

Académie d'Orléans –Tours Université François-Rabelais



FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOURS

Année 2015 N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État

par

Antoine AUFFRET

Né le 22 juillet 1986 À Chambray-lès-Tours (37)

Présentée et soutenue publiquement le 11 septembre 2015

TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE À L'ADOLESCENCE : QUELLE RÉALITÉ CLINIQUE ?

UNE ÉTUDE RÉTROSPECTIVE DE 117 CAS DANS UN CENTRE DE CONSULTATIONS ET DANS UNE UNITÉ D'HOSPITALISATION SPÉCIALISÉS

Jury

Président du jury : Monsieur le Professeur Philippe GAILLARD

Membres du jury : Madame le Professeur Frédérique BONNET-BRILHAULT

Monsieur le Professeur Wissam EL HAGE Monsieur le Professeur Philippe DUVERGER Madame le Docteur Catherine GAILLARD Monsieur le Docteur Marc FILLATRE

Monsieur le Docteur Paul BRUNAULT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pascal LENOIR.



UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Professeur Henri MARRET

ASSESSEURS

Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*Professeur Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966 Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962 Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972 Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994 Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004 Professeur Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Catherine BARTHELEMY
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Etienne LEMARIE
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER - Ph. BAGROS - G. BALLON - P.BARDOS - J. BARSOTTI A. BENATRE - Ch. BERGER -J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI J.P. FAUCHIER - B. GRENIER - A. GOUAZE - M. JAN - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE - J. LANSAC - J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - MIIE C. MERCIER - J. MOLINE - CI. MORAINE - J.P. MUH - J. MURAT - Ph. RAYNAUD - JC. ROLLAND - Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

1

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologia et Imageria médicala
IVIIVI.	ANDRES Christian	
	ANGOULVANT Denis	
	ARBEILLE Philippe	
		Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	
	BALLON Nicolas	
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
MM.		Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	
	BINET Christian	
	BODY Gilles	
	BONNARD Christian	
	BONNET Pierre	
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	
	BRUYERE Franck	
	BUCHLER Matthias	
	CALAIS Gilles	
	CAMUS Vincent	
	CHANDENIER Jacques	
	CHANTEPIE Alain	
	COLOMBAT Philippe	
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	
	COUET Charles	
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DESTRIEUX Christophe	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DIOT Patrice	
		e.Anatomie & Cytologie pathologiques
		Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	EL HAGE Wissam	Pevchiatria adultae
	FAUCHIER Laurent	
		Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOLIOUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
		Anatomie & Cytologie pathologiques
		Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	
	GYAN Emmanuel	
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
		Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HANKARD Régis	Pédiatrie
	HERAULT Olivier	
	HERBRETEAU Denis	
Mme		Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	
	LABARTHE François	
		Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LARDY Hubert	
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
		Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECONITE Trilerry	Gastroenterologie ; hépatologie ; addictologie

	LESCANNE Emmanuel	.Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	.Dermato-Vénéréologie
	MACHET Laurent	
	MAILLOT François	.Médecine Interne
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri	.Gynécologie et Obstétrique
	MARUANI Annabel	.Dermatologie
		.Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain	.O.R.L.
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe	.Biochimie et biologie moléculaire
		.Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	.Biophysique et Médecine nucléaire
		.Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	.Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	
	QUENTIN Roland	.Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	REMERAND Francis	.Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
	ROBIER Alain	
	ROINGEARD Philippe	.Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	.Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	.Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
		.Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	.Chirurgie digestive
		Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	
MM.	SIRINELLI Dominique	
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	
Mme	TOUTAIN Annick	
MM.	VAILLANT Loïc	
	VELUT Stéphane	
	WATIER Hervé	.Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale
	ROBERT Jean	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme M.	ANGOULVANT ThéodoraBAKHOS David	.Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie .Physiologie
Mme		.Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
M.		.Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD Emmanuelle	
	BLASCO Hélène	.Biochimie et biologie moléculaire
M.	BOISSINOT Éric	
Mme	CAILLE Agnès	.Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
M.	DESOUBEAUX Guillaume	
Mme	DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	EHRMANN Stephan	
Mme	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.	
M.	GATAULT Philippe	
Mmes		.Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUILLEUX Valérie	
		.Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
MM.	HOARAU Cyrille	
	HOURIOUX Christophe	
Mmes		.Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
		.Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	.Anatomie et Cytologie pathologiques

MM.	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
MM.	SAMIMI Mahtab	Dermatologie
	TERNANT David	Pharmacologie – toxicologie
Mme	VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mme	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes	HUAS Caroline	Médecine Générale	
	RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale	

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

M. Mmes	BOUAKAZ AyacheBRUNEAU Nicole	
MM.	CHARBONNEAU Michel COURTY YvesGAUDRAY PatrickGILOT Philippe	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292 Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
Mmes	GOMOT MarieGRANDIN Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930 Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292 Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	KORKMAZ BriceLAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100 Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930 Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
Mme MM.	MARTINEAU Joëlle MAZURIER Frédéric MEUNIER Jean-Christophe	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930 Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292 Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966 Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
Mme M.		Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1069

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour la	Faculté	de Médeo	ine
roui ia	racuite	ue meuel	ıııe

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier	(éthique médicale)
M.	BOULAIN Thierry	Praticien Hospitalier	(CSCT)
Mme	CRINIERE Lise	Praticien Hospitalier	(endocrinologie)
M.	GAROT Denis	Praticien Hospitalier	(sémiologie)
Mmes	MAGNAN Julie	Praticien Hospitalier	(sémiologie)
	MERCIER Emmanuelle	Praticien Hospitalier	(CSCT)

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
		Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Philippe GAILLARD,

Professeur des universités en psychiatrie d'adultes à la faculté de médecine de Tours, Praticien hospitalier,

Chef de pôle du département de psychiatrie au CHRU de Tours.

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté la présidence du jury de cette thèse.

Je vous remercie pour l'enseignement que vous avez su me transmettre depuis le début de mes études de médecine et qui m'a conforté dans le choix de ma spécialité.

Je vous remercie également pour l'intérêt que vous avez porté à ma formation pratique et théorique au cours de mon internat.

Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

À Madame le Professeur Frédérique BONNET-BRILHAUT,

Professeur des universités en physiologie à la faculté de médecine de Tours, Praticien hospitalier,

Chef de service du centre universitaire de pédopsychiatrie et du centre de ressource autisme du CHRU de Tours.

Veuillez recevoir mes remerciements pour la qualité de votre enseignement dont j'ai pu bénéficier dès le début de mes études de médecine et pour les applications pratiques lors de mon stage dans votre service.

Veuillez trouver ici le témoignage de mon respect et de ma profonde reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Wissam EL HAGE,

Professeur des universités en psychiatrie d'adultes à la faculté de médecine de Tours, Praticien hospitalier.

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

Veuillez recevoir mes remerciements pour l'enseignement théorique dont vous m'avez fait bénéficier au cours de mes années d'internat.

Veuillez trouver ici l'expression de mon respect et de ma gratitude.

À Monsieur le Professeur Philippe DUVERGER,

Professeur des universités en pédopsychiatrie de la faculté de médecine d'Angers, Praticien hospitalier,

Responsable médical du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au CHU d'Angers,

Coordonnateur interrégional du DESC de pédopsychiatrie.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Je vous remercie pour votre accueil chaleureux lors du regroupement du DESC de pédopsychiatrie à Rennes et la qualité de votre enseignement auquel j'ai pu assister au cours de mon internat.

Veuillez trouver ici le témoignage de mon respect et de ma sincère reconnaissance.

À Madame le Docteur Catherine GAILLARD-SIZARET,

Praticien hospitalier, psychiatre des hôpitaux,

Responsable médicale du service de psychiatrie infanto-juvénile du centre hospitalier intercommunal d'Amboise et Château-Renault,

Présidente de CME.

Vous avez eu la gentillesse d'accepter de juger ce travail.

Veuillez trouver ici mes remerciements sincères pour la confiance dont vous me témoignez et la bienveillance que vous m'avez portée.

Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Marc FILLATRE,

Praticien hospitalier, psychiatre des hôpitaux,

Responsable médical du service d'hospitalisation pour adolescents de la clinique psychiatrique universitaire de Tours.

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

Je vous remercie pour votre humanisme, vos conseils, votre écoute et votre disponibilité.

Je vous remercie également pour vos éclairages cliniques lors de mon stage d'interne dans votre service.

Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de toute mon estime.

À Monsieur le Docteur Paul BRUNAULT,

Praticien hospitalier, psychiatre et addictologue des hôpitaux au CHRU de Tours.

Je vous remercie chaleureusement pour votre aide précieuse concernant la partie statistique sans laquelle ce travail n'aurait pu aboutir.

Je vous remercie également pour votre grande disponibilité et votre soutien.

Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon respect.

À Monsieur le Docteur Pascal LENOIR,

Praticien hospitalier, pédopsychiatre des hôpitaux au centre Oreste, service de psychologie clinique de l'adolescence du centre hospitalier du Chinonais.

Vous m'avez apporté votre confiance en me proposant ce sujet et en acceptant de diriger ce travail de thèse. Vous m'avez fait partager vos connaissances et votre sens clinique. Je vous remercie pour votre grande disponibilité, votre accompagnement sans faille et votre soutien tout au long de cette année.

Que ce travail dont vous avez permis la réalisation soit le témoignage de mon attachement et de mon plus profond respect.

Je souhaite remercier sincèrement et chaleureusement les personnes qui se sont rendues disponibles et ont contribué à ce travail :

- Pour le Centre Oreste :
 - o Docteur Jean-Yves LE FOURN,
 - Caroline GAUVREAU, psychologue clinicienne, (un grand merci pour la relecture, tes précieux conseils et tes éclairages cliniques),
 - Arnaud SYLLA, psychologue clinicien (merci également pour ton partage d'expérience),
 - o Christèle PETIT et Aurélie WIJKHUISEN, secrétaires,
- Pour la « CPU-ado » :
 - Docteur Thomas RUFIN,
 - o Docteur Robert COURTOIS,
 - Docteur Mathieu CHICOISNE,
 - Sophie DA SILVA, secrétaire,
- Mesdames les Docteurs Mélanie BIOTTEAU et Hélène DELACROIX-MAILLARD du DIM du CHRU et du CHC,
- Isabelle HOUSSEAU et sa fille Dora pour la relecture de la traduction anglaise.

Je tiens à remercier également tous les médecins et les équipes soignantes que j'ai rencontré tout au long de mon internat de psychiatrie pour leur accompagnement, leur accueil et leur sympathie.

Ma reconnaissance va en particulier (par ordre d'apparition) au Docteur Carol JONAS qui a accepté que je travaille dans son service comme FFI en pré-internat, au Docteur Gérard GAILLIARD et à l'équipe de l'unité de Garance, au Docteur Émilie LEGAY et à l'équipe de l'unité de Véronèse, au Docteur Éric BOISSICAT, aux Docteurs Marie-Laure DUBUS et Stéphanie DUPUCH, aux Docteurs Marion BAUDRY et Hubert RABIER et à l'équipe de l'unité A de l'hôpital de Chinon, aux Docteurs Marc FILLATRE, Robert COURTOIS et Thomas RUFIN, aux Docteurs Christèle BODIER, Ugo FERRER CATALA, Marie GUIMARD-BRUNAULT et Anne PERROT, aux Docteurs Brigitte MOLTRECHT, Geneviève JANY, Claire GAROT, Hélène PRATVIEL, Cécile RICCIO et Annie MONÉDIÈRE et en dernier lieu à toute l'équipe du Centre Oreste pour leur soutien et leur gentillesse : Docteurs Jean-Yves LE FOURN et Pascal LENOIR, Hervé FLEURY, infirmier ; Amandine FRIDI, psychologue clinicienne ; Caroline GAUVREAU, psychologue clinicienne ; Morgane PANNETIER, infirmière ; Christèle PETIT, secrétaire ; Arnaud SYLLA, psychologue clinicien ; Amélie THOUIN, psychologue clinicienne et Aurélie WIJKHUISEN, secrétaire.

Je remercie aussi les Docteurs Margot KRESSMANN, Jean-Louis PLACE, Magali VERDONCK, Véronique BECK, Anne-Marie HAAS et Georges BELIGNÉ ainsi que toute l'équipe de la clinique de la Chesnaie pour leur accueil et leur sympathie.

Je remercie enfin les équipes des urgences psychiatriques de Tours, du service de psychiatrie de Blois, du service du CMP de La Bascule et de l'hôpital de jour à Orléans, de la CPU-ado, du CMP de Clocheville et des services de pédiatrie et du service de médecine scolaire.

