description de l'intervention

La mise en place d'un contexte favorable à l'émergence d'une cohésion et d'un travail expérientiel

La thérapie de groupe est souvent une source d'appréhension de la part des participants. « Trouverai-je ma place ? », « De quoi ont l'air les autres participants ? » et « Ce groupe me sera-t-il utile ? » sont quelques-unes des questions qui peuvent les habiter. Il est donc important, lors de cette phase délicate, de se centrer sur le développement de la cohésion du groupe. Par définition, la cohésion est l'attraction qu'ont les membres envers leur groupe et envers les autres membres de ce groupe (Yalom, 2005). La notion de cohésion dans les groupes de traitement retient particulièrement l'attention de différents auteurs, comme Furhman et Burlingame (1990), qui soutiennent que le sentiment d'appartenance est l'équivalent de la relation thérapeutique en intervention individuelle. Pour d'autres auteurs, la cohésion et l'alliance thérapeutique seraient 2 variables différentes, mais essentielles à l'établissement d'un climat de travail productif. La cohésion est plutôt associée à une notion d'horizontalité, soit le lien entre les membres et leur capacité de s'engager ensemble envers l'entité que représente le groupe. L'alliance thérapeutique serait associée à une notion de verticalité et est majoritairement définie comme la relation qui lie les membres du groupe de façon individuelle aux thérapeutes. La cohésion et l'alliance thérapeutique sont des éléments clés pour établir le climat de travail, qui se définit comme la propriété du groupe de favoriser ou d'empêcher les efforts des membres à atteindre leurs objectifs de soin (Burlingame et coll., 2018 ; Anthony et coll., 2007 ; Crowe et Grenyer 2008).

Yalom arrive, à la suite d'un relevé de recherches sur la cohésion au sein des groupes thérapeutiques, à la conclusion « qu'un groupe hautement cohésif a, dans l'ensemble, de meilleurs résultats qu'un groupe avec un bas esprit de corps [...], ces groupes ont aussi des niveaux supérieurs de dévoilement ». Malgré le fait que le changement soit multidimensionnel, les résultats des études démontrent que « la cohésion dans un groupe est un déterminant important de résultats thérapeutiques positifs » (Yalom, 2005). Ainsi, lors des premières ren-

contres, une attention particulière devrait être portée à la stimulation des échanges qui permettent à tout un chacun de se relier tant aux autres participants du groupe qu'aux objectifs explicites recherchés par cette thérapie de groupe. À cette étape, la description didactique des aspects théoriques devrait être au second plan et l'accent devrait être d'aborder la mentalisation au plan expérientiel afin de stimuler une dynamique d'aide mutuelle chaleureuse et authentique.

Il peut aussi être approprié d'explicitier les rôles de chacun afin de clarifier ce qui est attendu des participants. Par exemple, il est attendu de viser des interactions mentalisantes, soit des interactions bienveillantes, teintées de curiosité par rapport à ses propres états mentaux et ceux des autres, ainsi que par rapport au vécu des autres. Les thérapeutes font de même en promouvant l'engagement de chacun, en stimulant la mentalisation, en tentant de circonscrire les escalades émotionnelles et en intervenant lorsque le groupe s'éloigne de sa tâche. Des enjeux de pouvoir peuvent se présenter lors de cette phase d'installation du groupe (p. ex. une remise en question de la façon de faire ou des rôles de chacun ou encore la prise d'une attitude contraire aux règles discutées). Il est alors indiqué de valider ce qui semble être vécu par les membres dans ce début de processus de groupe, tout en soulignant qu'il est, entre autres, du rôle des cothérapeutes de créer le maximum de conditions favorables afin que le groupe soit utile pour tous et au sein duquel les règles thérapeutiques explicitées devront être respectées.

La stimulation et le maintien d'un travail de mentalisation de l'expérience

L'atteinte d'une dynamique de groupe qui promeut le travail thérapeutique est en soi un succès. Réussir à rester le plus longtemps possible dans ce contexte est l'art de bien intervenir avec un groupe. Le climat de travail se décline habituellement en 3 dimensions : l'engagement, l'évitement et le conflit. Un climat de travail où l'engagement est bien scellé, où l'évitement est bas et où le conflit est bien utilisé serait selon nous propice à une thérapie efficace avec un haut taux de rétention des participants. « Le but étant d'atteindre un environnement où les participants font des interventions pertinentes au type de thérapie, avec une charge émotive sentie, mais modulée adéquatement » (Crowe et Grenyer, 2008 ; Mackenzie, 1983).

Modulation des émotions

La capacité à mentaliser est intimement liée au niveau d'activation émotionnelle: si le niveau affectif est trop faible, la mentalisation tend à être déconnectée des affects sous-jacents (p. ex. pseudomentalisation), alors que si le niveau affectif devient trop élevé, la capacité réflexive s'affaiblit (p. ex. équivalence psychique). En ce sens, la psychothérapie de groupe s'articule bien souvent dans la capacité des psychothérapeutes de « marcher sur la fine ligne qui sépare le chaos de la stagnation » (Karterud, 2015). En effet, le traitement des personnes vivant avec un TPL et/ou un TPN est caractérisé par l'intensité affective et les enjeux relationnels. Ainsi, les thérapeutes naviguent entre la stimulation de l'affect et la régulation de la réponse émotionnelle: le groupe doit être ni trop froid, ni trop chaud!

Sur le plan de la régulation de l'affect, il est entendu avec le groupe que les thérapeutes peuvent arrêter ou ralentir les interactions afin de solliciter l'exploration, mais aussi pour limiter les périodes d'escalade émotive. Lorsqu'un ou plusieurs membres du groupe s'activent émotivement au point de perdre leur capacité réflexive, il peut leur être demandé en leur indiquant par un signe distinctif (p. ex. signe de la main « mentalisante ») de ralentir le processus ou même, de laisser d'autres participants qui conservent leur capacité à mentaliser de prendre le devant de la discussion pour leur permettre de se réguler en parallèle. On peut ainsi « stationner » de façon empathique (Bateman et Fonagy, 2016) les participants présentant un bris de mentalisation en redirigeant les discussions vers ceux qui conservent leur capacité réflexive par des questions comme « Que pensez-vous qu'il s'est produit pour Jean (nom fictif) dans les dernières minutes? » Un retour vers le participant ayant perdu sa capacité réflexive devrait se faire régulièrement afin de « monitorer » à quel moment il se montrera moins activé émotionnellement et sera en mesure de reprendre une participation active et modulée au niveau de la mentalisation et des affects.

Ici, ce n'est pas tant l'exploration du contenu des thèmes abordés qui est porteur, mais plutôt le fait de préserver le plus longtemps possible le processus réflexif de tout un chacun. On fait donc alliance avec le processus réflexif plutôt que de prendre parti sur le contenu lui-même.

Utilisation des conflits et des montées émotionnelles

Si à certains moments il faut stimuler les émotions des patients, à d'autres moments, il s'agit de composer avec des conflits latents ou

ouverts teintés ou non d'agressivité. Cela demande du courage aux thérapeutes et au groupe d'explorer et de relever des interactions marquées par l'agressivité, le mépris ou encore un retrait radical, mais l'évitement de telles situations peut s'avérer contre-thérapeutique selon nous.

Vignette

Jean (nom fictif), semble depuis quelque temps très irrité lors des interventions de l'un de ses pairs, Robert (nom fictif). À la fin d'une séance de groupe, sa réaction non verbale est soulignée par l'un des cothérapeutes et Jean est invité à verbaliser ce qu'il vit. Ce dernier réagit intensément en accusant de façon incisive et agressive Robert de prendre toute la place dans le groupe, ce qui semble blesser ce dernier. Au groupe suivant, Robert s'absente, ce qui soulève l'angoisse des membres dont certains songent à quitter le groupe. Il est alors difficile de réguler les patients, alors que certains d'entre eux évoquent la possibilité que Robert puisse ne plus revenir dans le groupe conséquemment aux propos de Jean. Celui-ci est alors visiblement ébranlé de l'absence de Robert et se dévalue sévèrement, convaincu qu'il a détruit le lien. Au groupe suivant, Robert se présente au groupe et les deux membres expriment comment il a été difficile d'assister à la séance lors de laquelle a eu lieu l'altercation. Robert est toujours échaudé par l'interaction et Jean se sent coupable de sa réaction tout en étant frustré, comme d'autres membres du groupe, de la place que Robert peut prendre. Le groupe cherche à comprendre pourquoi Jean a autant réagi lors de l'avant-dernier groupe et les thérapeutes soulignent comment cela semble avoir été une réaction un peu exagérée ou dramatique. Jean se questionne sur ce commentaire et parvient à verbaliser qu'il n'avait pas que réagi à Robert, mais que cela parlait de son rapport à des personnes autoritaires qui peuvent devenir professorales. Un autre membre du groupe souligne d'ailleurs qu'avec le passé d'abus que Jean a vécu, il est compréhensible qu'il réagisse de la sorte. Pour Robert, cette introspection de la part de Jean répare un peu ce qui a pu se passer au dernier groupe, car il comprend que la forte réaction de ce dernier révèle des enjeux relationnels qui le mobilisent. Lors des prochaines séances de thérapie de groupe, Robert est plus sensible à la place qu'il peut prendre et les membres donnent suite à cet événement marquant dans l'histoire du groupe en cherchant à se voir davantage dans leurs répétitions et à se faire avancer mutuellement dans leurs différents enjeux respectifs. Ce conflit a donc pu devenir la source d'une consolidation de la cohésion et l'acceptation plus grande

de confrontation empathique. C'est ainsi que le premier mouvement du « détruit » (l'altercation entre les patients) a pu déboucher vers une expérience du « trouvé » (nouvelle consolidation de la cohésion du groupe et bonification de la fonction réflexive), possible grâce à la survie des membres et des thérapeutes face à cette épreuve.

Ce ne sont pas seulement les interventions qui sont importantes, mais la posture d'écoute des thérapeutes qui entendent au-delà du geste (critique incisive de Jean) et tentent de dégager les sens sous-jacents. Dans ce cas-ci, l'expérience de destructivité groupale permet de contextualiser les attaques de Jean dans un passé relationnel et permet aux autres membres du groupe de convenir de la façon de vivre et résoudre des événements comme ceux-ci. Il est tout à fait légitime de soigner par bienveillance et compassion, mais ces caractéristiques doivent être accompagnées de la capacité des thérapeutes à tolérer les moments de destructivité, afin d'y voir un potentiel de mentalisation plutôt qu'une entrave au processus ou une expérience à occulter. Cela ne tombe-t-il pas sous le sens que des patients aussi traumatisés par la violence puissent avoir l'occasion de signifier ces enjeux en thérapie de groupe? Ce type de contexte n'est pas seulement inévitable, mais il est essentiel qu'il se produise afin d'offrir une réparation expérientielle. Une thérapie sans ce type d'occasion perd de la « richesse curative ». Ainsi, il ne faut pas percevoir cela comme la manifestation d'une erreur thérapeutique, mais bien comme l'effort inconscient du patient de reproduire les situations conflictuelles dont il veut émerger avec une nouvelle issue.

Discussion et implication pour la pratique

L'apport expérientiel du groupe de psychothérapie est, à notre sens, une plus-value de l'intervention thérapeutique pour les personnes présentant un TPL et/ou TPN. La possibilité de se questionner, d'explorer et de mentaliser des situations relationnelles au sein d'un groupe permet d'accroître la capacité réflexive. Grâce à la cohésion et à la présence d'une dynamique de travail productive, le groupe permet l'acquisition d'une capacité à mentaliser lors de situations affectives chargées, ce qui s'avère très bénéfique. L'utilisation des conflits présents au sein de cette modalité représente, selon nous, une occasion incontournable. C'est la capacité des psychothérapeutes à cultiver une attitude mentalisante et à saisir les opportunités de « détruit/trouvé » qui permet aux individus

et au groupe de vivre une expérience positive de la destructivité, d'en ressortir avec une meilleure capacité de contenance et de faire mieux face aux conflits futurs. De ces expériences d'agressivité, tel qu'observé dans la vignette, les patients peuvent ressortir avec plus d'empathie pour eux et pour les autres. Ce contexte est exigeant pour les patients et les psychothérapeutes qui s'y aventurent, mais il est sans égal pour travailler sur des problématiques relationnelles. Reste à voir si ce positionnement comporte une plus-value clinique comparativement à un positionnement n'utilisant pas de façon explicite l'exploration de conflit et de l'analyse des dynamiques de groupe par ses membres. Des recherches sur ce plan sont à faire.

RÉFÉRENCES

- Anthony, J. S., Piper, W. E. et Ogrodniczuk, J. S. (2007). Therapeutic Alliance and Cohesion Variables as Predictors of Outcome in Short-Term Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57(3), 269-296.
- Bateman, A. W. et Fonagy, P. (2016). *Mentalization Based Treatment for Personality Disorders: A Practical Guide*. Oxford University Press.
- Bateman, A. W. et Fonagy, P. (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*, American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A. W. et Fonagy, P. (2006). *Mentalization Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. Oxford University Press.
- Bergin, A. E. (1971). *The evaluation of therapeutic outcomes*. In A.E. Bergin et S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wile.
- Burlingame, G. M., Clendon, D. T. et Yang, C. (2018). *Cohesion in Group Therapy: A Meta-Analysis*, *Psychotherapy*, 55(4), 384-398.
- Crowe, T. P. et Grenyer, B. F. S. (2008). Is therapist alliance or whole group cohesion more influential in group psychotherapy outcomes? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 239-246. <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.583>
- Drozek, R. P. et Unruh, B.T. (2020). Mentalization-based treatment for pathological narcissism. *Journal of personality Disorder*, 34, Special Issue, 177-203.
- Furhiman, A. et Burlingams, G. (1990). Consistency of Matter: A Comparative Analysis of Individual and Group Process Variables. *The Counseling Psychologist*, 18(1), 6-63.
- Karterud, S. (2015). *Mentalization-Based Group Therapy (MBT-G): A Theoretical, Clinical, and Research Manual*. Oxford University Press.
- Mackenzie, K. R. (1983). *The clinical application of a group climate measure*. In R.R. Dies et K.R. MacKenzie (Eds), *Advances in Group Psychotherapy: Integrating Research and Practice* (pp. 159-170). International Universities Press.
- Ritter, K., Dziobek, I., Preisler, S., Rüter, A., Vaer, A., Fydrich, T., Lammers, C. H., Heekeren, H. R. et Roepke, S. (2010). Lack of empathy in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Res*, 15(187), 1-2.doi: 10.1016/j.psychres.2010.09.013

- Roussillon, R. (2009). La destructivité et les formes complexes de la survivance de l'objet, *Rev.franç.Psychanal.*, 4(73),1005-1022.
- Safran, J. D. et Muran, J. C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide*. Guilford.
- Stoffers, J. M., Völm, B. A., Rücher, G., Timmer, A., Huband, N. et Lieb, K., (2013). *Psychological Therapies for People with Borderline Personality Disorder (rapport)*. John Wiley et Sons.
- Yalom, I. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, 5^e édition, Basic Books.
- Winnicott, D. W. (1969). "The use of an object." *International journal of psychoanalysis*. 50(4), 711-716.
- Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité*. Gallimard.

Facteurs pronostiques à la psychothérapie chez les troubles de la personnalité : implication de questionnaires autorapportés

Nicolas Boivin^a

Louis-Philippe Gill^a

Isabelle Martin-Zément^a

Marie-Ève Provencher^a

Renée-Claude Dompierre^b

Johanne Maranda^b

Mélissa Verreault^b

Évens Villeneuve^a

Dominick Gamache^{c, d, e}

Claudia Savard^{a, d, e}

RÉSUMÉ Objectif Les taux d'abandon en psychothérapie sont reconnus comme étant élevés chez les patients/patientes souffrant de troubles de la personnalité (TP; variant entre 25 % et 64 % pour le trouble de personnalité limite). Devant ce constat, la Grille de facteurs pronostiques à la psychothérapie (GFPP; Gamache

a. Université Laval, Québec, Canada.

b. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, Québec, Canada.

c. Université du Québec à Trois-Rivières, Québec, Canada.

d. Centre de recherche CERVO, Université Laval, Québec, Canada.

e. Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles, Québec, Canada.

et coll., 2017) a été développée afin d'identifier précisément les patients/patientes souffrant de TP à haut risque d'abandonner la thérapie à partir de 15 critères, regroupés en 5 facteurs : Narcissisme pathologique, Antisocialité/Psychopathie, Gains secondaires, Faible motivation, Traits du groupe A. Par ailleurs, nous en connaissons relativement peu sur la pertinence des questionnaires autorapportés couramment utilisés auprès de la clientèle dans l'établissement du pronostic de traitement. Ainsi, le but de l'étude est d'évaluer les liens entre de tels questionnaires et les 5 facteurs de la GFPP.

Méthode Un échantillon de 174 personnes avec un TP (dont 56% avec traits ou TP limite), évaluées au Centre de traitement Le Faubourg Saint-Jean, ont rempli les versions françaises des questionnaires suivants : *Borderline Symptom List* (BSL-23), *Brief Version of the Pathological Narcissism Inventory* (B-PNI), *Interpersonal Reactivity Index* (IRI), *Buss-Perry Aggression Questionnaire* (BPAQ), *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS-11), Questionnaire de fonctionnement social (QFS), *Self and Interpersonal Functioning Scale* (SIFS) et *Personality Inventory for DSM-5- Faceted Brief Form* (PID-5-FBF). La GFPP a été cotée par une équipe de psychologues expérimentés dans le traitement des TP. Des analyses descriptives et de régression entre les questionnaires autorapportés et les 5 facteurs de la GFPP de même que son score total ont été réalisées. Le but de ces analyses est de déterminer quelles variables des questionnaires autorapportés remplis par les personnes référées pour un TP, et principalement un TPL, contribuent le plus fortement à la prédiction statistique des variables de la GFPP cotée par les cliniciens.

Résultats Les sous-échelles qui contribuent significativement au score du facteur Narcissisme pathologique (R^2 ajusté = 0,12) sont : Empathie (SIFS), Impulsivité (inversement ; PID-5) et Rage revendicatrice (B-PNI). Les sous-échelles associées au facteur Antisocialité/Psychopathie (R^2 ajusté = 0,24) sont Manipulation, Soumission (inversement) et Dureté du PID-5 ainsi que l'échelle Souci empathique de l'IRI. Les échelles contribuant substantiellement au facteur Gains secondaires (R^2 ajusté = 0,20) sont Fréquence (QFS), Colère (inversement ; BPAQ), Fantaisie (inversement) et Souci empathique (IRI), Perfectionnisme rigide (inversement) et Croyances inhabituelles (PID-5). Le facteur Faible motivation (R^2 ajusté = 0,10) est expliqué significativement par le score total au BSL (inversement) et la sous-échelle Satisfaction (QFS). Finalement, les sous-échelles significativement associées au facteur Traits du groupe A (R^2 ajusté = 0,09) sont Intimité (SIFS) et Soumission (inversement ; PID-5).

Conclusion : Certaines échelles des instruments autorapportés montrent des associations modestes, mais significatives avec les résultats obtenus aux facteurs de la GFPP. Ces échelles pourraient donc s'avérer utiles dans la cotation de la GFPP et fournir des informations complémentaires pour l'orientation clinique.

MOTS CLÉS trouble de la personnalité, facteurs pronostiques, abandon thérapeutique, psychothérapie, questionnaires autorapportés

Psychotherapy prognostic factors for personality disorders (PD) treatment: the role of self-reported questionnaires.

ABSTRACT Objectives Dropout rates in psychotherapy are known to be high in patients with personality disorders (PD; ranging from 25% and 64% for Borderline PD). Faced with this observation, the Treatment Attrition-Retention Scale for Personality Disorders (TARS-PD; Gamache et coll., 2017) was developed to precisely identify patients with PD at high risk of abandoning therapy based on 15 criteria, regrouped in 5 factors: Pathological Narcissism, Antisocial/Psychopathy, Secondary Gain, Low Motivation, and Cluster A Features. However, we have limited knowledge about the relevance of self-reported questionnaires commonly used with PD patients to establish treatment prognosis. Thus, the purpose of this study is to evaluate the link between such questionnaires and the five factors of the TARS-PD.

Method Data was retrospectively retrieved from the clinical files of 174 participants with a PD (including 56% with borderline traits or PD), who were evaluated at the Centre de traitement le Faubourg Saint-Jean and completed the French version of the following questionnaires: Borderline Symptom List (BSL-23), Brief Version of the Pathological Narcissism Inventory (B-PNI), Interpersonal Reactivity Index (IRI), Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ), Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11), Social Functioning Questionnaire (SFQ), Self and Interpersonal Functioning Scale (SIFS) and Personality Inventory for DSM-5- Faceted Brief Form (PID-5-FBF). The TARS-PD was completed by well-trained psychologists specialized in PD treatment. Descriptive analyses and regression between self-reported questionnaires and the five factors of the TARS-PD as well as its total score were performed to determine which variables from the self-reported questionnaires completed by the individuals contribute most strongly to the statistical prediction of the variables of the TARS-PD rated by the clinicians.

Results The subscales that significantly contribute to the Pathological Narcissism factor (adjusted $R^2=0,12$) are: Empathy (SIFS), Impulsivity (negatively; PID-5), and Entitlement Rage (B-PNI). The subscales associated with the Antisociality/Psychopathy factor (adjusted $R^2=0,24$) are Manipulativeness, Submissiveness (negatively), and Callousness from the PID-5, and Empathic Concern (IRI). The scales contributing substantially to the Secondary gains factor (adjusted $R^2=0,20$) are Frequency (SFQ), Anger (negatively; BPAQ), Fantasy (negatively) and Empathic Concern (IRI), Rigid Perfectionism (negatively) and Unusual Beliefs and Experiences (PID-5). Low motivation (adjusted $R^2=0,10$) is significantly explained by Total BSL score (negatively) and Satisfaction (SFQ) subscale. Finally, the subscales significantly associated to Cluster A features (adjusted $R^2=0,09$) are Intimacy (SIFS) and Submissiveness (negatively, PID-5).

Conclusion Some scales from self-reported questionnaires demonstrated modest but significant associations with TARS-PD factors. Those scales might be useful

in the scoring of the TARS-PD and provide additional information for patients' clinical orientation.

KEYWORDS personality disorder, prognosis, dropout, psychotherapy, self-report questionnaires

Introduction

Les troubles de la personnalité (TP), en particulier le TP limite (TPL), représentent un enjeu majeur en santé publique au Québec comme ailleurs (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2015), avec des taux de prévalence à vie estimés entre 10,3 et 12 % dans la population générale (Torgersen, 2012) et entre 31,4 et 45,5 % chez la clientèle psychiatrique (Newton-Howes et coll., 2010 ; Zimmerman et coll., 2008). La complexité et les nombreuses comorbidités retrouvées chez les personnes présentant un TP font d'elles de grandes utilisatrices des services hospitaliers (Tomko et coll., 2014), engendrant ainsi des coûts annuels individuels dépassant 25 000 CAD par personne (Van Asset et coll., 2007).

Alors que plusieurs approches thérapeutiques ont démontré leur efficacité pour traiter le TPL (p. ex. *Dialectic-Behavioral Therapy*, Linehan et coll., 1991 ; *Transference-Focused Psychotherapy*, Yeomans et coll., 2015 ; *Mentalization-Based Therapy*, Bateman et Fonagy, 2004 ; *Good Psychiatric Management* ; Gunderson et Links, 2008), les taux d'abandon demeurent très élevés chez cette clientèle, allant de 25 % (pour des interventions de moins de 12 mois) à 64 % (chez les personnes hospitalisées ou en clinique externe présentant un TPL ; Barnicot et coll., 2011). Certaines variables associées aux caractéristiques des personnes, à leur environnement et à leurs besoins ont été identifiées pour prédire les abandons, sans toutefois qu'un groupe homogène de facteurs ait pu être clairement circonscrit (McMurrin et coll., 2010). Parmi celles-ci, on note un jeune âge, le sexe masculin, le fait d'être sans emploi, l'hostilité, l'anxiété, une impulsivité forte en début de traitement et une pauvre alliance thérapeutique (Barnicot et coll., 2012 ; McMurrin et coll., 2010). Devant l'absence de consensus à l'égard des différents facteurs explicatifs de l'abandon thérapeutique, Gamache et collaborateurs (2017), soutenus par une équipe de professionnels du Centre de traitement Le Faubourg Saint-Jean du CIUSSS de la Capitale-Nationale, ont procédé au développement et à la validation de la Grille de facteurs pronostiques à la psychothérapie (GFPP ; Gamache et coll.,

2017). Cette grille est composée de 15 critères regroupés en 5 facteurs et est cotée par des professionnels expérimentés à partir de matériel d'entrevue d'évaluation (rapport ou extrait d'entrevue). Les qualités psychométriques de la grille se sont avérées prometteuses. Les analyses de validité ont montré que la GFPP présentait un pouvoir prédictif supérieur à toutes les autres catégories de variables testées (sociodémographiques, diagnostiques, perturbation initiale du fonctionnement) pour déterminer le statut du suivi thérapeutique (poursuite ou abandon) après 6 mois de traitement (Gamache et coll., 2017) avec un taux de précision de 71 %.

Or, aucune étude ne s'est intéressée à ce jour à l'adéquation entre les critères de la GFPP et la symptomatologie rapportée subjectivement par les patients/patientes. Une approche multisources permettrait d'apporter un éclairage nouveau et possiblement complémentaire sur les éléments contributifs à l'abandon thérapeutique, d'autant plus qu'il est reconnu que les cliniciens et les patients/patientes n'identifient pas les mêmes difficultés (Stanton et coll., 2019), pouvant entraîner une disparité entre les cotations à différents questionnaires et les critères de la GFPP.

Objectifs

L'objectif de la présente étude est de documenter les associations entre le score total de la GFPP, cotée par les professionnels, ainsi qu'aux 5 facteurs la composant, et les réponses données par les patients/patientes à des questionnaires autorapportés couramment utilisés avec la clientèle présentant un TP. L'étude contribuera également à bonifier les données de validation de la GFPP, permettant ainsi de mieux outiller les équipes cliniques dans l'orientation des services auprès de la clientèle et de mieux prédire l'abandon thérapeutique.

Méthode

Participants et procédure

L'étude comprend 174 participants/participantes adultes ayant été évalués au Centre de traitement Le Faubourg Saint-Jean du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS-CN) entre septembre 2017 et mars 2020. Lors de la référence au Centre de traitement Le Faubourg Saint-Jean, les participants/participantes avaient tous reçu un diagnostic principal de TP modéré

à sévère, tel que défini par le DSM-5 et posé par un médecin référent, un médecin de famille ou un psychiatre. Les participants/participantes devaient en premier lieu remplir une batterie de questionnaires d'évaluation d'admission. Ils/elles pouvaient alors consentir de façon libre et éclairée à ce que leurs données soient utilisées aux fins d'un projet de recherche autorisé par le Comité d'éthique à la recherche sectoriel en neurosciences et santé mentale du CIUSSS-CN. En deuxième lieu, les personnes étaient rencontrées par un/une psychologue de l'équipe d'évaluation lors d'un entretien individuel de 2 heures. Le diagnostic, le pronostic de traitement et l'admissibilité aux services de chaque patient/patiente étaient établis de manière consensuelle par l'équipe de psychologues en réunion hebdomadaire. Ainsi, nous disposons à la fois des données aux questionnaires autoadministrés et des résultats à la GFPP pour l'échantillon composé de patients/patientes qui ont consenti au projet de recherche (environ 55 % des personnes référées¹).

En ce qui a trait aux diagnostics, 17,8 % des participants/participantes présentaient un TPL, 28,2 % un TP narcissique et 40,5 % un TP non spécifié. Des traits limites avaient été identifiés chez 56,4 % des participants/participantes. Les statistiques descriptives de l'échantillon sont présentées au Tableau 1.

Mesures

La GFPP (Gamache et coll., 2017) est un instrument coté par des professionnels expérimentés comportant 15 critères regroupés en 5 facteurs (Tableau 2). Un score total de 10 et plus comme point de coupure permet de prédire avec justesse le statut du suivi à 6 mois, avec un taux de précision de 71 %, incluant une très haute spécificité (94 %), c'est-à-dire une très faible probabilité que les clients avec un score de 10 ou plus poursuivent effectivement la psychothérapie.

-
1. Il est à noter que 90 % ($n = 287$) des personnes référées ont rempli les questionnaires autorapportés et accepté que leurs données soient utilisées à des fins de recherche. De ce nombre, les données à la GFPP étaient disponibles pour 60 % ($n = 174$) d'entre elles. Les données manquantes à la GFPP s'expliquent par l'abandon du processus d'évaluation par les patients/patientes (ne se sont pas présentés à la rencontre avec le/la psychologue). Par ailleurs, aucune différence significative n'a été trouvée concernant les données sociodémographiques (âge, sexe, scolarité, occupation, revenu) et le diagnostic principal entre les personnes qui ont terminé tout le processus d'évaluation et celles qui ne se sont pas présentées après avoir répondu aux questionnaires.

TABLEAU 1

Statistiques descriptives de l'échantillon et différences entre les hommes et les femmes

	Échantillon total (N = 174)	Hommes (n = 58)	Femmes (n = 116)
Âge	34,4 (10,1)	36,8 (11,5)	33,2 (10,4)
Scolarité (%)			
Secondaire non complété	11,5	17,2	8,6
Secondaire/DEP	42,0	39,7	43,1
Études collégiales	26,4	22,4	28,5
Études universitaires	20,1	20,7	19,8
Occupation (%)			
Emploi	35,7	32,8	37,1
Sans emploi/retraité/à la maison	51,1	60,3	46,5
Étudiant	13,2	6,9	16,4
Statut conjugal (%)			
En couple	36,8	22,4	44,0
Célibataire	55,8	69,0	49,1
Séparé/divorcé	7,4	8,6	6,9
Revenu (%)			
< 15 000 \$	46,7	46,6	46,9
15 000 \$ – 45 000 \$	36,7	37,9	36,0
45 000 \$ – 75 000 \$	13,0	12,1	13,5
> 75 000 \$	3,6	3,4	3,6

Note. DEP = Diplôme d'études professionnelles.

Le *Borderline Symptom List* (BSL-23; Bohus et coll., 2009; validé en français par Nicastro et coll. 2016) permet de décrire 23 symptômes intériorisés fréquemment rencontrés chez les patients/patientes avec un TP limite (p. ex. honte, idées suicidaires). Les réponses aux énoncés sont notées sur une échelle de type Likert allant de 0 à 4, selon la sévérité des symptômes au courant de la dernière semaine. Le score global a été utilisé dans cette étude ($\alpha = 0,93$).

Le *Brief Version of the Pathological Narcissism Inventory* (B-PNI; Schoenleber et coll., 2015; validé en français par Diguier et coll. 2020) permet d'évaluer le narcissisme pathologique selon 2 dimensions, la Grandiosité ($\alpha = 0,85$) et la Vulnérabilité ($\alpha = 0,88$), à l'aide de 28 items en utilisant une échelle de réponse de type Likert en 6 points allant de 0 à 5. Les 2 dimensions sont elles-mêmes divisées en sous-composantes : la dimension Grandiosité est composée de l'Exploitation d'autrui ($\alpha = 0,72$), des Fantaisies grandioses ($\alpha = 0,76$) et de la Rage

TABEAU 2

Données descriptives de l'échantillon (N = 174) aux 15 critères de la Grille de facteurs pronostiques pour la psychothérapie (GFPP)

Critères de la GFPP	Moyenne (écart-type)	Narcissisme pathologique	Antisocialité/ psychopathie	Gains secondaires	Faible motivation	Traits du groupe A
1 Absence de détresse/dénis des difficultés	0,65 (0,61)				✓	
2 Présence de gains secondaires	1,28 (0,78)			✓		
3 Refus de faire certains sacrifices pour la psychothérapie	1,56 (0,54)				✓	
4 Absence d'un rôle de vie productif (travail, études, famille)	0,92 (0,93)			✓		
5 Conditions de vie défavorables	0,33 (0,60)			✓		
6 Méfiance paranoïde à l'égard du thérapeute	0,14 (0,41)					✓
7 Hostilité, mépris, arrogance face aux intervenants	0,60 (0,71)	✓				✓
8 Incapacité à s'attacher, absence de relation significative	0,11 (0,35)					✓
9 Défenses projectives	1,68 (0,61)	✓				
10 Bigoterie	0,05 (0,21)					
11 Sentiments d'amertume/ injustice, désirs de vengeance	0,89 (0,76)	✓				
12 Envie intense et destructrice	0,34 (0,55)	✓				
13 Contre-transfert massif	0,08 (0,31)		✓			✓
14 Psychopathie	0,16 (0,41)		✓			
15 Sadisme	0,06 (0,23)		✓			
Total	8,85 (3,21)					
Moyenne (écart-type) aux facteurs		3,51 (1,69)	0,30 (0,71)	2,53 (1,68)	2,21 (0,90)	0,93 (1,08)

Note: Les crochets indiquent que le critère est inclus dans un facteur de la GFPP

revendicatrice (aussi appelée Supériorité de droits; $\alpha = 0,77$), et la dimension Vulnérable est composée de l'Estime de soi contingente ($\alpha = 0,79$), de l'Autovalorisation par sacrifice de soi ($\alpha = 0,75$), de la Dissimulation de soi ($\alpha = 0,80$) et de la Dévalorisation ($\alpha = 0,72$).

La version abrégée du *Buss-Perry Aggression Questionnaire* (BPAQ-SF; Bryant et Smith, 2001; validation française par Genoud et Zimmermann, 2009) est une version à 12 items du questionnaire original à 29 items (Buss et Perry, 1992) permettant d'évaluer l'agression en 4 sous-échelles (Verbale [$\alpha = 0,60$], Physique [$\alpha = 0,86$], Colère [$\alpha = 0,82$] et Hostilité [$\alpha = 0,69$]), selon une échelle de type Likert en 6 points allant de 1 à 6.

La *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS-11; Patton et coll., 1995; validée en français par Baylé et coll., 2000) permet d'évaluer l'impulsivité à l'aide de 30 items représentant 3 dimensions de l'impulsivité (Attentionnelle/cognitive [$\alpha = 0,69$], Motrice [$\alpha = 0,75$] et l'Absence de planification [$\alpha = 0,68$]). Les façons d'agir et de réfléchir sont cotées de 1 à 4.

La *Self and Interpersonal Functioning Scale* (SIFS, Gamache et coll., 2019) est un questionnaire autorévélué de 24 items répondus selon une échelle de réponse de type Likert en 5 points allant de 0 à 4 évaluant les 4 éléments pathologiques décrits dans le critère A du Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5 (MATP; American Psychiatric Association [APA], 2013). Les 4 éléments, utilisés dans la présente étude, sont l'Identité ($\alpha = 0,67$; frontières floues entre soi et les autres, instabilité de l'estime de soi, incapacité à réguler une gamme d'expériences émotionnelles), l'Autodétermination ($\alpha = 0,68$; incapacité à poursuivre des objectifs cohérents à court et à long terme et à utiliser des standards internes de comportements prosociaux et constructifs), l'Empathie ($\alpha = 0,68$; incompréhension des expériences et des motivations d'autrui) et l'Intimité ($\alpha = 0,73$; désintérêt et/ou incapacité d'entretenir des relations proches).

Le *Personality Inventory for DSM-5 Faceted Brief Form* (PID-5-FBF; Krueger et coll., 2013; validé en français par Roskam et coll., 2015) est un questionnaire abrégé de 100 items du PID-5 (Krueger et coll., 2012) évaluant le critère B du MATP (APA, 2013). Ce questionnaire couvre 25 facettes pathologiques de la personnalité ($\alpha = 0,66$ à $0,91$), regroupées en 5 domaines (Krueger et Markon, 2014): Affectivité négative (expériences fréquentes et intenses d'une large gamme d'émotions négatives et de leurs manifestations comportementales et interpersonnelles; $\alpha = 0,85$), Détachement (évitement des expériences socioémotionnelles incluant le retrait des interactions interpersonnelles et la restriction de l'expérience et de l'expression affective; $\alpha = 0,85$), Antagonisme (sens exagéré de sa propre importance et attente concomitante d'un traitement spécial; dureté et antipathie vis-à-vis des autres; méconnaissance des besoins et des sentiments d'autrui; utilisation des autres au service de la valorisation de soi; $\alpha = 0,90$), Désinhibition (comportement impulsif déterminé par des pensées, des sentiments et des stimuli externes du moment, sans tenir compte des leçons du passé ou sans considération pour les conséquences futures; $\alpha = 0,85$) et Psychoticisme (cognitions et comportements culturellement incongrus, bizarres, excentriques ou inhabituels; $\alpha = 0,86$). Chaque item est évalué sur une échelle en 4 points de type Likert de 0 à 3.

Le *Interpersonal Reactivity Index* (IRI; Davis, 1983; version française par Gilet et coll., 2013) permet de mesurer 4 dimensions de l'empathie à l'aide de 28 items cotés de 1 à 7. Les 4 sous-échelles de l'empathie ont été utilisées, soit le Souci empathique ($\alpha = 0,79$; sympathie et préoccupation pour les sentiments des autres), la Fantaisie ($\alpha = 0,79$; tendance à devenir absorbé par les émotions et les actions de personnages de livres ou de films), la Détresse personnelle ($\alpha = 0,84$; sentiments d'anxiété et de malaise en contextes interpersonnels) et la Prise de perspective ($\alpha = 0,63$; capacité à adopter la perspective de quelqu'un d'autre). Contrairement aux instruments précédents dans lesquels un score élevé signifie la présence de symptômes/traits/comportements pathologiques, un score élevé aux échelles de l'IRI indique de bonnes habiletés empathiques.

Le *Questionnaire de fonctionnement social* (QFS; Zanello et coll., 2006) considère 8 domaines du fonctionnement social qui recouvrent 3 grands secteurs, dont les habiletés de vie autonome (Tâches de la vie quotidienne, Gestion financière et administrative et Santé générale), les relations sociales (Relations familiales et de couple, Relations extrafamiliales) et la participation à la vie communautaire (Activités professionnelles et occupationnelles, Loisirs et Vie collective et informative). Chacun de ces 8 domaines s'évalue en 2 facettes, soit la fréquence où surviennent ces comportements sociaux au cours des deux dernières semaines (de 1 = « jamais » à 5 = « tous les jours »; $\alpha = 0,61$) et le degré de satisfaction à l'égard de ceux-ci (de 1 = « très insatisfait » à 5 = « très satisfait »; $\alpha = 0,76$). Comme l'IRI, les résultats élevés aux échelles représentent un bon fonctionnement social.