DÉDICACES

À ma famille : Maman, Papa, mon frère Nicolas et ma sœur Pauline, Papi et Mamie ainsi qu'à tout le reste de la famille.

À mes amis qui m'ont soutenu (et supporté): Benoît et Morgane pour leur amitié indéfectible, Laure et Adrien, Marion, Marco et Alexandre, Cyrille, Anaïs et Benjamin, Pierre-Yves et Laure, Diane, Adrien.

À Olivier.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

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

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

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

> Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

RÉSUMÉ

<u>INTRODUCTION</u>: Les symptômes du trouble limite sont très fréquents à l'adolescence. Cependant la présentation clinique est hétérogène, variable et changeante à cet âge. Les psychiatres d'adolescents ont dès lors beaucoup de difficultés à poser le diagnostic de trouble de personnalité limite (TPL) qui implique une certaine fixité.

<u>OBJECTIFS</u>: Cette étude rétrospective a pour but de mieux décrire la clinique de ces troubles limites en fonction des spécificités de la psychopathologie adolescente. Nous avons également cherché à caractériser des profils cliniques en fonction des antécédents de traumatismes psychologiques et des antécédents pédopsychiatriques.

MATÉRIEL ET MÉTHODE: Nous avons sélectionné les dossiers de 194 adolescents âgés de 12 à 18 ans dans le service d'hospitalisation temps plein pour adolescents de la clinique psychiatrique universitaire de Tours en 2013 et 2014 ainsi qu'au centre Oreste, service de psychologie clinique de l'adolescence, en 2014. Cette sélection s'est faite grâce à la création d'une grille de correspondance symptomatologique entre les critères du DSM IV-TR pour le trouble de personnalité borderline et les codes CIM-10 attribués aux adolescents. Cette grille a facilité le repérage des adolescents pouvant présenter un TPL avec des critères élargis. Cent-dix-sept dossiers ont ensuite été validés par le clinicien référent de l'adolescent. Nous avons étudié en analyse descriptive et comparative les données psychopathologiques des adolescents en fonction du genre, des antécédents de traumatismes psychologiques, des antécédents pédopsychiatriques et des codifications CIM-10 : F 60.3 et F 92. L'étude de ces données a permis de décrire des profils cliniques.

RÉSULTATS: Quarante-huit adolescents (41 %) ont été sélectionnés en hospitalisation, 55 au Centre Oreste (47 %) et 14 dans les deux services (12 %). La prévalence des adolescents avec TPL au centre Oreste est de 9,0 % et de 19,4 % en hospitalisation. Les filles ont plus de troubles internalisés, d'autoagressivité et de difficultés relationnelles que les garçons. Ces derniers ont plus d'antécédents de troubles externalisés et d'expériences quasi-psychotiques. Les adolescents avec TPL ayant des antécédents de traumatismes sont plus impulsifs et ont plus d'instabilité des attachements. Ceux avec des antécédents pédopsychiatriques ont aussi des problématiques d'attachement (plus de violences psychologiques dans l'enfance et relations instables) et sont plus intolérants à la frustration. Ils consomment cependant moins de substances. Les adolescents du groupe F 60.3 ont plus d'antécédents pédopsychiatriques et une symptomatologie caractéristique plus sévère que dans le groupe F 92. Dans l'ensemble, trois groupes cliniques se distinguent : un premier groupe (N = 20) correspondant au TPL type inhibé, avec une majorité de diagnostic F 60.3, une symptomatologie internalisée et des troubles précoces de l'attachement ; un deuxième groupe (N = 41) au profil atypique avec une symptomatologie moins sévère, hétérogène et moins de traumatismes après 12 ans (crise borderline à l'adolescence); enfin un troisième profil (N = 56) plus féminin avec des traumatismes plus fréquents à l'adolescence s'exprimant par une symptomatologie bruyante et conflictuelle (trouble borderline post traumatique type expressif).

<u>CONCLUSION</u>: Le TPL à l'adolescence regroupe des entités cliniques variées. On retrouve peu de différences de genre spécifiques. Le code F 60.3 devrait être réservé pour les TPL avérés et le code F 92 pour les traits borderlines en lien avec une adolescence traumatique sans trouble de personnalité installé. Ce travail révèle l'importance de l'approche dimensionnelle à cet âge où les caractéristiques psychopathologiques se confondent avec la psychodynamique de l'adolescence.

ABSTRACT

Borderline personality disorder in adolescents: which clinical reality? A retrospective study of 117 cases in outpatients and inpatients centers.

<u>Introduction</u>: Symptoms of borderline disorder are common during adolescence. However the clinical presentation is miscellaneous and uncertain at this age. Psychiatrists who work with adolescents have difficulties diagnosing borderline personality disorder (BPD), which involves stable features.

<u>Objectives</u>: Our retrospective study describes better specificities of the adolescent's psychopathology. We are looking at defining clinical profiles based on psychological trauma and childhood psychiatric history.

Methods: We have selected 194 records of adolescents between the ages of 12 and 18 in the inpatient's service for adolescents at the psychiatric university clinic of Tours in 2013 and 2014, as well as in the outpatient's service named Orestes' center in 2014 which is also located in Tours. This selection was made with a symptomatic match table between the DSM IV-TR criteria for borderline personality disorder and adolescents assigned ICD-10 codes. Subsequently 117 records were validated by the clinical advisor of the adolescent. A descriptive and comparative study was made to study psychopathological data depending on gender, psychological trauma, childhood psychiatric history and ICD-10 codes: F 60.3 and F 92.

Results: 48 teenagers (41 %) were selected as inpatients, 55 in Orestes' center (47 %) and 14 in both places (12 %). The prevalence of BPD in Orestes' center was 9 % and 19,4 % in hospitalization. Girls have more internalizing troubles, self-harm and relational difficulties than boys. The boys have more childhood externalizing troubles and more psychotic episodes. The BPD adolescents who had history of trauma are more impulsive and have more attachment problems. The BPD adolescents who have childhood psychiatric history have attachment difficulties as well (psychological violence in childhood, unstable relationships) and are more intolerant to frustration. However they consume less drugs. The F 60.3's teenagers have more childhood psychiatric history and symptoms that are more severe than the F 92's adolescents. We distinguished 3 clinical profiles: a first group (N = 20) in which there is a majority of F 60.3 codes, internalizing symptomatology and early attachment troubles (this group is named *inhibited BPD*); a second group (N = 41) with atypical profile, a miscellaneous and lighter symptomatology and less trauma history during adolescence (this group is named *borderline crisis of the adolescence*); and a third group (N = 56) in which there is a majority of girls, more frequent trauma during adolescence, a noisy and conflicted symptomatology (this group is named *post-traumatic borderline trouble, expressive type*).

<u>Conclusion</u>: BPD during adolescence groups varies clinical entities all together. There are less specific gender differences. The F 60.3 code should be reserved for true BPD and the F 92 code should be reserved for borderline traits because of the traumatic adolescence without established personality disorders. This study shows the significance of dimensional approach at this age where the psychopathological features blend into adolescence's psychodynamic.

Mots-clés

Trouble de personnalité borderline – états-limites – adolescence – troubles mixtes des conduites et des émotions débutant dans l'enfance ou l'adolescence – traumatismes – antécédents pédopsychiatriques – CIM-10 – DSM IV-TR.

KEY-WORDS

Borderline personality disorder – adolescence – mixed disorder of conduct and emotions – psychological trauma – childhood psychiatric history – ICD-10 – DSM IV-TR.

TABLE DES MATIÈRES

RÍ	ÉSUMÉ	18
ΑI	BSTRACT	19
T /	ABLE DES MATIÈRES	21
<u>T</u> /	ABLEAUX ET FIGURES	25
<u>I N</u>	TRODUCTION	28
<u>I.</u>	ASPECTS THÉORIQUES	29
Α.	HISTORIQUE DU CONCEPT D'ÉTAT-LIMITE ET DU TROUBLE DE PERSON	NALITÉ
во	RDERLINE	29
В.	LES PATHOLOGIES LIMITES DE L'ENFANCE	35
1.	DÉFAUTS PRÉCOCES D'ÉTAYAGE ET DE CONTENANCE	36
2.	ÉCHECS DANS LE REGISTRE DE LA TRANSITIONNALITÉ	37
3.	DÉFAUTS DE L'ÉLABORATION DÉPRESSIVE	37
4.	Dépression	38
5.	Vulnérabilité à la perte d'objet	38
6.	Défaillances narcissiques	38
7.	HÉTÉROGÉNÉITÉ STRUCTURALE ET TROUBLES DE LA PENSÉE	39
8.	TROUBLES INSTRUMENTAUX ET COGNITIFS	39
C.	CORRESPONDANCES ENTRE CFTMEA ET CIM-10	40
D.	LE CONCEPT DE TROUBLE DE PERSONNALITÉ À L'ADOLESCENCE	42
1.	Définition du concept de personnalité	42
2.	LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ À L'ADOLESCENCE	42
Ε.	ÉPIDÉMIOLOGIE DU TROUBLE LIMITE À L'ADOLESCENCE	43
F.	Validité diagnostique du trouble limite à l'adolescence	45
G.	Clinique du trouble limite à l'Adolescence	48
1.	Nature de l'angoisse	49
2.	LES MÉCANISMES DE DÉFENSE	49

3.	Manifestations névrotiques	52
4.	LES TROUBLES THYMIQUES	52
5.	DISTORSIONS COGNITIVES	53
6.	L'impulsivité	54
7.	Passages à l'acte	54
8.	LES CONDUITES DE DÉPENDANCE	55
9.	RELATIONS INTERPERSONNELLES	55
10.	LES ÉPISODES PSYCHIATRIQUES AIGÜS	55
Н.	Spécificités en fonction du genre	56
1.	Chez l'adulte	56
2.	CHEZ L'ADOLESCENT	58
I.	FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX	59
1.	LE CONCEPT D'ATTACHEMENT	59
2.	LES TRAUMATISMES	62
J.	DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS ET TROUBLES ASSOCIÉS	65
1.	TROUBLE BIPOLAIRE	65
2.	TROUBLE DÉFICIT DE L'ATTENTION AVEC HYPERACTIVITÉ	66
3.	ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	67
4.	Addictions	67
5.	TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE	68
6.	Autres troubles de personnalité	68
K.	ÉVOLUTION À L'ÂGE ADULTE	69
L.	Méthodes d'investigation	71
1.	Instruments d'évaluation objective	71
2.	TESTS QUALITATIFS	72
Μ.	ASPECTS NEUROSCIENTIFIQUES	75
1.	Génétique	75
2.	Neurobiologie	76
3.	Neuroimagerie	76
N.	Prise en charge	77
1.	Principes généraux	77
2.	Thérapie bifocale	77
3.	PSYCHOTHÉRAPIE	78

4.	PSYCHOTHÉRAPIE DE GROUPE	79
5.	En hospitalisation	79
6.	Traitement médicamenteux	80
II.	ÉTUDE CLINIQUE	81
Α.	OBJECTIFS	81
1.	OBJECTIF PRINCIPAL	81
2.	OBJECTIFS SECONDAIRES	82
В.	MATÉRIEL ET MÉTHODE	83
1.	POPULATION D'ÉTUDE	83
2.	Création de la grille de sélection des dossiers	85
3.	Validation des dossiers sélectionnés	86
4.	RECUEIL DES DONNÉES CLINIQUES ET PSYCHOPATHOLOGIQUES	86
5.	RÉSUMÉ DE LA PROCÉDURE	89
6.	Analyses statistiques	91
C.	RÉSULTATS	92
1.	ÉTUDE DESCRIPTIVE DES ADOLESCENTS AVEC TPL	92
2.	ÉTUDE COMPARATIVE SELON LE GENRE	102
3.	ÉTUDE COMPARATIVE EN FONCTION DES ANTÉCÉDENTS DE TRAUMATISMES	105
4.	ÉTUDE COMPARATIVE EN FONCTION DES ANTÉCÉDENTS PÉDOPSYCHIATRIQUES	108
5.	ÉTUDE DESCRIPTIVE ET COMPARATIVE DES CODES F 60.3 VERSUS F 92	110
6.	Analyse en cluster	113
III	. ILLUSTRATIONS CLINIQUES	129
A.	Тім	129
1.	BIOGRAPHIE	129
2.	Antécédents	130
3.	Anamnèse	131
4.	CLINIQUE	131
5.	ÉVOLUTION	132
В.	MATHILDE	134
1.	BIOGRAPHIE	134
2.	Antécédents	134
3.	Anamnèse	135