Résultats

Des analyses de régressions multiples, utilisant une méthode pas à pas s'appuyant sur le rapport de vraisemblance de la statistique F pour l'ajout (0,05) ou l'exclusion (0,10) des variables indépendantes dans chaque modèle, ont été réalisées pour identifier les variables de chacun des questionnaires autorapportés ayant une contribution significative au score total de la GFPP ainsi qu'à chacun des 5 facteurs la composant. Ainsi, les différentes sous-échelles de chacun des questionnaires ou le score total, le cas échéant, ont été utilisés afin de permettre une analyse plus approfondie, en prenant soin d'entrer chaque questionnaire dans un bloc différent. Les données descriptives aux différents instruments

TABLEAU 3

Données statistiques des différents questionnaires autorapportés

	Moyenne	Écart-type	α Cronbach
1. <i>Borderline Symptom List</i> (BSL-23);	1,93	0,87	0,93
2. <i>Brief Version of the Pathological Narcissism Inventory</i> (B-PNI);			
2.1. Grandiosité;	2,12	0,98	0,85
2.1.1. Exploitation d'autrui;	1,81	1,09	0,72
2.1.2. Fantaisies grandioses;	2,18	1,32	0,76
2.1.3. Rage revendicatrice;	1,89	1,25	0,77
2.2. Vulnérabilité;	2,34	0,98	0,88
2.2.1. Estime de soi contingente;	2,67	1,32	0,79
2.2.2. Autovalorisation par sacrifice de soi;	2,37	1,27	0,75
2.2.3. Dissimulation de soi;	3,00	1,35	0,80
2.2.4. Dévalorisation;	1,80	1,23	0,72
3. Version abrégée du <i>Buss-Perry Aggression Questionnaire</i> (BPAQ-SF);			
3.1. Verbale;	2,81	1,18	0,60
3.2. Physique;	2,20	1,44	0,86
3.3. Colère;	3,62	1,40	0,82
3.4. Hostilité;	3,72	1,37	0,69
4. <i>Barratt Impulsiveness Scale</i> (BIS-11);			
4.1. Attentionnelle/cognitive;	19,70	4,16	0,69
4.2. Motrice;	24,74	6,00	0,75
4.3. Absence de planification;	27,55	5,48	0,68
5. <i>Self and Interpersonal Functioning Scale</i> (SIFS);			
5.1. Identité;	2,54	0,73	0,67
5.2. Autodétermination;	1,90	0,85	0,68
5.3. Empathie;	1,29	0,78	0,68
5.4. Intimité;	1,66	0,94	0,73
6. <i>Personality Inventory for DSM-5 Faceted Brief Form</i> (PID-5-FBF);			
6.1. Affectivité négative;	1,89	0,61	0,85
6.2. Détachement;	1,46	0,64	0,85
6.3. Antagonisme;	0,60	0,57	0,90
6.4. Désinhibition;	1,43	0,60	0,85
6.5. Psychoticisme;	0,77	0,59	0,86
7. <i>Interpersonal Reactivity Index</i> (IRI);			
7.1. Souci empathique;	5,36	1,15	0,79
7.2. Fantaisie;	4,11	1,37	0,79
7.3. Détresse personnelle;	3,89	1,25	0,84
7.4. Prise de perspective;	4,61	1,30	0,63
8. Questionnaire de fonctionnement social (QFS);			
8.1. Fréquence;	20,51	5,59	0,61
8.2. Satisfaction.	23,34	5,90	0,76

sont présentées dans le Tableau 3. Ces données ont été analysées à l'aide du logiciel JASP 0.16 et validées avec le logiciel SPSS 26.0.

Les sous-échelles Intimité (SIFS), Soumission (inversement; PID-5), Satisfaction (QFS) et le score total au BSL (inversement) étaient les plus associées au score total de la GFPP (R^2 ajusté = 0,14; Tableau 4). Les sous-échelles Empathie (SIFS), Impulsivité (inversement; PID-5) et Rage revendicatrice (B-PNI) étaient les variables contribuant le plus au score du facteur Narcissisme pathologique (R^2 ajusté = 0,12). Les sous-échelles Manipulation, Soumission (inversement) et Dureté du PID-5 ainsi que l'échelle Souci empathique de l'IRI étaient les plus

TABLEAU 4

Résultats des régressions multiples entre les résultats aux différents questionnaires autorapportés et les 5 facteurs, ainsi que le score total de la Grille de facteurs pronostiques à la psychothérapie

Facettes	β	Erreur-type	β	t	p	R^2 ajusté
Score total de la GFPP						0,138
Intimité (SIFS)	0,78	0,26	0,23	2,96	0,004	
Soumission (PID-5)	- 0,78	0,31	- 0,19	- 2,55	0,012	
Satisfaction (QFS)	0,15	0,05	0,27	3,19	0,002	
Score total au BSL	- 0,75	0,32	- 0,20	- 2,35	0,020	
Facteurs						
Narcissisme pathologique						0,121
Empathie (SIFS)	0,60	0,18	0,28	3,39	< 0,001	
Impulsivité (PID-5)	- 0,66	0,17	- 0,32	- 3,91	< 0,001	
Rage revendicatrice (B-PNI)	0,25	0,12	0,18	2,11	0,034	
Antisocialité/ psychopathie						0,242
Manipulation (PID-5)	0,33	0,07	0,35	4,73	< 0,001	
Soumission (PID-5)	- 0,22	0,06	- 0,25	- 3,67	< 0,001	
Dureté (PID-5)	0,25	0,08	0,25	2,96	0,004	
Souci empathique (IRI)	0,10	0,05	0,17	2,11	0,036	
Gains secondaires						0,198
Fréquence (QFS)	0,10	0,02	0,34	4,74	< 0,001	
Colère (BPAQ)	- 0,22	0,09	- 0,18	- 2,48	0,014	
Fantasie (IRI)	- 0,26	0,09	- 0,21	- 2,84	0,005	
Souci empathique (IRI)	0,21	0,11	0,15	2,00	0,047	
Perfectionnisme rigide (PID-5)	- 0,30	0,14	- 0,15	- 2,18	0,031	
Croyances inhabituelles (PID-5)	0,37	0,17	0,15	2,18	0,030	
Faible motivation						0,096
Score total au BSL	- 0,38	0,09	- 0,36	- 4,35	< 0,001	
Satisfaction (QFS)	0,04	0,01	0,26	3,12	0,002	
Traits du groupe A						0,085
Intimité (SIFS)	0,28	0,08	0,24	3,31	0,001	
Soumission (PID-5)	- 0,30	0,10	- 0,21	- 2,92	0,004	

fortement associées au facteur Antisocialité/Psychopathie (R^2 ajusté = 0,24). Les sous-échelles Fréquence (QFS), Colère (inversement; BPAQ), Fantaisie (inversement) et Souci empathique de l'IRI, Perfectionnisme rigide (inversement) et Croyances inhabituelles du PID-5 étaient significativement associées au facteur Gains secondaires (R^2 ajusté = 0,20). Le score total au BSL (inversement) et la sous-échelle Satisfaction (QFS) étaient les plus fortement associées au facteur Faible motivation (R^2 ajusté = 0,10). Finalement, les sous-échelles Intimité (SIFS) et Soumission (inversement; PID-5) étaient les plus associées au facteur Traits du groupe A (R^2 ajusté = 0,09).

Discussion

La présente étude a mis en évidence les associations entre les informations rapportées par les participants/participantes aux différents questionnaires autorapportés et la GFPP, cotée par un clinicien. Cette étude suggère que les questionnaires remplis par les patients/patientes permettent de prédire significativement, mais modestement, le score total de la GFPP et de ses facteurs.

Les sous-échelles Intimité (SIFS), Soumission (inversement; PID-5), Satisfaction (QFS) et le score total au BSL (inversement) sont les plus associées au score total de la GFPP. En ce qui a trait à la sous-échelle Intimité du SIFS, un individu ressentant peu de désir ou d'intérêt à entretenir une relation avec les autres pourrait avoir plus de difficulté à s'ouvrir et créer un lien de confiance avec un thérapeute. Quant à la sous-échelle Soumission du PID-5, une personne avec un degré élevé de soumission est plus susceptible d'être « docile » et de se conformer aux attentes et aux demandes du thérapeute et de la thérapie, alors qu'une personne avec un résultat faible à cette échelle pourrait avoir tendance à moins adapter ses comportements lorsque cela est contraire à ses désirs, à être plus réfractaire à certaines interventions psychothérapeutiques et ainsi abandonner la thérapie plutôt que de parler avec le thérapeute afin qu'un ajustement soit fait pour mieux répondre à ses besoins. Ensuite, la sous-échelle Satisfaction (QFS) était associée à un score plus élevé à la GFPP, prédisant ainsi un plus grand risque d'abandon. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les personnes avec une plus grande satisfaction en lien avec leur fonctionnement social pourraient être moins en détresse ou avoir davantage de soutien de leur entourage au quotidien pour fonctionner, rendant la démarche psychothérapeutique moins cruciale pour elles. Dans le même ordre

d'idées, une personne avec un score total faible au BSL-23 pourrait moins souffrir des symptômes intériorisés typiques du TP limite et donc être à plus haut risque d'abandon, en lien avec une détresse subjective moindre.

Le facteur Narcissisme pathologique désigne une constellation de traits (hostilité, défense projective, ressentiment et envie) qui sont principalement reliés au volet grandiosité du narcissisme, celui-ci étant davantage associé à l'arrêt prématuré de la thérapie (Ellison et coll., 2012). Ainsi, pour ce facteur, les personnes qui reconnaissent leur incapacité à considérer et à comprendre l'expérience et la motivation d'autrui (Empathie; SIFS) de même que leur sentiment de droit acquis (Rage revendicatrice; B-PNI), mais ne se reconnaissant pas comme impulsives (Impulsivité; PID-5), seraient considérées par les cliniciens comme présentant des enjeux de narcissisme pathologique risquant d'entraver le cheminement en psychothérapie. Le fait d'être investi dans des revendications hargneuses de droits et de privilèges particuliers, sans égard aux autres, pourrait rendre les patients/patientes hermétiques aux interventions des professionnels et incapables d'admettre que leur attitude hautaine et grandiose puisse avoir des impacts négatifs sur les gens de leur entourage. Dans ce contexte, ils ne percevaient pas leurs agissements comme impulsifs (p. ex. mettre fin à la thérapie), étant persuadés que leur perception est bonne et que c'est l'autre qui est en tort.

En ce qui a trait au facteur Antisocialité/Psychopathie, les points de vue des professionnels et ceux des patients/patientes semblent cohérents; les patients/patientes se décrivant comme insensibles (Dureté), insoumis ou arrogants (Soumission faible) et ayant recours à la manipulation (PID-5) sont perçus comme tels par les professionnels. Ainsi, les personnes correspondant au profil antisocial/psychopathe semblent peu enclines à vouloir dissimuler qui elles sont aux professionnels. Un résultat étonnant est qu'elles rapportent également une bonne empathie affective (capacité à ressentir par procuration les émotions des autres). Or, dans la littérature, les gens présentant des traits psychopathiques notamment sont davantage reconnus pour avoir une bonne empathie cognitive (capacité à comprendre et décoder les émotions) puisqu'elle servirait leurs tendances à la manipulation, mais pas affective (Blair, 2007; Decety et Cowell, 2014). Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ce résultat contre-intuitif. D'abord, les patients/patientes consultant dans une clinique spécialisée pourraient ressentir davantage de détresse et donc être plus réceptifs aux sentiments

d'autrui contrairement aux individus rapportant des traits psychopathiques recrutés dans des échantillons issus du milieu carcéral. La deuxième hypothèse est que les participants/participantes croient, à tort, être en mesure de ressentir les émotions, ce qui fait davantage référence à un problème important d'introspection ou d'autocritique. Une autre hypothèse est que les participants/participantes, dans un but de manipulation, tentent de se présenter sous un jour favorable et donc de se présenter comme étant réceptifs aux émotions des autres.

Le facteur de Gains secondaires regroupe des éléments se rapportant à des motivations extrinsèques au traitement, à des conditions de vie pauvres et un mode de vie passif. Le tout suggère qu'un engagement actif dans différents rôles sociaux serait un élément favorisant un maintien en thérapie. Les résultats aux questionnaires fournis par les patients/patientes présentant un score élevé au facteur Gains secondaires de la GFPP sont plutôt d'apparence positive à première vue, dénotant un faible degré d'accord patient-thérapeute. En effet, les patients/patientes rapportent une fréquence satisfaisante de comportements sociaux (QFS), se disent empathiques (IRI), flexibles (faible Perfectionnisme rigide; PID-5) et peu colériques (BPAQ), mais rapportent des symptômes d'allure psychotiques avec un résultat élevé à l'échelle Croyances inhabituelles (PID-5). À titre d'hypothèse, ces patients/patientes pourraient vouloir se présenter sous leur meilleur jour avec le désir de recevoir des services et de conserver les bénéfices que le statut de « malade » leur procure (appuyé par l'endossement de symptômes d'allure psychotique), sans intention sérieuse de s'engager réellement dans un processus de changement.

Le facteur Faible motivation serait davantage relié à une absence de détresse subjective et à un refus de faire les sacrifices nécessaires pour s'engager en thérapie. Il est associé à un score total faible au BSL et à un degré élevé de satisfaction du fonctionnement social (QFS). Ainsi, les individus qui rapportent moins de symptômes du TP limite, donc chez qui le sentiment de détresse subjective est faible pourraient être moins enclins à vouloir modifier leur situation en s'engageant dans un processus de changement. Dans le même ordre d'idées, les personnes satisfaites sur le plan social ne perçoivent pas la nécessité de changer, ce qui entraîne une faible motivation face à un traitement. Ces personnes semblent donc ressentir moins de détresse psychologique, alors qu'il est reconnu que la motivation au changement, comme la recherche active de thérapie et l'engagement dans celle-ci, est associée à la sévérité de la problématique et des symptômes prétraitement (Krampe et coll., 2017).

Bien que la variance obtenue pour le facteur Traits du groupe A soit faible, il semble y avoir un niveau d'accord entre la perception des patients/patientes et celle des professionnels. Les sous-échelles Intimité (SIFS) et Soumission (inversement; PID-5) sont les plus associées au facteur Traits du groupe A. Ainsi, une personne se décrivant comme ayant un faible désir d'entretenir des relations avec les autres ou ayant peu de capacité à créer des liens sera perçue comme telle par les professionnels qui concluent que le pronostic de traitement est limité considérant la nature relationnelle de la psychothérapie. Il est d'ailleurs reconnu dans la littérature que les patients/patientes présentant un tel profil (TP paranoïaque, schizoïde, schizotypique) viennent moins fréquemment consulter et sont plus à risque d'abandon thérapeutique (Williams, 2010). De plus, les patients/patientes de ce profil se décrivent comme résistants et en opposition avec les intérêts et les désirs des autres (faible Soumission) ce qui montre leur résistance à s'ajuster aux normes sociales.

Forces et limites de la présente étude

Il s'agit de l'une des rares études multisources portant sur les facteurs pronostiques de traitement chez les TP, s'intéressant à la fois à la perception d'un échantillon appréciable de patients/patientes et de points de vue de professionnels. Bien que les questionnaires autorapportés demeurent limités au degré d'introspection des répondants et qu'ils ne sont pas exempts de biais de réponse, des études récentes montrent que les patients/patientes présentant une pathologie de la personnalité sont plutôt lucides quant à leurs déficits et leurs problèmes, et pourraient même se dépeindre plus sévèrement que ne le font les cliniciens (Sleep et coll., 2017). L'échantillon relativement homogène en termes de caractéristiques sociodémographiques et culturelles rend difficile la généralisation des résultats à d'autres populations. En présence de nombreuses analyses de régression, impliquant chacune l'entrée de multiples variables utilisées dans les modèles statistiques, il est possible que certains résultats découlent d'une erreur de type I, c'est-à-dire rejeter l'hypothèse nulle (l'absence de lien significatif entre un facteur de la GFPP et un questionnaire autorapporté donné) alors qu'elle est vraie (il n'y a effectivement pas de lien). D'autres études seront nécessaires pour répliquer les résultats obtenus; ces dernières pourraient s'intéresser à la validité incrémentielle des mesures autorapportées sur

le jugement clinique pour prédire l'abandon thérapeutique et inclure des mesures de désirabilité sociale.

Conclusion

Cette étude suggère que les questionnaires remplis par les patients/patientes permettent de prédire significativement, mais modestement, le score total de la GFPP et de ses facteurs, cotés par les professionnels. Il semble donc que la façon qu'ont les patients/patientes de répondre aux questionnaires autorapportés, et la nature même de ces questionnaires ne puissent pas saisir toute l'étendue et la complexité des facteurs pronostiques défavorables à la psychothérapie reconnus dans la littérature et identifiables par des professionnels experts en TP. Bien que ces deux sources permettent de recueillir des informations complémentaires, les analyses ont permis de mettre en évidence une certaine congruence entre les données rapportées par les patients/patientes et les profils décrits par les professionnels, la plus évidente étant pour le facteur Antisocialité/Psychopathie.

Certaines échelles des instruments autorapportés semblent avoir un pouvoir prédictif plus important sur les résultats obtenus au score total de la GFPP et aux 5 facteurs la composant. Parmi celles-ci, on note les échelles associées à un faible degré de détresse psychologique (un résultat total faible au BSL et élevé à l'échelle Satisfaction du QFS) qui peuvent être une indication de faible motivation et d'un pronostic de traitement défavorable à une psychothérapie, alors qu'une incapacité à créer et maintenir les relations et un désintérêt face à celles-ci (Intimité; SIFS) est à la fois un indicateur au score total à la GFPP et au facteur Traits du groupe A. Un résultat faible à l'échelle Soumission (PID-5) contribue également à un faible pronostic, notamment concernant les facteurs Antisocialité/psychopathie et Traits du groupe A. Les liens ainsi démontrés servent d'appui empirique et théorique à la validité des critères identifiés dans la GFPP. Dans une perspective clinique, les questionnaires autorapportés, administrés préalablement à une rencontre d'évaluation, pourraient s'avérer utiles aux professionnels afin d'approfondir certains thèmes émergeant des questionnaires, facilitant la cotation de la GFPP. De plus, les résultats à ces différentes échelles, ajoutés aux données de la GFPP, pourraient faire l'objet d'échanges ou d'interventions ciblés avec les personnes référées pour un TP, permettant ainsi une orientation clinique qui maximise l'engagement

en psychothérapie ou dans toute autre modalité d'intervention afin de réduire l'abandon thérapeutique.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Barnicot, K., Katsakou, C., Marougka, S. et Priebe, S. (2011). Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder—a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123 (5), 327-338. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01652.x>
- Barnicot, K., Katsakou, C., Bhatti, N., Savill, M., Fearn, N. et Priebe, S. (2012). Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 32(5), 400-412. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.04.004>
- Bateman, A. et Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18 (1), 36-51. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772>
- Baylé, F. J., Bourdel, M. C., Caci, H., Gorwood, P., Chignon, J. M., Adès, J. et Léo, H. (2000). Structure factorielle de la traduction française de l'échelle d'impulsivité de Barratt (BIS-10). *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 45 (2), 156. <https://doi.org/10.1177/070674370004500206>
- Blair, R. J. R. (2007). Empathic dysfunction in psychopathic individuals. Dans T. Farrow et P. Woodruff (dir.), *Empathy in mental illness* (pp. 3-16). Cambridge University Press.
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R. D., Domsalla, M., Chapman, A. L., Steil, R., Philipsen, A. et Wolf, M. (2009). The short version of the borderline symptom list (BSL-23): Development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42(1), 32-39. <https://doi.org/10.1159/000173701>
- Bryant, F. B. et Smith, B. D. (2001). Refining the architecture of aggression: A measurement model for the Buss-Perry aggression questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 35(2), 138-167. <https://doi.org/10.1006/jrpe.2000.2302>
- Buss, A. H. et Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452-459. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.3.452>
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113-126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
- Decety, J. et Cowell, J. M. (2014). The complex relation between morality and empathy. *Trends in Cognitive Sciences*, 18 (7), 337-339. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2014.04.008>
- Diguer, L., Turmel, V., Brin, J., Lapointe, T., Chrétien, S., Marcoux, L.-A., Mathieu, V. et Da Silva Luis, R. (2020). Traduction et validation en français du Pathological Narcissism Inventory [Translation and validation in French of the Pathological Narcissism Inventory]. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 52 (2), 115-120. <https://doi.org/10.1037/cbs0000140>

- Ellison, W. D., Levy, K. N., Cain, N. M., Ansell, E. B. et Pincus, A. L. (2012). The impact of pathological narcissism on psychotherapy utilization, initial symptom severity, and early-treatment symptom change: A naturalistic investigation. *Journal of Personality Assessment*, 95 (3), 291-300. <https://doi.org/10.1080/00223891.2012.742904>
- Gamache, D., Savard, C., Lemelin, S. et Villeneuve, E. (2017). Development and validation of the treatment attrition-retention scale for personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 31(6), 753-773. https://doi.org/doi:10.1521/pedi_2017_31_279
- Gamache, D., Savard, C., Leclerc, P. et Côté, A. (2019). Introducing a short self-report for the assessment of DSM—5 level of personality functioning for personality disorders: The Self and Interpersonal Functioning Scale. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(5), 438-447. <https://doi.org/10.1037/per0000335>
- Genoud, P. A. et Zimmermann, G. (2009, 19-20 août). *French version of the 12-item Aggression Questionnaire: Preliminary psychometric properties*. [communication par affiche]. 11^e congrès de la Swiss Psychological Society, Neuchâtel, Suisse. https://www.unifr.ch/cerf/fr/assets/public/pdf/pages%20personnelles/Genoud%20Philippe/2009_SSP.pdf
- Gilet, A.-L., Mella, N., Studer, J., Grünh, D. et Labouvie-Vief, G. (2013). Assessing dispositional empathy in adults: A French validation of the Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 45 (1), 42-48. <https://doi.org/10.1037/a0030425>
- Gunderson, J. G. et Links, P. S. (2008). *Borderline personality disorder: A clinical guide* (2^e ed.). American Psychiatric Publishing.
- Institut national de santé publique du Québec. (2015). *Surveillance des troubles de la personnalité au Québec: prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services, 2015* (publication n° 11). https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1996_surveillance_troubles_personnalite.pdf
- Krampe, H., Salz, A.-L., Kerper, L. F., Krannich, A., Schnell, T., Wernecke, K.-D. et Spies, C. D. (2017). Readiness to change and therapy outcomes of an innovative psychotherapy program for surgical patients: results from a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 17(1):417. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1579-5>
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D. et Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42 (9), 1879-1890. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1017/S0033291711002674>
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K., Watson, D. et Skodol, A. E. (2013). *The Personality Inventory for DSM-5 Brief Form (PID-5-BF)—Adult*. American Psychiatric Association. https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM5_The-Personality-Inventory-For-DSM-5-Brief-Form-Adult.pdf
- Krueger, R. F. et Markon, K. E. (2014). The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 477-501. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153732>

- Linehan, M. M., Armstrong, H. E. et Suarez, A. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archive of General Psychiatry*, 48(12), 1060-1064. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810360024003>
- McMurran, M., Huband, N. et Overton, E. (2010). Non-completion of personality disorder treatments: A systematic review of correlates, consequences, and interventions. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 277-287. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.002>
- Newton-Howes, G., Tyrer, P., Anagnostakis, K., Cooper, S., Bowden-Jones, O. et Weaver, T. (2010). The prevalence of personality disorders, its comorbidity with mental state disorders, and its clinical significance in community mental health terms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(4), 453-460. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0084-7>
- Nicastro, R., Prada, P., Kung, A. L., Salamin, V., Dayer, A., Aubry, J. M., Guenot, F. et Perroud, N. (2016). Psychometric properties of the French borderline symptom list, short form (BSL-23). *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 3, Article 4. <https://doi.org/10.1186/s40479-016-0038-0>
- Patton, J. H., Stanford, M. S. et Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768-774. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1)
- Roskam, I., Galdiolo, S., Hansenne, M., Massoudi, K., Rossier, J., Gicquel, L. et Rolland, J. P. (2015). The psychometric properties of the french version of the Personality Inventory for DSM-5. *PloS One*, 10 (7), Article e0133413. <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0133413>
- Schoenleber, M., Roche, M. J., Wetzel, E., Pincus, A. L. et Roberts, B. W. (2015). Development of a brief version of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological Assessment*, 27(4), 1520-1526. <https://doi.org/10.1037/pas0000158>
- Sleep, C. E., Sellbom, M., Campbell, W. K. et Miller, J. D. (2017). Narcissism and response validity: Do individuals with narcissistic features underreport psychopathology? *Psychological Assessment*, 29 (8), 1059-1064. <https://doi.org/10.1037/pas0000413>
- Stanton, K., Brown, M. F. D., Bucher, M. A., Balling, C. et Samuel, D. B. (2019). Self ratings of personality pathology: Insights regarding their validity and treatment utility. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 6, 299-311. <https://doi.org/10.1007/s40501-019-00188-6>
- Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K. et Shear, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: Comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of Personality Disorders*, 28(5), 734-750. https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_093
- Torgersen, S. (2012). Epidemiology. Dans T. A. Widiger (dir.), *The Oxford handbook of personality disorders* (p. 186-205). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199735013.001.0001>
- Van Asselt, A. D., Dirksen, C. D., Arntz, A. et Severens, J. L. (2007). The cost of borderline personality disorder: Societal cost of illness in BPD-patients. *European Psychiatry*, 22(6), 354-61. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.04.001>
- Williams, P. (2010). Psychotherapeutic treatment of Cluster A personality disorders. Dans J. F. Clarkin, P. Fonagy, et G. O. Gabbard (dir.), *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook* (p. 165-185). American Psychiatric Publishing, Inc.

- Yeomans, F.E., Clarkin, J. F. et Kernberg, O. F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Publishing.
- Zanello, A., Rouget, B. W., Gex-Fabry, M., Maercker, A. et Guimon, J. (2006). Validation du Questionnaire de fonctionnement social (QFS), un autoquestionnaire mesurant la fréquence et la satisfaction des comportements sociaux d'une population adulte psychiatrique. *L'Encéphale*, 32 (1), 45-59. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(06\)76136-X](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(06)76136-X)
- Zimmerman, M., Chelminski, I. et Young, D. (2008). The frequency of personality disorders in psychiatric patients. *The Psychiatric Clinics of North America*, 31(3), 405-420. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.03.015>

Conception et modèle logique de l'intervention BIWI sur la réinsertion au travail de personnes avec un trouble de personnalité limite

Nadine Larivière^a

Kathy Dahl^b

Marc Corbière^c

RÉSUMÉ Objectifs L'objectif de cette étude vise à concevoir le modèle logique et le contenu de l'intervention *Borderline Intervention for Work Integration* (BIWI).

Méthode La conception du modèle logique de BIWI s'est fondée sur les recommandations de Chen (2015) pour établir le modèle de changement et le modèle d'action. Pour ce faire, des entretiens individuels avec 4 femmes ayant un trouble de personnalité limite (TPL) et des groupes de discussion focalisés avec des ergothérapeutes et des intervenants affiliés à des organismes en employabilité, provenant de 3 régions québécoises ($n = 16$), ont été menés. Les entretiens de groupe et individuels comprenaient d'abord une présentation des données issues d'études dans le domaine. Par la suite, une discussion portait sur les défis des personnes avec un TPL en lien avec leur participation au travail, ainsi que les composantes essentielles à inclure dans une intervention idéale. Une analyse de contenu a été réalisée à partir des transcriptions des entretiens. Les composantes des modèles de changement et d'action ont été validées par ces mêmes participants.

a. erg., Ph. D., École de réadaptation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada.

b. erg., psychothérapeute, M. Sc., Institut universitaire de santé mentale de Montréal, Québec, Canada.

c. Ph. D., c.o., Département d'éducation et pédagogie, Counseling de carrière, Université du Québec à Montréal, Canada.

Résultats Le modèle de changement de l'intervention BIWI cible 6 thèmes, sur lesquels il semble opportun de s'attarder pour une population présentant un TPL en processus de réinsertion au travail : 1) le sens accordé au travail ; 2) la connaissance de soi et le sentiment de compétence comme travailleur ; 3) la gestion de facteurs internes et externes qui affectent la charge mentale ; 4) les relations interpersonnelles dans le contexte du travail ; 5) la divulgation du trouble mental ; 6) une routine plus satisfaisante à l'extérieur du travail. En ce qui concerne le modèle d'action, l'intervention BIWI est déployée en collaboration avec des professionnels de la santé et des intervenants d'organismes en employabilité. Elle combine des rencontres de groupe ($n = 10$) et individuelles ($n = 2$), en mode présentiel et en ligne. Les cibles de changement priorisées sont de réduire le nombre d'obstacles perçus en lien avec la réinsertion au travail et améliorer la mobilisation vers un projet de réinsertion en emploi durable.

Conclusion La participation au travail est une dimension essentielle à inclure dans les interventions destinées aux personnes avec un TPL. Grâce à un modèle logique, il a été possible de dégager les composantes clés à considérer dans le cadre d'une telle intervention. Ces composantes sont relatives à des enjeux centraux chez cette clientèle tels que : la représentation du travail, la connaissance de soi comme travailleur, le maintien du rendement et du bien-être au travail, les relations avec le collectif de travail, ainsi que le travail dans un mode de vie. Ces composantes sont maintenant incluses dans l'intervention BIWI. La prochaine étape sera de tester cette intervention auprès de personnes avec un TPL sans emploi, prêtes à retourner sur le marché du travail.

MOTS CLÉS trouble de personnalité limite, réinsertion au travail, réadaptation au travail, modèle logique

Design and logic model of the BIWI intervention on work reintegration of people with borderline personality disorder

ABSTRACT Objectives The objective of this study is to develop the logic model and the content of the Borderline Intervention for Work Integration (BIWI).

Methods The creation of BIWI was based on Chen's (2015) recommendations for establishing the change model and the action model. Individual interviews with four women with a borderline personality disorder (BPD) and focused groups with occupational therapists and service providers in community organizations from three Quebec regions ($n=16$) were conducted. The group and individual interviews began with a presentation of data from studies in the field. This was followed by a discussion of the challenges of people with BPD in relation to job choice, performance, tenure, and the essential components to be included in an ideal intervention. Transcripts of the individual and group interviews were examined using content analysis. The components of the change and action models were validated by these same participants.

Results The change model of the BIWI intervention addresses six themes, which seem appropriate to focus on for a population with BPD in the process of reintegration into the workplace: 1) meaning given to work; 2) self-awareness and sense of competence as a worker; 3) management of internal and external factors that affect mental workload; 4) interpersonal relationships in the work context; 5) disclosure of the mental disorder in the work context; and 6) more satisfying routines outside of work. The action model of BIWI reveals that this intervention is deployed in collaboration with health professionals from the public and private sectors and service providers from community or government agencies. It combines group ($n=10$ sessions) and individual meetings ($n=2$), in face-to-face and online modes. The prioritized outcomes are to reduce the number of perceived barriers to work reintegration and to improve mobilization towards a sustainable employment reintegration project.

Conclusion Work participation is a pivotal target in the interventions for people with BPD. With the support of a logic model, it was possible to identify the key components to be considered in the schema of such an intervention. These components relate to central issues for this clientele, such as: their representations of work, self-knowledge as a worker, maintenance of performance and well-being at work, relations with the work group and external partners, and work embedded in one's occupational repertoire. These components are now included in the BIWI intervention. The next step will be to test this intervention with unemployed persons with BPD who are motivated to reintegrate the workforce.

KEYWORDS borderline personality disorder, work reintegration, work rehabilitation, logic model

Introduction

Selon l'American Psychiatric Association (APA, 2013), la prévalence moyenne du trouble de personnalité limite (TPL) dans la population générale avoisine 1,6 %. Les personnes avec un TPL présentent une instabilité dans les relations interpersonnelles, l'image de soi, la régulation émotionnelle et le contrôle de l'impulsivité (APA, 2013). Les répercussions de ce trouble mental affectent l'ensemble des sphères de la vie quotidienne, mais le travail est l'occupation la plus difficile à accomplir et la plus insatisfaisante chez cette clientèle (Larivière et coll., 2010). Sansone et Sansone (2012) rapportent qu'environ 45 % des personnes avec un TPL sont sans emploi et entre 20 % et 45 % reçoivent des compensations financières pour invalidité, alors que cette proportion est estimée à 6,8 % dans la population générale (Knudsen et coll., 2012).

Par ailleurs, ce trouble est porteur de préjugés et de stéréotypes qui exposent à la discrimination lors de l'embauche, à des mises à pied hâtives ou à une exclusion à l'accès aux services d'employabilité (Juurlink et coll., 2019). Étant perçues comme des collègues « difficiles », les personnes avec un TPL ne recevront pas beaucoup de soutien de la part de leurs collègues de travail (Dahl et coll., 2017 ; Juurlink et coll., 2018).

En général, la personne avec un TPL choisira impulsivement un emploi (Dahl et coll., 2017). Elle adoptera une attitude positive et active durant la période de recherche, ainsi que dans les premières semaines de travail (Hennessey et McReynolds, 2001). Par la suite, les habiletés de maintien en emploi seront mises à l'épreuve (Hennessey et McReynolds, 2001). Conséquemment, des taux élevés d'absentéisme (Sansone et coll., 2012) et des changements fréquents d'emplois (Sansone et Wiederman, 2013) sont observés, jalonnés de périodes de chômage (Zimmerman et coll., 2012). Ces difficultés récurrentes au travail les mettent à risque accru de souffrir d'un épuisement professionnel (Bianchi et coll., 2018). Le travail a d'ailleurs été décrit pour cette clientèle comme source de succès et de souffrance (Dahl et coll., 2017). Il est important de souligner que, selon les personnes avec un TPL, le travail, malgré ses défis, est une activité signifiante qui contribue positivement à leur rétablissement (Katsakou et coll., 2012 ; Larivière et coll., 2015).

Une étude de cas multiple qualitative publiée par les auteurs portait sur l'analyse en profondeur des obstacles et des facilitateurs de la participation au travail des personnes présentant un TPL selon les personnes et leurs intervenants (Dahl et coll., 2017). En résumé, les barrières identifiées sur le plan individuel incluaient l'application de stratégies de coping inefficaces dans les situations stressantes (p. ex. nouvelle tâche), l'hypersensibilité relationnelle ou encore des difficultés pour nuancer ses interprétations face à des événements survenant en milieu de travail. La connaissance de soi et l'estime personnelle comme travailleur étaient fragiles. Enfin, un manque d'activités personnelles significatives à l'extérieur du travail constituait une barrière pour bien fonctionner au travail. Toutefois, un facilitateur souligné dans tous les cas était la présence de qualités personnelles des individus avec un TPL telle que la volonté d'offrir un bon rendement ou la sociabilité (Dahl et coll., 2017). Par ailleurs, des barrières occupationnelles et environnementales ont également été relevées. Plus particulièrement, les résultats montraient le défi chez la personne de bien arrimer le type d'emploi à

ses caractéristiques personnelles. Dans la même veine, des difficultés à généraliser les acquis en thérapie au domaine spécifique du travail ont été observées par les participants. Pour assurer une réinsertion et un maintien en emploi durable, une solution proposée était d'ailleurs une meilleure coordination des acteurs des différents systèmes (Dahl et coll., 2017).

L'importance d'inclure la participation au travail à l'intérieur même des thérapies probantes actuelles pour les personnes avec un TPL a été soulignée à plusieurs reprises (Gunderson et Links, 2014; Sansone et Sansone, 2012). Actuellement, les traitements spécialisés ciblent principalement la réduction des symptômes (Katsakou et coll., 2012; Larivière et coll., 2015). Dans une étude qualitative ayant combiné les points de vue des personnes avec un TPL à ceux des professionnels de la santé (Juurlink et coll., 2019), tous s'entendaient sur le fait que l'obtention et le maintien d'un emploi étaient des objectifs importants. Cependant, des interventions portant sur la réadaptation au travail n'étaient offertes que si les personnes avec un TPL le demandaient.

Dans le cadre d'une approche généraliste récemment développée aux États-Unis, le *General Psychiatric Management* (GPM), les interventions par rapport au travail visent à encourager la reprise d'une activité productive et des responsabilités de la vie quotidienne, et à en faire un objectif (Gunderson et Links, 2014). Des références à des services appropriés de réadaptation au travail sont également recommandées (Gunderson et Links, 2014).

Par ailleurs, 4 interventions développées aux États-Unis ou au Royaume-Uni incluent un volet de réadaptation au travail aux psychothérapies. Comtois et coll. (2010) ont proposé le *DBT-Accepting challenges of exiting the system* (DBT-ACES). Lors de la deuxième année de thérapie comportementale dialectique (TCD), les participants devaient s'engager graduellement dans un emploi ou dans des études afin de poursuivre la thérapie. La personne n'atteignant pas cette condition était suspendue. Une critique formulée à l'égard de cette approche était les coûts élevés de l'offre de ce service, exigeant la réalisation d'une seconde année de thérapie TCD (Feigenbaum, 2019). Pour leur part, Koons et coll. (2006) ont ajouté 2 heures d'intervention au groupe hebdomadaire de TCD, durant 6 mois, pour discuter du processus concernant la reprise du travail. Des rencontres individuelles avec un conseiller en emploi étaient également offertes et, au besoin, une référence dans un programme spécifique de réadaptation au travail était envisagée. S'inspirant de la DBT-ACES et de l'intervention de Koons et

coll. (2006), une version brève a été proposée récemment, la *DBT-Skills for Employment* ou DBT-SE (Feigenbaum, 2019). Cette intervention de groupe est d'une durée de 16 semaines pour des personnes avec un TPL sans emploi. Elle porte sur les thèmes principaux de la TCD, soit la tolérance à la détresse, la pleine conscience et la régulation émotionnelle, appliqués au domaine du travail.

Enfin, Elliott et Konet (2014) ont développé une intervention de 16 semaines incluant des rencontres hebdomadaires individuelles avec un conseiller en emploi et des rencontres de groupes inspirées des compétences de la TCD appliquées au domaine du travail. Dans leurs essais pilotes, ces interventions ont montré des améliorations sur quelques aspects liés à la participation au travail : une augmentation des taux d'employabilité (Comtois et coll., 2010 ; Elliott et Konett, 2014 ; Feigenbaum, 2019), une augmentation du nombre d'heures travaillées par semaine (Comtois et coll., 2010 ; Koons et coll., 2006), et une meilleure satisfaction dans le rôle de travailleur (Koons et coll., 2006). En examinant de plus près ces interventions, les thèmes abordés couvrent surtout les barrières liées à la personne c'est-à-dire l'acquisition de compétences de régulation émotionnelle, de gestion des relations interpersonnelles ou de comportements interférant avec l'obtention et le maintien en emploi (p. ex. consommation de substances). D'autres thèmes, notamment ceux liés aux aspects environnementaux et occupationnels, devraient être inclus comme indiqué plus haut (Dahl et coll., 2017).

En ce qui concerne les interventions qui ont fait leurs preuves dans le domaine de la réadaptation au travail destinées aux personnes avec un trouble mental grave, on retient le programme de soutien à l'emploi IPS (Pothier et coll., 2021). Il a été observé que ce programme aborde peu les habiletés déficitaires propres aux symptômes du TPL, telles que la dysrégulation émotionnelle, les conflits relationnels ou les difficultés spécifiques de résolution de problèmes (Comtois et coll., 2010 ; Koons et coll., 2006). De plus, lorsque l'on examine les études incluses dans une méta-analyse portant sur les interventions soutenant l'obtention et le maintien en emploi des personnes avec des troubles mentaux graves (Suijkerbuijk et coll., 2017), on constate qu'elles ont été effectuées avec des personnes souffrant de troubles psychotiques (81 %) ou de troubles affectifs (19 %) et aucune, à notre connaissance, n'a inclus des personnes avec un TPL.

Une des observations effectuées par les auteurs indique que la description de la conception des interventions sur le travail et TPL

est très succincte. Malgré leur ancrage à une approche ayant fait ses preuves (la TCD), les choix concernant les thèmes ou les résultats sont peu justifiés et peu appuyés par des modèles ou des écrits en réadaptation au travail. Une approche de conceptualisation par modèle logique permet, avec une méthode systématique, de s'assurer du bien-fondé de l'intervention, de l'exhaustivité de sa nature et de produire un modèle opérationnel valide (Champagne et coll., 2009). Leur utilité en évaluation de programmes est documentée afin de bien planifier une intervention avant de l'implanter et de fournir de l'information riche et signifiante pour les parties prenantes (Champagne et coll., 2009; Chen et coll., 2018). De plus en plus d'exemples sont disponibles en réadaptation au travail en santé mentale (Dulude et coll., 2021; Sauvé et coll., 2021).