4.	Clinique	136
5.	ÉVOLUTION	137
C.	Clémence	138
1.	BIOGRAPHIE	138
2.	Antécédents	138
3.	Anamnèse	139
4.	Clinique	139
5.	Évolution	140
IV	v. DISCUSSION	142
Α.	Apports de l'étude	142
1.	Généralités	142
2.	Différences de genre	144
3.	L'IMPACT DES TRAUMATISMES	146
4.	RÔLE DES ANTÉCÉDENTS PÉDOPSYCHIATRIQUES	148
5.	QUEL CODE POUR QUEL TROUBLE?	149
6.	TROIS TABLEAUX CLINIQUES	150
В.	BIAIS DE L'ÉTUDE	152
<u>cc</u>	ONCLUSION	156
<u> </u>	NNEXES	157
Αn	NNEXE 1 : DÉFINITION DU TPL SELON LE DSM IV-TR	157
Αn	NNEXE 2 : GRILLE DE CORRESPONDANCES DU TPL	158
ΑN	NNEXE 3 : DÉFINITION DU TPL DANS LE DSM-5	160
Annexe 4 : Données étudiées		162
Αn	NNEXE 5: DESCRIPTION DES GROUPES F 60.3 ET F 92	164
ΑN	Annexe 6 : Comparaison des clusters	
BIBLIOGRAPHIE		171

TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Organisation limite de la personnalité d'après Kernberg	33
Tableau 2 : Caractéristiques psychodynamiques comparées entre névroses, états-limites psychoses d'après (Bergeret, 1974)	
Tableau 3: Données administratives concernant l'ensemble des adolescents TPL	92
TABLEAU 4: RÉPARTITION DES CODES CIM-10 DES ADOLESCENTS TPL.	93
TABLEAU 5 : ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES CHEZ LES ADOLESCENTS TPL	94
Tableau 6 : Données socio-familiales et scolaires chez les adolescents TPL	95
TABLEAU 7: ANTÉCÉDENTS DE TRAUMATISMES PSYCHOLOGIQUES PARMI LES ADOLESCENTS TPL	96
Tableau 8 : Données concernant le recueil des dimensions cliniques dans la population d'étude.	98
Tableau 9 : Comparaison selon le genre1	02
Tableau 10 : Résumé des spécificités en fonction du genre chez les adolescents TPL1	04
Tableau 11 : Comparaison des adolescents TPL avec et sans antécédents de traumatisme psychologiques à tout âge1	
Tableau 12 : Comparaison des adolescents TPL en fonction des traumatismes allégués ou confirmés	
TABLEAU 13 : COMPARAISON DES ADOLESCENTS TPL EN FONCTION DES ANTÉCÉDENTS DE TRAUMATISMES DANS L'ENFANCE	06
Tableau 14 : Comparaison des adolescents TPL en fonction des antécédents de traumatismes survenant à l'adolescence	07
Tableau 15 : Comparaison des adolescents TPL avec antécédents pédopsychiatriques versus sans antécédents	.08
TABLEAU 16: COMPARAISON DES ADOLESCENTS AVEC TPL EN FONCTION DU TYPE D'ATCD PÉDOPSYCHIATRIQUES**1	09
Tableau 17 : Comparaison du groupe F 60.3 versus F 92	10

TABLEAU 18 : RESUME DES DIFFERENCES CARACTERISTIQUES DES ADOLESCENTS TPL AVEC LE C	ODE F
60.3 ET LE CODE F 92	112
Tableau 19: Description et comparaison des 3 clusters: données administratives	114
TABLEAU 20 : DESCRIPTION ET COMPARAISON DES 3 CLUSTERS : CODES CIM-10	117
Tableau 21 : Description et comparaison des 3 clusters : antécédents psychiatrique	s118
Tableau 22 : Description et comparaison des 3 clusters : données socio-familiales et	Γ
SCOLAIRES	119
TABLEAU 23 : DESCRIPTION ET COMPARAISON DES 3 CLUSTERS : ATCD DE TRAUMATISMES PSYCHOLOGIQUES	121
Tableau 24 : Description et comparaison des 3 clusters : dimensions cliniques	
Tableau 25 : Résumé des caractéristiques de chaque cluster	128
TABLEAU 26 : GRILLE DE CORRESPONDANCES ENTRE LES CRITÈRES DE TPL DU DSM IV-TR ET I	
Tableau 27 : Recueil des données étudiées	162
TABLEAU 28: DESCRIPTION DES GROUPES F 60.3 ET F 92.	164
TABLEAU 29 : COMPARAISON CLUSTER 1 VERSUS CLUSTER 2	167
TABLEAU 30 : COMPARAISON CLUSTER 2 VERSUS CLUSTER 3	168
TABLEAU 31 : COMPARAISON CLUSTER 1 VERSUS CLUSTER 3	169
Tableau 32 : Comparaison du cluster 1 versus clusters 2 + 3	170
Figure 1 : Modèle multifactoriel du trouble borderline de Lieb et al. (2004).	63
FIGURE 2 : SÉLECTION DES ADOLESCENTS AVEC TPL HOSPITALISÉS À LA CPU-ADO EN 2013 ET	2014.
	89
FIGURE 3 : SÉLECTION DES ADOLESCENTS AVEC TPL SUIVIS AU CENTRE ORESTE EN 2014.	90
FIGURE 4: RÉPARTITION SELON LE GENRE.	
Figure 5: Répartition des codes CIM-10 au sein de l'échantillon (%).	93
FIGURE 6 : RÉPARTITION DU TYPE D'ANTÉCÉDENTS PÉDOPSYCHIATRIQUES AVANT 12 ANS.	94

Figure $7:$ Répartition des traumatismes psychologiques avant 12 ans (exprimés en $\%$).	96
Figure $8:$ Répartition des traumatismes psychologiques après 12 ans (exprimés en $\%$).	_ 97
Figure 9: Répartition des perturbations des conduites des adolescents avec TPL.	99
FIGURE 10 : PROPORTION DES DIFFÉRENTES ÉMOTIONS ET EN FONCTION DE L'INTENSITÉ DES SYMPTÔMES.	_100
Figure 11 : Proportion des autres dimensions en fonction de l'intensité.	_101
Figure 12 : Dendrogramme représentant la classification ascendante hiérarchique	_113
Figure 13: Répartition des âges à l'inclusion en fonction des clusters.	_114
Figure 14 : Répartition des clusters en fonction du genre.	_115
Figure 15: Nombre moyen d'hospitalisations en fonction des clusters.	_116
Figure 16 : Répartition des codes CIM-10 au sein des clusters.	_117
Figure 17 : Répartition des antécédents en fonction des clusters.	_118
Figure 18 : Répartition du type d'antécédent pédopsychiatrique en fonction des clust	ERS.
Figure 19 : Répartition des données familiales en fonction des clusters.	_120
Figure 20 : Répartition des placements en fonction des clusters.	_120
Figure $21:$ Répartition des traumatismes psychologiques dans l'enfance en fonction $\mathfrak c$	
FIGURE 22 : RÉPARTITION DES TRAUMATISMES PSYCHOLOGIQUES À L'ADOLESCENCE PARMI LES CLUSTERS.	_122
Figure 23 : Répartition des conduites en fonction des clusters.	_124
Figure 24: Proportion des dimensions cliniques en fonction des clusters (1).	_125
Figure 25: Proportion des dimensions cliniques en fonction des clusters (2).	_126
Figure 26: Proportion des dimensions cliniques parmi les clusters (3).	_127
FIGURE 27 : CARACTÉRISTIQUES PSYCHOPATHOLOGIQUES : UN CONTINUUM ENTRE ADOLESCENCE E	ET 152

Introduction

La présentation clinique du trouble de personnalité borderline (ou trouble de personnalité limite (TPL) comme nous avons choisi de le nommer dans notre travail) est hétérogène et se situe au carrefour de la nosographie psychiatrique. Le TPL est défini selon le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2003) comme étant « un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des autres avec une impulsivité marquée qui apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte et qui est présent dans des contextes divers ». La symptomatologie est encore plus disparate et changeante lors de la période de l'adolescence. Il n'existe d'ailleurs pas de nosographie adaptée à cet âge ce qui complique le repérage de ce trouble. D'autant que les symptômes peuvent parfois se confondre avec les caractéristiques du processus adolescent (enjeux d'autonomie, enjeux identitaires, intégration dans un groupe de pairs).

Le TPL à l'adolescence connaît un regain d'intérêt ces dernières années avec la remise en cause de la classification nosographique catégorielle au profit d'une approche dimensionnelle. Nous nous sommes intéressés à ce sujet afin d'explorer la clinique de ce (ou ces) trouble(s) en fonction de la psychopathologie adolescente à travers l'étude d'une population clinique d'adolescents avec TPL en service d'hospitalisation et en service ambulatoire spécialisés dans l'adolescence.

Ainsi nous exposerons dans la première partie l'historique du concept et l'état des connaissances actuelles sur le sujet. Dans la deuxième partie, nous présenterons et discuterons les résultats de notre étude rétrospective. Nous illustrerons ensuite ceux-ci à travers trois cas cliniques. Enfin, la synthèse de nos recherches clôturera notre travail.

I. ASPECTS THÉORIQUES

A. HISTORIQUE DU CONCEPT D'ÉTAT-LIMITE ET DU TROUBLE DE PERSONNALITÉ BORDERLINE

Le concept du *trouble borderline* ou *trouble limite* se situe aux confins de la psychiatrie et de la psychanalyse. La première évocation du terme *borderline* dans la littérature médicale revient à C. Hugues en 1884 (Guelfi et al., 2011). Il le définissait ainsi : « *l'état frontière entre la folie comprend de nombreuses personnes qui passent leur vie entière auprès de cette ligne, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre.* » Il est intéressant de noter que ce terme a été utilisé par la suite aux États-Unis pour qualifier des cas de symptômes physiques survenant lors d'affections psychiatriques. Il a ensuite été délaissé pendant la Seconde Guerre mondiale. Les psychiatres français et germaniques ont, de leur côté, décrit des tableaux cliniques à la frontière de différents cadres nosographiques : les états-limites qui se trouvent au carrefour de la schizophrénie, des névroses et de la psychopathie. Ces sujets seraient susceptibles d'évoluer vers une psychose franche et caractérisée. La terminologie est variée : schizophrénies latentes de Bleuler, schizonévroses de H. Ey, *ambulatory schizophrenia* de Zilboorg, schizophrénies pseudo-névrotiques de Hoch et Polatin (Kapsambelis, 2012).

En 1938, Stern et Knight, en 1953, furent les premiers à introduire le terme borderline dans la nosographie (Gunderson, 2009). Ces psychanalystes ont identifié chez certains patients une tendance à la régression de leurs états mentaux de type « schizophrénie borderline » lors de situations non structurées. Stern a souligné le sentiment d'insécurité diffuse de ces patients, leur hyperesthésie affective et leur défaillance de l'estime de soi, attribués à une carence narcissique fondamentale. C'est donc avec la pratique de la cure-type psychanalytique que va émerger la notion d'état-limite. En effet, derrière des troubles d'apparence névrotique ou caractérielle, le travail de thérapie peut faire émerger des défenses ou des symptômes psychotiques. Stern les appellera « groupe borderline des névroses », Kernberg, borderline personality organizations (cf. ci-après), Grinker, bordeline syndrome.

H. Deutsch a fait l'une des premières descriptions d'état-limite en 1935 avec la notion de personnalité *as-if* (Deutsch, 2007). Elle a défini en 1942 les distorsions des relations d'objet internalisées observées chez ces sujets et caractérisées par un manque d'authenticité dans leur relation à autrui tout en donnant superficiellement l'illusion de la normalité. Winnicott a poursuivi cette idée avec le concept de *faux-self* (Winnicott, 1960). Le faux-self est constitutif du soi comme le vrai-self. Il permet « l'hypocrisie ordinaire » dans les relations sociales habituelles. Le faux-self est construit à partir d'identifications, d'introjections et de règles. Lorsqu'il y a perturbation du *holding* maternel, le faux-self se développe au dépend du vrai-self (nous détaillerons plus loin ces concepts, cf. chapitre « le concept d'attachement »). La dimension affective se sépare alors de l'intellect. Il s'agit d'une défense contre l'environnement menaçant avec utilisation des mécanismes de clivage, de déni, de défenses maniaques ou d'hyperadaptation de surface (nous expliquerons ci-après les mécanismes de défense). Ces sujets peuvent être dans une attitude toujours accommodante ou dans une posture antipathique.

En 1959, Schmideberg décrit l'état-limite comme une organisation « stable dans l'instabilité », limitrophe des névroses, des psychoses psychogènes et de la psychopathie en insistant sur le défaut de modulation émotionnelle et de tolérance à l'angoisse et sur les affects dépressifs de ces patients, sur leurs comportements excessifs et leurs tendances à l'agir destinés à lutter contre le vide intérieur, leur intolérance à la frustration et leur trouble du jugement.

En 1968, Grinker et al. ont réalisé une première analyse multifactorielle afin de trouver des critères comportementaux communs discriminatifs pour faire de cette organisation un trouble référençable dans le DSM III (Gunderson, 2009). Ils ont ainsi identifié quatre composantes fondamentales du trouble :

- l'agressivité,
- le mode de relation à autrui de type anaclitique (relation d'étayage sur l'objet),
- le trouble de l'identité,
- une forme particulière de dépression.

Quatre sous-groupes ont également été définis : les états-limites psychotiques, le noyau de l'état-limite, les personnalités *as-if* et les états-limites névrotiques.

- O. Kernberg en 1975 a été l'un des auteurs majeurs dans la compréhension psychodynamique des états-limites en tant qu' « organisation limite », définie comme un état instable au sein d'une structure stable. Il a proposé une triple perspective : descriptive, structurale et psychodynamique. Il propose un modèle hiérarchique dans l'organisation de la personnalité en prenant en considération 5 axes catégoriels et dimensionnels qu'il a combinés avec des formulations fondées sur la théorie psychodynamique :
 - le degré d'intégration du Moi : le syndrome d'identité diffuse est la dimension fondamentale ; elle conditionne la gravité des distorsions du fonctionnement mental du patient ;
 - le degré de développement du Surmoi: il est une conséquence du recours à des modes de défense archaïques centrés sur le clivage; il constitue l'élément pronostique majeur;
 - la gravité du traumatisme ou de l'agression : il s'agit des dysfonctionnements familiaux sévères ainsi que des sévices physiques et sexuels particulièrement graves chez les patients borderlines ;
 - l'axe dimensionnel extraversion/introversion: proche de la notion de tempérament, il serait de nature essentiellement génétique, influençant un mode général des conduites et l'établissement des relations objectales au début de la vie; il permettrait de définir le seuil des réactions affectives;
 - la dysrégulation thymique entre euphorie et dépression : elle serait également une disposition d'origine génétique.

Ces niveaux d'organisation vont de la normale aux névroses et aux psychoses, les étatslimites étant situés en position intermédiaire. Il différencie *l'organisation limite* par les trois caractéristiques structurales suivantes : le degré d'intégration de l'identité, le niveau des mécanismes défensifs et la capacité à vivre l'épreuve de réalité. Dans les *organisations limites*, la notion de faiblesse du Moi est fondamentale et à l'origine du manque de tolérance à l'angoisse, du manque de contrôle pulsionnel, de l'insuffisance de développement des voies de sublimation et le manque de différenciation des images de soi et d'objet, avec estompage des frontières du Moi. L'auteur nomme ces manifestations syndrome d'identité diffuse « c'est-à-dire l'absence d'un concept de soi intégré et d'un concept intégré d'objets totaux en relation avec soi ». Les frontières du Moi existent dans la plupart des domaines comme dans le registre névrotique mais elles font défaut dans les relations interpersonnelles aboutissant à un fonctionnement de type psychotique. Ce syndrome a des conséquences sur la qualité des relations d'objet internalisées du patient limite ainsi que sur ses capacités d'abstraction et d'adaptation à la réalité. La « psychose de transfert » est une illustration de cette fragilité particulière.

Concernant les opérations défensives, les patients limites ne disposent que de modalités défensives primitives organisées autour du clivage comme pour le fonctionnement psychotique (cf. chapitre « les mécanismes de défense »).

Enfin, l'épreuve de réalité est conservée et se rapproche du fonctionnement névrotique. Le sujet n'est cependant pas adapté dans les relations objectales proches. Kernberg propose ainsi de confronter prudemment le patient à l'image que ce dernier a donnée de lui-même et de ses attitudes dans le transfert au cours du traitement psychothérapique.

Kernberg distingue également un sous-groupe : « les personnalités narcissiques » caractérisées par un « soi grandiose ». Ce dernier terme avait déjà été employé et étudié par Kohut en 1974 (Gunderson, 2009).

Tableau 1 : Organisation limite de la personnalité d'après Kernberg.

	Névrotique	Limite	Psychotique
	Représentations de soi et d'autru	i bien différenciées	Représentation de soi et d'autrui peu
			différenciées ; dépersonnalisation
Intégration de l'identité	Identité stable : images de soi	Syndrome d'identité	diffuse : perceptions contradictoires de
	et d'autrui contradictoires	soi et d'autrui peu intégrées et maintenues séparées	
	intégrées		
	Mécanismes de haut niveau :	Mécanismes de bas	niveau : clivage, déni, idéalisation
	refoulement, formations	primitive, identificat	ion projective, omnipotence,
Mécanismes de défense	réactionnelles, isolation	dévalorisation	
wecamsines de defense	Les défenses protègent le sujet de	u conflit	Les défenses protègent le patient de
	intrapsychique ; les interprétation	ns améliorent le	la dissociation : les interprétations
	fonctionnement		induisent une régression
	Confrontation à l'épreuve de la réalité ma		Rupture plus ou moins grave avec la
			réalité
Épreuve de réalité	Capacité à évaluer soi-même et	Altération de l'épreu	ive de réalité dans les relations
	autrui avec lucidité, même dans	objectales proches :	perceptions et réactions inappropriées,
	les rapports proches	psychose de transfer	rt

J. Bergeret en 1970 propose une nosographie encore différente de ses prédécesseurs : selon lui, les états-limites seraient une entité originale, ni névrotique, ni psychotique (« une astructuration », « une troisième lignée psychopathologique ») due à la fragilisation du Moi par un « traumatisme psychique précoce » affectif au moment de la période de l'Œdipe, une fois que le Moi a dépassé « le moment où les frustrations du premier âge auraient pu opérer des fixations prépsychotiques tenaces et fâcheuses » (cf. tableau ci-dessous). Le traumatisme consiste dans le fait que le sujet dont le Moi est encore insuffisamment constitué, est confronté trop précocement à des enjeux œdipiens. Le Moi va intégrer cette expérience précoce comme une menace pour son intégrité narcissique. Ce premier désorganisateur perturbe l'évolution libidinale qui se trouve alors figée dans une « pseudo-latence plus précoce et plus durable que la latence normale » qui pourra recouvrir le temps habituel de l'adolescence, voire celui de l'âge adulte. Il se constitue ainsi selon cet auteur, le « tronc commun aménagé de l'état-limite ». Il nomme cette entité « organisateur limite du Moi » et la qualifie de « mode d'organisation anaclitique » de la personnalité (Bergeret, 1974). Il s'agit

d'un aménagement qui permettrait de dépasser le risque de morcellement du Moi sans atteindre la relation d'objet génitale. La relation d'objet sera centrée sur la dépendance anaclitique à l'autre c'est-à-dire qu'il y a nécessité de recourir aux éléments du monde extérieur pour combler les lacunes du fonctionnement imaginaire interne. Ainsi la relation duelle est prépondérante dans les états-limites (qui est différente de la fusion de la relation dyadique psychotique et de la relation névrotique triangulée). Pour J. Bergeret, les évolutions des états-limites peuvent se faire de manière aigüe lors d'un second traumatisme (souvent en lien avec une rencontre objectale ou avec un réaménagement social). Les défenses peu élaborées du Moi que nous expliciterons ultérieurement se trouvent alors débordées d'où une grande diversité des évolutions potentielles.

Tableau 2 : Caractéristiques psychodynamiques comparées entre névroses, états-limites et psychoses d'après (Bergeret, 1974).

	Névrose	État-limite	Psychose
Angoisses	De castration	De perte d'objet	De morcellement
Défenses Refoulement, déplacement		Clivage des objets, forclusion	Déni de la réalité, dédoublement du Moi
Relation d'objet	Objet total, génitalité	Anaclitique	Objet partiel, relation fusionnelle
Conflit Intrapsychique		ldéal du Moi / réalité	Ça / Réalité
Symptômes	Obsessionnels, hystériques	Dépression	Dépersonnalisation, délire

À partir de 1975, Gunderson publie les premières études utilisant des critères diagnostiques pour décrire les échantillons cliniques. Il identifie 6 caractéristiques :

- la présence d'affects intenses,
- un comportement impulsif,
- un certain niveau d'adaptation sociale,

- des expériences psychotiques brèves,
- une perte de lucidité dans des situations non structurées,
- une instabilité relationnelle variant entre une superficialité fugace et une dépendance intense (Gunderson and Singer, 1975).

Dans les années 1980-1990, Akiskal repère que le *trouble borderline* pouvait faire partie du spectre bipolaire du fait de la dysrégulation émotionnelle et de la dépression atypique retrouvées dans la plupart des cas (Akiskal, 1996), (Akiskal, 2004). À la même époque, Herman montre l'importance du rôle des traumatismes précoces cumulatifs dans le développement de ce trouble (Herman et al., 1989).

L'intérêt pour les troubles borderlines à l'adolescence est relativement récent bien que les premiers cas aient été décris en 1958 (Guelfi et al., 2011). Masterson a étendu le concept de TPL au champ de l'adolescence (Masterson, 1971). Il voyait ce trouble comme l'aboutissement d'un cumul d'événements survenus pendant l'enfance initiés par des sentiments intenses d'abandon, une difficulté de séparation à la figure maternelle et un échec à progresser à travers les différentes étapes du processus de séparation-individuation jusqu'à l'acquisition de l'autonomie (Masterson, 1978). Les premières études de validation empirique chez les adolescents sont apparues dans les années 1990 (Ludolph et al., 1990) et n'ont cessé de croître depuis.

B. LES PATHOLOGIES LIMITES DE L'ENFANCE

Le concept de pathologies limites de l'enfance est décrit par R. Misès à la fin des années 1980 et est retrouvée dans la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) (Misès et al., 2002). On regroupe dans cette catégorie de nombreux troubles (pathologies narcissiques et anaclitiques, personnalités à faux-self et schizoïdes, les dysharmonies évolutives etc.) ainsi que des enfants catégorisés en fonction d'un axe étiologique : enfants abandonniques, enfants victimes de sévices et carences graves. Les manifestations sont florides et variées : troubles des conduites, dépression, manifestations

psychosomatiques, dysharmonies cognitives. On s'appuie cependant sur des mécanismes psychopathologiques communs afin de les regrouper dans le cadre des pathologies limites :

- des défauts précoces d'étayage et de contenance,
- des échecs dans le registre de la transitionnalité,
- des défauts de l'élaboration dépressive,
- une vulnérabilité à la perte d'objet,
- des défaillances narcissiques,
- une hétérogénéité structurale et des troubles de la pensée,
- des troubles instrumentaux et cognitifs.

Nous ne donnerons qu'un rapide aperçu de chacun de ces éléments (Misès, 1994).

1. DÉFAUTS PRÉCOCES D'ÉTAYAGE ET DE CONTENANCE

Il apparaît des discontinuités et des ruptures du fait de placement, d'hospitalisation, de dissociation familiale ou de la non disponibilité d'un parent (dépression d'un parent dans les premiers mois de la vie par exemple). On relève toujours l'insuffisance des apports libidinaux et les défauts d'ajustement lors de la nécessité d'adaptation de l'environnement aux besoins de l'enfant. L'enfant met alors en œuvre des capacités d'adaptation qui peuvent se développer de manière dysharmonique en s'appuyant notamment sur des fonctionnements en faux-self. Ces capacités peuvent être à visée défensive afin de se protéger d'angoisses massives potentiellement envahissantes. Elles sont efficaces mais parfois au prix d'une fixation qui entrave les processus d'individuation, la maîtrise des instruments de symbolisation et l'accès à la vie fantasmatique.