En conclusion, il y a une lacune à combler dans l'offre d'interventions portant sur la réinsertion en emploi visant un maintien durable pour les personnes avec un TPL. Il est non seulement important de considérer la réalité clinique propre aux personnes avec un TPL, mais également d'intervenir sur des facteurs personnels, occupationnels et environnementaux. Par ailleurs, il est essentiel dans la conception d'une intervention, d'appliquer une méthode rigoureuse telle que proposée dans le cadre d'un modèle logique.

Objectif

L'objectif de cette étude était de concevoir le modèle logique et le contenu d'une intervention visant la réinsertion au travail de personnes présentant un TPL.

Méthode

La conception de l'intervention s'est appuyée sur les recommandations de Chen (2015) pour établir le modèle logique de l'intervention, plus précisément son modèle de changement (sa théorie) et son modèle d'action. Globalement, un modèle logique est une carte conceptuelle qui comprend la description des caractéristiques des personnes qui recevront cette intervention, les objectifs, les activités étroitement liées aux objectifs qui sont réalisés, les mécanismes d'action, ainsi que les variables de changements anticipées (Porteous, 2009). Selon Chen (2015), le modèle de changement s'appuie sur les enjeux ou les besoins des personnes ciblées par une intervention, pour ensuite formuler un

but et des objectifs plus spécifiques qui permettront de répondre à ces premiers. Afin de justifier en profondeur l'atteinte de ces objectifs, il est important d'identifier les leviers pour atténuer les problèmes relevés et leurs causes, ce que Chen (2015) nomme « les déterminants ». Les activités, quant à elles, sont les modalités qui activeront ou changeront ces déterminants pour atteindre les objectifs visés.

Chen (2015) suggère également de produire un modèle d'action, qui correspond à un plan systématique de l'organisation des activités précises de mise-en-œuvre (p. ex. les ressources humaines, le lieu et la durée). Il permet également de vérifier la faisabilité concrète de l'implantation de l'intervention. Il est fortement suggéré d'établir un modèle logique de manière concertée avec des parties prenantes, tout en triangulant plusieurs sources de données (Chen, 2015; Porteous, 2009). Ainsi, la conception de la présente intervention a combiné l'intégration des expertises des auteurs en réadaptation au travail et sur les troubles de personnalité limite, les écrits scientifiques (p. ex. Dahl et coll., 2017) et la consultation d'acteurs clés.

Participants/participantes

D'une part, des entrevues individuelles ont été menées avec des femmes présentant un TPL, avec ou non un lien d'emploi ($n = 4$). Elles devaient avoir ce diagnostic et être aptes au consentement pour être incluses dans l'étude. Le recrutement des participantes avec un TPL s'est effectué d'une manière non probabiliste de convenance, à partir du réseau de connaissances des auteurs. Les 4 femmes étaient caucasiennes, âgées entre 31 et 54 ans et dans des situations professionnelles diverses (en stage, en absence maladie, en recherche active d'emploi, en invalidité). La quasi-totalité participait à des activités offertes dans un organisme communautaire et une était en suivi avec des professionnels de la santé pour planifier son retour au travail. Une participante avait une condition de santé physique chronique diagnostiquée. Sur le plan social, 2 étaient en couple et aucune n'avait d'enfants.

D'autre part, 16 professionnels de la santé (ergothérapeutes) et des services sociaux (p. ex. conseillers en orientation), œuvrant dans des services de santé publics (programmes spécialisés dans le traitement des troubles de la personnalité), des cliniques privées ou dans des organismes spécialisés en insertion en emploi, provenant de 3 régions québécoises, ont participé à des groupes de discussion focalisés. Le critère d'inclusion pour les professionnels était d'avoir de l'expérience avec la clientèle présentant un TPL. Tous avaient plus d'une année

d'expérience et plusieurs, plus de 20 ans d'expérience en santé mentale. Le recrutement de ces participants.es s'est effectué d'une manière non probabiliste de convenance, à partir du réseau de connaissances des auteurs et des organismes collaborateurs à l'étude.

Déroulement de la collecte de données et analyses

L'organisation et le déroulement des consultations avec les acteurs clés se sont appuyés sur les recommandations de Desrosiers et coll. (2020) pour les groupes de discussion focalisés et Miles et coll. (2014) pour les entretiens individuels. Ainsi, afin de soutenir le recueil d'informations et les échanges, une présentation sommaire des données issues de la recherche et des guides d'entretiens avec des questions ouvertes ont été élaborés par l'équipe de recherche. La première ronde visait à identifier les enjeux spécifiques vécus par les personnes avec un TPL au travail, les ingrédients d'une intervention idéale et le contexte concret nécessaire à son implantation. Les entretiens individuels et les rencontres de groupes focalisés ont été coanimés par 2 personnes de l'équipe de recherche. La première ronde s'est tenue en présentiel, entre août 2019 et février 2020. Des notes étaient prises au cours de ces rencontres ou étaient enregistrées sur bande audionumérique et retranscrites. Les rencontres étaient d'une durée oscillant autour de 120 minutes.

Les données recueillies ont été analysées pour bâtir les modèles de changement et d'action, ainsi que nourrir les bases du manuel d'intervention (thèmes et contenu des séances). Plus précisément, une synthèse des entrevues individuelles et des rencontres de groupe a été produite et discutée entre les auteurs. Ensuite, le premier auteur a produit le modèle de changement et d'action, ainsi que le plan de l'intervention en intégrant les données probantes et les savoirs expérientiels. Le tout a été discuté et révisé par l'équipe de recherche.

Afin de valider ces divers aspects de l'intervention, une seconde consultation des acteurs clés a eu lieu en mai 2021 avec les mêmes personnes ayant un TPL ($n = 3$) et les mêmes professionnels de la santé ($n = 15$), en groupe, sous un mode virtuel. À nouveau, cette rencontre de 120 minutes a été structurée à l'aide d'une présentation préparée par l'équipe de recherche. Après chaque bloc (objectifs et composantes clés, description des modalités et contenu des séances), les participants étaient invités à donner leur rétroaction sur la pertinence des objectifs, la clarté des contenus, la séquence des séances, les défis d'implantation. Ces rencontres ont été enregistrées et une synthèse écrite a été produite puis discutée par l'équipe de recherche afin d'apporter des

ajustements à l'intervention. Enfin, dans l'objectif de s'assurer que le modèle logique soit complet, les auteurs ont procédé à son évaluation, de manière qualitative, avec les critères proposés par Porteous et coll., (2002): 1) pertinence et réalisme; 2) précisions suffisantes; 3) exactitude; 4) logique; 5) simplicité visuelle.

Cette étude a reçu l'approbation des comités d'éthique à la recherche des CIUSSS de l'Estrie-CHUS, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, et CIUSSS de la Capitale-Nationale (projet # MP-31-2019-3215). Tous les participants.es ont signé un formulaire d'informations et de consentement de manière libre et éclairée.

Résultats

Modèle de changement de l'intervention BIWI

La triangulation des écrits scientifiques avec les informations obtenues par les professionnels et les femmes présentant un TPL ont permis de regrouper 6 thématiques essentielles qui représentent des enjeux spécifiques que vivent des personnes avec un TPL dans leur participation au travail et qui sont décrits dans les paragraphes suivants. Tous ces thèmes sont couverts dans l'intervention BIWI.

1) Le sens accordé au travail: tous les participants reconnaissent que le travail est une sphère de la vie importante pour les personnes avec un TPL, voire prioritaire, mais elles ont des expériences de travail chargées de représentations souvent négatives, ce qui peut les amener à avoir des inquiétudes et une méfiance par rapport à la sphère professionnelle (Dahl et coll., 2017). Les professionnels consultés ont mentionné que les échecs répétés peuvent engendrer chez la personne TPL une perte d'espoir d'actualiser un projet professionnel signifiant. Les 4 participantes se reconnaissaient dans ce vécu:

«Le travail, c'est souffrant autant physiquement que mentalement, tu rumines, ça rend difficile les expériences.» (P1)

«Je me sentais accomplie dans mon travail, j'aimais les défis que mon emploi m'amenait.» (P2)

2) La connaissance de soi et le sentiment de compétence comme travailleur: les professionnels questionnés décrivent une identité floue comme travailleur chez la plupart des personnes avec un TPL, marquée par une ambivalence récurrente. Les doutes sur ses capacités et ses compétences peuvent devenir envahissants et limiter l'engagement et

la mobilisation de la personne dans ses démarches de réinsertion ou de maintien au travail. En ce sens, la faible connaissance de soi peut conduire vers des choix d'emploi impulsifs. Néanmoins, les professionnels ont nommé des qualités contributives au travail qu'il est important de souligner, telles que la créativité pour trouver de nouvelles méthodes de travail ou une facilité à s'affirmer. Afin d'accompagner les personnes vers un emploi congruent avec leurs préférences professionnelles, il a été recommandé que l'intervention inclut réflexion, discussion et simulation dans un milieu réel portant sur les facteurs personnels, tout en s'assurant de leur arrimage avec la nature des tâches. De plus, les caractéristiques physiques et sociales des environnements de travail doivent être considérées. Les 4 femmes participantes ont confirmé cette orientation, comme l'illustre cette citation :

« Je souhaiterais avoir de l'aide pour choisir un travail en lien avec mes intérêts. » (P4)

3) La gestion de facteurs internes et externes qui affectent la charge mentale de travail : l'ensemble des participants consultés ont partagé leurs observations sur plusieurs difficultés touchant à la gestion des tâches à réaliser et aux fonctions cognitives qui affectent cette réalisation (p. ex. la prise de décision, l'organisation, la concentration). Aussi, les participants ont mentionné que les personnes avec un TPL vivent souvent la présence de problèmes de santé physique affectant le niveau d'énergie et, du même coup, augmentant la douleur ressentie. Il est donc suggéré d'avoir comme première cible l'autorégulation en appliquant des stratégies qui tiennent compte des conditions de l'environnement de travail (p. ex. distracteurs sensoriels), des exigences physiques (p. ex. postures), cognitives (p. ex. priorisation) et émotionnelles (p. ex. pleine conscience), et ce, dans le but ultime d'augmenter le bien-être et de tendre vers un niveau de charge mentale de travail acceptable pour l'individu.

4) Les relations interpersonnelles dans le contexte du travail : tous les participants ont parlé de l'instabilité relationnelle qui se répercute explicitement dans la sphère professionnelle. La frontière entre le « moi personnel » et le « moi professionnel » est souvent poreuse, les amenant à devenir familiers trop rapidement avec le collectif de travail, ou encore utiliser le milieu de travail comme lieu de thérapie. Par ailleurs, il a été noté qu'il peut y avoir une confusion à propos des normes sociales dans les milieux de travail. Ainsi, ce thème principal est mis en relief, entre autres, en adoptant une affirmation de soi adéquate,

d'apprendre à reconnaître les signes d'ouverture des collègues et du supérieur immédiat, ainsi que de discuter des comportements attendus dans un milieu de travail.

5) La divulgation du trouble mental dans le contexte de travail : la notion de divulgation de sa condition ou non de sa santé — ses symptômes et son diagnostic — est un enjeu mentionné par les professionnels et les femmes avec un TPL. Les participants font mention du besoin de clarifier quoi dire, à qui, à quel moment et comment le dire sans être stigmatisés. Cette gestion des informations personnelles liées à sa santé mentale est un aspect complexe, qui mérite ainsi un approfondissement afin d'éclairer son positionnement face à la divulgation ou non de sa condition de santé en milieu de travail, laquelle peut être partielle (p. ex. symptômes) ou pleine (p. ex. toutes les informations incluant le diagnostic) (Corbière et coll., 2014). Tel qu'exprimé par une participante :

« Dans les sujets à discuter dans les rencontres, il faut apprendre qu'est-ce qu'on dit, comment on le dit, à qui on le dit, quand on le dit. Par exemple, est-ce qu'on peut dire au patron que la situation de travail ne nous convient plus [à cause de mon TPL] ? Comment lui mentionner sans faire de l'escalade ? » (P1)

6) Les routines et les activités à l'extérieur du travail : un glissement souvent observé et rapporté par les participants de l'étude est le surengagement dans la sphère professionnelle, avec peu d'activités significatives en dehors de cette occupation, affectant le sentiment d'équilibre de vie. Aussi, avoir des routines stables, un horaire et des habitudes soutenant la santé est un défi. Tous ont nommé l'importance d'intégrer ce thème à l'intervention. Une des femmes rencontrées rapporte :

« Avoir à faire 8 heures/jour, 5 jours/semaine demande trop. Je ressens tout de façon plus intense ; ne pas savoir si on se sent appréciée est demandant émotionnellement. Je n'ai pas d'énergie pour faire des loisirs. » (P1)

Forte d'une intégration de ces 6 thèmes, l'intervention nommée *Borderline Intervention for Work Integration* (BIWI) cible une amélioration des facteurs personnels, environnementaux et occupationnels entravant la participation au travail, tel que présenté à la Figure 1. En outre, a été intégrée, une mise en action de solutions pour réduire les obstacles, et ce, de manière durable, dans un emploi arrimé aux caractéristiques de la personne et à ses préférences actuelles. Les pro-

fessionnels de la santé et des services sociaux recommandaient cette orientation, laquelle a été entérinée par les 4 femmes participantes, comme l'illustre cette citation :

« Il ne faut pas juste outiller la personne, il faut adapter le travail, ce qui permet de diminuer l'écart entre les demandes et les ressources de la personne, ce qui peut permettre plus facilement de passer de l'insertion au maintien. » (Intervenant)

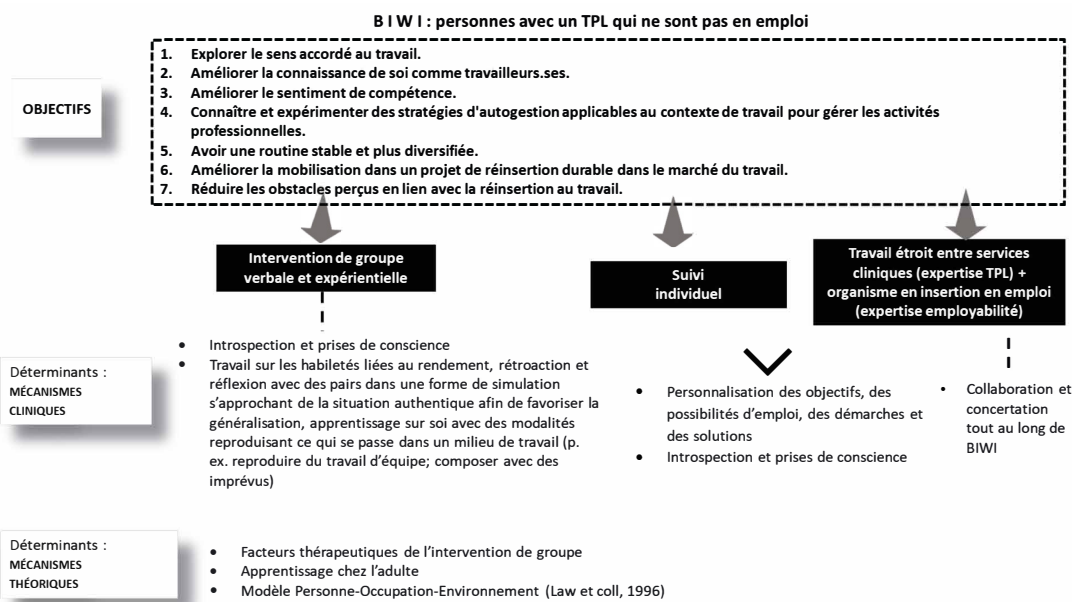
Afin d'atteindre ces objectifs, l'intervention se fonde sur des principes d'apprentissage chez l'adulte comme déterminants théoriques (voir Figure 1). Ces principes incluent l'application immédiate, la référence à ses expériences personnelles, la réflexion, la résolution de problèmes et être actif dans son processus (Merriam et Bierema, 2014). Une participante a partagé des moyens d'apprentissage à intégrer qui lui ont été utiles dans le passé :

« Avoir des exercices à faire, être guidé dans la résolution de problème, pas seulement de l'écoute de la part du thérapeute. Avoir des devoirs réflexifs sur les situations pour mieux comprendre ce qui s'est passé. » (P2)

En cohérence avec l'apprentissage chez l'adulte, l'intégration d'activités et d'expériences réelles, telle que réalisée en ergothérapie et suggérée par l'ensemble des ergothérapeutes participant à l'étude, permet de confronter leurs perceptions à la réalité et d'encourager les personnes à travailler sur leurs habiletés dans un contexte sécuritaire. Ces expériences stimulent la généralisation hors de l'environnement de traitement (Sundsteigen et coll., 2009).

De plus, la gestion des relations interpersonnelles étant au cœur des défis des personnes avec un TPL, BIWI intégrera l'intervention de groupe au premier plan, tout comme les interventions ayant fait leurs preuves pour cette clientèle, telles que la TCD (Linehan, 2014) et la mentalisation (Bateman et Fonagy, 2016). Avec le contexte de pandémie des deux dernières années, l'offre des interventions de groupe en ligne s'est accentuée. C'est pourquoi BIWI sera en mode hybride. Pour compléter l'intervention de groupe, un suivi individuel est prévu en présence des intervenants des 2 organismes : avant le début des groupes et à la mi-parcours. Il permet de faire une évaluation conjointe des personnes candidates et, par la suite, faire le point sur la participation de la personne dans le groupe, le degré d'atteinte de ses objectifs fixés au départ ainsi que les démarches entreprises ou à entreprendre. Ces rencontres communes visent la collaboration intégrée des intervenants

FIGURE 1
Modèle de changement de BIWI



et indirectement à diminuer un possible clivage en assurant que les mêmes messages soient véhiculés et entendus par tous (Badey et coll., 2007). La communication, la collaboration et la concertation d'acteurs clés de divers systèmes dans le processus de réinsertion en emploi ont été soulevées comme étant importantes à structurer clairement dans notre étude antérieure (Dahl et coll., 2017) et par tous les professionnels consultés.

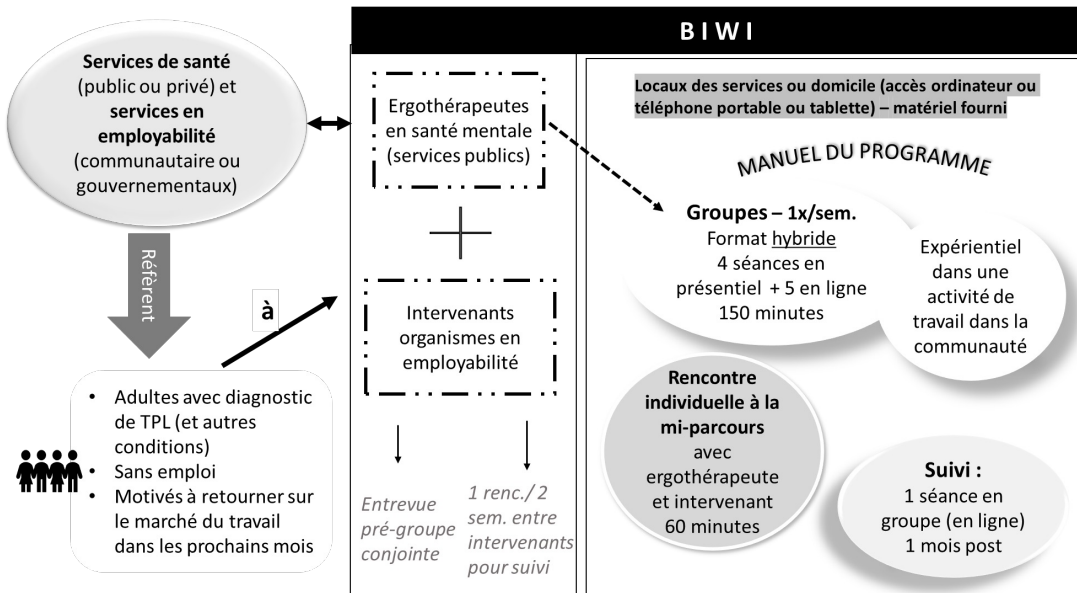
Modèle d'action de BIWI

Le modèle d'action réservé à BIWI est présenté à la Figure 2. Il décrit les milieux de pratique qui planteront l'intervention et les organisations référentes ou partenaires pendant et après BIWI. Il inclut également le protocole de dispensation du service (manuel), les types de soutien dont l'intervention et les personnes utilisatrices de service ont besoin pour bien fonctionner, ainsi que la clientèle ciblée. L'applicabilité et la faisabilité sont des critères à considérer dans la conception du modèle d'action (Chen, 2015). Les décisions sur les aspects comme la

fréquence, la durée de l'intervention et des séances, sont soutenues par les propositions de l'ensemble des participants (professionnels et personnes avec un TPL) et les interventions recensées en réadaptation au travail destinées aux personnes avec des troubles mentaux courants. Essentiellement, l'intervention BIWI se déroule sur 9 semaines, de manière hebdomadaire. Elle comprend 4 séances de groupe en présentiel et 5 en ligne. Deux rencontres individuelles sont faites conjointement avec l'ergothérapeute et la personne conseillère en emploi de l'organisme en employabilité. Les personnes conseillères en emploi assistent également à la dernière rencontre de groupe qui consiste au bilan. Bien que l'intervention BIWI se termine après la rencontre de groupe un mois post, le suivi individuel de soutien à la recherche d'emploi se poursuit selon les besoins des participants auprès de la personne conseillère à l'emploi.

FIGURE 2

Modèle d'action d'implantation de BIWI



Discussion

Ce projet visait à produire une intervention destinée aux personnes avec un TPL, intitulée BIWI, afin de favoriser leur réinsertion au travail pérenne, un défi occupationnel important pour ce groupe de personnes. À notre connaissance, c'est la première intervention de réinsertion en emploi pour les personnes avec un TPL qui s'appuie sur un modèle logique détaillant sa théorie et sa mise-en-œuvre. BIWI s'inscrit dans les recommandations de Zanarini et coll. (2014), à l'effet d'avoir des modules de traitement spécifiques au fonctionnement au travail dans les programmes d'intervention pour les personnes avec un TPL.

Par rapport aux interventions existantes documentées pour les personnes avec un TPL, l'originalité de BIWI est de prendre en compte de manière intégrative les facilitateurs et les obstacles identifiés dans des études récentes (Dahl et coll. 2017; Juurlink et coll., 2019). L'intervention BIWI inclut notamment des thèmes originaux comme la notion du travail dans un mode de vie et la gestion des informations sur son trouble mental en milieu de travail (divulgaration). Qui plus est, cette intervention approfondit des enjeux autour du sens du travail, d'un engagement optimal et de l'arrimage entre les éléments personnels, occupationnels et environnementaux, de manière réflexive et expérientielle. Ils illustrent qu'un retour vers une participation au travail durable ne porte pas uniquement sur une personne avec des capacités partielles de travail dues à un trouble mental, mais implique une occupation avec diverses exigences, réalisée dans un environnement de travail singulier et impliquant des acteurs de différents systèmes sociosanitaires, organisationnels et de l'assurance (Corbière et coll., 2020). Les interventions existantes pour soutenir la réinsertion en emploi des personnes avec un TPL, en étant ancrées dans l'approche TCD, portent davantage sur les habiletés des personnes et donc, n'abordent pas explicitement certaines barrières occupationnelles ou environnementales importantes comme les facteurs attractifs des milieux de travail (Charette-Dussault et Corbière, 2019).

Accompagner les personnes à réfléchir et à expliciter le sens qu'elles donnent à leur travail est important, car ce sens peut avoir des effets positifs ou négatifs sur sa santé mentale et sur son engagement envers l'organisation (Morin, 2008). C'est un aspect peu abordé dans les interventions disponibles actuellement pour les personnes avec un TPL, mais priorisé dans BIWI en raison du défi principal de ces personnes

à choisir, à fonctionner et à maintenir un emploi congruent avec leur identité (Dahl et coll., 2017 ; Potvin et coll., 2019). Six caractéristiques principales sont liées au sens donné au travail chez les travailleurs de la population générale : l'utilité sociale, l'autonomie, les occasions d'apprentissage et de développement, la rectitude morale du milieu (justice et équité dans un environnement sain et sécuritaire), la qualité des relations et la reconnaissance. Dans l'ensemble, plus un travailleur perçoit des valeurs morales bien implantées dans son milieu de travail, ressent du plaisir, se sent valorisé, a la possibilité de développer ses compétences, reçoit du soutien, travaille dans un milieu stimulant avec une charge de travail équilibrée, plus il est affectivement engagé dans son organisation (Morin, 2008). Afin de soutenir l'obtention d'un travail signifiant, il est important que ce dernier soit arrimé aux intérêts, aux valeurs et aux compétences de la personne (Corbière et coll., 2020b). Une étude menée auprès de 50 personnes ayant un trouble mental grave a montré qu'un bon arrimage influence la satisfaction envers son emploi et un maintien durable dans celui-ci (Kukla et Bond, 2012).

Dans leur fonctionnement au travail, il est documenté que les personnes avec un TPL tendent à adopter des stratégies inefficaces dans la réalisation des tâches : être expéditif (Thompson et coll., 2012), éviter certaines tâches (Salz, 1983) ou se surengager (Dahl et coll., 2017 ; Juurlink et coll., 2019 ; Potvin et coll., 2019). Par ailleurs, leurs symptômes, tels que la dysrégulation émotionnelle ou l'impulsivité se manifestent dans les situations stressantes au travail (Arenstein et Gilbert, 2007 ; Dahl et coll., 2017). Ce qui peut altérer ce fonctionnement est également la possible présence d'incapacités cognitives. Une méta-analyse a montré que les personnes avec un TPL ont des déficits significativement plus marqués que les personnes sans trouble mental en ce qui concerne la prise de décision, la mémoire, les fonctions exécutives, la vitesse de traitement, l'intelligence verbale et des aptitudes visuospatiales (Unoka et Richman, 2016). Par ailleurs, ces défis peuvent teinter l'estime de soi comme travailleur et le sentiment de compétence. Ainsi, il est essentiel de soutenir le développement des capacités des personnes avec un TPL et leur sentiment d'efficacité personnelle. Ce thème, travaillé dans BIWI autant sous forme d'apprentissage de stratégies que dans l'action par l'expérientiel, s'arrime avec les approches existantes qui s'appuient sur la TCD visant l'acquisition de compétences (Feigenbaum, 2019).

Le travail exige une orchestration avec d'autres activités de la vie quotidienne. Il s'avère, en effet, souhaitable que les interventions

soutenant la réinsertion en emploi ne portent pas exclusivement sur la sphère professionnelle. L'équilibre de vie (ou équilibre occupationnel), c'est-à-dire la perception d'avoir le bon volume et la bonne variété d'activités (Wagman et coll., 2012), a été associé au stress, à la qualité de vie ou à la santé globale perçue chez des personnes vivant avec des troubles mentaux graves (Bejerholm, 2010) et des troubles de la personnalité (Larivière et coll., 2016). Plusieurs études ont documenté que l'expérience de conflits bidirectionnels entre le travail et les responsabilités familiales peut avoir des effets négatifs sur la santé mentale, comme la détresse psychologique, les symptômes dépressifs et anxieux (Amstad et coll., 2011; Ford et coll., 2007). Ainsi, BIWI, propose aux participants de s'intéresser aux autres types d'activités à l'extérieur du travail en tant que partie intégrante de leur mode de vie, et ce, dans le but de favoriser un équilibre occupationnel satisfaisant à long terme.

Tel que recommandé en réadaptation au travail (Corbière et coll., 2020a), l'originalité de BIWI est de travailler d'emblée en partenariat. Le suivi étroit entre les services cliniques et communautaires s'effectue tout au long de l'intervention, plutôt que sous un mode d'offre d'une intervention de réadaptation et une référence aux organismes en employabilité au besoin, sans nécessairement coordonner le tout (p. ex. Comtois et coll., 2010; Gunderson et Links, 2014). Cette approche couplée est sans conteste gagnante pour une clientèle avec un TPL car elle permet de s'assurer de la coordination des interventions à chaque étape, de la communication entre les partenaires impliqués et de la cohérence des interventions face aux défis des participants.

Enfin, le choix d'offrir BIWI principalement sous un mode d'intervention de groupe s'appuie sur les nombreuses études montrant que cette modalité promeut l'activation d'une dizaine de facteurs thérapeutiques pour travailler la relation à soi et aux autres, tels que l'universalité, l'instillation de l'espoir, le partage de stratégies et conseils (guidance), l'identification, l'altruisme ou la socialisation (Yalom et Leszcz, 2020). Karterud (2015) ajoute que pour les personnes avec un TPL, l'intervention de groupe fait émerger les défis relationnels non seulement avec les figures d'autorité, mais aussi avec des pairs, et peut être travaillée dans l'ici et maintenant.

Avec le contexte sociosanitaire des deux dernières années, les interventions de groupe se sont davantage déroulées en ligne ou sous forme hybride. Essentiellement, en regroupant les résultats de diverses études qui ont examiné les effets de la thérapie de groupe en ligne pour des personnes avec des troubles mentaux (p. ex. Holmes et Kozlowski,

2015 ; Lemma et Fonagy, 2013 ; Schuster et coll., 2019 ; Trachtenberg et coll., 2020), nous pouvons dégager que les groupes en ligne permettent d'améliorer les symptômes tout autant qu'en mode présentiel. L'alliance avec les thérapeutes ne serait pas non plus affectée de manière significative. Toutefois, les personnes se sentiraient moins connectées émotionnellement aux autres membres du groupe en raison des défis pour bien saisir le langage non verbal.

Concevoir la modélisation d'une intervention avec une démarche précise présente plusieurs avantages. En particulier, à titre d'outil de communication, un modèle logique permet d'explicitier la raison d'être d'une intervention et les composantes qui s'y rattachent, ses résultats et les liens avec les groupes ciblés. Par ailleurs, le processus d'élaboration en mode triangulation et itératif, soutenus par la mise en place d'un dialogue des différentes parties prenantes enrichissent les contenus et alimentent les pistes pour son applicabilité. Enfin, un modèle logique complet prépare l'évaluation des effets d'un programme en explicitant les buts et les cibles de changement (Porteous, 2009). En revanche, l'échantillon d'acteurs clés consultés est restreint, notamment pour les personnes avec un TPL. Il aurait été souhaitable d'avoir au moins un homme et une personne issue d'une minorité visible dans l'échantillon. Le bassin d'hommes avec ce diagnostic dans les services sociaux et de santé étant moins grand, il est souvent plus difficile de les recruter (Asselin, 2019). En contrepartie, l'échantillon de professionnels de la santé et des services sociaux est conséquent dans le cadre de cette étude. Malgré cette limite et déséquilibre entre les échantillons, les besoins soulevés concordaient avec les écrits scientifiques. D'ailleurs, les choix effectués ont été faits en fonction du point de vue d'experts dans le domaine ayant une vaste expérience.

Conclusion

Le travail est un déterminant social de la santé bien établi (Mikkonen et Raphael, 2010). Cette sphère de la vie est complexe et multidimensionnelle. Lorsqu'une personne vit avec un TPL, son fonctionnement professionnel est grandement perturbé et elle se retrouvera souvent sans emploi. On reconnaît de plus en plus l'importance d'accompagner les personnes avec un TPL dans leur réinsertion au travail pour soutenir leur rétablissement. L'intervention BIWI a été développée pour combler le manque d'interventions exhaustives, destinées aux personnes ayant un TPL. Elle s'appuie sur l'intégration de données probantes et

de savoirs expérientiels à la fois pour son contenu, sa structure et sa mise-en-œuvre, traduits dans un modèle de changement et d'action. Le modèle logique décrit dans cet article montre que BIWI vise à atteindre des objectifs d'intervention clairement liés à des thématiques touchant aux enjeux personnels, occupationnels et environnementaux vécus par les personnes avec un TPL dans la sphère professionnelle. La prochaine étape sera d'effectuer un essai pilote avec des personnes ayant un TPL sans emploi, prêtes à retourner sur le marché du travail, et de développer une échelle de fidélité de l'intervention. Cela permettra de tester les éléments constitutifs du modèle logique de BIWI auprès de cette clientèle.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Amstad, F. T., Meier, L. L., Fasel, U., Elfering, A. et Semmer, N. K. (2011). A meta-analysis of work—family conflict and various outcomes with a special emphasis on cross-domain versus matching-domain relations. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(2), 151. <https://doi.org/10.1037/a0022170>
- Arenstein, G. H. et Gilbert, G. (2007). Le trouble de la personnalité limite: Aspects sociaux et environnementaux. Dans R. Labrosse et C. Leclerc (dir.), *Trouble de la personnalité limite et réadaptation tome 1* (p. 15.01-15.13). Éditions Ressources.
- Asselin, C. (2009). *La motivation en psychothérapie d'hommes ayant un diagnostic de trouble de la personnalité limite*. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Badey, E., Bourque, J., David, P., Gagnon, G. et Larivière, N. (2007). Troubles de la personnalité à l'Hôpital de jour — l'expérience de l'hôpital Louis-H. Lafontaine (pp.901-919). Dans C. Leclerc et R. Labrosse (eds.). *Troubles de la personnalité limite et réadaptation/Tome 1*. Éditions Ressources.
- Bateman, A. et Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press.
- Bejerholm, U. (2010). Occupational balance in people with schizophrenia. *Occupational Therapy in Mental Health*, 26(1), 1-17. <https://doi.org/10.1080/01642120802642197>
- Bianchi R., Rolland, J. P. et Salgado, J. F. (2018). Burnout, depression, and borderline personality: A 1,163-participant study. *Frontiers in Psychology*, 8(2336), 1-10. Doi: 10.3389/fpsyg.2017.02336
- Charette-Dussault, É. et Corbière, M. (2019). An integrative review of the barriers to job acquisition for people with severe mental illnesses. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 207(7), 523-537. doi: 10.1097/NMD.0000000000001013.
- Chen, H.T. (2015). *Practical Program Evaluation/Theory-Driven Evaluation and the Integrated Evaluation Perspective* (2nd ed). Sage Publications Inc.

- Chen, H. T., Pan, H. L.W., Morosanu, L. et Turner, N. (2018). Using logic models and the Action Model/Change Model Schema in planning the learning community program: A comparative case study. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 33(1), 49-68. Doi:10.3138/cjpe.42116.
- Comtois, K. A., Kerbrat, A. H., Atkins, D. C., Harned, M. S. et Elwood, L. (2010). Recovery from disability for individuals with borderline personality disorder: a feasibility trial of DBT-ACES. *Psychiatric Services*, 61(11), 1106-1111. Doi: 10.1176/ps.2010.61.11.1106
- Corbière, M., Charrette-Dussault, E. et Villotti, P. (2020a). Predictors of job acquisition and job tenure for people with severe mental disorders. In J. Siegrist et U. Bültmann (Eds), *Handbook of Disability, Work and Health* (p.1-21). Springer Nature Switzerland. https://doi.org/10.1007/978-3-319-75381-2_29-1
- Corbière, M., Mazaniello-Chézol, M., Bastien, M. F., Wathieu, E., Bouchard, R., Panaccio, A., Guay, S. et Lecomte, T. (2020b). Stakeholders' role and actions in the return-to-work process of workers on sick-leave due to common mental disorders: A scoping review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 30, 381-419. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09861-2>
- Corbière, M., Villotti, P., Toth, K. et Waghorn, G. (2014). La divulgation du trouble mental et les mesures d'accommodements de travail: deux facteurs du maintien en emploi des personnes aux prises avec un trouble mental grave. *L'Encéphale*, 40(2), S91-S102. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.04.006>.
- Dahl, K., Larivière, N., et Corbière, M. (2017). Work participation of persons with borderline personality disorders: A multiple case study. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 46, 377-388. Doi:10.3233/JVR-170874
- Desrosiers, J., Pouliot-Morneau, D. et Larivière, N. (2020). Le groupe de discussion focalisée: Application pour une étude des normativités liées au concept de citoyenneté, au sein d'un groupe de patients partenaires en santé mentale (pp.141-171). Dans M. Corbière et N. Larivière (Eds). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2^e éd.). Presses de l'Université du Québec.
- Dulude, E., Coutu, M.F. et Durand, M.J. (2021). Promoting resilience in work rehabilitation: Development of a transdiagnostic intervention. *Disability and Rehabilitation*, 43(25), 3652-3662. Doi: 10.1080/09638288.2020.1744041
- Elliott, B. et Konet, R. J. (2014). The Connections Place: A job preparedness program for individuals with borderline personality disorder. *Community Mental Health Journal*, 50(1), 41-45. Doi: 10.1007/s10597-013-9601-y
- Feigenbaum, J. D. (2019). Dialectical behavioural therapy skills for employment. In M. A. Swales (Ed.), *The Oxford handbook of dialectical behaviour therapy* (pp. 735-768). Oxford University Press.
- Ford, M. T., Heinen, B. A. et Langkamer, K. L. (2007). Work and family satisfaction and conflict: A meta-analysis of cross-domain relations. *Journal of Applied Psychology*, 92(1), 57-80. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.92.1.57>
- Gunderson, J. G. et Links, P. S. (2014). *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Hennessey, M. et McReynolds, C. J. (2001). Borderline personality disorder: Psychosocial considerations and rehabilitation implications. *Work: Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 17(2), 97-104.

- Holmes, C. et Kozlowski, K.A. (2015). A preliminary comparison of online and face-to-face process groups. *Journal of Technology in Human Services*, 33 (3), 241-262. Doi: 10.1080/15228835.2015.1038376
- Juurlink T. T., Vukadin M., Stringer B., Westerman M. J., Lamers F, Anema J. R, Beekman, A. T. F. et van Marle, H. J. F. (2019). Barriers and facilitators to employment in borderline personality disorder: A qualitative study among patients, mental health practitioners and insurance physicians. *PLoS ONE* 14(7): e0220233. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220233>
- Juurlink, T. T., ten Have, M., Lamers, F., van Marle H. J. F., Anema, J. R., de Graaf, R. et Beekman, A. T. F. (2018). Borderline personality symptoms and work performance: A population-based survey. *BMC Psychiatry*, 18, 202. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1777-9>
- Karterud, S. (2015). *Mentalization-based group therapy (MBT-G). A theoretical, clinical and research manual*. Oxford University Press.
- Katsakou, C., Marougka, S., Barnicot, K., Savill, M., White, H., Lockwood, K. et Priebe, S. (2012). Recovery in borderline personality disorder (BPD): A qualitative study of service users' perspectives. *PLoS ONE*, 7(5). Doi: 10.1371/journal.pone.0036517
- Knudsen, A. K., Skogen, J. C., Harvey, S. B., Stewart, R., Hotopf, M. et Moran, P. (2012). Personality disorders, common mental disorders and receipt of disability benefits: evidence from the British National Survey of Psychiatric Morbidity. *Psychological Medicine*, 42(12), 2631-2640. Doi: 10.1017/S0033291712000906
- Koons, C. R., Chapman, A. L., Betts, B. B., Morse, N. et Robins, C. J. (2006). Dialectical behavior therapy adapted for the vocational rehabilitation of significantly disabled mentally ill adults. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13(2), 146-156. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2005.04.003>
- Kukla, M. et Bond, G. (2012). Job match and job tenure in persons with severe mental illness. *Journal of Rehabilitation*, 78, 11-15.
- Larivière, N., Desrosiers, J., Tousignant, M. et Boyer, R. (2010). Exploring social participation of people with cluster B personality disorders. *Occupational Therapy in Mental Health*, 26(4), 375-386.
- Larivière, N., Couture, É., Blackburn, C., Carbonneau, M., Lacombe, C., Schinck, S. A., David, P., et St-Cyr-Tribble, D. (2015). Recovery, as experienced by women with borderline personality disorder. *Psychiatric Quarterly*, 86(4), 555-568. Doi: 10.1007/s11126-015-9350-x.
- Larivière, N., Denis, C., Payeur, A., Ferron, A., Levesque, S. et Rivard, G. (2016). Comparison of objective and subjective life balance between women with and without a personality disorder. *Psychiatric Quarterly*, 87(4), 663-673. <https://doi.org/10.1007/s11126-016-9417-3>
- Law, M., Cooper, B. A., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P. et Letts, L. (1996). The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63, 9-23.
- Lemma, A. et Fonagy, P. (2013). Feasibility study of a psychodynamic online group intervention for depression. *Psychoanalytic Psychology*, 30(3), 367-380. <https://doi.org/10.1037/a0033239>
- Linehan, M.M. (2014). *DBT Skills Training Manual* (2nd ed). Guilford Press.
- Merriam, S.B. et Bierema, L.L. (2014). *Adult learning/Linking theory and practice*. Jossey-Bass.