L'enfant peut vite être débordé par des excès de tensions internes. Il existe une défaillance de pare-excitation et de la fonction de contenance. Les capacités de mentalisation sont mises en échec et l'expression passe par le corps et l'agir. La pensée logique est utilisée dans une fonction défensive.

2. ÉCHECS DANS LE REGISTRE DE LA TRANSITIONNALITÉ

La problématique de l'absence occupe une place centrale dans la psychopathologie des organisations limites de l'enfant. L'aptitude à jouer seul est souvent mise en défaut. En effet, le jeu a pour fonction d'assimiler l'absence dans un espace intermédiaire entre le monde interne et la réalité externe. Concernant les objets transitionnels, ils font parfois défauts ou bien sont d'apparition retardée ou alors ils sont moins investis et changeants. L'entourage n'est pas toujours sensible à la fonction de ces objets. Il en découle des expressions par le corps et par l'agir.

3. DÉFAUTS DE L'ÉLABORATION DÉPRESSIVE

La position dépressive décrite par M. Klein ne peut être pleinement élaborée chez les enfants avec une pathologie limite. Pour R. Misès, les défaillances précoces de l'étayage maternel s'accentuent au cours de la phase dépressive, en raison de la menace que l'accès de l'enfant à une autonomie propre fait peser sur l'économie narcissique de la mère. La vulnérabilité à la perte d'objet devient un élément essentiel de la problématique. Dans ce contexte, l'enfant ne parvient pas à intégrer les angoisses dépressives et de séparation ni à dépasser le conflit d'ambivalence. Il persiste des modes archaïques de symbolisation. L'enfant dans ces conditions peut difficilement contrôler son agressivité et résoudre ses conflits internes. Les mesures de répression pulsionnelles prennent appui sur des défenses archaïques majeures (notamment le mécanisme de clivage). Par ailleurs, les angoisses dépressives et de séparation sont prédominantes dans les pathologies limites (par rapport aux angoisses de morcellement retrouvées dans les psychoses). Le phénomène de projection peut venir altérer la différenciation entre soi et non-soi. Cette différentiation demeure néanmoins acquise dans le cadre des pathologies limites à l'inverse des pathologies psychotiques.

4. DÉPRESSION

Les aspects dépressifs occupent une place centrale : affects pénibles, absence d'intérêt et d'idées ou au contraire renfermement dans des activités stéréotypées pour combler le vide, les troubles somatiques. Le retrait peut aller jusqu'à un ralentissement majeur appelé le syndrome du comportement vide (association de la désaffectivation objectale, de la fixation aux aspects factuels de l'ambiance, du renfermement dans des relations dévitalisées avec persistance d'activités et de ruminations stéréotypées pour combler le vide interne). Parfois, la confrontation aux sentiments de vide et à la souffrance peut glisser vers des idées de préjudices et d'injustice qui renforcent les attitudes agressives. Il peut alors exister un déni de l'impuissance douloureuse dans lequel l'omnipotence, la maîtrise exercée sur les affects et les tentatives de domination des personnes apparaissent. Il y a alors un risque d'évolution vers la psychopathie à travers l'affirmation du déni de la dépendance et de la vulnérabilité.

5. VULNÉRABILITÉ À LA PERTE D'OBJET

L'absence est impossible à supporter. L'enfant n'accède pas à une pensée imaginative ou métaphorique si ce n'est en secteur à travers les clivages. La menace de perte d'objet s'exprime sous la forme d'une confrontation au vide contre laquelle le sujet développe à titre défensif le maintien d'une relation avec le mauvais objet. La vulnérabilité à la perte d'objet peut prendre la forme de refus scolaires anxieux graves lors des premières séparations avec le parent.

6. DÉFAILLANCES NARCISSIQUES

Ces enfants ont un manque de sécurité interne du fait d'un défaut d'intériorisation des objets parentaux. L'absence d'amour de soi prendrait naissance dans ces premières distorsions. Le parent est souvent dans l'incapacité d'investir son enfant comme objet réel, à la fois distinct de l'enfant imaginaire et différent de lui-même. Ces enfants sont touchés dans leurs capacités de sublimation, de créativité et d'élaboration. Ils sont pris dans des illusions aliénantes et ne peuvent soutenir des expériences leur permettant d'assurer leur estime de

soi ni élaborer des idéaux stimulants. Ils sont soumis à une répétition des blessures narcissiques en raison des échecs subis dans leurs apprentissages. Il peut alors apparaître des sentiments d'injustice, de préjudice qui viennent réactiver l'omnipotence infantile. Ils refusent de se soumettre, ils ont des conduites d'opposition et de revendication à l'égard de leur entourage. Ils exigent que tout leur soit donné et tout de suite. Il s'agit de réactions de prestance qui mènent à des affrontements répétitifs avec le milieu. Il y est souvent associé une absence de culpabilité et une précarité des interdits intériorisés ce qui serait le témoignage de l'incapacité de ces individus à s'inscrire dans un registre névrotique.

7. HÉTÉROGÉNÉITÉ STRUCTURALE ET TROUBLES DE LA PENSÉE

Le Moi est clivé. Il en résulte un fonctionnement en faux self dans lequel est maintenu des positions inconciliables sans qu'il y ait conflit interne. Cette organisation permet un développement en secteur des aptitudes à la conformité qui permettent de maintenir un lien avec le réel à travers des rapports marqués par la soumission et le mimétisme. Il persiste cependant sur un autre plan une pensée prélogique placée sous le signe de la toute-puissance infantile et appuyée par le recours à l'équation symbolique et à la symbolique archaïque. Ceci est illustré métaphoriquement dans le livre de William Golding, Sa Majesté des Mouches (Golding, 1954) et commenté dans un article récent (Lévy, 2015). Les conséquences de ce dispositif défensif se retrouvent dans le registre de la pensée et de la représentation : il s'agit par exemple des défaillances portant sur le jeu symbolique. Ultérieurement le sujet se trouve durablement dans l'impossibilité de s'appuyer sur des activités de pensée. La maîtrise exercée sur soi et sur les objets peut venir à défaillir, il surgit alors des sentiments douloureux de perte du lien et des phénomènes de sidération de penser. La répétition de ces expériences de dépossession de la vie psychique mène au renforcement des clivages et des défenses archaïques.

8. Troubles instrumentaux et cognitifs

On retrouve précocement des troubles instrumentaux de type gnosique, praxique ou des atteintes du langage. Il peut également exister des déficits cognitifs. Cependant, un certain

nombre d'enfants avec une pathologie limite obtiendront de bons résultats scolaires. Les processus de clivage aident à maintenir l'exercice des fonctions cognitives mais en contre partie, cela laisse peu de place à la créativité personnelle.

La conception des pathologies limites de l'enfance selon R. Misès ne se veut toutefois pas être purement psychogénétique. Il accorde une grande place aux conditions d'environnement et aux distorsions dans les interactions précoces comme nous venons de le voir.

C. CORRESPONDANCES ENTRE CFTMEA ET CIM-10

La CFTMEA (classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent) est une classification qui prend en compte les aspects propres à l'enfance et à l'adolescence contrairement aux classifications généralistes (DSM et CIM) (Misès et al., 2002). Elle s'appuie essentiellement sur l'expérience et le jugement du clinicien car elle ne possède pas de critères diagnostiques détaillés. Elle inclut la dimension psychopathologique qui sous-tend l'approche du clinicien. Cette classification permet de mettre en valeur les composantes multifactorielles présentes au cours du développement. Son originalité réside dans l'inclusion de catégories diagnostiques spécifiques pour les nourrissons. Elle est organisée en deux axes : l'axe clinique et l'axe des facteurs associés (facteurs organiques et conditions d'environnement).

Les *pathologies limites* de la CFTMEA appartiennent à la troisième catégorie. Il existe des sous-catégories qui correspondent aux troubles CIM-10 suivants (Organisation Mondiale de la Santé, 1994) (critères également révisés en 2012 pour la CFTMEA) (Misès et al., 2012) :

- dysharmonies évolutives / F 60.3 personnalité émotionnellement labile;
- pathologie limite à dominante des troubles de la personnalité / F 92.8 autres troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels;
- pathologie limite à dominante schizotypique / F 21 trouble schizotypique ;
- pathologie limite à dominante comportementale / F 91.9 trouble des conduites
 sans précision ;

- dépressions liées à une pathologie limite / F 92.0 troubles des conduites avec dépression sans leur être entièrement assimilables;
- autres pathologies limites / **F 98.8** autres troubles précisés du comportement et troubles apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence ;
- pathologies limites non spécifiées / **F 98.9** trouble du comportement et trouble émotionnel apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence, sans précision.

Les dysharmonies évolutives débutent précocement avant l'âge de 6 ans avec des perturbations multifactorielles : il existe des troubles du langage, de la psychomotricité, des fonctions cognitives qui sont en rapport avec des défauts d'investissement. La dimension dépressive est prédominante. Il existe une insécurité de fond, une immaturité, des angoisses de séparation liées aux difficultés d'individuation. On peut toutefois s'étonner de la correspondance CIM-10 avec le code F 60.3 au vu de la précocité du trouble alors que ce code est théoriquement réservé aux adultes.

Les pathologies limites avec prédominance des troubles de la personnalité ne compromettent pas toujours l'adaptation familiale, scolaire ou sociale. Les critères répondent aux caractéristiques générales des organisations limites (souffrance dépressive avec incapacité à recevoir de l'aide, les défauts de régulation de l'estime de soi, les angoisses de séparation, les tendances régressives et de dépendance). Cette sous-catégorie comprend les troubles narcissiques.

Les *pathologies limites avec prédominance schizotypique* sont caractérisées par des anomalies de la pensée et des affects où dominent la froideur, le retrait, la pauvreté du contact, des pensées étranges et des préoccupations de différente nature.

Les pathologies limites avec prédominance comportementale sont les troubles dominés par la tendance à l'agir, le déni des règles sociales, la répétition des échecs. Il existe un défaut de maturité affective, l'altération du sentiment de soi, la pauvreté de la vie intérieure, l'incapacité à nouer des investissements stables. La tonalité dépressive est souvent recouverte par des constructions mégalomaniaques et par les affrontements au milieu. L'évolution vers la psychopathie est incluse dans cette sous-catégorie.

Les *dépressions liées à une pathologie limite* occupent la première place dans le tableau clinique de la pathologie limite.

Les correspondances ne se recoupent pas entièrement entre les deux classifications et sont par conséquent approximatives. Elles ont été modifiées à plusieurs reprises.

D. LE CONCEPT DE TROUBLE DE PERSONNALITÉ À L'ADOLESCENCE

1. DÉFINITION DU CONCEPT DE PERSONNALITÉ

Le terme de personnalité provient du mot latin *persona* qui désigne le masque de l'acteur puis le rôle et le personnage joué par ce dernier. La personnalité est définie comme le résultat chez un sujet donné de « l'intégration dynamique des aspects cognitifs, pulsionnels, volitionnels et affectifs » (Delay and Pichot, 1962). L'agencement de ces différents facteurs constitue les traits de personnalité c'est-à-dire les modalités relationnelles de la personne, sa façon de percevoir le monde et de se penser dans son environnement. Ainsi le terme de personnalité désigne ce qu'il y a de relativement permanent et stable dans le fonctionnement psychologique du sujet (Guelfi, 2012). Elle a pour autre caractéristique d'être unique car elle rend le sujet reconnaissable et distinct de tous les autres.

2. LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ À L'ADOLESCENCE

La personnalité devient un trouble quand les traits qui la caractérisent deviennent rigides, inflexibles et causent une détresse personnelle ou créent des difficultés fonctionnelles significatives. Ces traits doivent être durables et déviant suffisamment de ce qui est culturellement attendu chez un individu. L'étude des troubles de personnalité peut se faire selon deux modèles : l'approche catégorielle ou l'approche dimensionnelle. L'approche catégorielle est celle du DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2003) : elle classe les différents tableaux cliniques en catégories distinctes les unes des autres statistiquement validées selon un seuil pathologique. L'approche dimensionnelle quant à elle considère les traits de personnalité comme des dimensions pouvant se juxtaposer les unes aux autres. Ce modèle est repris en annexe du DSM-5 comme modèle alternatif pour les troubles de la

personnalité (American Psychiatric Association, 2015) (cf. annexe 3). Il n'existe pas de frontière nette entre le normal et le pathologique mais plutôt un continuum (Christian Widakowich, 2013). Nous verrons plus loin en quoi cette approche est particulièrement plus adaptée à la période de l'adolescence.