- Mikkonen, J. et Raphael, D. (2010). *Social determinants of health: The Canadian facts*. Toronto, Canada: York University School of Health Policy and Management.
- Miles, M. B., Huberman, A. M. et Seldana, J. (2014). *Qualitative Data Analysis/A Methods Sourcebook* (3rd ed.). SAGE.
- Morin, E. (2008). *Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel*. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST): Rapport R-543.
- Pothier, W., Lecomte, T., Cellard, C., Delfosse, C., Fortier, S. et Corbière, M. (2021). La réinsertion professionnelle et le retour aux études chez les personnes en début d'évolution d'un trouble psychotique. *Santé mentale au Québec*, 46(2), 161-187.
- Porteous, N.L. (2009). La construction d'un modèle logique d'un programme. Dans V. Ridde et C. Dagenais (Eds.). *Approches et pratiques en évaluation de programme* (pp. 87-105). Presses de l'Université de Montréal.
- Porteous, N.L., Sheldrick, B.J. et Stewart, P.J. (2002). Présentation des modèles logiques aux équipes de projet pour faciliter le processus d'apprentissage. *Revue Canadienne d'Évaluation de Programme*, 17(3), 113-141.
- Potvin, O., Vallée, C. et Larivière, N. (2019). Meaning and experience of occupations amongst people living with a personality disorder. *Occupational Therapy International*. 2019(9030897): 1-11. <https://doi.org/10.1155/2019/9030897>
- Salz, C. (1983). A theoretical approach to the treatment of work difficulties in borderline personalities. *Occupational Therapy in Mental Health*, 3(3), 33-46.
- Sansone, R. A. et Wiederman, M. W. (2013). Losing a job on purpose: relationships with borderline personality symptomatology. *Early Intervention in Psychiatry*, 7(2), 210– 212. <https://doi.org/10.1111/eip.12014>
- Sansone, R. A. et Sansone, L. A. (2012). Employment in borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 9(9), 25-29.
- Sauvé, G., Buck, G., Lepage, M. et Corbière, M. (2021). Minds@Work: A new manualized intervention to improve job tenure in psychosis based on scoping review and logic model. *Journal of Occupational Rehabilitation, online* (July). <https://doi.org/10.1007/s10926-021-09995-2>
- Schuster, R., Kalthoff, I., Walther, A., Köhldorfer, L., Partinger, E., Berger, T. et Laireiter, A. R. (2019). Effects, adherence, and therapists' perceptions of web and mobile-supported group therapy for depression: Mixed-methods study. *Journal of Medical Internet Research*, 21(5):e11860. Doi: 10.2196/11860
- Suijkerbuijk, Y-B., Schaafsma, F-G, van Mechelen, J., Ojajärvi, A., Corbière, M. et Anema, J-R. (2017). Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis (review). *Cochrane Review*. Doi: 10.1002/14651858.CD011867.pub2
- Thompson, R. J., Payne, S. C., Horner, M. T. et Morey, L. C. (2012). Why borderline personality features adversely affect job performance: *The role of task strategies*. *Personality and Individual Differences*, 52(1), 32-36. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.08.026>
- Trachtenberg, L., Wong, J., Rennie H. et Esplen, M. J. (2020). Translating the Restoring Body Image After Cancer (ReBIC) group therapy intervention into an online version: A successful case study and recommendations. *International Journal of Group Psychotherapy*, (70)3, 307-328. Doi: 10.1080/00207284.2020.1751639

- Unoka, Z. et Richman, M. (2016). Neuropsychological deficits in BPD patients and the moderator effects of co-occurring mental disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychological Review*, 44,1-12. Doi: 10.1016/j.cpr.2015.11.009.
- Yalom, I. D. et Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy*, (6th ed.). New York, USA: Basic Books.
- Wagman, P., Håkansson, C. et Björklund, A. (2012). Occupational balance as used in occupational therapy: a concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(4), 322-327.
<https://doi.org/10.3109/11038128.2011.596219>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Wedig, M. M., Conkey, L. C. et Fitzmaurice, G. M. (2014). Prediction of time-to-attainment of recovery for borderline patients followed prospectively for 16 years. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 130(3), 205-213. Doi: 10.1111/acps.12255
- Zimmerman M., Martinez J. H., Young D., Chelminski I. et Dalrymple K. (2012). Sustained unemployment in psychiatric outpatients with bipolar depression compared to major depressive disorder with comorbid borderline personality disorder. *Bipolar Disorders*, 14, 856-862. Doi: 10.1111/bdi.12014

TBM-Crise : intervention hospitalière brève basée sur la mentalisation

Christian Greiner^a

Martin Debbané^b

Vincent Besch^c

Paco Prada^d

RÉSUMÉ Contexte Notre équipe travaille dans une unité hospitalière psychiatrique de crise aux Hôpitaux universitaires de Genève (Suisse). Nous y accueillons pour 7 jours des personnes en situation de crise qui présentent des idées ou un comportement suicidaire. Comme facteurs précipitant la crise suicidaire, ces personnes traversent des événements de vie s'accompagnant d'intenses difficultés interpersonnelles et menaçant l'image qu'ils ont d'eux-mêmes. Il y a dans notre population clinique environ 35 % de patients souffrant de trouble de personnalité limite (TPL). Chez ces patients, les crises à répétition et les comportements suicidaires engendrent des ruptures relationnelles et thérapeutiques fréquentes et dommageables. Notre objectif est de développer une approche spécifique à cette problématique clinique.

Intervention Nous avons développé une intervention psychologique brève focalisée sur la mentalisation en 4 temps: accueil, mentalisation affective des

-
- a. M.D., Psychiatre-psychothérapeute, Lits d'intervention de crise, Service de psychiatrie de liaison et d'intervention de Crise, Hôpitaux universitaires de Genève, Suisse.
 - b. Professeur associé, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université de Genève, Suisse.
 - c. Assistant doctorant, Professeur associé, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université de Genève, Suisse.
 - d. Médecin adjoint agrégé, Psychiatre-psychothérapeute, Lits d'intervention de crise, Service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise, Hôpitaux universitaires de Genève, Suisse.

éléments de crise, formulation de la problématique, travail sur la sortie et la suite de soins ambulatoires. Cette intervention est adaptée à une équipe médico-soignantes. Du point de vue de la thérapie basée sur la mentalisation (TBM), la phase d'accueil est principalement consacrée à un mirroring et à une régulation affective afin de réduire l'intensité de la désorganisation psychique. Il s'agit ensuite d'activer la capacité à mentaliser, à savoir la curiosité au sujet des états mentaux, au travers d'un travail sur la narrative de crise avec un focus affectif. Nous travaillons ensuite à construire avec les personnes une formulation de sa problématique dans laquelle elle a peut assumer un rôle. Il s'agit de les rendre « agents » de leurs crises. Alors nous pouvons terminer l'intervention en travaillant tant la séparation qu'une projection dans le futur immédiat. Le but est alors de prolonger le travail psychologique entamé au niveau d'un réseau ambulatoire. Cette dernière phase voit se réactiver le système d'attachement et réapparaître les difficultés jusque-là extérieures à l'espace thérapeutique.

Implications cliniques La TBM est efficace pour le TPL notamment sur la réduction des gestes suicidaires et du nombre d'hospitalisations. Nous avons ajusté son dispositif théorique et clinique pour des individus hospitalisés en raison d'une crise suicidaire et qui présentent des profils psychopathologiques divers et comorbides. La TBM permet l'adaptation et l'évaluation d'outils psychothérapeutiques empiriquement fondés à différents contextes cliniques, mais aussi à différentes populations cliniques.

MOTS CLÉS crise, suicide, trouble de personnalité limite, hospitalisation, mentalisation

Crisis-MBT: Mentalization-based brief hospitalization intervention

ABSTRACT Context Our team works in a psychiatric hospital unit at the University Hospitals of Geneva (Switzerland). We welcome there for 7 days people in crisis situations who have either suicidal thoughts or suicidal behavior. As factors precipitating the suicidal crisis, these people go through life events that are accompanied by intense interpersonal difficulties or that threaten the image they have of themselves. In our clinical population, approximately 35% of patients suffer from borderline personality disorder (BPD). In these patients, repeated crises and suicidal behavior lead to frequent and damaging relational and therapeutic ruptures. Our objective is to develop a specific approach to this clinical problem.

Intervention We have developed a brief psychological intervention informed by mentalization-based treatment (MBT) in 4 stages: welcoming of the patient, affective mentalization of the crisis elements, formulation of the problem, work on discharge and the continuation of outpatient care. This intervention is suitable for a medical-nursing team. From a MBT point of view, the welcoming phase is mainly devoted to mirroring and affective regulation in order to reduce the intensity of psychic disorganization. It is then a question of activating the

capacity to mentalize, namely curiosity about mental states, through work on the crisis narrative with an affective focus. We then work with people to construct a formulation of their problem in which they can assume a role. It is about making them “agents” of their crises. Then we can end the intervention by working on both the separation and a projection into the immediate future. The goal is then to extend the psychological work started in our unit at the level of an ambulatory network. The termination phase sees the attachment system reactivated and the reappearance of the difficulties hitherto outside the therapeutic space.

Clinical implications MBT is effective for BPD, particularly in reducing suicidal gestures and the number of hospitalizations. We have adjusted its theoretical and clinical device for individuals hospitalized due to a suicidal crisis and who present various and comorbid psychopathological profiles. MBT allows the adaptation and evaluation of empirically based psychotherapeutic tools to different clinical settings but also to different clinical populations.

KEYWORDS crisis, suicide, borderline personality disorder, hospitalization, mentalization

Introduction

Nous sommes un groupe de praticiens en santé mentale actifs dans une unité psychiatrique spécialisée dans la prise en charge de la crise suicidaire aux Hôpitaux universitaires de Genève (Suisse). Nous y accueillons, pour un séjour bref et intensif de 7 jours, des personnes en situation de crise présentant des idées ou des comportements suicidaires. Parmi les patients accueillis dans cette unité de soin, les personnes souffrant d'un trouble de personnalité limite (TPL) sont surreprésentées (Besch et coll., 2020). Cette problématique est connue des cliniques psychiatriques (Zimmerman et coll., 2008), l'hôpital étant bien souvent un carrefour inévitable de la trajectoire de soins des patients avec TPL.

Dans cet article, nous présentons un modèle de prise en charge développé dans cette unité, reposant sur les thérapies empiriquement validées pour le TPL et s'adaptant à une équipe pluridisciplinaire, sachant qu'il est connu que les hospitalisations des personnes souffrant d'un TPL peuvent être délétères si les soins ne sont pas adaptés à leur problématique spécifique (Paris, 2004; Linehan 1993). Les conduites suicidaires et autodommageables surviennent par ailleurs précocement dans l'histoire du trouble et impactent durablement la vie sociale, scolaire et professionnelle, d'où l'utilité d'un soin spécialisé précoce (Ilagan et Choi-Kain, 2021).

Contexte et développement de l'intervention

Les modèles de compréhension et de prise en charge de la crise suicidaire se sont développés durant la dernière décennie (Klonsky et May, 2015; O'Connor et Kirtley, 2018; Rudd et coll., 2015; Van Orden et coll., 2010). Toutefois, nombre d'entre eux excluent les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité (p. ex. Gysin-Maillart et coll., 2016) ou ne tiennent pas compte des progrès réalisés dans les traitements des troubles de la personnalité, alors que ces patients représentent une part conséquente des suicides réussis (30 %) ou tentés (40 %) (Oldham, 2006). De plus, aucun modèle n'est spécifiquement conçu pour le milieu hospitalier bien qu'il s'agisse régulièrement du premier lieu de soin pour ces patients.

La thérapie basée sur la mentalisation (TBM) est un traitement validé empiriquement pour le TPL (Fonagy et coll., 1999). Les données de la littérature montrent une réduction des gestes suicidaires et des hospitalisations et une amélioration de l'adhésion aux soins, et sont en ligne avec nos cibles (Bateman et Fonagy, 2008). Ces résultats encourageants ont été obtenus dans un contexte d'intervention sensiblement différent du nôtre, à savoir en hospitalisation partielle sur 18 mois. Néanmoins, des soins de plus courte durée pour ces patients émergent ces dernières années et ont inspiré nos réflexions (p. ex. modalité TBM de crise sur 20 semaines en hospitalisation partielle [Juul et coll., 2019]; thérapie comportementale dialectique brève sur 6 semaines en ambulatoire [Wieczorek, 2021]; soins étagés de courte durée [Paris, 2020]. Nous avons ainsi tenté d'adapter la TBM à notre intervention de crise intrahospitalière — brève et intensive — pour patients suicidaires. Notre perspective est transdiagnostique, notre soin étant proposé à tous les patients accueillis dans l'unité, et informée par le concept d'un facteur général de psychopathologie — facteur p [Fonagy et Campbell, 2017]).

La conceptualisation de ce soin est l'œuvre de deux psychiatres et psychothérapeutes travaillant depuis plusieurs années avec les patients TPL et suicidaires dans différents contextes cliniques (Dr Greiner en formation TBM, Dr Prada formateur accrédité Anna Freud Center pour les TBM) et d'un professeur de psychologie (Prof. Debbané, formateur accrédité Anna Freud Center pour les TBM) en collaboration avec l'infirmière responsable de l'unité sur la base du travail clinique et de la littérature pertinente. Nous avons ainsi extrait les éléments essentiels des TBM en respectant quelques principes du modèle de soin de

crise prévalant en Suisse romande portant l'accent sur les résistances aux traitements qui émergent dans les soins aux personnes suicidaires (Andreoli et coll., 1986 ; De Coulon, 1999 ; Scott, 1973). Une première mouture de notre soin a été présentée au travers d'un poster intitulé *Intervention pour crise suicidaire basée sur la mentalisation* et primé au Congrès de l'Encéphale 2020 (Greiner, 2020). Nous travaillons ce modèle par des supervisions mensuelles à l'ensemble de l'équipe par l'un des auteurs (Prof. Debbané), supervisions qui sont à la fois cliniques, théoriques et d'équipes.

Mentalisation et crise suicidaire

Nous conceptualisons l'état de crise suicidaire comme une rupture sévère de la capacité à mentaliser. Nous mentalisons lorsque, à l'aide de nos capacités de représentation, nous mettons en relation les comportements d'une personne avec ses états mentaux, cela afin de générer sens et compréhension (Bateman et Fonagy, 2016). Lorsque ce processus se fige ou se polarise, les états mentaux sont soudainement vécus comme très envahissants. Les comportements suicidaires sont théorisés en TBM comme la résultante de trois éléments : 1) une menace sur les relations significatives ; 2) un effondrement des capacités de mentalisation se traduisant par un vécu aliénant de soi ; 3) un recours à la violence dirigée sur soi comme tentative de restaurer sa propre subjectivité (Debbané, 2018).

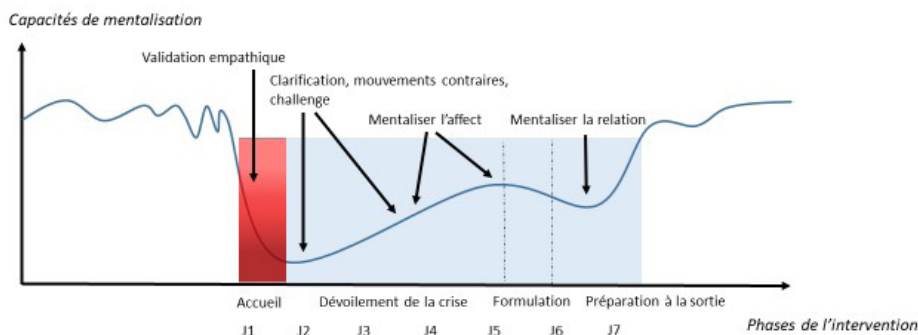
Intervention : TBM-Crise

Notre intervention psychothérapeutique brève et intensive focalisée sur la crise suicidaire et basée sur la mentalisation est baptisée « TBM-Crise ». Les environnements de soins non structurés étant délétères pour les patients avec un TPL, augmentant les comportements autoagressifs en raison d'un sentiment de négligence ou d'intrusion (Choi-Kain et Gunderson, 2019), nous en avons soigné la structure. Ainsi, l'intervention se déploie dans un environnement organisé et explicite pour le patient : 2 entretiens de 45 minutes par jour (1 entretien médecin-infirmier et 1 entretien infirmier). L'équipe médicosoignante comporte une vingtaine de personnes, dont 4 médecins, et est formée, ou en cours de formation, à la TBM. La durée de séjour est limitée à 7 jours, ce qui reste suffisamment court selon les bonnes pratiques en la matière (Paris, 2004) tout en étant compatible avec l'articulation hospitalo-ambulatoire des soins psychiatriques à

Genève permettant un retour rapide des patients dans leur milieu. Notre intervention se déploie en 4 temps :

1. Accueil (J1);
2. Dévoilement de la crise (J2-J4);
3. Formulation (J5-J6);
4. Préparation à la sortie (J6-J7).

Les cibles thérapeutiques principales sont différentes selon les phases de l'intervention (Figure 1). La phase d'accueil est essentiellement consacrée à une rencontre entre le patient et des soignants qui vont proposer une régulation des affects par la validation empathique. La phase de dévoilement de la crise doit permettre au patient de saisir la complexité des éléments psychologiques de la crise. Par diverses manœuvres (exploration, mouvements contraires, challenge), la capacité à mentaliser du patient est alors progressivement réanimée par une exploration active et minutieuse des états mentaux du patient au décours de la crise. Nous travaillons ensuite à construire avec la personne une formulation de sa problématique dans laquelle elle peut assumer un rôle (agentivité). Nous préparons alors la sortie en travaillant tant la séparation (mentaliser la relation) qu'une projection dans le futur immédiat, notamment sur le suivi ambulatoire.



1. Accueil (J1)

La phase d'accueil débute dès la récolte de la demande de soins. En urgence, la demande d'hospitalisation est le plus souvent concrète et court-circuite la pensée. Nous voulons valider le besoin de mise à l'abri tout en faisant émerger les attentes concernant les bénéfices de l'hospitalisation (p. ex. diminution de la détresse, consolidation d'une

relation, réflexion sur son fonctionnement). Voici quelques exemples de questions aux proches et soignants qui peuvent être utiles :

Comment comprenez-vous que la situation actuelle soit devenue insupportable ?

Qu'est-ce qui a changé dans la représentation du patient et précipité la nécessité d'une hospitalisation ?

Que pensez-vous que le patient attende de son hospitalisation ?

Avez-vous les mêmes attentes que lui ?

Si l'hospitalisation est nécessaire, nous recevons le patient le jour même. En début d'entretien, les soignants partagent leurs connaissances préalables de la situation. Ils divulguent ce qu'ils ont compris, ce qu'ils essaient d'approfondir et offrent au patient la possibilité de corriger leur compréhension, marquant ainsi leur intérêt à la rencontre avec ce qu'elle implique de réciprocité. Après cette partie introductive, le début de l'exploration de la crise suicidaire est marqué avec tact. Cette exploration prend la forme d'une analyse fonctionnelle mentalisante reliant les faits interpersonnels, les déclencheurs du système d'attachement et la fluctuation des représentations de soi et des états mentaux de la crise. À ce stade, le *mirroring* ou fonction miroir (refléter l'actualité émotionnelle du patient) et la validation empathique (faire sentir au patient que nous pouvons envisager son point de vue et nous représenter la perception qu'il a de lui-même sans être forcément d'accord avec lui) sont les outils principaux qui permettent de diminuer son isolement. Des thèmes tels que la perte, la rupture, la honte, le dégoût de soi, ou le sentiment d'inadéquation émergent le plus souvent. L'évaluation des capacités de mentalisation du patient se poursuit pendant cette phase en s'intéressant à sa capacité à formuler un récit, à structurer des chronologies, à identifier et nommer les émotions passées et présentes. L'expérience en séance est aussi promue comme objet d'observation pour tous : « Qu'est-ce que ça vous fait de nous raconter ça durant cet entretien ? »

2. Dévoilement de la crise (J2-J4)

Quatre à 6 entretiens constituent cette étape. L'objectif est de mettre à jour les déterminants propres au patient de la crise suicidaire. C'est un processus de subjectivation : passer d'une compréhension de la crise comme causée par des facteurs externes « Je souffre parce qu'on me quitte » à une compréhension faisant exister des facteurs internes entrés en résonnance : « Je provoque la rupture par mon intolérance de

l'incertitude» et qui eux conduisent à des expériences de soi aliénantes à l'origine d'un comportement suicidaire.

La technique d'entretien est adaptée durant cette phase. La clarification permet au patient de mesurer le décalage entre ce qu'il dit et ce qui peut en être compris, se devant d'être un acteur de sa compréhension par autrui: « Avec ce que vous m'en avez dit, je comprends cela, est-ce que c'est juste? » Des mouvements contraires sur les axes de la mentalisation (soi-autrui, émotions-pensées, pensées automatiques-contrôlées) permettent de mobiliser progressivement les logiques rigides du patient et participent à la construction de perspectives nouvelles: « Nous avons compris que vous avez ressenti cela... que pensez-vous du ressenti de votre compagne à ce sujet? » Enfin, le challenge ou confrontation, comme provocation avec un focus sur les affects, tend à faire dérailler les raisonnements par trop intellectualisés qui surviennent fréquemment en seconde partie de séjour lorsque les émotions ont été endiguées: « J'ai l'impression qu'on s'embête dans cette séance. »

Les capacités de mentalisation d'un individu sont toujours soutenues par un groupe, et nous tentons à ce stade de favoriser une prise de perspective alternative où le patient pourrait réévaluer sa situation comme un système où chacun contribue soit à s'engager dans des interactions utiles et régulatrices, soit dans des interactions coercitives. Nous invitons à cet effet pour un entretien les proches susceptibles d'être impactés et qui pourraient participer à la résolution de la crise, en mettant au travail l'hypothèse de crise telle qu'elle sera formulée dans la phase suivante.

3. Formulation (J5-J6)

L'objectif principal de cette phase, qui est rendu explicite, est de finaliser une hypothèse de crise reliant les facteurs externes concrets aux facteurs internes psychiques, tout en évoquant les ressources dont dispose le patient. Un plan de crise conjoint classique est également élaboré et sera restitué au réseau ambulatoire. La formulation est un exercice de mentalisation et permet l'établissement de cibles pour le projet thérapeutique futur (Bateman, 2011; Karterud et Kongerslev, 2019). Cette étape a une valeur psychoéducative certaine. Elle doit idéalement permettre au patient de détecter ses modèles de fonctionnement problématiques dans le futur. Nous proposons de soutenir la formulation par le patient à l'aide de questions stimulant le processus de mentalisation du patient et adaptées à son niveau (Figure 2).

* Formulation^{6,7}

Contenu

1. Plan de crise avec élaboration et gestion du risque suicidaire
 - ▶ Analyse détaillée des composantes affectives et relationnelles du risque suicidaire
 - ▶ Etat des lieux des ressources du patient selon son état d'activation émotionnelle
2. Actualité interpersonnelle
 - ▶ Identifier les patterns d'attachement :
« Qu'est-ce qui active l'attachement et quelles sont les réactions ? »
 - ▶ Identifier les points de ruptures des capacités de mentalisation :
« Quand est-ce qu'on se comprend plus ou que ça déborde ? »
3. Aspects positifs de la mentalisation
 - ▶ Lorsque mentaliser apporte un effet bénéfique :
« Comment je me sens quand j'ai confiance ? »
4. Croyances au sujet de soi
 - ▶ Relation entre croyances et états internes :
« Qu'est-ce que les autres devraient penser de moi pour que je me sente mieux ? »
 - ▶ Contextualisation de l'histoire du sujet :
« Qu'est-ce qui se répète à cause de ça ? »
5. Anticipation des écueils au bon déroulement du traitement
 - ▶ Identifications des point de rupture dans les traitements antérieurs :
« Quand est-ce que ça a commencé à ne plus fonctionner ? »

Objectifs

- ▶ Se sentir compris, se sentir senti
- ▶ Constitue un exercice de mentalisation per se
- ▶ Faire sens des enjeux affectifs et relationnels de la crise suicidaire
- ▶ Saisir le projet thérapeutique futur

Un patient qui a une formulation de sa problématique de crise a probablement une meilleure chance de poursuivre un soin.

4. Préparation à la sortie (J6-J7)

La fin du séjour active le système d'attachement et fait apparaître des difficultés dans la relation avec le patient jusque-là extérieures à l'espace thérapeutique. Ainsi, alors que le patient se prépare à affronter à nouveau son monde, sa capacité de mentaliser en est affectée (modes de

pensées rigides, réducteurs ou désaffectés, nommés prémentalisans). Nous revenons alors sur le vécu de la relation thérapeutique afin de permettre au patient d'en prendre conscience (mentalisation de relation). Revenir sur les aléas relationnels calme l'attachement et permet de travailler sur la confiance épistémique (propension à considérer comme digne de confiance une information nouvelle) nécessaire à la poursuite du soin. Les soignants doivent préserver leur propre capacité de mentalisation pour réguler les représentations qui soutiennent l'angoisse de laisser partir le patient face au retour des symptômes ou le désir de s'en débarrasser. L'objectif est de nourrir le désir réaliste d'une rencontre plus satisfaisante, car plus durable avec un soin ambulatoire.

Limites du travail

Certaines limitations grèvent notre démarche. C'est un travail en cours. Ainsi nous n'avons pas encore pu établir le degré d'adhésion au modèle ni son efficacité. Aucun dispositif groupal n'a encore pu être mis en place, qui renforcerait vraisemblablement le soin notamment sur les aspects de psychoéducation. Sur le plan de la mise en œuvre, les rotations des infirmiers et le volume offert de formation en TBM dans le monde francophone ne permettent pas de former l'ensemble de l'équipe à un temps donné. Par ailleurs, notre modèle a été développé dans un environnement de soins psychiatriques à haute densité avec des moyens conséquents, et la question de la transférabilité à des contextes de soins différents nécessitera des adaptations. Aussi le contexte des soins particulier à la Suisse favorise probablement les hospitalisations, puisque celui-ci présente un maillage dense de lieux d'hospitalisation psychiatriques empêchant un éloignement trop conséquent des patients de leurs lieux de vie. Sur le plan de l'articulation avec un réseau, des efforts conséquents sont produits quant à la publicisation et à l'explicitation de notre démarche ainsi qu'à la vulgarisation de notre intervention en vue de mieux communiquer avec les nombreux interlocuteurs d'un réseau de soins psychique très disparate.

Implications cliniques

Les TBM sont susceptibles d'éclairer les soins de crise en psychiatrie, et pas uniquement les thérapies au long cours. En effet, de nombreux soignants travaillant dans le cadre des soins d'urgence et de crise ont eu une introduction aux méthodes thérapeutiques spécialisées pour les

TPL. Notre intervention propose un modèle de soins structuré sur une hospitalisation de courte durée pour les personnes en crise suicidaire aiguë. La TBM-Crise semble particulièrement ajustée pour ces patients, car suffisamment structurée pour sécuriser et suffisamment souple pour rencontrer ces personnes présentant une détresse psychologique chronique. Nos impressions cliniques nous confortent dans l'idée qu'elle permet l'engagement des patients primohospitalisés comme de ceux qui sont récurrents, et semble assurer un haut niveau de satisfaction des patients et de leur entourage. Des avancées sont en cours pour « manualiser » ce traitement et pour déterminer si ce modèle permet de réduire les hospitalisations, d'augmenter l'adhésion thérapeutique et soutenir l'intérêt des travailleurs en santé mentale engagés dans les services émotionnellement chargés que sont les soins d'urgence et de crise psychiatriques. Ainsi, nous menons depuis début 2022 une large étude prospective soumise à comité d'éthique destinée à caractériser plus finement le devenir de nos patients (p. ex. suicides, réhospitalisations, *drop-out*) à 3 et 12 mois, en tentant d'identifier, au-delà des facteurs pronostics psychopathologiques et démographiques déjà bien décrits dans la littérature suicidologique, certains processus psychologiques (p. ex. cohérence de soi, réflexivité) sur lesquels notre intervention basée sur la mentalisation s'adosse plus particulièrement. Une étude d'intervention randomisée contrôlée serait l'étape suivante.

RÉFÉRENCES

- Andreoli, A., Garrone, G. et Lalive, J. (1986). *Crise et intervention de crise en psychiatrie*. FeniXX.
- Bateman, A. et Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American journal of Psychiatry*, 156(10), 1563-1569.
- Bateman, A. et Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165(5), 631-638.
- Bateman, A. W. (2011). Commentary on "Minding the difficult patient": Mentalizing and the use of formulation in patients with borderline personality disorder comorbid with antisocial personality disorder. *Personality and Mental Health*, 5(1), 85-90.
- Bateman, A. et Fonagy, P. (2016). *Mentalization based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press.
- Besch, V., Greiner, C., Magnin, C., Nérès, M. D., Ambrosetti, J., Perroud, N., ... Prada, P. (2020). Clinical characteristics of suicidal youths and adults: A one-year retrospective study. *International journal of environmental research and public health*, 17(23), 8733.

- Choi-Kain, L. W. et Gunderson, J. G. (Eds.). (2019). *Applications of good psychiatric management for borderline personality disorder: a practical guide*. American Psychiatric Pub.
- De Coulon, N. (1999). *La crise: stratégies d'intervention thérapeutique en psychiatrie*. Gaëtan Morin.
- Debbané, M. (2018). *Mentaliser: de la théorie à la pratique clinique*. Deuxième édition. De Boeck Supérieur.
- Fonagy, P. et Campbell, C. J. P. H. (2017). Mentalizing, attachment and epistemic trust: how psychotherapy can promote resilience. *Psychiatria Hungarica*, 32(3), 283-287.
- Greiner, C., de Nérès, D. M., Besch, V., Debbané, M., Poulet, E. et Prada, P. (2020) Poster: *Intervention pour crise suicidaire basée sur la mentalisation*. Prix du poster Congrès de l'Encéphale 2020.
- Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M. et Michel, K. (2016). A novel brief therapy for patients who attempt suicide: A 24-months follow-up randomized controlled study of the attempted suicide short intervention program (ASSIP). *PLoS medicine*, 13(3), e1001968.
- Ilgan, G. S. et Choi-Kain, L. W. (2021). General psychiatric management for adolescents (GPM-A) with borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*, 37, 1-6.
- Juul, S., Lunn, S., Poulsen, S., Sørensen, P., Salimi, M., Jakobsen, J. C., ... Simonsen, S. (2019). Short-term versus long-term mentalization-based therapy for outpatients with subthreshold or diagnosed borderline personality disorder: a protocol for a randomized clinical trial. *Trials*, 20(1), 1-10.
- Karterud, S. et Kongerslev, M. T. (2019). *Case formulations in mentalization-based treatment (MBT) for patients with borderline personality disorder*. In Case formulation for personality disorders (pp. 41-60). Academic Press.
- Klonsky, E. D. et May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "ideation-to-action" framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford press.
- O'Connor, R. C. et Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational—volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170268.
- Oldham, J. M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 20-26.
- Paris, J. (2004). Is hospitalization useful for suicidal patients with borderline personality disorder? *Journal of personality disorders*, 18(3: Special issue), 240-247.
- Paris, J. (2020). Access to psychotherapy for patients with personality disorders. *Personality and Mental Health*, 14(3), 246-253.
- Rudd, M. D., Bryan, C. J., Wertenberger, E. G., Peterson, A. L., Young-McCaughan, S., Mintz, J., ... Bruce, T. O. (2015). Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *American journal of psychiatry*, 172(5), 441-449.

- Scott, R. D. (1973). The treatment barrier : Part I. *British journal of medical psychology*.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A. et Joiner Jr, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*, 117(2), 575.
- Wieczorek, M., Kacen, T., King, B. et Wilhelm, K. (2021). The effectiveness of a short-term DBT skills group in a 'real-world' clinical setting. *Australasian Psychiatry*, 29(6), 600-603.
- Zimmerman, M., Chelminski, I. et Young, D. (2008). The frequency of personality disorders in psychiatric patients. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(3), 405-420.

Mère souffrant de trouble de personnalité limite : quels soins spécifiques en période périnatale ? Une revue de la littérature

Audrey Serrano^a

Emmanuelle Teissier^b

Ludivine Guerin Franchitto^c

Alexis Revet^d

Jean-Philippe Raynaud^e

Lionel Cailhol^f

RÉSUMÉ Le trouble de personnalité limite (TPL) est un trouble fréquent et grave, caractérisé par une instabilité de l'image de soi, une instabilité affective et des relations interpersonnelles.

Les femmes atteintes de TPL entameraient une grossesse et accoucheraient autant que les autres femmes. Or, selon plusieurs études, les mères TPL auraient

-
- a. Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU de Toulouse, France.
 - b. Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU de Toulouse, France.
 - c. Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU de Toulouse, France.
 - d. Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU de Toulouse; CERPOP, Université de Toulouse, Inserm, UPS, France.
 - e. Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU de Toulouse, CERPOP, Université de Toulouse, Inserm, UPS, France.
 - f. M.D., Ph. D. psychiatre, Service des troubles relationnels et de la personnalité, Institut universitaire de santé mentale de Montréal; Chercheur associé au Centre de Recherche de l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal, Professeur agrégé de clinique à l'Université de Montréal, Québec, Canada.

une sensibilité diminuée aux signaux de leur bébé et une mauvaise interprétation de leurs émotions; ceci interférerait dans la mise en place d'une interaction mère-bébé de qualité et dans le développement psychoaffectif du bébé, avec le risque de développer des pathologies psychiatriques à l'âge adulte. Ainsi, plusieurs équipes ont élaboré des soins spécifiques pour les mères souffrant de TPL.

Objectifs Cette revue de la littérature a pour objectif principal de répertorier les interventions développées auprès des mères TPL en période périnatale (de la grossesse jusqu'aux 18 mois du nourrisson). L'objectif secondaire est d'évaluer l'efficacité de certaines de ces interventions.

Méthode Nous avons interrogé 5 bases de données: PUBMED/MEDLINE, EMBASE, CINAHL, EBM REVIEWS et PSYCINFO, la littérature grise, les recommandations de certains pays, le site Web Google.ca et OpenGray. Nous avons utilisé des mots clés pour repérer les articles: *Borderline personality disorder, Mothers, Women, Woman, Maternal, Perinatal, Perinatology, Postnatal, Postpartum, Pregnant, Pregnancy(ies), Infant(s), Infancy, Baby(ies), Newborn(s), Offspring(s), Young child, Young children*. Pour être inclus, un article devait être écrit en anglais ou en français et publié entre 1980 et 2020 (une veille bibliographique a été effectuée jusqu'en décembre 2021); il devait traiter d'intervention(s) préventive(s) et/ou thérapeutique(s) ciblant les mères souffrant de TPL en période périnatale.

Résultats La recherche a généré 493 articles et 20 articles ont été sélectionnés. Deux grands types d'interventions se sont détachés: certaines sont centrées sur la dyade mère-bébé, d'autres sont centrées sur la mère seule. Parmi elles, on relève des thérapies déjà établies pour les patients TPL en population générale ou des psychothérapies mère-bébé plus spécifiques. Les interventions sont majoritairement pluridisciplinaires, précoces et intensives. Quatre articles ont testé l'efficacité de leur programme: selon les articles, les effets bénéfiques sur les interactions dyadiques apparaissent en général après plusieurs semaines de traitement, et pour certains programmes les effets peuvent persister dans le temps; 3 auteurs montrent une diminution de la symptomatologie dépressive maternelle. Seules l'Australie et la Suisse ont publié des recommandations visant spécifiquement les mères TPL en période périnatale.

Conclusion Les interventions auprès des mères TPL en période périnatale peuvent s'appuyer sur des modèles théoriques réflexifs ou en lien avec la dérégulation émotionnelle dont souffrent ces mères. Elles doivent être précoces, intensives et pluriprofessionnelles. Compte tenu du manque d'évaluation de l'efficacité aucun type de soin ne se distingue actuellement, ainsi il apparaît important de pouvoir continuer les investigations.

MOTS CLÉS trouble de personnalité borderline ou état limite, mère, périnatalité, grossesse, bébé, nourrisson, nouveau-né

Mother suffering from borderline personality disorder: which specific care in the perinatal period? A literature review

ABSTRACT Borderline personality disorder (BPD) is a common and severe disorder characterized by instability of self-image, unstable affect, and unstable interpersonal relationships. Women with BPD would give birth as much as other women, but according to several studies, BPD mothers have a reduced sensitivity to their babies and a poor interpretation of their emotions; this would interfere in mother-baby interaction and in psycho-affective development of the baby, with the risk to develop psychiatric pathologies in adulthood. In this context several professionals have developed different interventions for mothers suffering from BPD.

Objectives The main objective of this literature review is to list the interventions developed for BPD mothers during the perinatal period (from pregnancy to the 18 months of infant). The secondary objective is to assess the effectiveness of some of these interventions.

Method We have screened five databases: PUBMED/MEDLINE, EMBASE, CINAHL, EBM REVIEWS and PSYCINFO, gray literature, recommendations of some countries, Google.ca website and OpenGray.

We used keywords to screen the articles: *Borderline personality disorder; Mothers, Women, Woman, Maternal, Perinatal, Perinatology, Postnatal, Postpartum, Pregnant, Pregnancy(ies), Infant(s), Infancy, Baby(ies), Newborn(s), Offspring(s), Young child, Young children*. To be included, an article had to be written in English or French and published between 1980 and 2020 (a bibliographic watch was then carried out until December 2021); it had to deal with preventive and/or therapeutic intervention(s) targeting mothers suffering from BPD in the perinatal period.

Results The search have generated 493 articles and 20 articles were selected. We have identified two main types of interventions: some are centered on the mother-baby dyad, others are centered only on the mother. Among them, there are therapies established for BPD patients in the general population, or specific mother-baby psychotherapies. Interventions are multidisciplinary, intervene early and intensively. Four articles have analysed the effectiveness of their program: according to the studies, the beneficial effects on dyadic interactions generally appear after several weeks of treatment, and for some programs the effects may persist over time; three authors show a reduction of maternal depressive symptoms. Only Australia and Switzerland have published recommendations targeting BPD mothers in the perinatal period.

Conclusion Interventions with BPD mothers in the perinatal period can be based on reflexives theoreticals models or be in connection with the emotional dysregulation from which these mothers suffer. They must be early, intensive and

multi-professional. Given the lack of studies that have analysed the efficacy of their programs, no intervention currently stands out, so it seems important to continue the investigations.