Le diagnostic de trouble de la personnalité est classiquement posé à l'âge adulte ou en fin d'adolescence selon le DSM IV-TR. Dans cette classification, les troubles de personnalité appartiennent à l'axe II. Le diagnostic peut cependant être établi plus tôt sous certaines conditions : « les différentes catégories de trouble de la personnalité peuvent s'appliquer aux enfants et aux adolescents dans les cas relativement rares où les traits de personnalité inadaptés du sujet semblent envahissants, durables et dépassent le cadre d'un stade particulier du développement ou d'un épisode d'un trouble de l'axe I. Il faut savoir que les traits d'un trouble de la personnalité apparaissant dans l'enfance se modifient habituellement avec le passage à l'âge adulte. On ne peut diagnostiquer un trouble de personnalité chez une personne de moins de 18 ans que si les caractéristiques ont été présentes depuis au moins un an ». À noter que pour la CIM-10, le diagnostic de trouble de personnalité émotionnellement labile (F 60.3) qu'il soit de type impulsif (F 60.30) ou borderline (F 60.31) ne peut être posé avant l'âge de 18 ans (Organisation Mondiale de la Santé, 1994).

À l'adolescence les troubles de personnalité sont les entités diagnostiques les moins stables par rapport aux troubles de l'axe I. Les troubles les plus stables à cette période de la vie sont en effet les troubles de la consommation de substances et les troubles internalisés d'après le suivi sur 2 ans de 70 patients (Mattanah et al., 1995). Les troubles externalisés sont les troubles les plus spécifiques de l'adolescence mais ils s'amendent plus rapidement que les troubles sus-cités.

E. ÉPIDÉMIOLOGIE DU TROUBLE LIMITE À L'ADOLESCENCE

Aux États-Unis, la prévalence du TPL chez l'adulte en population générale est estimée entre 0,5 et 5,9 % selon les études avec une prévalence médiane de 1,35 % (Leichsenring et al., 2011), (Lenzenweger et al., 2007). Cette prévalence est similaire à celle du trouble bipolaire (2 %) et supérieure à celle de la schizophrénie (1 %). Le sex ratio est de 1 (Grant et al., 2008).

En population clinique, la prévalence est située autour de 10 % parmi les patients toutes causes psychiatriques confondues. Quinze à vingt-cinq pourcent des patients hospitalisés portent ce diagnostic. L'étude de Grant et al. de 2008 rapporte une prévalence élevée du TPL (autour de 5,9 %) ce qui peut interpeller quant à l'accès aux soins psychiatriques : un certain nombre ne serait pas pris en charge ou estimerait ne pas en avoir besoin.

Chez les adolescents la prévalence de TPL en population générale est comprise entre 0,9 et 3% (Lewinsohn et al., 1997), (Bernstein et al., 1993). L'étude française de Chabrol retrouvait une prévalence de 14% dans une population scolaire de jeunes âgés de 13 à 20 ans (Chabrol et al., 2001a). Dix-huit pourcent des filles (IC 95% = 5,7 - 33) et 10% (IC 95% = 3,1 - 23,3) des garçons avaient un diagnostic de TPL. Il existait un pic vers 14 ans puis une augmentation de la prévalence en fin d'adolescence. Des études plus anciennes ont obtenu des résultats inverses : par exemple celle de Bernstein et al. rapportait un pic de fréquence autour de l'âge de 12 ans pour les garçons et 13 ans pour les filles avec une décroissance de la fréquence du trouble par la suite (Bernstein et al., 1993).

Dans une population ordinaire, Chabrol et al. retrouvent un nombre égal de garçons et de filles qui remplissent les critères pour le TPL (Chabrol et al., 2004) alors qu'il est identifié une majorité de filles avec TPL en population clinique et en hospitalisation (Grilo et al., 1996). En effet on distingue entre 31 et 61 % de filles avec TPL en hospitalisation versus 0 à 39 % de garçons (Miller et al., 2008). Le sex ratio serait donc semblable à celui des adultes et varierait de 1, dans les études en population générale à un tiers en population clinique (soit 2 ou 3 filles pour un garçon) (Allilaire, 2012). Les adolescents avec TPL représentent environ la moitié des adolescents hospitalisés en psychiatrie (Grilo et al., 2001), (Becker et al., 2002). En population clinique ambulatoire adolescente, il est reconnu une prévalence de sujets avec TPL entre 11 et 22 %, (Chanen et al., 2008a).

Cette forte prévalence peut remettre en cause la validité du diagnostique à l'adolescence et suggère que les critères du DSM IV-TR ne sont pas adaptés à cette période de la vie.

F. VALIDITÉ DIAGNOSTIQUE DU TROUBLE LIMITE À

L'ADOLESCENCE

Le processus de l'adolescence présente de nombreux points communs avec les caractéristiques cliniques du trouble de personnalité limite (cf. chapitre « Clinique du trouble limite à l'adolescence »). L'adolescence débute quand la puberté est déclenchée et se poursuit jusqu'à l'acquisition de l'indépendance et de l'autonomie, signe de l'entrée dans l'âge adulte. Il s'agit d'une période de la vie marquée par de profonds bouleversements : transformation du corps et accès à la sexualité génitale, mouvement psychique correspondant à la deuxième phase du processus de séparation-individuation, déplacement des relations familiales vers les relations avec les pairs (Marcelli and Braconnier, 2011). Aux origines de l'adolescence, il y a un coup aux effets irréversibles : la puberté ou pour mieux dire le pubertaire dont Gutton s'est fait le théoricien (Gutton, 1997). L'activation pulsionnelle et l'éprouvé de la complémentarité des sexes réactive la problématique œdipienne et sexualise les liens imposant de nouvelles distances avec les objets de l'enfance, c'est-à-dire la séparation avec les personnes significatives de l'entourage familial. Cette séparation qui s'impose à l'adolescent constitue un défi pour son narcissisme car elle le met seul face à ses doutes concernant ses capacités à faire seul ou à contenir une destructivité ou une demande d'amour dont il se sent d'autant plus envahi qu'il doute de ses assises narcissiques. C'est ce qu'exprime le paradoxe que Ph. Jeammet met au centre de la problématique adolescente : « ce dont l'adolescent a le plus besoin [pour se rassurer] est ce qui le menace » [d'une dépendance ou d'une séduction qu'il redoute et le persécute] (Jeammet, 1990).

On retrouve ainsi physiologiquement pendant cette période mouvementée une impulsivité, une recherche identitaire et une fragilité narcissique, des mécanismes de défense tel que le clivage (passage d'un extrême à l'autre : alternance d'une idéalisation des pairs puis rejet de ces mêmes personnes) ainsi qu'une mise en acte importante (Block et al., 1991). La fréquence de l'angoisse, l'importance de la dépression, la prévalence des conduites toxicomaniaques à cet âge font également parti du tableau classique de la description de l'adolescence. Dans ces conditions on peut légitimement se demander si l'on peut parler de « trouble de personnalité limite » à cet âge de la vie. Ou bien ce trouble n'est-il qu'une

exacerbation des manifestations physiologiques de l'adolescence (« la crise de l'adolescence ») ?

La définition de la personnalité *borderline* à l'adolescence n'est vraiment installée qu'à partir du DSM-IV en 1994 (Robin and Rechtman, 2014). La revue de littérature de Bondurant et al. montre que la *validité du construit* du diagnostic de TPL à l'adolescence semble pertinente mais avec des spécificités (Bondurant et al., 2004). Les critères diagnostiques sont moins uniformes chez les adolescents que chez les adultes et manquent de spécificité. L'analyse factorielle de l'étude de Westen et al. a par exemple mis en exergue deux facteurs distincts : la dysrégulation émotionnelle et la dimension histrionique (Westen et al., 2003). Cette étude suggère que l'unité retrouvée dans le trouble borderline chez l'adulte n'est pas applicable à la population adolescente et que le TPL chez l'adolescent est une entité moins homogène. La validité de construit est donc moins fiable que chez l'adulte.

La consistance interne² et les différences de groupe – séparation du groupe TPL et du groupe non-TPL – sont comparables à celles retrouvées chez les adultes (consistance interne modérée). L'étude de la validité concourante³ montre que ces sujets ont une souffrance et un handicap fonctionnel plus importants. Le test de validité convergente⁴ montrait une bonne corrélation mais plus faible que chez l'adulte. La validité convergente soutient la pertinence du diagnostic.

Les critères de TPL à l'adolescence chevauchent d'autres troubles comorbides (avec les autres troubles de personnalité de l'axe II et les troubles de l'axe I: dépression, trouble bipolaire et consommation abusive de substances, cf. infra). Le TPL à l'adolescence serait donc plus diffus en terme de symptomatologie et de psychopathologie (Becker et al., 2000). Avec les critères diagnostiques utilisés actuellement, il est possible de discriminer le TPL adolescent des autres troubles de personnalité mais avec une fiabilité moindre que chez l'adulte puisqu'il existe un plus grand chevauchement des critères des pathologies de l'axe II. La validité discriminante⁵ serait donc moins bonne.

⁻

¹ Concordance entre la définition établie et l'objet psychiatrique que l'on cherche à identifier.

² Mesure du degré de cohésion ou d'homogénéité d'un ensemble de critères.

³ Validation d'un test à partir d'un autre test déjà validé.

⁴ Examen de la capacité à mesurer ce qui est théoriquement lié à l'entité que l'on cherche à décrire.

⁵ Capacité à ne pas mesurer ce qui est théoriquement distinct de l'entité que l'on cherche à décrire.

En outre la *validité prédictive*⁶ du TPL à l'adolescence est faible. Elle varie de 26 à 33 % à deux ans (Levy et al., 1999), (Bernstein et al., 1993) ce qui signifie que le TPL n'est pas stable dans le temps. Ces résultats suggèrent que le TPL à l'adolescence n'est pas le reflet d'un dysfonctionnement chronique de la personnalité mais plutôt le reflet d'un trouble limité dans le temps. La validité critérielle du diagnostic est donc incertaine.

En conclusion, le diagnostic de TPL est ainsi possible à l'adolescence mais avec une hétérogénéité diagnostique plus grande qu'à l'âge adulte bien que les critères de diagnostic en hospitalisation ne diffèrent pas de ceux des adultes (Becker et al., 2002). Il est à noter que chez l'adulte, le TPL n'est pas non plus une entité aussi stable que la définition le dit (cf. chapitre « évolution à l'âge adulte » ci-après).

La personnalité borderline à l'adolescence est le contre-exemple de la démarche catégorielle: les critères diagnostiques sont trop hétérogènes, les frontières sont mal définies et la fréquence du recouvrement avec d'autres troubles est importante (Robin and Rechtman, 2014). La multiplicité des comorbidités serait même l'élément clinique le plus spécifique de la pathologie borderline. Akiskal explique que la personnalité borderline est le diagnostic qui a le plus de promiscuité avec toutes les catégories diagnostiques en psychiatrie (Akiskal, 2004). La démarche dimensionnelle semble donc beaucoup plus pertinente pour approcher la personnalité borderline adolescente car elle s'inscrit dans un continuum entre la personnalité normale et la personnalité pathologique (Chabrol et al., 2002a), (Chabrol et al., 2001b). Le manque de validité de construit et de valeur prédictive de la personnalité limite à l'adolescence conduit à la considérer comme un indicateur de détresse et de dysfonctionnement développemental et non comme un syndrome cohérent stable et différentiable (Becker et al., 2000).

⁶ Capacité de prédiction d'une deuxième mesure diagnostique à partir d'une première.

G. CLINIQUE DU TROUBLE LIMITE À L'ADOLESCENCE

C'est la concordance de certains symptômes intégrés à une modalité de compréhension psychanalytique (incluant le degré d'intégration du Moi, les mécanismes de défense et la qualité de l'épreuve de réalité, selon Kernberg) qui va permettre d'évoquer fortement la possibilité d'une organisation ou d'un fonctionnement limite de la personnalité chez un adolescent (Gicquel et al., 2011). Chez le sujet souffrant d'un TPL, l'identité est diffuse, floue et changeante. Il y a défaut d'intégration du Soi et des autres. L'épreuve de réalité est fragile : la différenciation Soi-objet parvient à s'effectuer mais de brefs épisodes dissociatifs peuvent survenir dans des moments émotionnellement chargés. Nous verrons ci-dessous les différents mécanismes de défense mais, comme nous l'avons déjà vu, le mécanisme princeps est le clivage. Il protège le Moi du conflit en dissociant les expériences contradictoires du Soi et des autres.

Il existe de nombreux modèles décrivant différents facteurs et dimensions. Par exemple, un des modèles dimensionnels décrit le TPL selon les quatre dimensions suivantes :

- la dimension cognitive: trouble de l'identité, trouble de l'image de soi,
 symptômes dissociatifs transitoires,
- la dimension impulsive : les automutilations et les tentatives de suicide,
- la dimension affective : fluctuation de l'humeur, sentiment de vide, colères,
- la **dimension relationnelle** : relations interpersonnelles instables, efforts pour éviter l'abandon (Knafo et al., 2014) ; (Lieb et al., 2004).

De même, le modèle à trois facteurs de Sanislow et al. est considéré actuellement comme une référence chez l'adulte dans la conceptualisation du TPL dans une perspective dimensionnelle (Sanislow et al., 2002). Les trois facteurs du modèle reflètent l'hétérogénéité de la structure des TPL en mélangeant : les traits de personnalité (dimension de perturbation des relations interpersonnelles), les comportements symptomatiques (dimension de dysrégulation comportementale) et des symptômes (dimension de dysrégulation émotionnelle).

Chez les adolescents, l'étude française du Réseau EURNET-BPD a permis de mettre en évidence deux axes cliniques : une dimension tournée vers l'intérieur qui regroupe les

critères de l'évitement de l'abandon, des troubles de l'identité, des sentiments chroniques de vide et des idéations paranoïdes. Il s'agirait d'un manque de cohésion de l'expérience de soi. La deuxième dimension serait celle tournée vers l'extérieur : les colères inappropriées, l'impulsivité, la suicidalité, les automutilations et les relations instables en feraient parties (Speranza et al., 2014). Nous allons détailler qualitativement chacun de ces symptômes.

1. NATURE DE L'ANGOISSE

L'angoisse est classiquement décrite comme permanente, flottante, diffuse, envahissante et incontrôlable. Il s'agit d'une angoisse non psychotique (maintien des frontières entre le Moi et l'objet, absence d'angoisses de morcellement). Cette angoisse n'est pas non plus névrotique : on ne retrouve pas de sentiment d'échec ni de sentiment de culpabilité (pas d'angoisses de castration). Il s'agit d'une angoisse de perte ou d'éloignement d'objet (anaclitisme), d'un sentiment d'abandon et une crainte d'effondrement : « je fais des efforts continus pour lui donner envie de rester, pour l'empêcher de partir ; je ne veux plus qu'il me quitte » (Chabrol et al., 2001b). L'angoisse est ténébrante et délabrante : « j'ai peur que les personnes importantes pour moi me laissent tomber ; je me sens abandonné depuis toujours, c'est la panique de ne pas trouver du monde surtout quand j'en ai besoin ». Cette angoisse témoigne de la reviviscence d'expériences plus ou moins traumatiques.

Il existe en outre une **intolérance à la solitude**, le sujet n'ayant pas élaboré la position dépressive (cf. M. Klein ci-après) : « *j'ai horreur de rester seule, je vais aller accoster une fille, lui dire que je suis toute seule, lui demander si je peux rester avec elle* ».

2. LES MÉCANISMES DE DÉFENSE

Les mécanismes de défense chez le sujet limite sont qualifiés de bas niveau car ils sont primitifs et représentent des manifestations spécifiques de la faiblesse du Moi (Gicquel et al., 2011). Ils sont organisés autour du clivage. Les manifestations de celle-ci sont de trois ordres selon Kernberg: le manque de tolérance à l'angoisse, le manque de contrôle pulsionnel et le manque de développement des voies de sublimation (Chaine and Guelfi, 1999).

a) LE CLIVAGE

Le clivage est donc le mécanisme de défense princeps chez le sujet borderline. Kernberg décrit deux types de clivage : le clivage horizontal et le clivage vertical. Le clivage horizontal se traduit classiquement par une perception dichotomique du monde avec « la division des objets externes en certains totalement bons et d'autres totalement mauvais » (Kernberg, 1979). La conséquence se traduit par le passage brutal de sentiments et d'idées totalement opposés à l'égard d'autrui (amour versus haine) et une vision manichéenne du monde. Le clivage vertical est un clivage du Moi c'est-à-dire qu'une partie de la psyché est tenue rigoureusement écartée d'une autre. Il peut y avoir une oscillation entre des concepts de soi contradictoires (le Moi alternera entre nullité et perfection) du fait de l'idéalisation primitive de soi et la dévalorisation. L'entre-deux n'est pas possible. La confrontation de ces deux parties peut entrainer une angoisse massive et désorganisante. Le mécanisme de clivage vise par conséquent à préserver le sujet limite de la confrontation à son ambivalence affective et à sa douleur dépressive. Cependant il se traduit par un estompage des capacités de discernement et par l'inefficacité relative des conduites symptomatiques.

b) LE DÉNI

Le déni est directement associé au clivage. Les sujets ayant une organisation limite utilise les manifestations primitives du déni. Il s'agit de maintenir hors de la conscience une représentation ou un affect incompatible avec l'état d'esprit dans lequel se trouve le sujet à ce moment-là. Par exemple, toute idée ou événement de vie venant contredire le choix d'humeur du sujet sera expulsé du champ de la conscience. Le déni se manifeste cliniquement par la connaissance purement intellectuelle d'expériences déjà vécues, ne pouvant modifier ni les affects, ni les actes du sujet. La mise en acte qui est une forme particulière de déni, est une opération mentale pouvant directement déboucher sur des conduites symptomatiques. Elle sert au patient borderline à se protéger en rejetant à l'extérieur de lui-même, avant toute mentalisation, la souffrance liée aux aléas de la relation d'objet.

c) L'IDÉALISATION PRIMITIVE

Il s'agit d'un mécanisme complémentaire du clivage. Il consiste à se donner des objets idolâtrés ayant pour fonction de protéger le Moi contre toute forme de mauvais objet du monde extérieur. Kernberg qualifie l'idéalisation de primitive car on ne retrouve pas la culpabilité comme dans les idéalisations secondaires retrouvées dans les mouvements dépressifs et l'objet idéalisé est souvent dépourvu de qualités objectales intrinsèques : il n'existe que pour sa fonction protectrice et peut être interchangé au profit d'un autre s'il faillit aux yeux du sujet. Afin d'éviter la contamination de ces instances irréelles par le mauvais, le Moi du patient doit renforcer des processus de plus en plus couteux d'idéalisation et de clivage. Leur inefficacité déclenche une rage destructrice et un rejet avec déni de l'idéalisation antérieure.

d) L'IDENTIFICATION PROJECTIVE

Il s'agit d'un concept décrit initialement par M. Klein en 1946 chez le nourrisson (Bolgert, 2003). Dès le début de la vie, le bébé serait soumis aux angoisses entre les pulsions de vie et de mort. Le nourrisson utiliserait le mécanisme du clivage pour tenter de séparer le « bon » du « mauvais » en lui comme dans « l'objet » (« le bon sein » et le « mauvais sein ») et d'expulser les parties mauvaises de soi dans l'objet lui-même clivé. M. Klein appelle cette problématique la « position schizoparanoïde » et nomme le processus « identification projective ». Il s'agit d'un processus intrapsychique. Ce sont des aspects de la représentation de soi qui sont transférés à une représentation de l'objet (l'Autre) en s'y identifiant. Cette opération permet d'expulser les « mauvaises » parties de soi mais aussi de contrôler et posséder l'objet car ces mauvaises images sont projetées sur autrui : « il est comme moi, on est pareil ». Les limites entre soi et l'objet sont floues. Il en découlerait le syndrome d'identité diffuse (cf. O. Kernberg). Dans le cas des états-limites, il existe une fonction de délégation qui met en relief l'aspect identificatoire : le sujet peut ainsi vivre ses désirs par procuration.

e) L'OMNIPOTENCE ET LA DÉVALORISATION

Le sujet s'identifie à un objet « totalement bon » idéalisé. Il attend d'être protégé par cet objet et se soumet à lui. Il s'agit « d'établir une relation de quête et de dépendance à un objet magique idéalisé » (Kernberg, 1979). Cependant, la personne idéalisée est traitée de manière possessive. On perçoit que le sujet a besoin de contrôler l'objet idéalisé (omnipotence) et de manipuler l'entourage pour « détruire les ennemis potentiels ». La dévalorisation est le corollaire de l'omnipotence : si l'objet externe n'est plus adulé ou source de protection, il est alors rejeté d'autant plus vite qu'il n'existe pas de véritable attachement.

3. Manifestations névrotiques

On trouve ensuite des manifestations hétérogènes d'allure névrotique polysymptomatique : des symptômes d'allure phobique : « je suis angoissée pour tout ; j'ai des crises d'angoisse, je tremble beaucoup », des obsessions jusqu'à des manifestations hypochondriaques voire de conversions hystériques : « j'ai toujours mal à la tête tout le temps ». Ces dernières sont atypiques avec une absence d'érotisation au profit d'une dimension d'agressivité et de manipulation.

4. LES TROUBLES THYMIQUES

Les troubles thymiques et la dépression sont atypiques. On retrouve 60 à 80 % d'épisodes dépressifs majeurs chez les adolescents borderlines (Consoli and Cohen, 2007). L'expérience dépressive occupe une place importante avec une incapacité à élaborer une position dépressive (M. Klein) par incapacité à concevoir la perte de la relation symbiotique avec la mère. On retrouve une désadaptation grave du sujet à sa réalité interne et externe. Il n'existe pas de ralentissement psychomoteur, ni de culpabilité. Les sentiments de rage, de colère, de vide, d'ennui ou d'abandon voire d'autocondamnation sont présents plutôt qu'une tristesse : « je me sens vidée. Tout ce que je fais, c'est que pleurer ». Ce sentiment de vide chronique (qui pourrait être le témoin de l'échec fondamental des attachements

précoces) est spécifique des sujets borderline et fait craindre le recours à des gestes autoagressifs ou à des abus de substances pouvant mener à des conduites de dépendance. L'humeur est labile avec des oscillations entre la dépression, l'angoisse et la colère et une oscillation entre dépression et euphorie : « un petit truc et ça y est, je vais avoir envie de me suicider puis le lendemain, je vais éclater de joie et être trop contente, ça varie vachement, je suis trop changeante ». Par ailleurs, Chabrol et al. retrouvaient des symptômes hypomaniaques indépendants de la prise de drogue chez 65 % des sujets : « tendance à trop sortir ; je pensais que rien ne pouvait m'arriver ; je saute partout, tout se bouscule dans ma tête » (Chabrol et al., 2001b).

Ces sujets sont souvent **irritables**, avec une **agressivité exacerbée**, des **colères incontrôlées** et inappropriées, des **rages froides** voire des passages à l'acte hétéro-agressifs : « *on me cherche, on me trouve, et là je peux être très violent*; quand je me dispute, je peux pas m'empêcher d'avoir envie de frapper des fois ».

5. DISTORSIONS COGNITIVES

Sur le plan cognitif, il existe des distorsions spécifiques des perceptions interpersonnelles : ces sujets se perçoivent comme hostiles, instables et labiles. Ils ont tendance à interpréter le comportement des autres en terme d'abandon et de rejet même en l'absence de preuves objectives. Le vécu dépressif de ces sujets est de type anaclitique. Ils ont tendance à exacerber les aspects négatifs extérieurs relationnels ou personnels, notamment les souvenirs d'enfance (Goodman et al., 2013a). Les adolescents avec TPL semblent ne relater que les souvenirs traumatisants (Spodenkiewicz et al., 2014).

Ces sujets ont une **perturbation de l'identité** : « je ne me comprends pas moi-même, je ne sais pas qui je suis en fait » ; « j'ai l'impression que je fais des dédoublements de personnalité, il y a deux parts qui se font dans mon cerveau » ; « je sais que je suis hétéro mais j'ai déjà eu des tendances bi ». L'estime de soi est particulièrement mauvaise : « je me dégoûte et me déteste ; je suis bête et trop moche ».

Des **expériences dissociatives** sont souvent présentes : « ça m'est arrivé d'avoir l'impression que je n'existais pas. Je me demandais si ce n'était pas un rêve » ; « il m'est arrivé de me voir

à distance comme si j'étais à l'extérieur de mon corps, surtout dans des moments très pénibles, c'est trop bizarre ».