KEYWORDS borderline or borderline personality disorder, mother, perinatality, pregnancy, baby, infant, newborn

Introduction

Le trouble de personnalité limite (TPL) est un trouble fréquent et grave caractérisé par une instabilité de l'image de soi, une instabilité affective et une instabilité des relations interpersonnelles (American Psychiatric Association, 2013). Selon les données de la littérature, sa prévalence serait comprise entre 5 et 6 % en population générale (Gross et coll., 2002; Steele et coll., 2019). En population clinique elle s'élève à 10 % en ambulatoire, et entre 15 et 25 % en hospitalisation (Leichsenring et coll., 2011).

Sa gravité est en lien avec les nombreuses comorbidités (Shah et Zanarini, 2018), une réduction de l'espérance de vie (Ajetunmobi et coll., 2013), en partie liée au taux élevé de suicide (Bender et coll., 2001; Skodol et coll., 2002), mais aussi à une altération fonctionnelle (Zanarini et coll., 2004) et à un coût social élevé (Wagner et coll., 2021).

Concernant l'accès à la maternité, les femmes atteintes de troubles mentaux sévères et celles souffrant de TPL entameraient une grossesse et accoucheraient autant que les autres femmes (Vesga-Lopez et coll., 2008). Les symptômes apparaissent habituellement à la fin de l'adolescence et peuvent s'aggraver durant la période où les femmes sont le plus fertiles. Le lien entre dysrégulation émotionnelle et comportementale et augmentation des grossesses reste controversé (Derijard-Kummer, 2017; Nagel K, 2021). Malgré leur trouble, les mères TPL doivent assurer les mêmes fonctions parentales que n'importe quel autre parent: répondre aux besoins physiques et psychiques de leur bébé, offrir une bonne communication affective, assurer une fonction de contenance et accompagner les mouvements de séparation-individuation (Gosselin, 2000). Pour identifier et réguler les émotions et les comportements propres au nourrisson, les parents s'appuient sur leur sensibilité (Gosselin, 2000), sur leur capacité de mentalisation (capacité à percevoir les émotions de leur bébé) et sur leur fonctionnement réflexif (capacité à reconnaître, nommer et comprendre les comportements du bébé en termes de pensées, d'intentions, de désirs et de

sentiments sous-jacents). Selon Bakermans-Kranenburg et coll. (2003), les interventions agissant sur la sensibilité maternelle seraient les plus efficaces pour promouvoir un attachement sécure chez les enfants.

Plusieurs études ont mis en évidence les difficultés que rencontrent les mères TPL pour assurer ces fonctions parentales. Comparées à un groupe témoin, elles auraient une sensibilité diminuée aux signaux de leur bébé, et elles présenteraient une interaction plus intrusive avec leur nourrisson (Petfield et coll., 2015). Ces difficultés découleraient du fait que les personnes souffrant de TPL auraient des difficultés de mentalisation (Bateman et Fonagy, 2013). Ainsi, lors des interactions mère-bébé en « face à face », les bébés seraient plus en retrait dans la relation (moins de sourires, moins de vocalises) et ils seraient plus anxieux (Crandell et coll., 2003) ; or, le bébé a un rôle central et primordial dans le développement des interactions précoces, construites autour d'une « spirale interactionnelle » mère-bébé (Mazet et Stoleru, 2003, cité dans Lemoigne, 2019). Ces troubles des interactions précoces peuvent aboutir à de multiples problématiques. Selon certains auteurs, ils pourraient engendrer chez la mère un vécu d'anxiété et de culpabilité (Derijard-Kummer, 2017), lui-même pouvant aggraver les symptômes du TPL. Chez le bébé, il peut se constituer un attachement insécure, voire désorganisé (Rouillon et coll., 2012) qui peut aboutir à une représentation effrayante de l'autre et à une image de soi dévalorisée et inadaptée (Hobson et coll., 2005) ; enfin, à l'âge adulte, cela pourrait amener à des relations interpersonnelles instables, comme pour les mères TPL. Chez les enfants plus âgés, on retrouverait des déficits en théorie de l'esprit (capacité à se représenter ses propres états mentaux et ceux des autres) (Petfield et coll., 2015), des modalités d'attachement insécures et des épisodes dépressifs (Eyden et coll., 2016). Ces difficultés pourraient se manifester à tous les stades du développement, et faire le lit de pathologies psychiatriques à l'âge adulte, notamment le développement d'un TPL chez les adolescents (Eyden et coll., 2016). Infurna et coll. (2016) comparent des filles adolescentes TPL et contrôles : les adolescentes TPL décriraient des mères moins affectueuses et plus intrusives, ces mères elles-mêmes décriraient leur propre mère comme peu affectueuse, soutenant l'hypothèse que les expériences d'attachement joueraient un rôle dans le développement du TPL, avec une éventuelle transmission transgénérationnelle du trouble. Par ailleurs, les comorbidités dont souffrent les mères TPL ne sont pas sans conséquence. La revue de la littérature de Kemp et coll. (2022) suggère que les enfants de parents souffrant d'épisode dépressif

caractérisé, de trouble bipolaire de l'humeur ou de forte anxiété auraient des altérations de certaines structures cérébrales impliquées dans la régulation émotionnelle (amygdales, hippocampe); le trouble de la régulation émotionnelle étant un symptôme retrouvé dans le TPL, il pourrait y avoir un risque de TPL et de trouble de l'humeur chez les enfants. En ce qui concerne les comorbidités addictives, la revue systématique de la littérature de Viteri et coll. (2015) résume les résultats de 128 études: l'alcool pendant la grossesse serait associé à des altérations du système nerveux central chez le fœtus, et l'usage de toxiques pendant la grossesse serait associé à des effets délétères à plus long terme, notamment des troubles du comportement, des troubles cognitifs et du langage chez les enfants.

Les données issues des unités mère-bébé (UMB) témoignent des conséquences délétères sur les enfants. Glangeaud-Freudenthal et The MBU-SMF *Working Group* (2003) avancent que les nourrissons de mères ayant un trouble de la personnalité seraient plus à risque de placement à l'issue du séjour en UMB, comparés aux nourrissons de mères souffrant d'autres troubles mentaux (hors schizophrénie).

Afin de réduire l'impact documenté sur les nourrissons, les mères TPL et les relations mère-bébé, plusieurs équipes ont développé des prises en charge dédiées à cette population. Selon Moralès-Huet et coll. (2004), nous pouvons retrouver de nombreuses psychothérapies conjointes (ou dyadiques) parents-enfant développées selon différents modèles (modèle psychanalytique de Fraiberg, modèle de pensée développementaliste, modèle s'inspirant de la théorie de l'attachement). Ces psychothérapies ont été développées pour traiter des troubles interactifs parents-bébé précoces, secondaires à la fois à des difficultés parentales (comme le TPL) et/ou à des difficultés du nourrisson (comme une pathologie organique). Cependant, il n'existe aucun consensus international qui guide les professionnels dans leur prise en charge. Dans ce contexte, cette revue de la littérature a pour objectif principal de répertorier les interventions développées auprès des mères TPL en période périnatale (de la grossesse jusqu'aux 18 mois du nourrisson) afin d'en dégager les principales lignes directrices pour de futures recherches; l'objectif secondaire est d'évaluer l'efficacité de certaines de ces interventions (effet sur les symptômes et fonctionnements maternels, ainsi que sur la relation mère-bébé).

MÉTHODE

Stratégie de recherche :

Nous avons suivi les recommandations de *Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analysis Protocols* (PRISMA-P) (Moher et coll., 2015) pour cette revue de la littérature.

Au mois d'août 2020, nous avons interrogé 5 bases de données :

PUBMED/MEDLINE, EMBASE, CINAHL, EBM REVIEWS et PSYCINFO, et la littérature grise: les guides cliniques internationaux ainsi que les sites Web Google.ca et OpenGray ont été consultés.

Nous avons utilisé les plans de concepts suivants pour repérer les articles dans les différentes ressources :

(“Borderline Personality Disorder”[Mesh] OR Borderline[TIAB] AND personality[TIAB]), (“Mothers”[Mesh] OR “Pregnant Women”[Mesh] OR “Women”[Mesh:NoExp] OR Mother[TIAB] OR mothers[TIAB] OR Women[TIAB] OR woman[TIAB] OR maternal[TIAB]), (“Perinatology”[Mesh] OR “Perinatal Care”[Mesh] OR “Pregnancy”[Mesh:NoExp] OR “Infant”[Mesh] OR Perinatal[TIAB] OR Perinatology[TIAB] OR Pregnant[TIAB] OR Pregnancy[TIAB] OR pregnancies[TIAB] OR Infant[TIAB] OR infants[TIAB] OR Infancy[TIAB] OR Baby[TIAB] OR babies[TIAB] OR Newborn[TIAB] OR newborns[TIAB] OR postnatal[TIAB] OR postpartum[TIAB] OR offspring[TIAB] OR offsprings[TIAB] OR “young children”[TIAB] OR “young child”[TIAB])

Pour être inclus les articles devaient être écrits en anglais ou en français et publiés entre 1980 (date d'entrée du diagnostic de TPL dans le DSM III) et 2020. Une veille bibliographique a ensuite été effectuée jusqu'en décembre 2021. Une recherche des guides cliniques internationaux a été faite en septembre 2021. Les articles devaient traiter d'intervention(s) préventive(s) et/ou thérapeutique(s) ciblant les mères TPL en période périnatale. Ils étaient exclus s'ils ne traitaient pas d'intervention, s'ils ne ciblaient pas les mères TPL ni la période périnatale. Nous avons utilisé les définitions suivantes :

- Période périnatale: période allant de la grossesse jusqu'aux 18 mois du nourrisson, car c'est la période où les moments clés du développement psychomoteur de l'enfant se déroulent;
- TPL: ce terme a connu plusieurs descriptions cliniques et scientifiques depuis les années 50. Nous ne nous sommes limités à aucune

description ni classification précise par souci d'exhaustivité, et afin d'être le plus proches possible de la réalité clinique.

La recherche dans les différentes ressources a généré 493 articles. Afin de tester la fiabilité de la stratégie de recherche, nous en avons sélectionné 50 au hasard dont le titre et le résumé ont été lus par AS, ET et LC de manière indépendante pour une première sélection. Puis les sélections de AS, ET et LC ont été comparées. L'opération a été réalisée 2 fois et a montré environ 80 % de concordance des articles retenus lors du 2^e test et après ajustement des critères de sélection. Les désaccords sur la sélection d'un abrégé ont été résolus par discussion entre AS, ET et LC.

Une fois la stratégie de recherche établie, AS a sélectionné les articles en plusieurs étapes : lecture du titre et du résumé des 493 articles, puis chaque article sélectionné par le titre et/ou le résumé a été lu en entier (AS a contacté certains auteurs afin d'obtenir les articles non disponibles dans les bases de données : 9 auteurs ont été contactés par mail, 4 articles ont été récupérés). Finalement, 20 articles ont été retenus, en plus des recommandations australiennes et suisses (Figure 1).

Afin de répondre à l'objectif secondaire de cette étude, nous nous sommes intéressés à l'efficacité des interventions sur les interactions mère-bébé, sur les comorbidités du TPL et sur la qualité de vie des mères TPL. Les études devaient avoir testé l'efficacité de leur programme avec des échelles standardisées.

RÉSULTATS

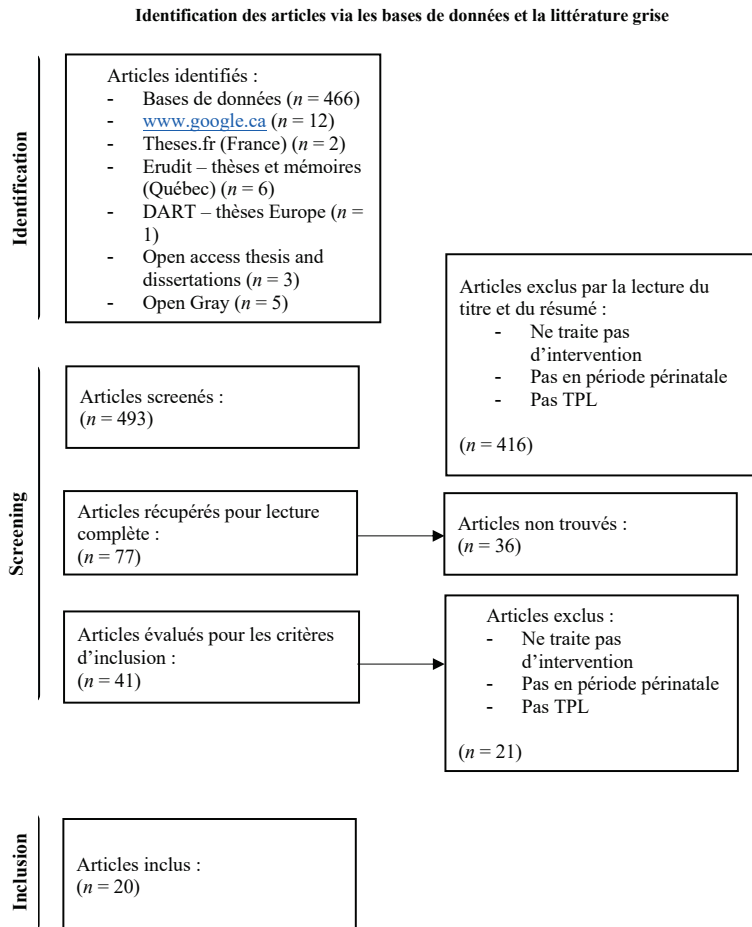
Dix-huit articles issus des bases de données et 2 articles issus de la littérature grise ont été sélectionnés. Les dates de publication s'étendent de 1985 à 2021. Les recommandations australiennes et suisses ont été intégrées à l'étude (Figure 1).

Recensement des interventions :

Nous pouvons définir 2 grands types de soins : les interventions centrées sur la dyade mère-bébé et celles qui s'adressent à la mère seule. Pour chacune on distingue des interventions qui se déroulent en séances individuelles ou en groupe. Dans tous les cas l'objectif sera d'agir sur les interactions mère-bébé (Tableau 1).

FIGURE 1

Diagramme de flux



Interventions centrées sur la dyade mère-bébé :

Ce sont les plus nombreuses (12 articles). Elles se divisent en 2 catégories.

Psychothérapie mère-bébé spécifique :

Une psychothérapie mère-bébé soutenue par un psychomotricien qui accompagne le développement psychomoteur du bébé et qui permet à la mère de l'accompagner progressivement (Apter-Danon et Candilis-

Huisman, 2005); ainsi que la thérapie *Watch, Wait and Wonder* (WWW) organisée autour de séances de jeu avec le nourrisson, et les techniques de Guidance Interactionnelle (GI) pensées pour les mères ayant du mal à s'engager dans un processus thérapeutique (Newman et Stevenson, 2005). De plus, plusieurs auteurs ont décrit des techniques basées sur des « cothérapies » au cours desquelles un cothérapeute, le plus souvent éducateur ou puéricultrice, se centre sur le bébé pour soutenir son expression et la nomination de ses affects perceptibles, et un thérapeute (le plus souvent psychothérapeute) centré sur l'interaction comportementale et fantasmatique de la mère pour faire face à l'intensité transférentielle (sentiments et émotions de la mère projetés sur le bébé) et aux mécanismes défensifs de la mère (clivage, déni) dont le bébé pourrait devenir l'objet. La cothérapie permet d'offrir un espace thérapeutique aux 2 membres de la dyade. La mère peut être portée psychiquement afin qu'elle puisse renforcer ses compétences parentales et, ainsi, soutenir la construction psychique de son nourrisson. (Le Nestour et coll., 2007; voir aussi Wendland et coll., 2014). Par ailleurs, d'autres techniques sont développées à partir de thérapies déjà utilisées pour les patients TPL en population générale: par exemple, Sved Williams et coll. (2021) développent des groupes thérapeutiques de dyades mère-bébé basés sur la Thérapie comportementale et dialectique (TCD) dont le but est d'aider les mères à soutenir la régulation émotionnelle et les capacités relationnelles de leur nourrisson, en introduisant un travail réflexif maternel, un travail sur la régulation émotionnelle parentale et un travail sur le sentiment d'efficacité interpersonnelle, tout en soulignant la place centrale des nourrissons dans les interactions sociales, grâce à leurs capacités d'interaction qui s'appuient sur de nombreuses compétences (facultés d'imitation et sourire-réponse). Des retrouvailles mère-bébé en fin de séance permettent de mettre en pratique ce que les mères ont appris, tout en étant soutenues par les thérapeutes. Toutes ces interventions sont à visée thérapeutique.

Interventions centrées sur les mères :

Elles sont moins nombreuses (8 articles).

Psychothérapies issues des techniques développées pour les patients TPL en général:

On peut citer la TCD ou la thérapie de pleine conscience (Rogers, 2016).

Avec des spécificités ciblant les difficultés des mères TPL :

Certains auteurs ont adapté des thérapies basées sur la mentalisation : mentalisation du fœtus, mentalisation de soi en tant que mère et mentalisation de la relation mère-bébé (Markin, 2013). D'autres auteurs ont développé des groupes de mères bénéficiant de TCD avec des techniques de pleine conscience centrées sur des sujets spécifiques à la maternité (formations sur les besoins de base d'un enfant et les compétences parentales afin de guider les mères TPL dans leur maternage). Par exemple, Renneberg et Rosenbach (2016) ont développé le programme « Compétences parentales pour les mères ayant un trouble de la personnalité limite » qui se déroule autour de séances de TCD, dont des séances de pleine conscience, en groupe de 3 ou 4 mères TPL, au cours desquelles sont abordées les particularités des comportements et des compétences parentales des mères TPL. Les mères sont aussi formées aux soins émotionnels et physiques de leur nourrisson, à la gestion du stress et à la communication avec leur enfant. Les auteurs précisent que ce programme pourrait être bien accepté par les mères selon les résultats préliminaires d'une étude de faisabilité.

Pour toutes ces interventions les qualifications des thérapeutes sont variées et associées au domaine de la santé materno-infantile ainsi qu'au domaine du TPL (psychiatre ou pédopsychiatre, psychologue, puéricultrice, protection de l'enfance).

Les prises en charge sont pluridisciplinaires et coordonnées.

Les programmes de soin s'étalent sur une période allant de quelques mois (au minimum 12 semaines comme dans les articles de Renneberg et Rosenbach, 2016, et de Rogers, 2016) à quelques années (jusqu'à 2 ans pour l'article de Apter-Danon et Candilis, 2005, voire 3 ans pour l'article de Wendland et coll., 2014), le suivi est le plus souvent précoce, dès la grossesse ou les premiers mois de vie, et intensif avec des séances hebdomadaires. (Voir en annexe tableau 1)

Recommandations internationales :

Seulement l'Australie et la Suisse ont édité des recommandations spécifiques aux mères TPL en période périnatale.

Australie :

Le gouvernement et certaines organisations ont édité des guides de pratique clinique en 2017 (Centre of Perinatal Excellence, 2017) et en 2020 (Australian Government, Department of Health, 2020) précisant

qu'en préconceptionnel il est important de bien identifier et nommer le diagnostic de TPL avec les femmes et de les informer des difficultés qu'elles pourront traverser du fait de leur trouble. Ces guides insistent sur l'importance d'un accompagnement pluriprofessionnel.

Suisse :

Les recommandations soulignent l'intérêt d'interventions précoces et conjointes mère-enfant ; ces interventions devraient être focalisées sur la psychoéducation, les interactions sociales et la création du lien. L'importance du rôle du système familial élargi, des institutions mère-enfant et des familles d'accueil pour les enfants est mise en avant (Euler et coll., 2017).

Efficacité des interventions :

Quatre études ont testé l'efficacité de leur programme (Dominguez et coll., 2014 ; Rogers, 2016 ; Sved Williams et coll., 2021 ; Yelland et coll., 2015) à l'aide d'échelles d'évaluation standardisées (Tableau 2).

Les auteurs se sont appuyés sur des échelles de comparaison variées : pour les interactions mère-bébé les échelles *Maternal Postnatal Attachment Scale* (MPAS) (Doaltabadi et Amiri-Farahani, 2021) et *Parental Reflective Functioning Questionnaire* (PRFQ) centrées sur la réponse émotionnelle et la capacité réflexive de la mère (Luyten et coll., 2017), ainsi que le *CARE-Index* (centré sur l'interaction en elle-même) (Crittenden, 2005) ; pour les comorbidités du TPL les auteurs ont étudié les échelles *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale* (MADRS) (Montgomery et Asberg, 1979), *Edinburg Postnatal Depression Scale* (EPDS) (Matsuoka et coll., 2020) (Cox, 1987), *Beck Anxiety Inventory* (BAI) (Julian, 2011) (Beck, 1988) et *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS) (Lovibond et Lovibond, 1994).

Sved Williams et coll. (2021) ont testé l'efficacité de groupes thérapeutiques de dyades mère — bébé, basés sur la TCD, adaptée aux particularités des mères TPL (régulation émotionnelle des nourrissons, développement des compétences relationnelles), et qui s'appuient sur différentes ressources comme la pleine conscience, les notions de régulation émotionnelle et d'efficacité interpersonnelle selon Lynne Murray. Dominguez et coll. (2014) présentent le cas clinique d'une dyade suivie en thérapie conjointe mère-bébé et en thérapie individuelle pour la mère, de la naissance jusqu'aux 25 mois du nourrisson. Yelland et coll. (2015) présentent une étude quantitative descriptive sur les données d'hospitalisation de dyades en UMB pour des mères souffrant de

troubles mentaux sévères et leurs enfants de moins de 3 ans. Les mères reçoivent plusieurs traitements (en individuel, en groupe, psychothérapie mère-enfant, médicaments et électroconvulsivothérapie) lors des séjours qui durent en moyenne 22,34 jours. Rogers (2016) présente le programme *Mindfulness-Based Parenting Group Intervention for Mothers with Borderline Personality Disorder* (MPG-BPD): 4 mères TPL d'enfants âgés entre 1 et 10 ans assistent à 12 séances hebdomadaires de thérapies de pleine conscience.

– *Efficacité sur les interactions mère-bébé:*

L'étude de Yelland et coll. (2015) analyse l'efficacité d'une hospitalisation dans une UMB australienne au travers d'une cohorte de 117 dyades. Après un séjour de 22,34 jours en moyenne, l'échelle MPAS est significativement améliorée. Rogers (2016) étudie l'efficacité du programme MPG-BPD en mesurant plusieurs échelles en préprogramme, postprogramme et 6 mois après: l'auteur repère, pour 7 dyades, une amélioration significative du score de l'échelle PRFQ entre les mesures postprogramme et 6 mois après, et une diminution significative « des restrictions de rôle du parent » qui est une sous-échelle du *Parenting Stress Index* (PSI) (Abidin, 1995) entre les mesures préprogramme et 6 mois après. Sved Williams et coll. (2021) étudient l'efficacité du programme *Mother-Infant Dialectical Behavior Therapy* (MI-DBT). À la fin du programme, les auteurs relèvent une amélioration significative des échelles *Parenting Sense of Competence scale* (PSOC) (Johnston et Mash, 1989), PRFQ, PSI-4F (PSI short-form) et *Nursing Child Assessment Satellite Training, Teaching Scale 2de edition* (NCAST 2nd Ed.) (Oxford et Finlay, 2013) avec une taille d'effet modérée.

– *Efficacité sur les comorbidités du TPL:*

Les différents auteurs se sont intéressés à la symptomatologie dépressive maternelle et aux troubles anxieux associés. Trois équipes relèvent une amélioration de la symptomatologie dépressive via des échelles standardisées: EPDS pour Yelland et coll. (2015) et Sved Williams et coll. (2021), DASS pour Rogers (2016); seuls Dominguez et coll. (2014) repèrent une aggravation de la symptomatologie dépressive via l'échelle MADRS. Deux équipes repèrent une diminution significative de l'anxiété chez les mères: BAI pour Yelland et coll. (2015) et Sved Williams et coll. (2021).

– *Efficacité sur la qualité de vie des mères TPL :*

Aucune équipe n'a analysé cet élément.

Selon les articles, les effets bénéfiques sur les interactions mère-bébé apparaissent en général après plusieurs semaines de traitement (22 jours pour une hospitalisation mère-bébé, jusqu'à 22 mois pour des séances de cothérapie en ambulatoire). Pour le programme MPG-BPD de Rogers (2016) les effets semblent persister dans le temps (6 mois après l'intervention). (Voir tableau 2 en annexe)

DISCUSSION

Notre revue de la littérature relève plusieurs interventions qui essaient d'agir sur les particularités des mères TPL et de leur bébé, telles que les difficultés de mentalisation et les troubles de la fonction réflexive chez les mères (Perez, 2018; Markin, 2013), la dysrégulation émotionnelle (Sved Williams et coll., 2021; Rosenbach et coll., 2020) et le retrait relationnel chez certains nourrissons (Sved Williams et coll., 2021). À notre connaissance, il n'y a pas de revue de la littérature similaire dans les principales bases de données scientifiques. Toutes ces interventions ont pour but d'accompagner les mères dans leur accès à la parentalité. L'enjeu pour les mères TPL est d'acquérir les mêmes fonctions parentales que des parents sans trouble mental. Comme énoncé plus haut, les mères s'appuient sur leur sensibilité à leur bébé et leur capacité de mentalisation pour réguler les comportements et les émotions de leur nourrisson. Or les mères TPL auraient une sensibilité au bébé diminuée et elles interpréteraient les émotions neutres de leur nourrisson comme des émotions tristes, ce qui pourrait engendrer des difficultés d'ajustement dans la relation (Petfield et coll., 2015). De plus, les comorbidités que peuvent présenter ces mères pourraient complexifier la prise en charge. Pour exemple, Kienast et coll. (2014) soulignent la problématique des comorbidités addictives qui majoreraient l'impulsivité des patients et qui diminueraient les chances de rémission. On rappelle que selon Viteri et coll. (2015), l'alcool et le tabac pendant la grossesse auraient des conséquences sur le développement psychomoteur du bébé et des enfants plus âgés. Ceci est d'autant plus problématique que, dans les études répertoriées, nous n'avons pas retrouvé d'outils pour évaluer les comorbidités des mères TPL. De tels outils devraient, à notre sens, être développés dans les futures recherches.

Avec l'essor de la clinique périnatale, les équipes ont développé des soins variés en fonction de leurs références théoriques et de leurs ressources propres. Plusieurs articles témoignent d'expériences d'accompagnement d'une dyade avec une mère TPL, le dispositif de soin ayant été pensé spécifiquement pour la situation rapportée, dans d'autres cas des interventions ont été pensées spécifiquement pour les mères TPL, les plus récentes s'appuient sur les TDC. Il nous apparaît important de souligner que le nombre d'articles s'inspirant de la théorie de l'attachement semble faible alors même que les mères TPL présentent des troubles de la sensibilité aux signaux de leur bébé (Petfield et coll., 2015) et/ou des interactions précoces douloureuses dans leur histoire infantile (Winsper, 2017). Moog et coll. (2018) ont mené une étude longitudinale prospective sur une population de mères enceintes, puis sur leurs bébés, et ont montré qu'il y aurait un lien entre expériences infantiles traumatiques chez les mères (abus et négligences physiques et émotionnels, violences sexuelles) et anomalies cérébrales chez leurs bébés (diminution de la taille du cerveau, dont la matière grise) comparés à des nourrissons de mères n'ayant pas eu de traumatisme dans l'enfance. Ceci devrait être pris en compte pour ajuster les soins chez les mères TPL ayant vécu des traumatismes. Dans notre étude, nous avons repéré essentiellement 3 auteurs qui semblent s'être inspirés de ces derniers modèles (Chlebowski, 2013, avec la thérapie dyadique, Perez, 2018, qui présente le cas clinique d'une psychothérapie parents-enfant, et Sved Williams et coll., 2021, lors des séances de groupes thérapeutiques basés sur la TCD).

Les soins conjoints mère-bébé ont été privilégiés par certains auteurs avec un travail spécifique sur les interactions, cela permet de suivre et de soutenir l'évolution du bébé et de prendre en compte, précocement, d'éventuels signes de retrait. De plus, certaines de ces interventions dyadiques s'appuient sur des séances de jeux avec les bébés (Thérapie WWW, GI, groupes thérapeutiques basés sur la TCD de Sved Williams et coll., 2021) ce qui permet de favoriser la notion de plaisir dans les interactions. Cette notion de plaisir partagé est essentielle, car il existe une influence réciproque de la vie émotionnelle du bébé et celle de la mère, c'est ce que Stern appelle « l'accordage affectif ». Lorsque la tonalité globale affective des échanges entre mère et bébé est positive, cela est source de plaisir, de bien-être, de sécurité, procure à chacun le sentiment d'être compris et soutient l'attachement affectif. De plus, ces séances permettent à chaque membre de la dyade de tenir un rôle actif dans les interactions, tout en étant guidé par les thérapeutes.

Nous allons tenter de dégager quelques points qui semblent importants dans les soins conjoints/centrés sur la dyade.

La temporalité des interventions

Un des éléments primordiaux à retenir est que les interventions, aussi variées soient-elles, présentent quelques ingrédients communs tels qu'une mise en place précoce, dès les premiers mois du nourrisson (voire dès la grossesse pour l'étude de Wendland et coll., 2014 par exemple), un rythme de soins intensifs pour plusieurs programmes (séances hebdomadaires pour les interventions de Baradon et coll., 2010; Dominguez et coll., 2014; Wendland et coll., 2014; Renneberg et coll., 2016; Rogers, 2016), et des suivis s'étalant de quelques semaines (22 jours environ pour l'article de Yelland et coll.) à plusieurs mois, voire années (Wendland et coll., 2014).

Ceci est conforme avec les recommandations australiennes de 2017 qui préconisent des actions dès la période préconceptionnelle.

Un soin conjoint particulier, la cothérapie :

Permet de soigner l'alliance thérapeutique

Pour les dyades dont la mère rencontre des difficultés à penser son nourrisson comme un être séparé et différent d'elle, les cothérapies permettent, à la fois à la mère et au bébé, d'occuper un espace thérapeutique propre où leurs émotions et pensées sont soutenues par chacun des thérapeutes, puis verbalisées à l'autre partenaire de la dyade. La mère portée par le thérapeute peut ainsi porter son nourrisson dans son développement moteur, affectif et cognitif (Le Nestour et coll., 2007; Wendland et coll., 2014; Perez, 2018). Cependant, les thérapeutes doivent veiller à adopter la juste distance relationnelle avec les mères TPL qui rentrent souvent dans des relations interpersonnelles instables, éprouvantes pour les soignants. Ainsi, les auteurs proposent des interventions pluriprofessionnelles pour éviter que les mères investissent un seul thérapeute qu'elles idéaliseraient ou rejetteraient. Effectivement, le risque des interventions avec un thérapeute unique est que la mère se sente rejetée et abandonnée durant les séances (Apter-Danon et Candilis, 2005), voire qu'elle rentre en compétition avec le bébé vis-à-vis du thérapeute.

Permet de soutenir les interactions précoces

Le principe des cothérapies paraît particulièrement adapté pour analyser puis traiter les troubles des interactions précoces à plusieurs niveaux (comportemental, affectif et fantasmatique) (Le Nestour et coll., 2007).

Les autres interventions centrées sur la dyade ont également l'avantage de permettre d'analyser les interactions mère-bébé de manière plus fine et ainsi d'agir sur certaines difficultés précises, comme les troubles des interactions comportementales (Apter-Danon et Candilis-Huisman, 2005) et/ou les troubles des interactions affectives (Perez, 2018).

Les soins centrés sur les mères seules

Concernant les interventions centrées sur les mères seules, elles présentent l'avantage de s'inspirer des psychothérapies, pour la plupart validées chez les patients TPL (TCD, dont la Thérapie de pleine conscience), sur lesquelles les auteurs s'appuient pour aider les mères TPL à appréhender leurs difficultés (comme soutenir la régulation émotionnelle de leur nourrisson) (Sved Williams et coll., 2021). Il s'agit d'un travail de psychoéducation autour des soins primaires et des besoins de base d'un enfant (Renneberg et Rosenbach, 2016). Certaines interventions pour les mères uniquement permettent des soins très personnalisés pour des difficultés bien spécifiques (abus de substance) (Gentile, 2015). Cependant, ces interventions ne permettent pas d'observer directement les interactions précoces; ceci pourrait diminuer la possibilité de personnaliser le soin de chaque dyade et pourrait empêcher le repérage des bébés en souffrance.

En ce qui concerne l'efficacité des interventions, seulement 4 études ont étudié l'efficacité de leur programme. Les résultats de l'étude de Sved Williams et coll. (2021) sont encourageants tant pour les comorbidités du TPL que pour la qualité des interactions précoces mère-bébé. Cependant, on regrette l'absence d'évaluation de l'efficacité sur la qualité de vie des mères TPL, en effet cet indicateur, fréquemment retrouvé dans les études autour des personnes souffrant de TPL, apparaît primordial pour soutenir les mères dans leur parentalité et le soin de leur trouble.

Concernant les recommandations nationales, l'Australie et la Suisse mettent en avant l'importance d'un travail pluriprofessionnel et précoce, dès la grossesse. Deux articles de Sved Williams et Apter (2017

et 2018) publiés dans des revues australiennes reprennent une partie des recommandations australiennes pour proposer un guide de prise en charge des mères TPL pour les médecins généralistes. Malgré cela, on note une absence de consensus international sur les soins des mères TPL en périnatalité, alors même que ce trouble est fréquent et grave et que ses effets sur les interactions mère-bébé sont bien documentés.

Cette revue de la littérature a plusieurs limites. D'abord la lecture des articles qui s'est principalement basée sur le premier auteur, car nous n'avons pas pu solliciter un deuxième lecteur pour confronter les différentes sélections. De plus, les requêtes utilisées dans les bases de données n'ont pas permis de regrouper l'ensemble des articles traitant d'interventions auprès de mères TPL en période périnatale, et certains articles retrouvés dans les ressources n'étaient pas disponibles (extraits de conférence par exemple). Par ailleurs, même s'il ne s'agissait pas de l'objectif principal de cette étude, on regrette que seulement 4 équipes aient étudié l'efficacité à moyen et à long terme de leurs soins. Ainsi, il nous apparaît important de continuer les investigations, notamment au travers d'une revue systématique de la littérature.

CONCLUSION

On peut retenir que les interventions auprès des mères TPL en période périnatale s'appuient sur des modèles théoriques réflexifs ou en lien avec la dérégulation émotionnelle. Notre revue témoigne de la volonté de plusieurs auteurs d'apporter des soins adaptés à ces mères et à leurs bébés, dans un contexte où il existe encore peu de consensus nationaux sur la prise en charge de ces dyades. Nous soulignons quelques éléments communs aux interventions recensées : précocité des soins, dès les premiers mois du nourrisson ou durant la grossesse ; pluridisciplinarité (professionnels de santé mentale et de la petite enfance) ; intensité du suivi ; diversité de sa durée (quelques semaines à plusieurs années). Aucune conclusion ne peut être faite sur l'efficacité des interventions au vu du faible nombre d'articles ayant analysé cet élément. Ainsi, il apparaît important de pouvoir continuer les recherches concernant l'efficacité des différentes interventions développées, afin de pouvoir élaborer des recommandations plus spécifiques concernant la prise en charge des mères TPL et de leur bébé en période périnatale. Par ailleurs, le rôle du père dans les dispositifs de soin n'a pas été abordé, mais serait intéressant à prendre en compte.

RÉFÉRENCES

- Ajetunmobi, O., Taylor, M., Stockton, D. et Wood, R. (2013). Early death in those previously hospitalized for mental healthcare in Scotland: A nationwide cohort study, 1986-2010. *BMJ Open*, 3(7).
- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index: Professional Manual*. Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5®)* (5^e éd.).
- Apter-Danon, G. et Candilis-Huisman, D. (2005). A challenge for perinatal psychiatry: therapeutic management of maternal borderline personality disorder and their very young infants. *Clinical Neuropsychiatry*, 2(5), 302-314.
- Australian Government Department of Health. (2020). *Clinical Practice Guidelines Pregnancy Care 2020 Edition*. Australian Government Department of Health. <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2021/11/pregnancy-care-guidelines-pregnancy-care-guidelines.pdf>
- Aylward, P. (2019). An integrated group parenting model for mums with mental health issues and their babies: Findings from a participatory action research evaluation of the South Australian ACORN Program. *International Journal of Integrated Care*, 19(1), 1-8.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H. et Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analysis of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129, 195-215.
- Baradon, T. et Bronfman, E. (2010). Contributions of, and divergences between, clinical work and research tools relating to trauma and disorganization. *Relational trauma in infancy: Psychoanalytic, attachment and neuropsychological contributions to parent-infant psychotherapy* (p. 163-179).
- Bateman, A. et Fonagy, P. (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33, 595-613.
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., Shea, T. M., Zanarini, M. C., Oldham, J. M. et Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 158(2), 295-302.
- Bohus, M., Stoffers-Winterling, J., Sharp, C., Krause-Utz, A., Schmahl, C. et Lieb, K. (2021). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 398, 1528-1540.
- Centre of Perinatal Excellence (2017, Octobre). *Mental Health Care in the Perinatal Period Australian Clinical Practice Guideline*. Centre of Perinatal Excellence. https://www.cope.org.au/wp-content/uploads/2018/05/COPE-Perinatal-MH-Guideline_Final-2018.pdf
- Chlebowski, M. (2013). The borderline mother and her child: A couple at risk. *American Journal of Psychotherapy*, 67(2), 153-164.
- Crandell, L. E., Patrick, M. P. H. et Hobson, P. (2003). "Still-face" interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-month-old infants. *British Journal of Psychiatry*, 183, 239-247.
- Crittenden, P. (2005). Using the CARE-Index for screening, intervention, and research. *Frühförderung interdisziplinär*, 24, 99-106.
- Derijard-Kummer, M. (2017). Accès à la parentalité des femmes souffrant d'un trouble de la personnalité de type borderline-interactions précoces et

- attachement: une revue non systématique de la littérature [thèse de doctorat, Université de Bordeaux U.F.R des Sciences médicales, France]. Dépôt universitaire de mémoire après Soutenance. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01468857>
- Doaltabadi, Z. et Amiri-Farahani, L. (2021). The effect of in-person and virtual prenatal care education of the spouses of primiparous women on the father and mother's attachment to infant: a quasi-experimental and controlled study. *Trials*, 22(1), article 588.
- Dominguez, S., Apter, G. et Devouche, E. (2014). Le suivi précoce d'une mère borderline et déprimée et de son bébé. L'interaction sous les regards croisés du clinicien et du chercheur. *Devenir*, 26 (2), 81-103.
- Euler, S., Dammann, G., Endtner, K., Leihener, F., Perroud, N. A., Reisch, T., Schmeck, K., Sollberger, D., Walter, M. et Kramer, U. (2017). *Recommandations de traitement de la SSPP pour le trouble de la personnalité borderline*. Société Suisse de psychiatrie et psychothérapie. https://www.psychiatrie.ch/securedl/sdl-eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJpYXQiOiE2NDU2MTMxNDksImV4cCI6MTY0NTcwMzE0OCwidXNlciI6MCwiZ3JvdXBzIjpbMCwtMV0sImZpbGUiOiJmaWxlyWRtaW5cL1NHUFBcL3VzZXJfdXBsIjB2FkXC9GYWNoYGV1dGVcL0VtcGZlaGx1bmdlbWVUOdQUF9CRV9CUFNfdmVyc2lybml9mcmFuY2Fpc2UucGRmIiwicGFnZSI6NDQzZfQ.igtFnbUKb_KINbQ_dpGKOvmUobq784ezhLOu0jstOPw/SGPP_BE_BPS_version_francaise.pdf
- Eyden, J., Winsper, C., Wolke, D., Broome, M. R. et Maccallum, F. (2016). A systematic review of the parenting and outcomes experienced by offspring of mothers with borderline personality pathology: Potential mechanisms and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 47, 85-105. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.002>
- Florange, J. G. et Herpertz, S. C. (2019). Parenting in patients with borderline personality disorder, sequelae for the offspring and approaches to treatment and prevention. *Current Psychiatry Report*, 21, article 9.
- Genet, M. -C., Golse, B., Devouche, E. et Apter, G. (2014). Psychopathologie, attachement et devenir des enfants de mères présentant un trouble de personnalité borderline/état limite: une revue de la littérature. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 57 (1), 259-329.
- Gentile, S. (2015). Pharmacological management of borderline personality disorder in a pregnant woman with a previous history of alcohol addiction: A case Report. *Clinical Drug Investigation*, 35(11), 761-763.
- Glangeaud-Freudenthal, N., M.-C. et The MBU-SMF Working Group. (2003). Mother-Baby psychiatric units (MBUs): National date collection in France and in Belgium (1999-2000). *Archives of Women's Mental Health*, 26(4), 215-223.
- Gosselin, C. (2000). Fonction des comportements parentaux: révision de la notion de sensibilité maternelle. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16 (2), 103-111.
- Gross, R., Olsson, M., Gameroff, M., Shea, S., Feder, A., Fuentes, M., Lantigua, R. et Weissman, M. M. (2002). Borderline personality disorder in primary care. *Archives Internal Medicine*, 162(1), 53-60.
- Holman, S. L. (1985). A group program for the borderline mothers and their toddlers. *International Journal of Group Psychotherapy*, 35, 79-93.

- Hobson, R. P., Patrick, M., Crandell, L., Garcia-Perez, R. et Lee, A. (2005). Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17(2), 329-347.
- Infurna, M. R., Fuchs, A., Fischer-Waldschmidt, G., Reichl, C., Holz, B., Resch, F., Brunner, R. et Kaess, M. (2016). Parents' childhood experiences of bonding and parental psychopathology predict borderline personality disorder during adolescence in offspring. *Psychiatry Research*, 246, 373-378.
- Johnston, C. et Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal Clinical Child Psychology*, 18, 167-175.
- Julian, L. J. (2011). Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care and Research*, 63(11), 467-472.
- Kemp, J. V. A., Bernier, E., Lebel, C. et Kopala-Sibley, D. C. (2022). Associations between parental mood and anxiety psychopathology and offspring brain structure: A scoping review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 25, 222-247.
- Kienast, T., Stoffers, J., Birmphohl, F. et Lied, K. (2014). Borderline personality disorder and comorbid addiction. *Deutsches Arzteblatt International*, 111(16), 280-286.
- Le Nestour, A., Apter, G., Heroux, C., Mourgues, B. et Patouillot-Slatine, I. (2007). Parentalités limites et prises en charge thérapeutiques. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 50 (1), 125-177.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S. et Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84.
- Lemoigne, S. (2019). Interactions précoces : synthèse des connaissances actuelles et revue non exhaustive de la littérature sur l'efficacité des méthodes de soins [thèse de doctorat, Université de Bordeaux U.F.R des Sciences médicales, France]. Dépôt universitaire de mémoire après soutenance. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02088985>
- Lovibond, P. F. et Lovibond, S. H. (1994). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Luyten, P., Mayes, L. C., Nijssens, L. et Fonagy, P. (2017). The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. *PLoS ONE*, 12(5).
- Markin, R. D. (2013). Mentalization-based psychotherapy interventions with mothers-to-be. *Psychotherapy*, 50, 360-365.
- Matsuoka, H., Iwami, S., Maeda, M., Suizu, A. et Fujii, T. (2020). Edinburgh Postnatal Depression Scale scores at 2-week post-partum may reflect those at 4-week post-partum: A single-center retrospective observational study. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 47(2), 508-514.
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., Stewart, L. A. et PRISMA-P Group. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews Journal*. <http://www.systematicreviewsjournal.com/content/4/1/1>
- Montgomery, S. A., Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.

- Moog, N. K., Entringer, S., Rasmussen, J. M., Styner, M., Gilmore, J. H., Kathmann, N., Heim, C., Wadhwa, P. D. et Buss, C. (2018). Intergenerational effect of maternal exposure to childhood maltreatment on newborn brain anatomy. *Biological Psychiatry*, 83(2), 120-127.
- Moralès-Huet, M., Rabouam, C. et Guedeney, N. (2004). Psychothérapies précoces parents-bébé. *EMC-Psychiatrie*, 1, 43-51.
- Nagel, K., Thomson, R., Judd, F., et Lorimer, S. (2021). Prevalence and characteristics of women with borderline personality pathology referred to a perinatal consultation liaison service. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 55(9), 911-918.
- Newman, L. et Stevenson, C. (2005). Parenting and Borderline Personality Disorder: Ghosts in the Nursery. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10(3), 385-394.
- Oxford, M. L. et Findlay, D. M. (2013). *NCAST Caregiver/Parent-Child Interaction Teaching Manual*, 2nd edn. University of Washington, School of Nursing, Seattle: NCAST Programs.
- Perez, A. (2018). From pathological merger to a reflective, triangular space: Parent-infant psychotherapy with a mother with borderline personality disorder. *Journal of Infant, Child & Adolescent Psychotherapy*, 17(1), 15-27.
- Petfield, L., Startup, H., Droscher, H. et Cartwright-Hatton, S. (2015). Parenting in mothers with borderline personality disorder and impact on child outcomes. *Evidence-Based Mental Health*, 18(3), 65-75.
- Renneberg, B. et Rosenbach, C. (2016). “There is not much help for mothers like me”: Parenting skills for mothers with borderline personality disorder—a newly developed group training program. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 3(16).
- Rogers, N. C. (2016). Mindful parenting group intervention for mothers with borderline personality disorder traits: program development and evaluation [thèse de doctorat, School of Psychology, Faculty of Health, Arts and Design, Swinburn University of Technology, Australie. www.google.ca. <https://researchbank.swinburne.edu.au/file/96cc989c-4552-46a0-86f1-daa355001dc0/1/Natasha%20Catherine%20Rogers%20Thesis.pdf>
- Rosenbach, C., Buck-Horstkotte, S. et Renneberg, B. (2020). *Parenting Skills for Mothers with Borderline Personality Disorder: A Group Training*. <http://dx.doi.org/10.17169/refubium-26189>
- Rouillon, L., Cailhol, L., Raynaud, J. – P., Hazane, F., Carpentier, L. et Garrido, C. (2012). Les mères *borderline*: comprendre et soutenir les interactions avec leur(s) enfant(s). *L'Information psychiatrique*, 88 (3), 187-193.
- Shah, R. et Zanarini, M. C. (2018). Comorbidity of borderline personality disorder: Current status and future directions. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 583-593.
- Skodol, A. E., Siever, L. J., Livesley, W. J., Gunderson, J. G., Pfohl, B. et Widiger, T. A. (2002). The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course. *Biological Psychiatry*, A *Journal of Psychiatric Neuroscience and Therapeutics*, 51(12), 951-963.
- Steele, K. R., Townsend, M. L. et Grenyer, B. F. S. (2019). Parenting and personality disorder: An overview and meta-synthesis of systematic reviews. *PLoS One*, 14(10).

- Sved Williams, A. et Apter, G. (2017). Helping mothers with the emotional dysregulation of borderline personality disorder and their infants in primary care settings. *Australian Family Physician*, 46(9).
- Sved Williams, A. E., Yelland, C. et Hollamby, S. (2017). *Borderline personality disorder in perinatal families* [résumé de la communication]. RANZCP Conference
- Sved Williams, A. et Apter, G. (2018). Infants of emotionally dysregulated or borderline personality disordered mothers: Issues and management in primary care. *Formerly Australian Family Physician*, 47(4).
- Sved Williams, A., Osborn, A., Yelland, C. et Hollamby, S. (2021) Changing inter-generational patterns of emotional dysregulation in families with perinatal borderline personality disorder. *Archives of Women's Mental Health*, 24, 641-648.
- Teng, J. Y., Yin Ing Chee, C., Chong, Y-S., Lee, L. Y., Yong, E. L., Chi, C. et Broekman, B. (2016). A suicidal pregnant patient's request for premature cesarean section: clinical and ethical challenges. *Journal of Affective Disorders*, 194, 168-170.
- Vesga-Lopez, O., Blanco, C., Keyes, K., Olsson, M., Grant, B. F. et Hasin, D. S. (2008). Psychiatric Disorders in Pregnant and Postpartum Women in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 65(7), 805-815.
- Viteri, O. A., Soto, E. E., Bahado-Singh, R. O., Christensen, C. W., Chauhan, S. P. et Sibai, B. M. (2015). Fetal anomalies and long-term effects associated with substance abuse in pregnancy: a literature review. *American Journal Perinatology*, 32(5), 405-416.
- Volkert, J., Gablonski, T. – C. et Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 213(6), 709-715.
- Wagner, T., Assmann, N., Köhne, S., Schaich, A., Alvarez-Fischer, D., Borgwardt, S., Arntz, A., Schweiger, U. et Fassbinder, E. (2021). The societal cost of treatment-seeking patients with borderline personality disorder in Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 272(4), 741-752
- Wendland, J., Brisson, J., Medeiros, M., Camon-Sénéchal, L., Aidane, E., David, M., Serres, J., Cohen, D. et Rabain, D. (2014). Mothers with borderline personality disorder: Transition to parenthood, parent-infant interaction, and preventive/therapeutic approach. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(2), 139-153.
- Winsper, C. (2017). The aetiology of borderline personality disorder (BPD): contemporary theories and putative mechanisms. *Current Opinion in Psychology*, 21, 105-110.
- Yelland, C., Girke, T.Tottman, C. et Sved Williams, A. (2015). Clinical characteristics and mental health outcomes for women admitted to an Australian Mother-Baby Unit: a focus on borderline personality disorder and emotion dysregulation? *Australasian Psychiatry*, 23(6), 683-687.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Henne, J. et Silk, K. R. (2004). Mental health utilization by borderline personality disorder patients and Axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 28-36.

TABLEAU 1

Types d'intervention

(NR: Non renseigné)

Auteurs	Revue	Année	Intervention									
			Type	Individuel ou Groupe	Thérapeutes		Mères seules	Patients		Durée	Cadre	
					Nombre	Qualification		Nombre	Dyade mère-bébé			
Holman, S. L.	International Journal of Group Psychotherapy	1985	Un programme de traitement en groupe pour des mères TPI avec des enfants âgés entre 12 et 36 mois	Groupe	2	NR pour le thérapeute du groupe des mères, 1 enseignant de maternelle pour le groupe des enfants	Non	5 mères et 6 bébés	16, 27, 28, 29 et 32 mois ; 2 filles et 4 garçons	6 mois	Sélection patients : enfants âgés entre 12 et 36 mois et mères repérées par les services sociaux en Angleterre (Family Service Agency) pour des problèmes de dépression, de troubles narcissiques ou de difficultés de séparation. Déroulement séances : 21 sessions de 1 heure à 1 heure 30 avec 5 mères et 6 enfants au début du programme. Division du groupe en 2 sous-groupes : 1 sous-groupe de mères et 1 sous-groupe d'enfants avec 2 thérapeutes différents, mais dans la même pièce (un coin aménagé pour les enfants avec des jouets et un coin aménagé autour d'une table pour les mères). Pour les enfants séances de jeu libre avec aide par le thérapeute si besoin et possibilité d'aller solliciter leur mère. Pour les mères discussion autour d'une table, supervisée par le thérapeute.	
Apter-Danon, G. et Cardilis-Huisman, D.	Clinical Neuropsychiatry : Journal of Treatment evaluation	2005	Présentation d'une thérapie mère-bébé en trois phases basées sur plusieurs modèles de psychothérapies mère-bébé	Individuel	Au moins 1 par phase	Psychomotricien pour la phase 1 ; NR pour les autres	Non	NR	NR	2 ans maximum	Sélection patients : NR. Déroulement séances : psychothérapie mère-bébé en 3 phases, avec la collaboration d'un psychomotricien : Phase 1 : séances hebdomadaires avec l'intervention du psychomotricien, puis une fois que le nourrisson a acquis la marche ; Phase 2 : psychothérapie mère-bébé seule sans l'intervention du psychomotricien ; et enfin Phase 3 : psychothérapie mère-bébé et psychothérapie mère seule avec 1 autre psychothérapeute (si la mère ne souhaite pas de suivi individuel la thérapie s'arrête). La présence d'un psychomotricien qui travaille directement auprès de l'enfant aide à soutenir son développement psychomoteur, cela lui permet également de faire l'expérience d'une interaction synchrone et positive, où la mère est d'abord observatrice puis progressivement actrice. Favoriser le développement psychomoteur du bébé a un impact positif sur la mère et sur les interactions dyadiques. Afin d'éviter un sentiment de rejet chez la mère des débriefings sont prévus après chaque séance où le psychomotricien est présenté comme un spécialiste de l'enfant qui agit sur les difficultés de l'enfant et non sur celles de la mère.	

Newman, L. et Stevenson, C.	Clinical Child Psychology and Psychiatry	2005	Thérapie « Watch, Wait and Wonder » (WWW) ; Guidance interactionnelle (GI) ;	NR	1 thérapeute pour WWW et GI	NR	Non	NR	NR	NR	WWW : l'enfant initie un jeu spontanément, la mère regarde son enfant jouer et elle ne joue que sur sollicitation de ce dernier. À la fin de la session, la mère discute avec le thérapeute pour comprendre les thèmes et les problèmes relationnels apparus durant la séance. Cette partie de l'intervention permet également de discuter avec la mère des enjeux intergénérationnels ayant un impact sur sa relation avec son enfant. GI : session en 3 phases (interaction mère-enfant filmée, puis vidéo visionnée par la mère et le thérapeute, puis conclusion avec la mère et le thérapeute). Cette intervention a été développée pour des familles qui ont du mal à s'engager dans des processus thérapeutiques. Le but est de permettre à la mère de prendre du plaisir dans l'interaction et de comprendre les comportements de son enfant via le jeu interactif. Durant les séances le thérapeute fait attention à 5 points pour la qualité de l'interaction : les partenaires parlent au même niveau sonore, se rapportent à la même chose, se relaient dans des échanges communicatifs, observent les signaux de l'autre et répondent de manière contingente.
Le Nestour, A. et coll.	La Psychiatrie de l'Enfant	2007	Thérapie conjointe mère-bébé à l'hôpital L'Aubier	Individuel	2	1 thérapeute psychanalyste (psychiatre ou psychologue) ; 1 cothérapeute éducatrice ou puéricultrice	Non	7	5 garçons âgés de 15 jours, 3 semaines, 2 mois, 2.5 mois et 18 mois, une fille âgée de 3 jours, et NR pour le dernier bébé	NR	Sélection patients : dyades hospitalisées à la maternité de l'Aubier. Déroulement séances : thérapie conjointe en maternité et/ou à domicile : Le cothérapeute (éducatrice ou puéricultrice) se centre sur le bébé, il focalise son attention sur le lien immédiatement construit par l'enfant dans ses interrelations aux parents et aux thérapeutes afin de soutenir l'expression et la nomination des affects perceptibles. Le thérapeute, lui (psychanalyste), déploie son attention sur l'interaction comportementale et fantasmatique parentale, afin de faire face à l'intensité transférentielle, mais également aux mécanismes défensifs dont le bébé peut vite devenir l'objet : divage, idéalisation, déni.
Baradon, I. et coll.	Livre « Relational trauma in infancy: Psychoanalytic attachment and neuropsychological contributions to parent-infant psychotherapy. »	2010	Psychothérapie mère-bébé avec utilisation des échelles AAI (Adult Attachment Interview) et AMBIANCE (Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification)	Individuel	1 à 2 selon les sessions	Psychothérapeutes	Non	1	1 garçon de 4 mois	8 mois environ	Sélection patients : une dyade mère-bébé. Déroulement séances : 30 sessions hebdomadaires de psychothérapie mère-bébé dans une salle de consultation avec Tessa Baradon, psychothérapeute. À la 2e séance passation de l'AAI par Tessa Baradon, en présence d'un second thérapeute (Mary Target) qui code l'AAI en parallèle. À la 10e et 30e séances codage de l'AMBIANCE par Elisa Brontfman. À chaque fois, et en plus des échelles, commentaires cliniques de chaque séance par Tessa Baradon.

Auteur	Revue	Année	Intervention							Cadre		
			Type	Individuel ou Groupe	Thérapeutes		Mères seules	Patients			Durée	
					Nombre	Qualification		Nombre	Dyade mère-bébé Âge et sexe bébés			
Chlebowski, S.M.	American Journal of Psychotherapy	2013	Thérapie dyadique	Individuel	NR	NR	NR	Non	1	Un bébé de 3 mois	NR	Sélection patients : une dyade mère-bébé. Déroulement séances : thérapie dyadique : la mère a progressivement initié et pratiqué le contact visuel avec son bébé, elle s'est engagée dans l'interaction, encouragée par les sourires et les vocalisations de ce dernier ; ceci a permis de développer un lien d'attachement, différent de ceux que la mère avait connus jusqu'à là.
Markin, R. D.	Psychotherapy (Chic)	2013	Thérapies basées sur la mentalisation	Individuel	1	Psychothérapeute	Oui	NA	NA	NA	NR	Sélection patients : il n'est pas précisé si les patientes de cet article souffrent de TPL, mais l'auteur précise que ces psychothérapies peuvent être utilisées chez des patientes souffrant de TPL. Déroulement séances : 3 types de psychothérapies individuelles basées sur la mentalisation pendant la grossesse : mentalisation du fœtus en tant qu'individu séparé et possédant des états mentaux uniques ; mentalisation de soi en tant que mère, réflexion sur l'identité maternelle ; mentalisation de la relation mère-fœtus et de l'attachement maternel au fœtus.
Dominguez, S. et coll.	Devenir	2014	Suivi d'une dyade de la naissance jusqu'aux 25 mois de l'enfant par une équipe de psychiatrie périnatale	Individuel	2	Un psychiatre et une puéricultrice	Mère seule pour Psychothérapie individuelle avec le psychiatre	1	Mère et bébé garçon pour Thérapie conjointe par le psychiatre et la puéricultrice pour la dyade mère-bébé	25 mois	Sélection patients : une dyade mère-bébé rencontrée en maternité. Déroulement séances : suivi initié à la maternité, puis visées à domicile (foyer maternel) par les mêmes thérapeutes pendant 4 mois, puis séances hebdomadaires de cothérapie dans un centre de soin public et psychothérapie individuelle pour la mère avec un psychiatre. Aux 9 mois du bébé, la mère a été hospitalisée pour aggravation d'un syndrome dépressif pendant 10 jours, pendant ce temps le bébé a été gardé à la crèche du foyer maternel et un soutien du père a été organisé. Puis les parents et le bébé ont été installés dans un logement autonome aux 14 mois du bébé. Le suivi a été poursuivi par une unité mobile de psychiatrie périnatale (PP UMMA) pour une thérapie individuelle de la mère. 1 fois tous les 15 jours et poursuite de la cothérapie jusqu'aux 2,5 ans de l'enfant.	

Wendland, J. et coll.	Clinical Psychology : Science and Practice	2014	Suivi d'une dyade mère-bébé de la grossesse jusqu'aux trois ans de l'enfant dans une unité de santé mentale parent-enfant	Individual et Groupe	1) Grossesse : 1 pédiopsychiatre. 2) De la naissance jusqu'aux 6 mois de l'enfant : 1 pédiopsychiatre, plusieurs puéricultrices, 1 assistante maternelle. 3) De 6 mois jusqu'à 1 an de l'enfant : 1 pédiopsychiatre, 1 puéricultrice, 1 psychologue (psychothérapeute), 1 assistante sociale. 4) Deuxième année de vie de l'enfant : 1 psychologue et 1 puéricultrice (cothérapie), 1 psychiatre adulte, 1 éducateur et 1 assistante sociale à domicile	Pédiopsychiatre, Puéricultrice, Psychologue, Assistante sociale, Educateur, Psychiatre adulte	Mère seule pendant la grossesse et psychothérapie individuelle aux 2 ans de l'enfant	1	Mère et bébé fille pour les consultations avec le pédiopsychiatre et la puéricultrice, pour le groupe parent-enfant, pour les séances de cothérapie, pour la mesure judiciaire de suivi à domicile	Du 6 ^e mois de grossesse aux trois ans de l'enfant	Sélection patients : une dyade mère-bébé dans un centre de santé mentale parent-enfant. Déroulement séances : 1) Grossesse : suivi individuel de la mère par 1 pédiopsychiatre 1 fois par semaine ; 2) De la naissance jusqu'aux 6 mois de l'enfant : consultations hebdomadaires de la dyade avec 1 pédiopsychiatre ; consultations hebdomadaires avec 1 puéricultrice (psychoéducation) ; participation 1 fois par semaine au plus à un groupe de guidance parent-enfant (assistance, guidance et réassurance). Aide d'une assistante maternelle pour garder l'enfant 5 jours et 2 nuits par semaine. 3) De 6 mois jusqu'à 1 an de l'enfant : consultations hebdomadaires avec un pédiopsychiatre ; consultations hebdomadaires avec une puéricultrice ; psychothérapie analytique mère-enfant avec un psychologue (analyse des vidéos des séances avec la mère et le thérapeute) ; consultations avec une assistante sociale ; 4) Deuxième année de vie de l'enfant : cothérapie psychologue et puéricultrice, psychothérapie individuelle de la mère avec 1 psychiatre adulte ; mesure judiciaire d'aide éducative et sociale à domicile
Yelland, C. et coll.	Australasian Psychiatry	2015	Hospitalisation en unité mère-bébé (Australie) des dyades dont les mères souffrent de troubles mentaux, dont le TPL	NR	NR	Psychiatre et étudiant en psychiatrie (pour le diagnostic de TPL)	Non	117 dyades recrutées	NR	22,34 jours (moyenne)	Sélection patients : 117 dyades mère-bébé avec des mères souffrant de troubles mentaux, dont le TPL. Déroulement séances : hospitalisation en unité mère-bébé (Adélaïde, Australie du Sud). Évaluation diagnostique par un psychiatre à l'entrée (critères cliniques et DSM-IV), confirmation diagnostique à la sortie à l'aide du compte-rendu d'hospitalisation. Pendant le séjour les mères bénéficient de psychothérapie individuelle et en groupe, de psychothérapie mère-bébé, du soutien des infirmiers et des autres soignants si besoin traitement médicamenteux et électroconvulsivothérapie. Les échelles EPDS, BAS, MSI-BPD et MPAS sont remplies par les mères à l'entrée et à la sortie pour évaluer l'efficacité de l'hospitalisation.

Auteur	Revue	Année	Type	Individuel ou Groupe	Intervention						
					Thérapeutes		Patients			Durée	Cadre
					Nombre	Qualification	Mères seules	Nombre	Âge et sexe des bébés		
Gentile, S.	Clinical Drug Investigation	2015	Traitement pharmacologique d'une mère TPL avec addiction à l'alcool pendant la grossesse	Individuel	Un	Psychiatre avec compétences en périnatalité	Oui	NA	NA	Environ 7 mois (des 6 mois de grossesse aux 4 mois de l'enfant)	Sélection patients : une femme enceinte TPL souffrant d'addiction à l'alcool. Déroulement séances : consultation à la maternité à 6 mois de grossesse pour adaptation thérapeutique médicamenteuse. En parallèle, la mère est accueillie dans un centre de réhabilitation spécialisé dans la prise en charge des patients présentant un «double» diagnostic (TPL et addiction à l'alcool). Après l'accouchement, la mère bénéficie d'une psychothérapie cognitivo-comportementale.
Remnberg, B. et coll.	Borderline Personality Disorder Emotional Dysregulation	2016	Programme d'entraînement « Compétences parentales pour les mères ayant un trouble de la personnalité limite »	Groupe	Deux	Thérapeutes femmes expérimentées dans le TPL	Oui	NA	NA	12 semaines	Sélection patients : 3 groupes de 4 mères TPL et 1 groupe de 3 mères TPL. Déroulement séances : 12 séances hebdomadaires basées sur la Thérapie didactique et comportementale. Un sujet par séance : psychoéducation, exercices de pleine conscience, besoins de base d'un enfant, structure et flexibilité, gestion du stress, gestion des conflits, gestion des émotions, le corps, prendre soin de soi.
Teng, J.Y. et coll.	Journal of Affective Disorder	2016	Cas clinique de la prise en charge obstétricale et psychiatrique d'une femme enceinte TPL en crise suicidaire	Individuel	NR	Equipe d'obstétrique, psychiatre, psychologues, experts, équipe de néonatalogie, services de protection de l'enfance	Oui	NA	NA	Du 2 ^e trimestre de grossesse jusqu'à l'accouchement	Sélection patients : une femme enceinte TPL en crise suicidaire. Déroulement séances : hospitalisation en maternité à 29 semaines d'aménorrhée (SA) après une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire et pour menace d'accouchement prématuré (MAP). Evaluation quotidienne par 1 psychiatre pour thérapie de soutien et évaluation quotidienne du risque suicidaire. Prescription de QUETIAPINE pour agitation et insomnie. Puis hospitalisation de la mère en psychiatrie et hospitalisation du bébé 6 semaines en néonatalogie. Après évaluation par 1 psychiatre, 1 travailleur social et 1 service de protection de l'enfance la garde du bébé a été donnée à la grand-mère maternelle. La mère a continué son suivi en psychiatrie, le bébé a démarré un suivi médical devant le risque de trouble du neuro-développement.

Rogers, N. C.	Thèse d'exercice, école de Psychologie, faculté de Santé, Arts et Design, Université de Swinburne de Technologie	2016	Programme « « Mindful Parenting Group Intervention for Mothers with Borderline Personality Disorder Traits (MPG-BPD) » »	Groupe	Trois	Une psychologue clinicienne, deux jeunes diplômés en psychologie	Oui	NA	NA	12 semaines	Sélection patients : mères TPL (diagnostic DSM IV TR ou TPL infraclinique avec 3 ou 4 symptômes) ayant des enfants âgés entre 1 et 10 ans, et qui ne sont pas en période de crise. Déroulement : 12 sessions hebdomadaires de 2 heures : 5 à 20 minutes d'exercices de pleine conscience, débriefing sur la pratique de la pleine conscience, réflexion sur la séance précédente, introduction et discussion autour du sujet de la séance actuelle, pause, introduction de la prochaine séance, 5 à 20 minutes d'exercices de pleine conscience, brève réflexion sur l'exercice, mise en pratique au domicile entre les séances. Les exercices sont adaptés aux difficultés des participantes. NR
Sved Williams, A. et coll.	Australian and New Zealand Journal of Psychiatry	2017	Développement d'un protocole pour les mères TPL hospitalisées dans une unité mère-bébé du sud de l'Australie qui fournit un traitement, une psychoéducation et une planification de sortie appropriée. Développement d'un groupe spécialisé post-hospitalisation, thérapie comportementale dialectique mère-enfant (TDC-ME) pour les mères atteintes de TPL et leurs nourrissons.	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	
Perez, A.	Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy	2018	Cas clinique d'une psychothérapie parent-enfant (PPE)	Individuel	1	Psychothérapeute	Non	1	Un garçon âgé de 2,5 mois	Environ 11 mois	Sélection patients : une dyade dont la mère TPL présente une dépression du postpartum. Déroulement : au cours des premières séances la thérapeute avait du mal à accéder au bébé, ses commentaires étaient ignorés ou rejetés par la mère. Progressivement la thérapeute a placé le bébé au centre de la pièce, entre ses parents : tout en identifiant et en faisant attention au sentiment de rejet de la mère. La thérapeute a identifié et verbalisé les pensées et émotions de la mère et du bébé, ainsi que les siens, pour permettre à la mère de penser, d'abord la thérapeute, puis le bébé, comme des individus différents d'elle, avec des émotions différentes. La mère a progressivement accepté les temps de séparation avec son fils, elle a pu mieux identifier ses émotions et ses besoins propres, et y répondre de manière plus ajustée. A la fin de la PPE les parents et le nourrisson ont été orientés vers un groupe parents-enfants pour continuer un soutien sur le plan psychoéducatif.

Auteur	Revue	Année	Intervention						Cadre	
			Type	Individuel ou Groupe	Thérapeutes		Patients			
					Nombre	Qualification	Mères seules	Dyade mère-bébé Âge et sexe Nombre		Durée
Aylward, P.	International Journal of Integrated Care	2019	Programme The South Australia ACORN : programme de groupe de 15 semaines	Groupe	NR	Plusieurs professionnels dont des psychologues, travailleurs familiaux, thérapeutes via la danse et plusieurs volontaires dont certains sont des anciens bénéficiaires du programme.	NR	NR	15 semaines	Sélection patients : mères avec des troubles mentaux, dont un tiers souffrent d'un TPL, et toutes ont des problèmes pour éduquer leur enfant et des difficultés d'attachement (250 mères bénéficiaires depuis le début du programme). Déroulement séances : programme de groupe de 15 semaines dans toute l'Australie métropolitaine et l'Australie du Sud. Les soins sont pluridisciplinaires et intégrés (thérapie par la danse, lettres thérapeutiques, etc.) avec une équipe pluriprofessionnelle. Objectifs du programme : améliorer le bien-être des participants, améliorer leur relation avec leurs enfants âgés entre 0 et 3 ans, améliorer les interactions mère-enfant pour renforcer la qualité des liens d'attachement, améliorer la confiance, les compétences et le plaisir des parents, améliorer les capacités d'adaptation et de résilience des mères, améliorer le sentiment d'autoefficacité des parents, établir et renforcer les liens sociaux et communautaires. Le programme a réalisé des mesures d'évaluation pré et postintervention, des mesures de suivis semestriels, des groupes de discussion et des entretiens avec les soignants pour analyser l'efficacité du programme.
Florange, J. G. et coll.	Current Psychiatry Report	2019	Description de trois approches thérapeutiques pour les mères souffrant de TPL : « Project Air », « Compétences parentales pour les mères ayant un trouble de la personnalité limite » et programme de Sved Williams.A.E	Groupe et Individuel pour «Project Air »	NR	NR	Oui pour «Project Air » et pour «Comp-pétences parentales pour les mères ayant un trouble de la personnalité limite »	Âge moyen 15,10 mois pour l'étude de Sved Williams.A.E	NR pour «Project Air », 12 semaines pour « Comp-pétences parentales pour les mères ayant un trouble de la personnalité limite ». 24 semaines pour l'étude de Sved Williams.A.E	« Project Air » (McCarthy et coll., 2016) : Sélection patients : mères TPL. Déroulement séances : manuel à destination des professionnels travaillant avec des mères TPL. Les points clés du programme sont : favoriser la sécurité des enfants, apprendre aux parents à comprendre et à répondre aux besoins de l'enfant, élaborer des plans de crise, enseigner des compétences parentales. Des essais cliniques sur ce programme sont encore en cours. « Compétences parentales pour les mères ayant un trouble de la personnalité limite » (Renneberg, B. et coll., 2016) : Sélection patients : mères TPL ayant un enfant âgé entre 0 et 6 ans. Déroulement séances : 12 séances de thérapie de groupe basée sur la Thérapie dialectique et comportementale sur 12 semaines. Programme centré sur la compréhension du comportement parental des mères TPL et de ses conséquences sur l'enfant, programme qui forme les mères aux soins émotionnels et physiques de leur enfant, à la gestion du stress parental, à la gestion des conflits, à la régulation des émotions de l'enfant, à la communication parentale et aux soins de la mère. Étude de Sved Williams, A. E. et coll. de 2018 : Sélection patients : mères TPL. Déroulement séances : 24 séances de thérapie de groupe basée sur la Thérapie dialectique et comportementale sur 24 semaines. Programme qui enseigne les compétences parentales générales, les techniques d'installation du nourrisson, les stratégies d'adaptation au stress, comment lire les signaux émotionnels du nourrisson, modules psychoéducatifs axés sur les besoins de la mère et de l'enfant dans la relation dyadique. Le programme comprend aussi une partie d'exercices avec les nourrissons, les exercices sont pratiqués 15 minutes toutes les séances pour favoriser les interactions positives.

Rosenbach, C. et coll.	http:// refubium. fu-berlin.de	2020	Groupe d'entraînement « Aptitudes parentales pour les mères avec un TPL »	Groupe	2 femmes	Non précisé, mais expérience en TDC recommandée, il faut que les deux soient familières avec le TPL et qu'au moins une des deux ait de l'expérience avec les jeunes enfants	Oui	NA	NA	NR	Sélection patients : 4 à 6 mères TPL ayant des enfants âgés entre 0 et 6 ans, qui s'occupent d'eux au quotidien et pour lesquels il n'y a pas de mise en danger. Déroulement séances : 12 sessions de 2 heures chacune avec 11 modules (TPL et maternité : risques et opportunités, pleine conscience, besoins de base d'un enfant, stress, gestion du stress, structure du quotidien et flexibilité, gestion des conflits, gestion des émotions, l'importance du corps, croyances sur la parentalité, prendre soin de soi), basés sur la TDC et la pleine conscience avec des exercices (jeux de rôles par exemple). Les sessions sont filmées pour permettre une analyse avec les patientes. En parallèle les mères peuvent suivre une thérapie individuelle avec un thérapeute différent (conseillé) ou un des thérapeutes du groupe. Avant le programme chaque mère a une séance individuelle avec les thérapeutes pour explorer leurs motivations, les informer sur le déroulement du programme, sa durée, son cadre et son coût, les informer sur les limites du programme et sur les règles de confidentialité.
Sved Williams, A. et coll.	Archives of Women's Mental Health	2021	Programme « Mother- Infant Dialectical Behavior Therapy (MI-DBT) » (TDC pour mère-nourisson) à l'Institut Helen Mayo House (unité mère-bébé) et dans des Community Children's Center (établissements à but non lucratif de soins précoces et d'éducation pour des enfants âgés entre 1 et 5 ans) en Australie	Groupe	NR	Cliniciens de l'Institut Helen Mayo House et des cliniciens des Community Children's Center	Non	77	Âge moyen 15,3 mois, 36 filles et 41 garçons	25 semaines	Sélection patients : 77 dyades mère-bébé. Déroulement séances : programme MI-DBT adapté de « evidence-based DBT » de Linehan et composé de séances hebdomadaires de 2 heures et demie chacune. La TDC aide les mères à acquérir des compétences en termes de pleine conscience, de tolérance au stress, de régulation émotionnelle et d'efficacité interpersonnelle. Des adaptations au contexte de la maternité sont ajoutées : aider les mères à soutenir l'enfant dans son développement social et émotionnel. Pendant que les mères participent à la séance, leurs enfants sont pris en charge par des professionnels ou des volontaires (à l'Institut Helen Mayo House) ou par des professionnels de la petite enfance (dans les Community Children's Center). Les retrouvailles avec les nourrissons en fin de séance sont organisées autour d'activités qui permettent aux mères de mettre en application ce qu'elles ont appris, notamment sur les ongoïses de séparation. Une batterie d'outils d'évaluation a été administrée avant et pendant l'intervention et les différences de score ont été analysées (test de rang de Wilcoxon)

TABLEAU 2

Efficacité des interventions

(NR : Non renseigné; NA: Non applicable)

Auteur	Revue	Année	Méthode	Intervention					Cadre	Échelles mère-bébé	Résultats			
				Type	Individuel ou Groupe	Thérapeutes	Patients	Durée			Comorbidités	Qualité de vie/ Fonctionnement psychosocial		
Dominguez, S. et coll.	Devenir	2014	Étude d'un cas clinique : au cours du suivi plusieurs échelles sont analysées à différents âges du bébé : MADRS (état dépressif maternel), échelle Brunel-Lézine (développement psychomoteur du bébé), expérience Still-Foxe (étude interaction mère-bébé), analyse qualitative de jeu libre filmé, inspirée de la grille CARE-Index de Crittenden (étude l'évolution de l'interaction) et analyse qualitative des interactions bébé-environnement	Thérapie conjointe mère-bébé et psycho- thérapie individuelle pour la mère seule	Individuel	2	1 psychiatrie et 1 puéricultrice	Psycho- thérapie indivi- duelle par le psychiatrie	Thérapie conjointe par psychiatrie et puéricul- trice	25 mois	Sélection patients : une dyade mère-bébé rencontrée en maternité. Déroulement séances : suivi initié à la maternité, puis visé à domicile (foyer maternel) par les mêmes thérapeutes pendant 4 mois, puis séances hebdomadaires de cothérapie dans un centre de soin public et psychothérapie individuelle pour la mère avec un psychiatrie. Aux 9 mois du bébé, la mère a été hospitalisée pour aggravation d'un syndrome dépressif pendant 10 jours, pendant ce temps le bébé a été gardé à la crèche du foyer maternel et un soutien du père a été organisé. Puis les parents et le bébé ont été installés dans un logement autonome aux 14 mois du bébé. Le suivi a été poursuivi par une unité mobile de psychiatrie périnatale (PPUMMA) pour une thérapie individuelle de la mère une fois tous les 15 jours et poursuite de la cothérapie jusqu'aux 2,5 ans de l'enfant.	Séquences de jeu libre analysées : A 3 mois : manque de sensibilité maternelle, difficultés pour la mère et pour le bébé à se retrouver dans l'interaction; A 9 mois : manque de sensibilité maternelle, distance phy- sique et distance dans l'interaction mère-bébé. Analyse qualitative des interactions bébé-environnement à 25 mois : mère plus sensible et plus disponible pour son bébé, bébé prend un rôle de partenaire actif dans l'interaction.	Pour mesurer l'état dépressif maternel : échelle MADRS à 3, 6 et 10 mois postpartum; et l'augmentation progressive du score (31 à 33 mois, 34 à 36 mois et 37 à 10 mois) ce qui correspond à un EDC sévère.	NR
				Hospitali- sation en unité mère-bébé	Individuel et Groupe	NR	1 psychiatrie et 1 étudiant en psychiatrie pour le diagnostic	Oui	Dyade mère-bébé	22,34 jours (moyenne)	Échelle MPAS pour les mères ayant des enfants de moins de 12 mois : amélioration significative de l'attachement mère-enfant (p = 0,006)	EPDS (résultats disponibles pour 35 mères sur 117 mères de l'échantillon initial) : amélioration significative du score (p < 0,001). BAS (résultats disponibles pour 37 mères sur 117 mères de l'échantillon initial) : amélioration significative du score (p < 0,001). MSI-BPD (résultats disponibles pour 36 mères sur 117 mères de l'échantillon initial) : amélioration significative du score (p = 0,007).	NR	
Yelland, C. et coll.	Austra- lisation Psychiatry	2015	Étude de cohorte prospective : 117 dyades mère-bébé hospitalisées en unité mère-bébé (UMB d'Adélaïde, en Australie du Sud), recrutées sur 18 mois. Possession des échelles EPDS, BAS, MSI-BPD et MPAS à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation, puis comparaison des scores (ttests)		Individuel et Groupe	NR	1 psychiatrie et 1 étudiant en psychiatrie pour le diagnostic	Oui	Dyade mère-bébé	22,34 jours (moyenne)	Sélection patients : 117 dyades mère-bébé avec des mères souffrant de troubles mentaux, dont le TPL. Déroulement séances : hospitalisation en unité mère-bébé (Adélaïde, Australie du Sud). Évaluation diagnostique par un psychiatrie à l'entrée (critères cliniques et DSM-IV) ; confirmation diagnostique à la sortie à l'aide du compte-rendu d'hospitalisation. Pendant le séjour les mères bénéficient de psychothé- rapie individuelle et en groupe, de psychothérapie mère-bébé, du soutien des infirmiers et des autres soignants, si besoin traitement médicamenteux et électro-convulsivothérapie. Les échelles EPDS, BAS, MSI-BPD et MPAS sont remplies par les mères à l'entrée et à la sortie pour évaluer l'efficacité de l'hospitalisation.	Échelle MPAS pour les mères ayant des enfants de moins de 12 mois : amélioration significative de l'attachement mère-enfant (p = 0,006)	EPDS (résultats disponibles pour 35 mères sur 117 mères de l'échantillon initial) : amélioration significative du score (p < 0,001). BAS (résultats disponibles pour 37 mères sur 117 mères de l'échantillon initial) : amélioration significative du score (p < 0,001). MSI-BPD (résultats disponibles pour 36 mères sur 117 mères de l'échantillon initial) : amélioration significative du score (p = 0,007).	NR

Rogers, N. C.	Thèse d'exercice, école de Psychologie, Faculté de Santé, Arts et Design, Université de Swinburne de technologie	2016	Etude de cohorte prospective : recrutement des mères sur deux types de groupes pilotes : 1er groupe pilote : mères recrutées auprès de différents professionnels de santé et établissements (hôpitaux généraux, établissements spécialisés en santé mentale, établissements spécialisés dans le TPL, psychologues libéraux, centres de santé pour les familles, société australienne de psychologie, Mothers with Borderline Personality Disorder Traits) (Melbourne, Australie)	Programme « MPC-BPD » (Mindfulness-Based Parenting Group Intervention for Atchairs with Borderline Personality Disorder Traits)	Groupe	3	1	Oui	Non	12 semaines	Sélection patients: mères TPL (diagnostiqué DSM IV TR ou TPL intracanique avec 3 ou 4 symptômes) ayant des enfants âgés entre 1 et 10 ans, et qui ne sont pas en période de crise. Déroulement séances: 12 sessions hebdomadaires de 2 heures : 5 à 20 minutes d'exercices de pleine conscience, débattant sur la pratique de la pleine conscience, réflexion sur la séance précédente, introduction du discours autour du sujet de la séance actuelle, pause, introduction de la prochaine séance, 5 à 20 minutes d'exercices de pleine conscience, brève réflexion sur l'exercice, mise en pratique au domicile entre les séances. Les exercices sont adaptés aux difficultés des participantes.	Résultats disponibles pour 7 mères : Rogers, N. C. et coll. (2016) évaluent l'efficacité de leur programme via l'échelle PRFQ (Parental Reflective Functioning Questionnaire), (mesure la capacité réflexive de la mère dans l'interaction) : les scores de l'échelle sont mesurés en préprogramme, postprogramme et à 6 mois après. Il y a une diminution significative des sous-échelles dépression et stress entre les mesures pré et postprogramme ; à 6 mois seule la sous-échelle dépression est significativement diminuée comparée aux mesures postprogramme.	NR
Sied Williams, A. et coll.	Archives of Women's Mental Health	2021	Etude de cohorte prospective : recrutement de mères coupes de services impliqués dans le soutien des mères et de leurs enfants (hôpitaux, équipes ambulatoires, médecins généralistes, psychologues et psychiatres libéraux, services de protection de l'enfance). Critères d'inclusion : mères ayant un enfant âgé de moins de 3 ans, et présentant un diagnostic de TPL ou ayant un trouble de la régulation émotionnelle, et pour lesquelles des cliniciens sont inquiets concernant la relation mère-enfant. 11 groupes de M-HBT ont été mis en place entre novembre 2013 et mars 2020 (8 groupes mis en place à l'institut Helen Mayo House (unité mère-bébé) et 3 groupes dans des « Community Children's Centres » (établissements à but non lucratif de soins précoces et d'éducation pour des enfants âgés entre 1 et 5 ans) en Australie. Une batterie d'outils d'évaluation a été administrée avant et après l'intervention et les différences de score ont été analysées (test de rang de Wilcoxon)	Programme « Mother-Infant Dialectical Behavior Therapy (M-IDBT) » (TDC pour mère-nour-ison)	Groupe	NR	Cliniciens de l'institut Helen Mayo House et des cliniciens des Community Children's Center	Non	Dyade mère-bébé	25 semaines	Sélection patients: 77 dyades mère-bébé. Déroulement séances: programme M-HBT adopté de « evidence-based DBT » de Linehan et composé de séances hebdomadaires de 2 heures et demie chacune. La TDC aide les mères à acquies des compétences en termes de pleine-conscience, de tolérance ou stress, de régulation émotionnelle et d'efficacité interpersonnelle. Des adaptations au contexte de la maternité sont ajoutées : aider les mères à soutenir l'enfant dans son développement social et émotionnel. Pendant que les mères participent à la séance, leurs enfants sont pris en charge par des professionnels ou des volontaires (à l'institut Helen Mayo House) ou par des professionnels de la petite enfance (dans les Community Children's Centre). Les retrouvailles avec les nourrissons en fin de séance sont organisées autour d'activités qui permettent aux mères d'apprendre à mettre en application ce qu'elles ont appris, notamment sur les angoisses de séparation. Une batterie d'outils d'évaluation a été administrée avant et pendant l'intervention et les différences de score ont été analysées (test de rang de Wilcoxon)	Toutes les échelles sont significativement augmentées avec une taille d'effet modérée (r compris entre 0,25 et 0,36) : EPDS (p = 0,000), BAI (p = 0,002) et BSI-23 (p = 0,000) améliorés (respectivement p = 0,000, p = 0,006 et p = 0,005). Parental Reflective Functioning Questionnaire (PRFQ) : les scores des sous-échelles « mode de prématernalisation » et « curiosité et intérêt pour les états mentaux » sont significativement augmentés (p = 0,002 et p = 0,000 respectivement) avec une taille d'effet modérée (r = 0,29 et 0,42 respectivement). Parenting Stress Index-Short form (PSI-4SF) : seule la sous-échelle « dysfonctions de l'interaction parent-enfant » est significativement augmentée (p = 0,016) avec une taille d'effet modérée (r = 0,30). Nursing Child Assessment Sérielle Training, Teaching Scale 2nd edition (NCAS2 2nd Ed.) : aucune amélioration significative dans les relations mère-enfant n'est retrouvée.	NR

La formation Projet TANGO : soutenir l'intervention auprès de la clientèle ayant un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse et en CLSC

Lyne Desrosiers^a

Lise Laporte^b

RÉSUMÉ Objectifs Le mode relationnel et les difficultés d'engagement des personnes présentant un trouble de personnalité limite (TPL) peuvent susciter diverses émotions chez le clinicien. L'activation émotionnelle et la fatigue de compassion sont ainsi courantes et peuvent conduire à des interventions contre-productives. Le travail auprès de cette clientèle requiert de pouvoir réguler des émotions négatives et inhiber les comportements qui y sont associés. Or, les processus de ce travail émotionnel sont rarement explicités et encore moins enseignés. La formation Projet TANGO a été élaborée pour aider les cliniciens à modifier leurs réactions émotionnelles et comportementales. Des stratégies de la thérapie dialectique comportementale leur sont enseignées afin qu'ils les utilisent eux-mêmes pour se réguler dans le contexte d'intervention émotionnellement exigeante. Cette étude vise à évaluer les effets de cette formation sur les habiletés et la disposition à intervenir.

Méthode La formation Projet TANGO a été évaluée à partir d'un devis mixte auprès de 184 intervenants travaillant auprès d'adolescent et d'adultes en protection de la jeunesse (PJ) et en CLSC. Des mesures de régulation des émotions, des

- a. Professeure agrégée, département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières; Chercheuse universitaire, Institut universitaire jeunes en difficulté, Québec, Canada.
- b. Psychologue, Programme des troubles de la personnalité, Centre universitaire de santé McGill; Professeure associée, Faculté de médecine, Département de psychiatrie, Université McGill, Québec, Canada.

attitudes envers les personnes ayant un TPL, de la qualité de vie professionnelle et de l'estime de soi en tant que travailleur auprès de cette clientèle ont été effectuées avant, après et 3 mois après la formation. Des groupes de discussion pré et postformation ont permis de documenter les défis de la prise en charge de cette clientèle et d'apprécier les effets plus difficilement quantifiables.

Résultats L'ensemble des mesures prétests montrent des scores plus favorables chez les intervenants PJ comparativement aux cliniciens en CLSC. Les analyses qualitatives suggèrent qu'ils utilisent des stratégies de régulation émotionnelle, telles masquer l'émotion véritable et simuler une autre émotion, lesquelles ont été associées à l'épuisement professionnel. Les cliniciens en CLSC reconnaissent plus aisément les défis émotionnels auprès de cette clientèle. Chez les intervenants PJ, les effets de Projet TANGO sont significatifs pour les variables associées à la disposition à intervenir suggérant des Perceptions et des Attitudes plus positives envers la clientèle ($p = 0,011$, $\eta^2 = 0,160$ et $p = 0,036$, $\eta^2 = 0,120$), plus de Satisfaction par la compassion et une diminution de l'Usure de compassion ($p = 0,001$, $\eta^2 = 0,222$ et $p = 0,002$, $\eta^2 = 0,212$) 3 mois après la formation. Les cliniciens en CLSC ont obtenu des bénéfices sur leurs Perceptions ($p < 0,001$, $\eta^2 = ,168$), leurs Attitudes envers le TPL ($p < 0,001$, $\eta^2 = 0,185$) et leur Satisfaction par la compassion ($p = 0,042$, $\eta^2 = 0,065$) dès la fin de la formation.

Conclusion Cette étude met en évidence que les 2 groupes profitent différemment de la formation. Les résultats suggèrent qu'elle a permis une lecture plus juste des défis de l'intervention chez les intervenants en PJ. En contrepartie, ces dispositions étant préalablement plus présentes chez les cliniciens en CLSC avant la formation, ils semblent avoir bénéficié de la formation pour augmenter leurs habiletés à intervenir.

MOTS CLÉS Trouble de personnalité limite, formation aux cliniciens, thérapie comportementale dialectique, protection de la jeunesse, soins de première ligne

The Project TANGO Training: supporting intervention with clients with borderline personality disorder in youth protection and CLSCs

ABSTRACT Objectives The relational mode and engagement difficulties of individuals with borderline personality disorder (BPD) can elicit a variety of emotions in the clinician. Emotional activation and compassion fatigue are thus common and can lead to counterproductive interventions. Working with this clientele requires the ability to regulate negative emotions and inhibit associated behaviors. However, the processes involved in this emotional work are rarely made explicit and even less taught. The Project TANGO training was developed to help clinicians modify their emotional and behavioral reactions in the context of common complex interventions. Strategies from dialectical behavioral therapy are

taught so that they can use them to self-regulate during emotionally demanding interventions. The purpose of this study is to evaluate the effects of this training on intervention skills and readiness.

Method The Project TANGO training was evaluated using a mixed-methods design with 184 practitioners working with adolescents and adults in youth protection (YP) and CLSC settings. Measures of emotion regulation, attitudes towards people with BPD, quality of professional life and self-esteem as a worker with this clientele were taken before, after and 3 months after the training. Pre- and post-training focus groups were used to document the challenges of working with this clientele and to assess the more difficult to quantify effects.

Results All of the pre-test measures showed more favourable scores for PJ workers than for CLSC clinicians. Qualitative analyses suggest that they use emotional regulation strategies, such as masking the true emotion and simulating another emotion, which have been associated with burnout. Among PJ workers, the effects of Project TANGO were significant for variables associated with readiness to intervene, suggesting more positive Perceptions and Attitudes towards the clientele ($p=0.011$, $\eta^2=0.160$ and $p=0.036$, $\eta^2=0.120$), more Compassion Satisfaction and a decrease in Compassion Weariness ($p=0.001$, $\eta^2=0.222$ and $p=0.002$, $\eta^2=0.212$) three months after the training. CLSC clinicians achieved benefits on their Perceptions ($p<0.001$, $\eta^2=0.168$), Attitudes towards BPD ($p<0.001$, $\eta^2=0.185$) and Satisfaction with Compassion ($p=0.042$, $\eta^2=0.065$) upon completion of the training.

Conclusion This study shows that the two groups benefit differently from the training. The results suggest that the training resulted in a more accurate reading of the challenges of intervention among YP practitioners. On the other hand, since these dispositions were more present among CLSC clinicians before the training, they seem to have benefited from the training to increase their intervention skills.

KEYWORDS borderline personality disorder, training for clinicians, dialectical behavior therapy, youth protection, primary care

Les symptômes du trouble de personnalité limite (TPL), notamment les efforts pour éviter l'abandon, les relations instables et chaotiques, l'intensité émotionnelle et l'impulsivité constituent en eux-mêmes des conditions susceptibles de compliquer l'établissement d'une alliance thérapeutique stable, basée sur la coopération (Linehan et coll., 2000).

Considérés par les professionnels de la santé comme étant parmi les patients les plus « difficiles » (Koekkoek et coll., 2006 ; Sulzer, 2015), les personnes présentant un TPL figurent parmi les clientèles les plus

stigmatisées (Ring et Lawn, 2019), subissant préjugés et rejets de la part des professionnels qui tendent à éprouver peu d'empathie et d'optimisme envers eux (Black et coll., 2011; McGrath et Dowling, 2012; McKenzie et coll., 2022). Sansone et Sansone (2013) soulignent que les professionnels se sentent souvent mal à l'aise, frustrés et manipulés par les patients atteints de TPL. Cette clientèle est reconnue pour mettre à l'épreuve les cliniciens. Les comportements à risque et le mode relationnel de ces patients peuvent susciter diverses émotions chez le clinicien tel colère, anxiété, découragement et impuissance (Bessette, 2010; Bühlmann et coll., 2021; Holmqvist, 2000; McKenzie et coll., 2022). L'activation d'émotions négatives constitue en conséquence une expérience affective courante chez les cliniciens intervenant auprès de cette clientèle (Bourke et Grenyer, 2010; Treloar, 2009b). Or, les manifestations d'hostilité de la clientèle en santé mentale seraient un facteur prédictif de l'épuisement professionnel, du cynisme et du désengagement chez les cliniciens (Bakker et Heuven, 2006). Il est estimé que les 2/3 des intervenants en protection de la jeunesse (PJ) et 40 % à 67 % des cliniciens en santé mentale (Anderson, 2000; Morse et coll., 2012; O'Connor et coll., 2018) présenteraient des signes d'un épuisement professionnel cliniquement significatif. Les interventions auprès de la clientèle présentant un TPL augmenteraient ce risque (Linehan et coll., 2000).

L'activation d'émotions négatives et l'usure de compassion envers la clientèle avec TPL favorisent toutefois les interventions contre-productives (Aviram et coll., 2006; Bessette, 2010). Une enquête auprès de cliniciens révèle que les attitudes défensives envers les patients ayant un TPL sont courantes: 85 % admettent avoir adopté une approche thérapeutique n'étant pas dans le meilleur intérêt du client dans le but de se protéger de répercussions légales (Krawitz et Batcheler, 2006). L'intervention auprès de cette clientèle requiert donc du clinicien qu'il soit particulièrement capable de réguler des émotions négatives et d'inhiber ses réactions afin d'éviter que ses interventions ne soient déterminées par son humeur plutôt que par son cadre théorique. Or, mis à part dans la formation des psychothérapeutes, les processus par lesquels s'effectue ce travail émotionnel sont rarement explicités et encore moins enseignés dans la formation d'un grand nombre de professionnels intervenant auprès de clientèle ayant un TPL.

Se déclinant selon différents formats et contenus, divers programmes visant à modifier les attitudes de professionnels envers les personnes ayant un TPL ont été développés (Attwood et coll., 2021).

Krawitz (2004) a évalué une formation de 2 jours auprès de 418 professionnels œuvrant en santé mentale et en toxicomanie. Celle-ci proposait des connaissances sur le diagnostic, l'étiologie, le pronostic et le traitement, combiné à une discussion des principes d'intervention. Les résultats indiquent que l'optimisme, la confiance et la motivation à aider cette clientèle ainsi que la perception des connaissances et des compétences demeuraient significativement améliorés 6 mois après la formation. Dickens et coll. (2019) ont évalué une formation d'une journée. Celle-ci inclut un volet sur la compréhension biosociale du TPL, ainsi que des échanges avec une personne ayant reçu un diagnostic de TPL. Destinée aux infirmières en santé mentale, cette formation s'est avérée efficace pour induire des changements positifs quant aux attitudes négatives, mais n'a pas eu d'impact sur les perceptions négatives à l'égard de la clientèle présentant un TPL.

Une autre étude visait à vérifier si une brève session de formation de 90 minutes basée sur une conceptualisation neurobiologique du TPL (Porr, 2011) augmenterait les connaissances théoriques, l'empathie et changerait la perception selon laquelle les patients avec un TPL auraient le contrôle de leurs comportements (Clark et coll., 2015). Offerte à 34 professionnels travaillant dans une unité d'hospitalisation, les résultats montrent que la formation a été associée à une augmentation significative des connaissances théoriques sur le TPL et un changement de perspective à l'égard du contrôle des comportements. Cependant, aucun changement au niveau de l'empathie n'a été observé. D'autres études ont vérifié les changements de perceptions des professionnels suivant une formation sur des approches thérapeutiques reconnues auprès des patients ayant un TPL.

Shanks et coll. (2011) ont évalué les changements d'attitudes chez 271 professionnels en santé mentale ayant participé à un atelier d'une journée sur l'intervention de groupe STEPPS (*System Training for Emotion Predictability and Problem Solving*). Leurs résultats montrent que les cliniciens rapportent plus d'empathie à l'égard des patients, une amélioration de leur désir de travailler avec cette clientèle et un plus grand sentiment de compétence pour les traiter. L'effet de la participation à un atelier d'une journée sur l'approche de *Good Psychiatric Management* sur les attitudes vis-à-vis le TPL a également été vérifié auprès de 297 cliniciens de différentes disciplines travaillant auprès d'une clientèle hospitalisée et externe (Keuroghlian et coll., 2016). Les participants ont rapporté une diminution de la propension à éviter ces patients et de l'aversion pour cette clientèle, ainsi qu'une augmentation

de l'optimisme par rapport au pronostic, à l'efficacité des traitements et de leur sentiment de compétence.

Finalement, Treloar (2009a) a comparé les effets de 2 formations basées sur des cadres théoriques différents (thérapie comportementale dialectique et psychanalytique). Celles-ci visaient à modifier les attitudes envers les comportements d'automutilation de patients ayant un TPL. Évaluées auprès de 65 cliniciens travaillant en service externe et en urgence, les résultats suggèrent un changement significatif des attitudes immédiatement après le programme pour les 2 groupes. Cette amélioration demeurerait présente après 6 mois seulement pour les participants exposés au cadre théorique psychanalytique. Outre la formation portant sur les meilleures pratiques, la pleine conscience de ses émotions et la supervision constituent d'autres facteurs de protection contre l'épuisement professionnel (Salloum et coll., 2015). L'enseignement de la pleine conscience a en effet montré des effets positifs sur l'épuisement professionnel, l'épuisement émotionnel, la dépression, l'anxiété et le stress chez des professionnels de première ligne (Fortney et coll., 2013).

Bien que démontrant des effets généralement positifs, les formations recensées misaient essentiellement sur le développement de connaissances pour modifier les perceptions sans proposer d'apprentissage de savoir-faire pour faire face aux interventions émotionnellement exigeantes. De plus, aucune n'a utilisé une approche pédagogique axée sur la pratique. Finalement, la majorité de ces études ont été réalisées auprès de professionnels œuvrant dans un contexte de soins psychiatriques destinés aux adultes, ce qui est peu représentatif des milieux où beaucoup d'adolescents et d'adultes présentant les caractéristiques d'un TPL reçoivent des services au Québec. En effet, outre les consultations en santé mentale, cette clientèle reçoit également des services d'une multitude de professionnels dans différents milieux de soins tels CLSC, milieu scolaire ou PJ (Boucher et Jourdan-Ionescu, 2018; Laporte et coll., 2017). Il est estimé que le tiers des parents en PJ présenteraient un TPL (Laporte et coll., 2017) et 7 % des adolescents hébergés en PJ (MSSSQ, 2007), tandis que les personnes ayant un TPL représentent 10 % de la clientèle en ambulatoire (Chanen et coll., 2008; Gunderson, 2009).

Or, une majorité des professionnels de ces autres milieux rapportent se sentir insuffisamment formés pour offrir des interventions adaptées aux clients ayant un TPL (Boucher, 2019; Laporte et coll., 2014). De plus, seulement 18 % d'entre eux déclarent utiliser des pratiques fondées sur des données probantes (Chagnon et coll., 2010). Les formations

qui leur sont généralement proposées portent essentiellement sur les critères diagnostiques du TPL et les facteurs étiologiques (Centre jeunesse de Montréal Institut universitaire, 2010). Déployées de façon magistrale, ponctuelle et décontextualisée, elles ne permettent pas d'alternance entre l'environnement d'apprentissage et les situations réelles d'intervention. Peu d'enseignements sont ainsi offerts sur le savoir-faire et savoir-être ainsi que sur les habiletés et attitudes d'autogestion, bien que ces éléments soient centraux dans l'intervention auprès de la clientèle présentant un TPL (*National Health and Medical Research Council*, 2012). Or certains principes issus d'approches destinées à cette clientèle pourraient bénéficier aux cliniciens qui en ont la charge.

Considérant que : 1) les émotions négatives à l'égard de la clientèle ayant un TPL peuvent conduire à de l'épuisement professionnel et à des interventions contre-productives déterminées par l'humeur du clinicien ; 2) que les professionnels travaillant en CLSC et en PJ sont fréquemment appelés à intervenir auprès de cette clientèle ; 3) qu'ils se sentent insuffisamment formés pour intervenir ; 4) qu'ils présentent de la détresse au travail, il importe de mieux les habiliter à intervenir auprès des personnes présentant un TPL. La formation Projet TANGO a été élaborée pour soutenir la pratique d'intervenants psychosociaux travaillant auprès d'adolescents ou d'adultes présentant les caractéristiques d'un TPL. Elle vise à modifier leurs perceptions, à leur enseigner des stratégies pour réguler leurs émotions et leurs attitudes en contexte d'intervention difficile. Elle a aussi pour objectif de développer chez les participants des savoir-être et des savoir-faire pour intervenir auprès de la clientèle ayant un TPL à partir des principes de la thérapie dialectique comportementale (TCD). Projet TANGO mise sur l'hypothèse, jamais explorée à notre connaissance, qu'enseigner les stratégies de la TCD aux intervenants pour qu'ils les utilisent eux-mêmes pourrait réduire les interventions contre-productives. Cette étude évalue ainsi les effets de cette formation sur la motivation et les habiletés à intervenir d'intervenants psychosociaux travaillant en PJ et en CLSC.

Description de la formation Projet TANGO

La formation Projet TANGO propose l'apprentissage de stratégies basées sur la TCD, une approche reconnue pour diminuer les comportements problématiques associés aux difficultés de régulation émotionnelle chez les personnes présentant un TPL (Choi-Kain et coll., 2016). Cette approche a été privilégiée puisqu'elle propose plusieurs stratégies

compatibles avec les objectifs: Pleine conscience pour changer les perceptions envers la clientèle, tolérance à la détresse pour diminuer les interventions déterminées par l’humeur et régulation émotionnelle pour effectuer un travail émotionnel. Des stratégies TCD sont ainsi enseignées aux intervenants pour qu’ils apprennent à se réguler dans le contexte d’intervention émotionnellement exigeante (Tableau 1). La visée est que non seulement ils apprendront comment être mieux disposés émotivement pour intervenir, mais ils pourront également intégrer plus facilement cette pratique de pointe à leurs interventions puisqu’ils l’auront expérimentée.

TABLEAU 1
Description de la formation Projet TANGO

	THÈMES	COMPÉTENCES VISÉES	CONTENU
Bloc 1	Changer la perception des clients ayant un TPL pour augmenter la compassion	Comprendre les réactions des personnes ayant un TPL Connaître les enjeux de l'intervention auprès de la clientèle Retrouver de la compassion envers soi et envers le client	• Cinq domaines d'instabilité du TPL • Vulnérabilités émotionnelles et environnements invalidants • Impacts sur le fonctionnement • Enjeux de la relation d'aide
Bloc 2	Diminuer les interventions déterminées par l'humeur Diminuer les interventions impulsives et coercitives	Être en Pleine conscience de ses émotions Apaiser ses émotions Ne pas empirer la situation	• Observer et décrire • STOP • Changer rapidement la chimie de son corps • Stratégie de survies
Bloc 3	Diminuer les blâmes et les interventions moralisatrices ou invalidantes	Valider efficacement pour maintenir une relation de collaboration et diminuer l'activation émotionnelle	• Différencier jugements et faits • Utiliser les faits dans ses interventions • Identifier l'intention noble • Les 6 niveaux de validation • Savoir quand, quoi et comment valider • Doser validation et incitation au changement
Bloc 4	Intervenir en contexte de clivage et de désaccord Intervenir en contexte d'activation émotionnel	Penser dialectiquement pour sortir de l'impasse Changer sa réponse émotionnelle	• Les 3 états d'esprit • Esprit émotionnel et clivage • Comprendre et utiliser la pensée dialectique en intervention • Reconnaître l'urgence d'agir associée à l'émotion • Résolution de problème vs action opposée
Bloc 5	Rester motivé face au client peu engagé, hostile ou lorsque rien ne semble fonctionner Diminuer les comportements et attitudes de rejet	Engager efficacement pour mobiliser le changement Diminuer les comportements interférant avec l'intervention	• Les 5 options face à un problème • Hiérarchie des cibles d'intervention • Faire ce qui est efficace • Stratégies et processus d'engagement • Les comportements du client et de l'intervenant interférant avec l'intervention

Bien que l'apprentissage de la TCD requière au moins 90 heures (DBT *Foundational*, <http://psychwire.com/linehan/dbt-foundational>), par souci de faisabilité un format de 20 heures a été retenu pour tenir compte de la capacité des milieux de libérer les intervenants. Les compétences TCD les plus stratégiques ont été sélectionnées pour atteindre les objectifs de la formation. Cette formation de 20 heures vise à développer les savoir-être et savoir-faire basés sur les meilleures pratiques pour diminuer les interventions dépendantes de l'humeur, l'épuisement et l'usure de compassion, favoriser les perceptions et attitudes positives envers les clients ayant un TPL, ainsi qu'à augmenter la confiance pour intervenir auprès de cette clientèle. La méthode pédagogique de la formation s'appuie sur le modèle de l'apprentissage expérientiel de Kolb (Kolb, 1984). Ainsi, les stratégies enseignées sont expérimentées, puis ces expérimentations sont analysées et réfléchies, pour ensuite être généralisées et transférées aux situations réelles d'intervention. Les stratégies TCD, appliquées à des situations cliniques complexes sont enseignées en groupe (5 blocs x 2,5 h).

Chaque rencontre comporte un exercice de pleine conscience, puis un exposé sur les stratégies TCD, suivi d'exercices et de jeux de rôle. Les participants expérimentent ces stratégies « in vivo » avec leurs clients entre chaque bloc de formation. Ces exercices « in vivo » sont révisés en groupe à la rencontre suivante afin de vérifier la compréhension des stratégies, renforcer leur adoption et favoriser leurs généralisations. Cette alternance entre l'environnement d'apprentissage et les situations réelles d'intervention constitue une condition essentielle à l'acquisition des compétences. Après les 5 blocs de formation, les participants participent à une supervision en groupe (7,5 h). Elle vise à soutenir les participants afin qu'ils utilisent les stratégies TCD pour réguler leurs propres émotions. Les cas discutés concernent les intervenants eux-mêmes et non leurs clients.

Méthode

Devis

Les effets de la formation Projet TANGO ont été évalués à partir d'un devis mixte séquentiel explicatif (volet quantitatif, 3 temps de mesures : T_0 avant la formation, T_1 immédiatement après et T_2 , 3 mois après la formation en contrôlant pour le temps de formation reçu ; volet qualitatif : descriptif qualitatif). Les analyses quantitatives ont d'abord été effectuées,

puis les analyses qualitatives ont permis une interprétation plus approfondie des résultats quantitatifs et également d'apprécier les effets plus difficilement quantifiables (Corbière et Larivière, 2020). L'étude a été conduite au sein d'équipes de centres jeunesse et de CLSC des CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et Mauricie–Centre-du-Québec.

Participants

Une méthode d'échantillonnage par convenance a été utilisée. Les gestionnaires d'équipes psychosociales des CLSC et des centres jeunesse ont inscrit à la formation les professionnels les plus impliqués auprès de la clientèle présentant un TPL. Ces intervenants ont ensuite été sollicités pour participer à la recherche. Ils devaient intervenir auprès d'un adolescent ou d'un adulte présentant minimalement 3 critères diagnostiques du TPL. Des intervenants n'ayant pas reçu la formation ont aussi été sollicités pour répondre aux questionnaires. Au total, 80 intervenants en PJ (55 formés, 25 non formés) et 104 en CLSC (82 formés, 22 non formés) ont participé à l'étude (Tableau 2). Les femmes représentaient 83 % de l'échantillon. L'âge moyen et l'expérience des participants étaient de 38,6 ans et 11,7 ans respectivement. Il n'y avait pas de différence entre les intervenants formés et le groupe non formé avant la formation quant au sexe, à l'âge, au niveau de scolarité et à l'expérience. Les cohortes PJ et CLSC étaient aussi similaires sur ces variables sauf pour l'expérience significativement plus élevée en PJ ($p = 0,007$). Les 2 groupes se distinguaient également à l'égard de la répartition des disciplines professionnelles. Les éducateurs spécialisés étaient plus nombreux en PJ ($p < 0,001$) tandis que les travailleurs sociaux et psychologues représentaient 75,6 % de la cohorte CLSC contre seulement 1,8 % en PJ.

Les scores du groupe formé et du groupe non formé étaient comparables avant la formation pour toutes les variables sauf pour Aisance à interagir de la cohorte PJ ($p = 0,047$). Les questionnaires de 15 participants à T_1 et 47 à T_2 n'ont pu être obtenus en raison d'abandon de la formation ou de l'étude, de changements d'affectation et d'absences maladie. Les participants n'ayant pas répondu à T_1 ont obtenu des scores significativement plus favorables à T_0 aux variables Manque de conscience et de Clarté des émotions et Régulation émotionnelle (total) du EDRS (respectivement $p = 0,020$, $p = 0,025$ et $p = 0,007$) comparativement à ceux ayant répondu, tandis que ceux n'ayant pas répondu à T_2 , présentaient une estime de soi significativement plus élevée à T_0 ($p = 0,004$).

TABLEAU 2

Description de l'échantillon

	Total	Protection de la jeunesse	CLSC	Non Formés
	<i>n</i> (%) <i>n</i> = 184	<i>n</i> (%) <i>n</i> = 55	<i>n</i> (%) <i>n</i> = 82	<i>n</i> (%) <i>n</i> = 47
Sexe				
Femme	152 (82,6)	43 (78,2)	69 (84,1)	40 (85,1)
Homme	32 (18,2)	12 (21,8)	13 (15,9)	7 (14,9)
Scolarité				
Collégial	28 (15,2)	17 (30,9)	2 (2,4)	9 (19,1)
Universitaire	156 (84,8)	38 (69,1)	80 (97,6)	38 (80,9)
Discipline				
Éducateur(trice) spécialisé(e)	80 (43,5)	48 (87,3)	5 (6,1)	27 (57,4)
Travailleur(se) social	48 (26,1)	0 (0)	39 (47,6)	9 (19,1)
Psychologue	33 (17,9)	1 (1,8)	23 (28,0)	9 (19,1)
Psychoéducateur(trice)	20 (10,9)	6 (10,9)	12 (14,6)	2 (4,3)
Autre	3 (2,2)	0 (0)	3 (3,6)	0 (0)
M (E.T.)				
Âge	38,6 (9,0)	38,1 (8,5)	39,1 (9,6)	38,2 (8,6)
Expérience	11,7 (7,7)	12,6 (7,6)	10,4 (7,7)	14,5 (7,7)
Heures de formation	11,8 (7,7)	10,8 (8,4)	13,8 (7,9)	0 (0)

Note: M : moyenne, E.T. : écart-type

Instruments

Deux effets principaux ont été mesurés: Disposition à intervenir et Habiletés à intervenir.

Disposition à intervenir: 3 instruments ont servi à évaluer cet effet.

1) L'Échelle des attitudes des professionnels de la santé envers les personnes présentant un TPL (EA-TPL) évalue les attitudes des intervenants selon 2 dimensions (Imbeau et coll., 2013): Aisance à interagir avec les personnes présentant un TPL ($\alpha = 0,89$)¹ et Perceptions positives du TPL ($\alpha = 0,79$). Le score global représentant les Attitudes envers cette clientèle et la sous-échelle Perception ont été utilisés pour cette variable ($\alpha = 0,64$); 2) L'Échelle de qualité de vie professionnelle

1. Les alphas de Cronbach pour notre échantillon sont indiqués entre parenthèses pour chaque variable.

(ProQOL) a mesuré la Satisfaction par la compassion ($\alpha = 0,89$), l'Épuisement professionnel ($\alpha = 0,71$) et l'Usure de compassion ($\alpha = 0,81$) des participants; 3) L'Échelle d'estime de soi du travailleur ($\alpha = 0,83$) a été adaptée de l'Échelle d'estime de soi de Rosenberg pour la situation des travailleurs par Corbière et Durand (2011). La spécification de «travailleur auprès de personnes ayant un TPL» a été ajoutée aux questions (p. ex. «en tant que travailleur auprès de personnes ayant un trouble de personnalité limite, parfois je me sens vraiment inutile»). Cette échelle a permis d'apprécier la perception des participants quant à leur sentiment de compétence comme clinicien auprès de cette clientèle.

Habiletés à intervenir: La capacité de réguler ses émotions en contexte d'intervention a été mesurée par l'Échelle des difficultés de régulation émotionnelle (EDRS) (Côté et coll., 2013; Ritschel et coll., 2015) selon 6 dimensions: Manque de conscience ($\alpha = 0,72$), de clarté ($\alpha = 0,84$) et d'acceptation ($\alpha = 0,90$) des émotions, Difficulté à contrôler son impulsivité ($\alpha = 0,68$), à s'Engager dans des comportements orientés vers un but lors d'émotions négatives ($\alpha = 0,81$), Accès limité à des stratégies de régulation des émotions ($\alpha = 0,83$) et un score global ($\alpha = 0,85$). Les participants devaient identifier à quelle fréquence chaque énoncé s'appliquait à eux pendant une intervention difficile sur une échelle de Likert à 5 choix. Un résultat élevé indique plus de difficultés à réguler ses émotions. Cet instrument présente d'excellentes qualités psychométriques ($\alpha = 0,94$, $r = 0,88$) pour sa version française (Côté et coll., 2013). La sous-échelle Aisance à interagir avec les personnes présentant un TPL du EA-TPL a également été utilisée pour mesurer cette variable.

Procédures

Les participants ayant reçu la formation Projet TANGO ont répondu à ces questionnaires à 3 reprises: T_0 (préformation), T_1 (après la formation) et T_2 (3 mois après la formation). Volet qualitatif: les intervenants ont participé à 2 groupes de discussion. Lors du groupe de discussion avant la formation, les défis de leur travail auprès de clients ayant un TPL ont été discutés. L'intégration des notions de la formation à leur pratique et leurs impacts sur leurs dispositions et leur motivation à intervenir constituaient les thèmes discutés lors du groupe postformation.

Analyses

Analyses quantitatives : des Khi-deux ont été réalisés pour les variables binaires et des tests t pour échantillons indépendants pour les variables continues afin de comparer les participants formés à ceux n'ayant pas reçu la formation. Des tests de normalité (Shapiro-Wilk) ont été conduits sur chacune des variables. La majorité ne présentant pas une distribution normale, toutes les variables ont donc été standardisées. Des analyses de covariance utilisant un modèle linéaire général univarié ont été utilisées pour évaluer les effets de la formation en contrôlant pour la dose de formation reçue (0 heure, 3 à 9 heures et 9,5 à 20 heures). La linéarisation des paramètres a permis l'utilisation de ce type de modèle général linéaire en permettant une distribution normale de l'erreur (Taylor, 2011). Considérant que seulement 47 participants ont répondu aux trois temps de mesure, les analyses entre 2 temps à la fois ont été privilégiées (T_1-T_0 , T_2-T_0 et T_2-T_1) afin d'avoir suffisamment de données dans chaque groupe. Les analyses ont été effectuées avec SPSS 28 et un seuil $\alpha = 0,05$ a été utilisé pour toutes les analyses.

Analyses qualitatives : les groupes de discussion ont été enregistrés, les verbatim transcrits et importés dans Atlas.ti 8 pour être analysées. Une liste de codes basés sur l'impact de la formation sur les variables quantitatives mesurées, soient les habiletés à intervenir et la disposition à intervenir a été élaborée. Chaque verbatim a été lu et segmenté en unités de sens. Des commentaires analytiques ont ensuite été rédigés pour chacune, afin d'en dégager les points saillants et un code leur a été assigné. Les différentes unités de sens regroupées sous le même code ont été examinées pour en assurer la cohérence. Les codes ont ensuite été comparés entre eux afin de vérifier qu'ils soient mutuellement exclusifs. Ce projet a été approuvé par le comité d'éthique du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

RÉSULTATS

Comparaison avant la formation selon le milieu

Bien que l'étude n'avait pas pour objectif de comparer les effets de la formation selon le milieu, les scores des intervenants PJ au T_0 se sont avérés beaucoup plus favorables que ceux en CLSC (Tableau 3).

TABLEAU 3
Comparaison des participants à T0 selon le milieu de pratique

	CJ M (É.T.)	CLSC M (É.T.)	<i>p</i>	<i>d</i>
DISPOSITION À INTERVENIR				
Perception positive du TPL	71,1 (12,4)	73,5 (12,0)		
Attitude envers TPL	123,6 (21,7)	123,6 (22,1)		
Satisfaction par la compassion	52,1 (10,3)	48,4 (9,5)	0,007	0,4
Épuisement professionnel	46,0 (10,3)	52,7 (9,0)	< 0,001	- 0,7
Usure de compassion	48,1 (8,8)	51,1 (10,4)	0,020	- 0,3
Estime de soi du travailleur	36,7 (3,4)	31,9 (5,0)	< 0,001	1,2
HABILETÉ À INTERVENIR				
Manque de conscience des émotions	11,7 (3,3)	13,6 (3,5)	< 0,001	- 0,5
Manque de clarté des émotions	7,8 (2,9)	10,8 (3,0)	< 0,001	- 1,0
Manque d'acceptation des émotions	9,2 (3,3)	11,5 (5,0)	< 0,001	- 0,5
Difficulté à contrôler impulsivité	7,5 (1,6)	8,5 (2,6)	0,002	- 0,5
Difficulté à s'engager dans des comportements orientés vers un but	8,6 (2,5)	11,4 (4,0)	< 0,001	- 0,8
Accès limité à des stratégies	10,1 (2,2)	12,8 (4,5)	< 0,001	- 0,8
Régulation émotionnelle (total) (EDRS)	57,5 (10,4)	70,7 (16,4)	< 0,001	- 0,9
Aisance à interagir	52,1 (13,3)	50,1 (13,5)		

Note: M: moyenne, E.T.: écart-type, *p*: valeur *p*, *d* de Cohen pour le test *t* de student.

Les différences au EDRS se démarquent notamment, suggérant de meilleures habiletés de régulation chez le groupe PJ. Les analyses qualitatives évoquent en contraste une perspective plus nuancée, suggérant davantage de difficultés que rapportées au questionnaire. Cette intervenante PJ évoque comment elle régule ses émotions face à l’hostilité de la clientèle:

«Quand je vois de l’agressivité chez les filles, ou si elles m’envoient promener, je vais avoir l’air envahie, mais en fait ça ne m’atteint pas du tout!»,

Contrastant avec les résultats quantitatifs indiquant des scores favorables aux sous-échelles; Manque de conscience et Manque d’acceptation des émotions, ces propos illustrent des difficultés dans ces habiletés à intervenir.

Les intervenants PJ évoquent également de quelle façon l’expression de leurs émotions est perçue dans leur établissement. Cette participante en témoigne:

« Ils vont dire que c'est parce qu'on est en réaction et qu'il n'y a pas de distance... C'est toujours négatif malgré qu'on soit très posée. Ça reste que la réaction est une chose négative, c'est comme si on ne pouvait pas avoir de réaction. On n'a pas grande marge de manœuvre. »

Les cliniciens en CLSC témoignent quant à eux de moins de difficultés à avoir conscience de leurs émotions et à les accepter dans le contexte d'intervention difficile :

« Les rendez-vous, avant les vacances... je pense qu'ils viennent nous chercher encore plus dans ces moments-là. Ils sont tellement branchés intraveineux, comme je le dis souvent, que tu te dis : voyons, comment ça se fait qu'elle le sent que je suis.... Quand tu sens que ça monte, tu te dis : bon là, ça monte trop. »

Cette autre donnée qualitative contraste également avec les scores élevés à l'échelle de Satisfaction par la compassion retrouvée chez les intervenants PJ :

« Je ne peux pas être touché par tout ce qu'ils me disent et tout ce qu'ils font, sinon comment je ferais mon travail ! »

Bien que les intervenants PJ rapportent disposer de stratégies efficaces dans les questionnaires, ceux-ci reconnaissent qu'ils se sentent démunis pour réguler leur émotion au travail :

« Lorsque je me fais agresser par une adolescente, je dois retourner au travail le lendemain... Ça fait partie de la job ! Mais dans la vraie vie, si quelqu'un m'attaque, cette personne n'aurait plus de droit d'être en contact avec moi. Comment est-ce que je suis censée réagir ? »

Sur le plan de la qualité de vie au travail et de leur confiance en leur capacité, les intervenants PJ se démarquent également des cliniciens en CLSC en rapportant significativement plus d'Estime de soi comme travailleur, ainsi que moins d'Épuisement professionnel et d'Usure de compassion. Or, les cliniciens en CLSC dévoilent davantage leur Usure de compassion et leurs doutes et dans le contexte de discussion de groupe comme en témoigne ces deux extraits :

« Si tu es le bon, l'empathie ne s'use pas, mais si tu es la méchante elle diminue assez vite. »

« Ça demande une confiance en soi assez importante et je pense que ces jeunes-là viennent ébranler la confiance qu'on a en nous parce que justement on se remet en question. C'tu moi qui n'est pas correct ? C'tu moi qui n'ai pas fait la bonne intervention ? C'tu moi qui suis trop sévère ? »

TABLEAU 4
Effets de la formation

	Protection de la jeunesse						CLSC					
	T_1-T_0 $n = 70$			T_2-T_0 $n = 56$			T_1-T_0 $n = 99$			T_2-T_0 $n = 81$		
	F (ddl)	p	η_p^2	F (ddl)	p	η_p^2	F (ddl)	p	η_p^2	F (ddl)	p	η_p^2
DISPOSITION À INTERVENIR												
Perception positive du TPL	0,175 (2)			4,956 (2)	0,011	0,160	9,610 (2)	< 0,001	0,168	5,207 (2)	0,008	0,119
Attitude envers TPL	0,124 (2)			3,559 (2)	0,036	0,120	10,77 (2)	< 0,001	0,185	5,25 (2)	0,007	0,120
Satisfaction par la compassion	0,787 (2)			7,432 (2)	0,001	0,222	3,279 (2)	0,042	0,065	1,004 (2)		
Épuisement professionnel	0,640 (2)			4,792 (2) †	0,012	0,156	1,457 (2)			0,446 (2)		
Usure de compassion	3,595 (2)	0,033	0,098	6,868 (2)	0,002	0,212	0,918 (2)			0,931 (2)		
Estime de soi du travailleur	1,110 (2)			0,242 (2)			0,352 (2)			0,389 (2)		
HABILITÉS À INTERVENIR												
Manque de conscience des émotions	0,526 (2)			0,077 (2)			4,116 (2)	0,019	0,080	3,364 (2)	0,040	0,080
Manque de clarté des émotions	0,113 (2)			0,180 (2)			0,891 (2)			0,641 (2)		
Manque d'acceptation des émotions	0,784 (2)			0,199 (2)			0,213 (2)			1,116 (2)		
Difficulté à contrôler impulsivité	0,623 (2)			0,461 (2)			0,069 (2)			1,033 (2)		
Difficulté à s'engager vers un but	0,161 (2)			0,763 (2)			0,421 (2)			0,731 (2)		
Accès limité à des stratégies	3,356 (2) †	0,041	0,092	2,202 (2)			0,540 (2)			1,777 (2)		
Régulation émotionnelle (total EDRS)	0,324 (2)			0,536 (2)			0,468 (2)			2,018 (2)		
Aisance à interagir	0,153 (2)			1,934 (2)			5,236 (2)	0,007	0,099	2,799 (2)		

Note. La taille de l'effet est indiquée par η_p^2 = éta-carré partiel (où 0,01 correspond à un petit effet de taille, 0,06 à un effet moyen et 0,14 et plus à un grand effet de taille)

Effet de la formation

Considérant les différences entre les 2 milieux au prétest, les effets de la formation ont été analysés séparément. Seuls les résultats pour les effets $T_0 - T_1$ et $T_0 - T_2$ sont rapportés puisqu'aucun ne s'est avéré significatif entre T_1 et T_2 . Les intervenants PJ ont participé à une moyenne de 10,8 heures de formation (étendue: 0-20, É.T. = 8,4), et les cliniciens en CLSC à 13,8 heures (étendue: 0-20, É.T. = 7,9). Les résultats sur les effets de la formation sont présentés dans le Tableau 4.

Disposition à intervenir

Les changements sur les Perceptions positives et les Attitudes envers les personnes ayant un TPL sont significatifs chez les cliniciens en CLSC à T_1 ($\eta_p^2 = 0,17$) et chez les 2 groupes 3 mois après la formation avec des

tailles d'effet de 0,16 en PJ et 0,12 pour les participants du CLSC. Des changements significatifs sont observés à l'égard de la Satisfaction par la compassion et de l'Épuisement professionnel chez les intervenants PJ, 3 mois après la formation. L'épuisement professionnel est toutefois marqué par une aggravation après la formation dans ce groupe. L'Usure de compassion a décliné graduellement à chaque temps de mesure avec des tailles d'effet allant en s'accroissant dans ce groupe ($\eta_p^2 = 0,1$ à $0,2$).

Les données qualitatives convergent avec les effets de la formation pour augmenter la satisfaction par la compassion comme en témoigne cet intervenant PJ :

« Trouver l'intention noble [aux comportements problématiques] nous a aidés à avoir une autre attitude envers les adolescentes, ça aide pour la compassion ! »

Les intervenants soulignent également que les stratégies apprises les ont aidées à diminuer leur épuisement et l'Usure de compassion :

« J'ai justement le jeune en tête. Quand je le valide, au lieu de passer une demi-heure ou une heure avec lui, c'est cinq à dix minutes. C'est sûr que moi ça me tire bien moins d'énergie pis bien moins de jus. »

La Satisfaction par la compassion a augmenté à T_1 chez les cliniciens en CLSC, mais cet effet n'est plus significatif 3 mois après la formation.

Habiletés à intervenir

Les analyses indiquent des changements après la formation chez les intervenants PJ à T_1 pour la variable Accès limité à des stratégies de régulation uniquement. Ceux-ci témoignent néanmoins de leur perception que la formation a amenée des changements positifs sur leurs habiletés à intervenir. Questionnée sur les changements effectués dans sa pratique, cette participante rapporte être davantage attentive à son état intérieur lorsqu'elle intervient :

« C'est de rester en pleine conscience de ce que je sens, de ce que dis, de ce que je fais et pourquoi je le fais ! »

Leurs propos font également état d'une conscience accrue de leurs émotions négatives en contexte d'intervention difficile et leur capacité de centrer leurs interventions sur les besoins de la clientèle plutôt qu'en réaction à leurs émotions :

« La formation nous a aidés à prendre conscience que certaines de nos interventions étaient dépendantes de notre humeur, à prendre un temps d'arrêt nécessaire pour s'arrêter soi, mais aussi pour réfléchir à la meilleure chose à faire et à comment on se sent dans la situation et pourquoi. »

Plus spécifiquement, cette participante PJ explique qu'elle utilise une stratégie TCD pour se réguler en contexte d'intervention, témoignant aussi d'une plus grande conscience, et d'un plus grand accès à des stratégies de régulation :

« Le stop, le point de rupture. Des fois, on a de la difficulté à se l'avouer ou à le voir tout simplement, on y prête un peu plus attention on est capable de comprendre ce qui se passe, on est capable de mettre un mot là-dessus ne serait-ce que prendre une distance. »

Les cliniciens en CLSC ont quant à eux, vu une diminution significative du Manque de conscience des émotions à T_1 et 3 mois après la formation et une plus grande aisance à interagir immédiatement après la formation.

Les données qualitatives traduisent plus généralement une prise de conscience à l'égard des défis que pose l'intervention comme le décrivent ces intervenants en PJ :

« Je me sens mieux équipé, mais ce n'est pas plus facile. »

Et en CLSC :

« Je me sens plus compétent, je suis plus allumé sur plein d'affaires. Plus compétent nécessairement, mais pas encore assez. »

DISCUSSION

Cette recherche visait à évaluer les effets de la formation Projet TANGO sur les habiletés et la disposition à intervenir auprès d'adolescents et d'adultes ayant un TPL chez les intervenants en PJ et de cliniciens en CLSC. Son format, en termes de durée, de contenu et de visée se distingue des autres formations recensées. Bien que la formation visait aussi à diminuer les perceptions négatives envers la clientèle présentant un TPL, elle avait l'ambition supplémentaire de développer des compétences pour améliorer la disposition et les habiletés à intervenir. S'inspirant de paradigmes de l'apprentissage, qui privilégient la maîtrise de compétences à intervenir plutôt que l'acquisition de connaissances

(Boucher et Ste-Marie, 2013), elle nécessitait la succession d'activités d'appropriation et de mises en pratique permettant l'interaction entre le contenu et l'expérience. Des temps d'expérimentation, des retours sur l'utilisation des stratégies *in vivo* entre les blocs de formation exigeaient un nombre d'heures élevé.

Différences des milieux avant la formation

Les résultats au prétest chez les intervenants en PJ nécessitent d'abord d'être soulevés puisqu'ils doivent être considérés pour apprécier les effets de la formation dans ce groupe. En effet, les réponses sur l'ensemble des variables de toutes les échelles se sont avérées très favorables, laissant ainsi très peu de marge pour mesurer des changements postformation. Leurs scores aux EDRS, au ProQOL et à l'estime de soi du travailleur se démarquent très nettement de ceux rapportés dans d'autres études auprès d'intervenants en PJ ou d'autres cliniciens travaillant auprès de clientèles difficiles (Baugerud et coll., 2018; Eastwood et Ecklund, 2008; Imbeau et coll., 2014; Stamm, 2005; Tull et coll., 2007). Ces résultats sont d'autant plus surprenants que les participants devaient se référer aux interventions les plus exigeantes. Il est possible que les participants PJ recrutés étaient particulièrement habiles pour réguler leurs émotions et dans de bonnes dispositions pour intervenir avec cette clientèle. Cette hypothèse apparaît toutefois difficile à soutenir dans le contexte où la formation a été sollicitée par les milieux en raison de l'épuisement et du manque d'outils des intervenants. De plus, les données sur la santé psychologique des travailleurs québécois en PJ témoignent plutôt de leur détresse et de leur épuisement (Laurent et coll., 2020; Lemire Auclair, 2017).

Une deuxième explication pourrait relever de la culture du milieu de travail à l'égard de l'acceptabilité du dévoilement d'émotions négatives envers la clientèle et les défis de l'intervention. Les propos des intervenants PJ à l'effet que l'expression d'émotion est jugée comme une indication de leurs difficultés à faire leur travail pourraient appuyer cette hypothèse. Leurs réponses aux questionnaires pourraient refléter une présentation stratégique de soi. Selon Grandey, Foo, Groth et Goodwin (Grandey et coll., 2012), les collectifs de travail élaborent des conventions sur la façon dont les membres doivent exprimer leurs sentiments, créant ainsi des normes propres à leur groupe. Ce processus par lequel le clinicien s'efforce de modifier l'intensité ou la qualité d'un sentiment afin d'afficher les attitudes et les émotions socialement

désirables et prescrites dans le cadre de la relation d'aide a été décrit par Hochschild (2003) et identifié par le concept de travail émotionnel. Deux processus sont décrits pour effectuer celui-ci, soit le jeu en surface et le jeu en profondeur. Le premier survient lorsque la personne modifie ou contrôle l'expression de son émotion sans modifier ses émotions sous-jacentes (Kammeyer-Mueller et coll., 2013). Le manque d'authenticité de ce processus où l'expression ne correspond pas aux émotions ressenties s'avère exigeant en termes de ressources affectives et a été associé à l'épuisement chez les professionnels en relation d'aide (Grandey et coll., 2012). Ces chercheurs ont également démontré que les travailleurs subissant davantage de mauvais traitements des clients sont plus susceptibles de réguler leurs émotions par le jeu en surface, c'est-à-dire les cacher ou simuler un autre sentiment.

Les résultats au prétest témoigneraient peut-être d'une telle culture organisationnelle, peu favorable à l'expression des difficultés ressenties par les intervenants. La présidente de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, Régine Laurent, a déjà soulevé ce phénomène (Pontbriand, 2019). Il se pourrait que les règles de sentiment qui prévalent en PJ prescrivent davantage de retenue quant au dévoilement de difficultés à faire son travail, d'émotions négatives envers la clientèle ou de son épuisement comparativement au contexte des CLSC. Cette tendance s'est aussi traduite par le peu d'exemples d'interventions moins réussies abordés lors des groupes de discussion avant la formation.

Effet de la formation

Les effets de la formation apparaissent légèrement différents dans les 2 groupes. Les différences marquées entre les 2 cohortes en termes de niveau de scolarité et de disciplines professionnelles pourraient expliquer cette disparité. Les intervenants PJ étaient beaucoup moins nombreux à détenir une scolarité universitaire. Il est possible que le contenu de la formation soit plus adapté aux professionnels ayant ce niveau de formation. Les travailleurs sociaux et psychologues représentent également moins de 2 % de l'échantillon en PJ, comparativement à 75 % en CLSC. Les notions de la formation étant dérivées d'une approche psychothérapeutique, le groupe CLSC pourrait s'être approprié le contenu plus facilement.

Aucun effet n'a été mis en évidence entre la fin de la formation et 3 mois après. Cela pourrait suggérer que les changements s'étant

maintenus à T_2 sont obtenus dès la fin de la formation et demeurent relativement stables par la suite.

Dispositions à intervenir

Nos résultats suggèrent que les effets sont plus marqués pour la disposition à intervenir. À l'instar d'autres programmes plus courts (Clark et coll., 2015; Shanks et coll., 2011), Projet TANGO a eu un impact favorable sur les perceptions et les attitudes envers la clientèle présentant un TPL dans les 2 groupes avec de larges tailles d'effet. Ce résultat pourrait suggérer que ces changements surviennent tôt dans la formation et qu'ils ont tendance à se maintenir.

Aucun des groupes n'a montré de changements quant à l'Estime de soi du travailleur, contrairement aux formations de Shank (2011) et Keuroghlian (2016). Ces recherches ont toutefois mesuré les effets sur du sentiment de compétence dans le cadre de formation visant à outiller les participants pour utiliser une approche thérapeutique. Il est probable que ces nouvelles stratégies d'intervention pouvaient augmenter leur confiance, alors que l'objectif premier de Projet TANGO n'était pas d'enseigner les stratégies TCD pour les utiliser avec la clientèle.

Les variables associées à la qualité de vie au travail (ProQol) se sont toutes avérées significatives pour les intervenants PJ, 3 mois après la formation. Les effets favorables quant à la Satisfaction par la compassion et l'Usure de compassion pourraient suggérer que les changements de perceptions protègent les intervenants lorsque l'intervention se prolonge. Par ailleurs, le changement à l'Épuisement professionnel va plutôt dans le sens d'une aggravation. Le changement de perception de la clientèle ne semble pas avoir d'impact sur l'état d'épuisement des intervenants. Ce résultat, allant à l'encontre de l'effet espéré pourrait indiquer que la formation a peu d'impact sur ce phénomène et que ce sont plutôt des facteurs organisationnels, tels pénurie de main-d'œuvre, roulement et désengagement du personnel et organisation du travail qui seraient en cause. Différents facteurs organisationnels comme le sentiment de cohérence entre ses valeurs et celles actualisées dans son travail et le désengagement ont été associés à plus d'épuisement chez les travailleurs en PJ et les professionnels de la santé (Anderson, 2000; Grandey et coll., 2012; Kind et coll., 2020; Yang et Hayes, 2020).

Habiletés à intervenir

Nos résultats quantitatifs suggèrent que les cliniciens en CLSC ont davantage bénéficié de la formation quant à leurs habiletés à intervenir, bien que sur un nombre restreint de variables. Les tailles d'effets quant à la conscience des émotions se sont maintenues 3 mois après la formation, suggérant que ce changement pourrait être plus durable contrairement à l'aisance à intervenir, significatif uniquement à T_1 . Ce groupe pourrait avoir été plus sensibilisé à l'observation de leur état émotionnel lors de leur formation professionnelle. En revanche, l'aisance à intervenir repose davantage sur le sentiment d'avoir les compétences pour intervenir. Cette perception pourrait avoir été plus élevée immédiatement après la formation, s'étayant sur l'enthousiasme des participants. Elle pourrait avoir décliné dans les mois suivant la formation en raison de la mise à l'épreuve de ces nouvelles notions dans la réalité de leur pratique.

La variable Accès limité à des stratégies de régulation a augmenté significativement chez les intervenants PJ suggérant un résultat défavorable de la formation. Les données qualitatives indiquent toutefois une évolution plus positive de cette compétence. Il est possible que la formation ait eu comme impact de sensibiliser ces participants aux défis de l'intervention les conduisant à faire une lecture plus juste de leur utilisation de stratégies de régulation émotionnelle. Aucun autre changement quantitatif n'a pu être mesuré quant à la régulation des émotions chez les intervenants PJ. Il est plausible que les scores favorables avant la formation n'aient pas permis de mesurer d'écarts suffisants avec les mesures postformations pour être détectées. Leur expérience subjective d'effets positifs a néanmoins été mise en évidence lors des discussions postformation. En effet, les intervenants PJ ont illustré des effets sur la régulation de leurs émotions et leur aisance à interagir par plusieurs exemples. Il est possible que le fait de ressentir et d'exprimer des émotions négatives envers la clientèle ainsi que de pouvoir les dévoiler soit devenu plus admissible suite aux échanges entre pairs sur les défis de l'intervention, les retours sur l'expérimentation des stratégies *in vivo* et la supervision où les participants ont exposé leurs bons et moins bons coups devant leurs collègues. Les données qualitatives mettraient possiblement en lumière un travail émotionnel plus en profondeur après la formation. Cet effet de la formation Projet TANGO est important puisqu'un climat d'authenticité permettant d'exprimer les émotions entre collègues constituerait un

facteur de protection contre l'épuisement et permettrait le ressourcement (Grandey et coll., 2012).

Les intervenants PJ ont également reçu moins d'heures de formation ce qui pourrait expliquer les moindres effets sur leurs habiletés à intervenir. Ceux-ci ont été nombreux à ne pas compléter la formation en raison de changement d'affection et d'absence maladie. Ces circonstances pourraient traduire davantage de détresse et d'insatisfaction par rapport à leur travail en général. Par ailleurs, l'examen des scores des participants n'ayant pas rempli les questionnaires post-formation n'indiquait pas plus d'Épuisement professionnel et d'Usure de compassion. Ceux-ci avaient cependant des scores beaucoup plus favorables aux échelles de régulation émotionnelle. Cela pourrait suggérer qu'ils utilisaient davantage de stratégies non productives comme le jeu en surface. Il est ainsi possible que la confrontation à ce mécanisme de régulation ait eu un effet adverse chez eux et qu'ils aient quitté la formation pour cette raison.

Forces et limites

Cette recherche met en évidence certaines limites quant à l'utilisation de mesures quantitatives auto rapportées pour apprécier les processus sous-jacents au travail émotionnel dans un contexte organisationnel qui favorise peu le dévoilement des difficultés. Cette limite aurait pu être atténuée par une présentation normalisant les difficultés inhérentes à la prise en charge des personnes ayant un TPL avant les mesures prétests. Le partage des expériences lors des supervisions et l'entrevue de groupe post-formation semblent avoir faciliter l'expression des difficultés rencontrées et d'ainsi atténuer cette limite. La convergence d'indices provenant de plusieurs sources de données de ce devis mixte a permis une interprétation plus approfondie des résultats. Également, le fait que ce sont les gestionnaires qui ont inscrit les participants à la formation peut avoir eu un impact sur la qualité de l'engagement de certains participants et atténuer les effets de la formation sur leur pratique. La durée de la formation Projet TANGO est significativement plus élevée que la plupart des formations recensées. L'attrition pourrait avoir été aggravée par ce format. Les groupes ayant connu le plus grand nombre d'abandons étaient ceux où les 20 heures avaient été étalées sur un plus grand nombre de semaines. Finalement, les 3 dernières (une PJ et deux CLSC) cohortes ont été formées à l'automne 2020 durant la pandémie. Ces participants ont reçu Projet TANGO dans un auditorium, soit un

environnement moins convivial pour les échanges. Ces circonstances pourraient avoir affecté leurs apprentissages.

Conclusion

Les résultats de cette étude suggèrent que les participants ont bénéficié de la formation Projet TANGO pour améliorer leurs dispositions à intervenir. Ils ont modifié significativement leurs perceptions et leurs attitudes envers la clientèle présentant un TPL. Ce résultat constitue en soi une contribution potentielle à la diminution de la stigmatisation de la clientèle ayant un TPL. Ces effets sont particulièrement marqués chez les intervenants PJ en regard du plaisir et de la souffrance au travail associés à la clientèle. Ceux-ci éprouvent plus de satisfaction à être en relation avec ces clients et leur Usure de compassion a été diminuée. Les effets sur les habiletés à intervenir s'avèrent toutefois plus modestes. Les cliniciens en CLSC ont démontré une amélioration de leur conscience émotionnelle, favorisant possiblement la prévention d'interventions déterminées par l'humeur et une plus grande aisance à interagir avec cette clientèle. Les résultats sont en contraste très minimes chez les intervenants PJ. La façon de présenter les notions à ce groupe pourrait être adaptée et comporter davantage d'expérimentation des stratégies de régulation émotionnelle. Les différences d'effets obtenus dans les 2 groupes suggèrent que la formation Projet TANGO devrait être adaptée selon le contexte d'intervention des participants.

RÉFÉRENCES

- Anderson, D. G. (2000). Coping strategies and burnout among veteran child protection workers. *Child Abuse et Neglect*, 24(6), 839-848. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00143-5](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00143-5)
- Attwood, J., Wilkinson-Tough, M., Lambe, S. et Draper, E. (2021). Improving attitudes towards personality disorder: Is training for health and social care professionals Effective? *J Pers Disord*, 35(3), 409-S404. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_458
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S. et Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review Of Psychiatry*, 14(5), 249-256. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16990170&site=ehost-live>
- Bakker, A. B. et Heuven, E. (2006). Emotional dissonance, burnout, and in-role performance among nurses and police Officers. *International Journal of Stress Management*, 13(4), 423-440. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.13.4.423>

- Baugerud, G. A., Vangbaek, S. et Melinder, A. (2018). Secondary traumatic stress, burnout and compassion satisfaction among Norwegian child protection workers: Protective and risk factors. *British Journal of Social Work*, 48(1), 215-235.
- Bessette, M. (2010). Psychothérapie des troubles de la personnalité: quand l'impasse n'est pas du côté du client. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 87-116. <http://id.erudit.org/iderudit/1000555ar>
- Black, D. W., Pfohl, B., Blum, N., McCormick, B., Allen, J., North, C. S., Phillips, K. A., Robins, C., Siever, L., Silk, K. R., Williams, J. B. et Zimmerman, M. (2011). Attitudes toward borderline personality disorder: a survey of 706 mental health clinicians. *CNS Spectrums*, 16(3), 67-74. <https://doi.org/10.1017/S109285291200020X>
- Boucher, A. et Ste-Marie, L. G. (2013). *Pour un cursus d'études médicales axées sur les compétences*. Les Presses du CPASS, Université de Montréal.
- Boucher, N. (2019). *Enfant dont un parent présente un trouble de personnalité limite: besoins et modes de soutien des professionnels de première ligne*. Thèse de Doctorat, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Boucher, N. et Jourdan-Ionescu, C. (2018). Portrait tracé par des professionnels d'enfants et de leurs parents présentant un trouble de la personnalité limite. *Revue québécoise de psychologie*, 39(2), 65-92.
- Bourke, M. E. et Grenyer, B. F. (2010, Nov). Psychotherapists' response to borderline personality disorder: a core conflictual relationship theme analysis. *Psychotherapy Research*, 20(6), 680-691. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.504242>
- Bühlmann, V., Schluter-Muller, S., Furer, L., Steppan, M., Birkholzer, M., Schmeck, K., Koenig, J., Kaess, M. et Zimmermann, R. (2021, Nov). Therapists' emotional state after sessions in which suicidality is addressed: need for improved management of suicidal tendencies in patients with borderline personality pathology. *BMC psychiatry*, 21(1), 590. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03549-9>
- Centre jeunesse de Montréal Institut universitaire. (2010). *Guide de soutien à la pratique en santé mentale pour les jeunes de 12-18 ans*. Centre jeunesse de Montréal Institut universitaire.
- Chagnon, F., Pouliot, L., Malo, C., Gervais, M.-J. et Pigeon, M.-È. (2010). Comparison of determinants of research knowledge utilization by practitioners and administrators in the field of child and family social services. *Implementation Science*, 5(41), 1-12. <https://link.springer.com/article/10.1186/1748-5908-5-41#citeas>
- Chanen, A. M., Jovev, M., Djaja, D., McDougall, E., Yuen, H. P., Rawlings, D. et Jackson, H. J. (2008). Screening for borderline personality disorder in outpatient youth. *J Personal Disord*, 22(4), 353-364. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18684049
- Choi-Kain, L. W., Albert, E. B. et Gunderson, J. G. (2016). Evidence-Based Treatments for Borderline Personality Disorder: Implementation, Integration, and Stepped Care. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(5), 342-356. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000113>
- Clark, C. J., Fox, E. et Long, C. G. (2015). Can teaching staff about the neurobiological underpinnings of borderline personality disorder instigate attitudinal change? *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 11(1), 43-51. <https://doi.org/10.1017/S1742646414000132>

- Corbière, M. et Durand, M.-J. (2011). *Du trouble mental à l'incapacité au travail: une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'interventions*. Presses de l'Université du Québec.
- Corbière, M. et Larivière, N. (2020). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes, 2^e édition: Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. PUQ.
- Côté, G., Gosselin, P. et Dagenais, I. (2013). Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions: propriétés psychométriques d'une version francophone du Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 23, 63-72.
- Eastwood, C. et Ecklund, K. (2008). Compassion fatigue risk and self-Ccare practices among residential treatment center childcare workers. *Treatment for Children & Youth*, 25(2), 103-122.
- Fortney, L., Luchterhand, C., Zakletskaia, L., Zgierska, A. et Rakel, D. (2013). Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: a pilot study. *Annals of Family Medicine*, 11(5), 412-420. <https://doi.org/10.1370/afm.1511>
- Grandey, A., Foo, S. C., Groth, M. et Goodwin, R. E. (2012). Free to be you and me: a climate of authenticity alleviates burnout from emotional labor [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Occup Health Psychol*, 17(1), 1-14. <https://doi.org/10.1037/a0025102>
- Gunderson, J. G. (2009). Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. . *American Journal of Psychiatry*, 166(5), 530-539.
- Hochschild, A. R. (2003). Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale. *Travailler*, 9(1), 19-49. https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=TRAV_009_0019
- Holmqvist, R. (2000, May). Staff feelings and patient diagnosis. *Can J Psychiatry*, 45(4), 349-356. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&b=PubMed&dopt=Citation&list_uids=10813068
- Imbeau, D., Bouchard, S., Terradas, M. M., Simard, V., Stip, E., Caron, J., Fleury, M.-J. et Delorme, A. (2014). Attitudes des médecins omnipraticiens et des résidents en médecine familiale à l'endroit des personnes souffrant d'un trouble de personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 273-289.
- Imbeau, D., Bouchard, S., Terradas, M. M. et Villeneuve, E. (2013). Échelle d'attitudes à l'égard des personnes présentant un trouble de personnalité limite: structure factorielle et validation préliminaire. *Annales médico-psychologiques*. <https://doi.org/10.1016/j.jamp.2012.10.017>
- Kammeyer-Mueller, J. D., Rubenstein, A. L., Long, D. M., Odio, M. A., Buckman, B. R., Zhang, Y. et Halvorsen-Ganepola, M. D. K. (2013). A meta-analytic structural model of dispositional affectivity and emotional labor. *Personnel Psychology*, 66(1), 47-90. <https://doi.org/10.1111/peps.12009>
- Keuroghlian, A. S., Palmer, B. A., Choi-Kain, L. W., Borba, C. P., Links, P. S. et Gunderson, J. G. (2016). The effect of attending good psychiatric management (GPM) workshops on attitudes toward patients with Borderline personality disorder. *Journal Personality Disorders*, 30(4), 567-576. https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_206
- Kind, N., Burgin, D., Fegert, J. M. et Schmid, M. (2020). What protects youth residential caregivers from burning out? A longitudinal analysis of individual

- resilience [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Int J Environ Res Public Health*, 17(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph17072212>
- Koekkoek, B., van Meijel, B. et Hutschemaekers, G. (2006, Jun). "Difficult patients" in mental health care: a review. *Psychiatr Serv*, 57(6), 795-802. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.6.795>
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Prentice-Hall.
- Krawitz, R. (2004, Jul). Borderline personality disorder: attitudinal change following training. *Aust N Z J Psychiatry*, 38(7), 554-559. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15255829
- Krawitz, R. et Batcheler, M. (2006, Sep). Borderline personality disorder: a pilot survey about clinician views on defensive practice. *Australas Psychiatry*, 14(3), 320-322. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1665.2006.02297.x>
- Laporte, L., Baillargeon, L., Sanchez, I. et Desrosiers, L. (2014). Être intervenant auprès de parents ayant un trouble de personnalité limitée en protection de la jeunesse: quand la souffrance de l'un se conjugue au désarroi de l'autre. *Revue de psychoéducation*, 43(2), 323-347.
- Laporte, L., Paris, J. et Zekowitz, P. (2017, Sep). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in mothers involved in youth protection services. *Personal Mental Health*. <https://doi.org/10.1002/pmh.1398>
- Laurent, R., Lebon, A., Rivard, M., David, H., Fontecilla, A., Fortin, G., Gosselin, J. S., Hill, L., Lavallée, L., Potvin, J.-M., Richard, L., B et Tremblay, D. (2020). *Constats et orientations. Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse*. https://www.csdepj.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/20201130_CSDEPJ_Constats_Orientations__VFP.pdf
- Lemire Auclair, É. (2017). *La détresse psychologique chez les travailleurs sociaux du réseau de la santé et des services sociaux: Rapport sur la situation actuelle des travailleurs sociaux du réseau*. Les points d'équilibre. http://lespointsdequilibre.com/wp-content/uploads/2016/03/Rapport_La-detresse-psychologique-des-TS-du-reseau.pdf
- Linehan, M. M., Cochran, B. N., Mar, C. M., Levensky, E. R. et Comtois, K. A. (2000). Therapeutic burnout among borderline personality disordered clients and their therapists: Development and evaluation of two adaptations of the maslach burnout inventory. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(3), 329-337. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(00\)80091-7](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(00)80091-7)
- McGrath, B. et Dowling, M. (2012). Exploring registered psychiatric nurses' responses towards service users with a diagnosis of borderline personality disorder. *Nursing Research and Practice*, 2012. <https://doi.org/10.1155/2012/601918>
- McKenzie, K., Gregory, J. et Hogg, L. (2022). Mental health workers' attitudes towards individuals with a diagnosis of borderline personality disorder: A systematic literature review. *Journal of Personality Disorders*, 36(1), 70-98. https://doi.org/10.1521/pedi_2021_35_528
- Morse, G., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Monroe-DeVita, M. et Pfahler, C. (2012). Burnout in mental health services: a review of the problem and its remediation [Research Support, N.I.H., Extramural Review]. *Adm Policy Ment Health*, 39(5), 341-352. <https://doi.org/10.1007/s10488-011-0352-1>

- MSSSQ. (2007). *Rapport du comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse. Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection, des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les ressources des centres jeunesse du Québec.* (978-2-550-51425-1).
- O'Connor, K., Muller Neff, D. et Pitman, S. (2018, Sep). Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants [Meta-Analysis Systematic Review]. *European Psychiatry*, 53, 74-99. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.003>
- Pontbriand, M.-M. (2019). *Commission sur la DPJ: Régine Laurent dénonce une « omerta » au ministère de la Santé.* <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1419490/commission-dpj-regine-laurent-omerta-ministere-sante-quebec>
- Porr, V. (2011). *Overcoming Borderline Personality Disorder: A family guide for healing and change.* Oxford University Press.
- Ring, D. et Lawn, S. (2019). Stigma perpetuation at the interface of mental health care: a review to compare patient and clinician perspectives of stigma and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 1-21. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1581337>
- Ritschel, L. A., Tone, E. B., Schoemann, A. M. et Lim, N. E. (2015). Psychometric properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale across demographic groups. *Psychological Assessment*, 27(3), 944-954. <https://doi.org/10.1037/pas0000099>
- Salloum, A., Kondrat, D. C., Johnco, C. et Olson, K. R. (2015). The role of self-care on compassion satisfaction, burnout and secondary trauma among child welfare workers. *Children and Youth Services Review*, 49, 54-61. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.12.023>
- Sansone, R. A. et Sansone, L. A. (2013). Responses of mental health clinicians to patients with borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 10(5-6), 39-43. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23882440>
- Shanks, C., Pfohl, B., Blum, N. et Black, D. W. (2011). Can negative attitudes toward patients with borderline personality disorder be changed? The effect of attending a STEPPS workshop. *J Pers Disord*, 25(6), 806-812. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.6.806>
- Stamm, B. H. (2005). *The Professional quality of life (ProQOL) Manual.* Sidran Press.
- Sulzer, S. H. (2015). Challenging the discourse of untreatability for borderline personality disorder: A call for comparative research. *Social Science & Medicine*, 146, 223-224. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.10.026>
- Taylor, A. (2011). *Using the GLM Procedure in SPSS* (SPSS Handbooks, Ed.). Department of Psychology Macquarie University., https://alan-taylor.net/SPSS_handbooks/GLMSPSS.pdf
- Treloar, A. J. C. (2009a). Effectiveness of education programs in changing clinicians' attitudes toward treating borderline personality disorder [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Psychiatr Serv*, 60(8), 1128-1131. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.60.8.1128>

- Treloar, A. J. C. (2009b). A qualitative investigation of the clinician experience of working with borderline personality disorder. *New Zealand Journal of Psychology*, 38(2), 30-34.
- Tull, M. T., Barrett, H. M., McMillan, E. S. et Roemer, L. (2007). A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Behav Ther*, 38(3), 303-313. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.10.001>
- Yang, Y. et Hayes, J. A. (2020). Causes and consequences of burnout among mental health professionals: A practice-oriented review of recent empirical literature. *Psychotherapy* 57(3), 426-436. <https://doi.org/10.1037/pst0000317>

Les troubles de personnalité limite : réalités actuelles québécoises et dans la francophonie

Le dossier du présent numéro a été coordonné par Nadine Larivière (rédactrice en chef, Mosaïque) et Pierre David avec la collaboration de Marc Corbière (rédacteur en chef, Thématiques).

ÉDITORIAL

Équipe Santé mentale au Québec

Se faire voir pour être lu !

PRÉSENTATION THÉMATIQUE

Pierre David et Nadine Larivière

Réalités actuelles québécoises et dans la francophonie sur les troubles de personnalité limite

Dominick Gamache, Claudia Savard, Maude Payant, Philippe Leclerc, Renée-Claude Dompierre et David Roy

Validation d'une procédure de dépistage du trouble de personnalité limite selon le Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5

Samuel St-Amour, Lionel Cailhol, Célia Kingsbury, Déborah Ducasse, Gabrielle Landry et Paquito Bernard
Activité physique, sommeil et consommation de substances chez les adultes déclarant un trouble de personnalité limite en France et au Canada : une étude en ligne

Claudia Savard, Dominick Gamache, Maude Payant, Élodie Gagné-Pomerleau, Renée-Claude Dompierre, Johanne Maranda, Olivier Potvin, Mélissa Verreault, Marc Tremblay, David Roy et Évens Villeneuve

Violence conjugale commise et subie : profils personnologiques de personnes avec un trouble de personnalité limite

David Théberge, Dominick Gamache, Sébastien Héту, Julie Maheux et Claudia Savard

La propension à la honte dans le trouble de personnalité limite : réflexion critique à partir de données québécoises

Magali Tisseyre, Alexandre Hudon, Charles-Édouard Giguère, Annie Vallières, Célyne Bastien, Félix-Antoine Bérubé et Lionel Cailhol

Insomnie et risque suicidaire dans les troubles de la personnalité du groupe B : une étude comparative transversale

Catherine Le Corff, Pierre David, Nadine Larivière, Jennifer Dahak et Christine Therriault

Services et traitements offerts aux personnes ayant un trouble de personnalité limite : état de situation au Québec et perspectives d'avenir

Jean-François Cherrier, Alexandre Francisco et François-Samuel Lahaie

Mentaliser les conflits en thérapie de groupe : détruire et survivre, au service de la cohésion

Nicolas Boivin, Louis-Philippe Gill, Isabelle Martin-Zément, Marie-Ève Provencher, Renée-Claude Dompierre, Johanne Maranda, Mélissa Verreault, Évens Villeneuve, Dominick Gamache et Claudia Savard

Facteurs pronostiques à la psychothérapie chez les troubles de la personnalité : implication de questionnaires autorapportés

Nadine Larivière, Kathy Dahl et Marc Corbière

Conception et modèle logique de l'intervention BIWI sur la réinsertion au travail de personnes avec un trouble de personnalité limite

Christian Greiner

TBM-Crise ; intervention hospitalière brève basée sur la mentalisation

Audrey Serrano, Emmanuelle Teissier, Ludivine Guerin Franchitto, Alexis Revet, Jean-Philippe Raynaud et Lionel Cailhol

Mère souffrant de trouble de personnalité limite : quels soins spécifiques en période périnatale ? Une revue de la littérature

Lyne Desrosiers et Lise Laporte

La formation Projet TANGO : soutenir l'intervention auprès de la clientèle ayant un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse et en CLSC

ISBN 978-2-9819563-9-2



9 782981 956392