Les **idées paranoïaques** sont fréquentes (jusqu'à 97,1 % des sujets) : « *je me méfie de tout le monde* », « *j'ai l'impression que tout est contre moi* », « *j'ai l'impression qu'on me veut du mal, mais j'ai peut-être aussi un tempérament paranoïaque, parce que des fois je me sens espionné* » (Chabrol et al., 2001b).

6. L'IMPULSIVITÉ

Le mode d'échange relationnel est caractérisé par l'**impulsivité** avec le cortège de troubles du comportement qui en découle jusqu'à la réalisation parfois d'un tableau d'allure psychopathique. Ces troubles du comportement sont de deux ordres : les **passages à l'acte** et les **conduites de dépendance**. On retrouve également la promiscuité sexuelle : « *je craque dès qu'un garçon me plaît, j'ai des relations sexuelles rapidement après la rencontre. Je suis peut-être nymphomane* » (Chabrol et al., 2001b).

7. PASSAGES À L'ACTE

Les passages à l'acte peuvent être auto-agressifs : des scarifications et automutilations jusqu'aux tentatives de suicide. Bien souvent, les scarifications sont une tentative de mettre en évidence la souffrance du sujet et de vérifier que le geste a un pouvoir d'affliction pour faire réagir les proches. Il s'agit également d'actes de rupture (substitution de la parole par l'acte) visant un apaisement immédiat et une recherche de contrôle de la douleur psychique. Les marques corporelles (tatouages et *piercings*) sont par ailleurs associées à des conduites à risque (consommation de drogues, conduites sexuelles : « *je couchais avec des hommes sans préservatifs, je me fous du sida* », les troubles alimentaires et le suicide) (Carroll et al., 2002).

Concernant les **tentatives de suicides**, l'étude de Belloc mettait en évidence deux dimensions de la symptomatologie limite prédictives d'idées suicidaires à l'adolescence : la dépression et l'impulsivité (Belloc et al., 2004). La répétition des actes suicidaires est un facteur de gravité et de mauvais pronostic (Delvenne, 2013).

On retrouve aussi des **ivresses aigües**, des **épisodes boulimiques**, des vols ou achats impulsifs, des conduites de deux roues dangereuses.

Les actes hétéro-agressifs sont liés à des accès de colère ou de violence. Le clivage décrit par Kernberg (Kernberg, 1979) empêche l'élaboration psychique des actes et entretien les répétitions.

8. LES CONDUITES DE DÉPENDANCE

Les **conduites de dépendance** comprennent bien évidemment la consommation de toxiques mais également les addictions sans drogues : les troubles alimentaires à type de boulimie ou d'anorexie purgative, le jeu pathologique ou les achats compulsifs. Les pratiques sexuelles sont à risque avec notamment une multiplicité des partenaires.

9. RELATIONS INTERPERSONNELLES

Les **relations interpersonnelles** sont **instables** avec une oscillation entre un investissement affectif massif quasi-fusionnel et des sentiments de rejets : « *c'est trop souvent les extrêmes,* on se voit trop, et après on se jette puis on revient » ; « je peux lui dire des choses très méchantes et injustes et dix minutes après je lui dis que je l'aime et que ça ne se reproduira plus ».

Les relations sont conflictuelles : « on n'arrête pas de se disputer avec mes parents ; quand ils ne sont pas là, je voudrais qu'ils soient là pour m'aider mais quand ils sont là, ça ne va pas non plus ». Ces sujets sont très souvent dépendants de l'autre : « j'ai tendance à m'appuyer sur quelqu'un. J'ai besoin de me reposer sur quelqu'un, à attendre beaucoup de l'autre en fait » (Chabrol et al., 2001b).

10. LES ÉPISODES PSYCHIATRIQUES AIGÜS

Les **épisodes psychiatriques aigus** sont importants avec une sollicitation des soins en urgence. Ils peuvent être en lien avec l'impulsivité : automutilations et tentatives de suicide ou liés à l'angoisse : crises d'angoisse aiguë ou épisodes psychotiques transitoires. Ces

épisodes sont souvent répétitifs. Les manifestations parapsychotiques sont souvent des expériences paranoïaques non-hallucinatoires, des états confusionnels, des pensées bizarres qui sont toujours brefs et labiles. Dans une étude française, les symptômes dissociatifs sont associés aux symptômes psychotiques (Chabrol et al., 2004). Cette association serait une particularité de la période adolescente. Les symptômes psychotiques seraient des manifestations dissociatives à cet âge. En effet, les symptômes dissociatifs sont beaucoup plus fréquents chez les enfants et les adolescents que chez les adultes - bien que leur prévalence décline pendant l'adolescence (Putnam, 1993) – tout comme la prévalence importante des hallucinations à cet âge (7,5 % chez les adolescents de 13 à 18 ans) (Jardri et al., 2013). Le TPL à l'adolescence semble être plus fortement associé au trouble schizotypique (Becker et al., 2000) notamment les idées bizarres : « j'ai déjà fait de la télépathie : je savais ce que l'autre allait dire » et le mode de pensée magique : « je fais des rêves prémonitoires; ça m'arrive souvent de penser à quelque chose et ça arrive, c'est incroyable », les expériences perceptives inhabituelles : « parfois je sens une présence mais il n'y a personne » ou des expériences quasi-psychotiques transitoires (Chabrol et al., 2001b) ce qui en ferait des éléments spécifiques à cet âge : « je vois des visions de personnes qui sont mortes ».

H. SPÉCIFICITÉS EN FONCTION DU GENRE

1. CHEZ L'ADULTE

Les études chez l'adulte retrouvent des antécédents spécifiques selon le genre pendant l'enfance des sujets borderlines. Goodman et al. ont ainsi découvert, chez les hommes interrogés et leurs parents en comparaison avec leurs frères et sœurs, plus d'anxiété de séparation, une incapacité à s'autoréguler, une hostilité inhabituelle et des abus sexuels dans l'enfance et la petite enfance. Les antécédents d'abus sexuels étaient prédictifs d'un TPL à l'âge adulte chez les hommes. On retrouvait également plus de préoccupations concernant l'image corporelle, une dimension impulsive, un sentiment de vide dans l'enfance et l'adolescence, des pensées étranges et une suicidalité plus importante à l'adolescence (Goodman et al., 2013a). Il est à noter également que le harcèlement et le

bullying⁷ étaient plus importants dans l'enfance et serait plus fréquent chez les hommes borderlines. Ceux-ci seraient plus enclins à se souvenir des expériences de victimisation subies pendant leur enfance. Il est retrouvé rétrospectivement une prévalence importante des troubles alimentaires chez les hommes avec TPL au moment de leur adolescence (taux 45 fois supérieur à celui retrouvé dans la population générale). On retrouve également plus d'agressivité, d'impulsivité, de tentatives de suicide, d'automutilations, d'agressions subies et d'abus de substances. Les résultats de cette étude suggèrent également que les symptômes psychotiques à l'adolescence seraient prédictifs d'une évolution future vers un TPL chez les hommes.

La symptomatologie diffère également entre les hommes et les femmes bien qu'il existe un noyau commun aux sujets borderlines (Johnson et al., 2003). Les hommes borderlines ont plus de troubles externalisés: des consommations de substances (en particulier la dépendance à l'alcool) et ont d'autres troubles de personnalités associés (personnalité narcissique, personnalité psychopathique en particulier et personnalité schizotypique) alors que les femmes ont plus de troubles internalisés: ESPT associé, dépression, troubles alimentaires, préoccupations corporelles avec troubles de l'identité, des troubles somatoformes, des troubles anxieux généralisés et une personnalité histrionique (McCormick et al., 2007), (Sansone and Sansone, 2011a).

Les hommes borderlines seraient donc plus impulsifs mais cette description peut être l'expression de faits plus généraux à savoir que les femmes ont d'une manière générale de plus grandes facilités à avoir des relations interpersonnelles et de socialisation alors que les hommes peuvent avoir plus de difficultés dans ce domaine.

Du point de vue dimensionnel, les femmes avaient plus d'épisodes psychotiques et dissociatifs (McCormick et al., 2007). Les hommes avec TPL ont des comportements plus colériques et explosifs avec moins de symptômes anxieux et moins de troubles alimentaires que les femmes (Grant et al., 2008). Une autre étude retrouvait également plus de *binge eating disorder* et de troubles des conduites dans l'enfance chez les hommes que chez les femmes (Banzhaf et al., 2012) alors que chez ces dernières, la boulimie nerveuse et le

⁷ Comportement d'agression dans le cadre scolaire caractérisé par 3 aspects : l'intention de nuire, la dissymétrie des forces (violence du plus fort envers le plus faible) et le caractère répétitif du comportement. Syn. : harcèlement scolaire (Guilheri et al., 2015).

trouble panique étaient plus fréquents. Les hommes seraient ainsi moins concernés par leur poids (absence de stratégies de contrôle de poids) avec une meilleure acceptation de leur image corporelle que les femmes. Cette étude confirmait la fréquence plus importante de personnalité narcissique et de personnalité antisociale chez les hommes comme différences de genre. Concernant les profils cliniques de ces patients dans cette dernière étude, les femmes avec TPL avaient des dimensions de neuroticisme, de dépression, de vulnérabilité plus importante que les hommes mais étaient aussi plus modestes, plus agréables et plus altruistes. Les hommes quant à eux avaient un profil clinique plus externalisé avec des troubles des conduites, des conduites antisociales, une recherche de sensation et un caractère endurci plus important.

Cependant, les différentes études comparatives en fonction du genre retrouvaient plus de similitudes du point de vue clinique que de différences (Johnson et al., 2003), (Banzhaf et al., 2012) et ces différences semblaient celles retrouvées dans la population générale comme nous l'avons expliqué ci-dessus.

Sur le plan neurobiologique, les femmes borderlines ont une réduction significative de la concentration de substance grise dans le lobe temporal médian (dont l'amygdale) en comparaison aux hommes (Soloff et al., 2008). Ces derniers ont par ailleurs une moindre concentration de substance grise dans le gyrus cingulaire antérieur ce qui serait en rapport avec une plus grande impulsivité (Hazlett et al., 2005). Par ailleurs, Soloff et al. ont trouvé une augmentation de la concentration de substance grise dans le putamen droit chez les hommes qui pourrait correspondre à une plus grande consommation de substances.

2. CHEZ L'ADOLESCENT

Les adolescentes avec TPL présentent plus de troubles d'ordre affectif (Chabrol et al., 2004) que les garçons avec TPL, qui sont plus impulsifs et ont plus d'utilisation abusive de substances psychoactives. Il est également retrouvé dans la littérature une plus grande fréquence de troubles de personnalité narcissique (avec des éléments mégalomaniaques, par exemple : avoir le sentiment d'être quelqu'un de spécial, prendre du plaisir à avoir du contrôle sur autrui, avoir un destin spécial). Une autre étude menée chez des adolescents

avec un diagnostic de TPL retrouvait des troubles externalisés avec des traits antisociaux plus fréquents et plus d'agressivité chez les garçons (Bradley et al., 2005). Dans cette étude, les adolescentes avec TPL avaient des profils cliniques similaires aux femmes adultes avec TPL. Les troubles étaient majoritairement internalisés avec une composante de dramatisation émotionnelle.

I. FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

1. LE CONCEPT D'ATTACHEMENT

L'attachement désigne le lien affectif et social développé par une personne envers quelqu'un d'autre. J. Bowlby (1907-1990) s'est intéressé au phénomène de séparation précoce mère-enfant à la lumière des travaux d'éthologie (Bowlby, 1978). Il est le premier psychanalyste à proposer un modèle de développement et de fonctionnement de la personnalité (ou théorie des instincts) qui s'éloigne de la théorie des pulsions de Freud, dès 1958. Il privilégie la méthode expérimentale et les observations directes longitudinales et conteste ainsi le rôle prédominant accordé aux pulsions orales et à l'alimentation. Bowlby décrit la séquence émotionnelle suivante lors de la privation maternelle chez un bébé à partir du deuxième semestre : la phase de protestation, la phase de désespoir puis la phase de détachement et enfin la crainte d'une nouvelle séparation après qu'il a retrouvé sa mère. Il existe selon lui un ensemble de comportements instinctifs « ayant pour résultat prévisible le maintien et l'accroissement de la proximité de la mère (ou du substitut maternel) » et ayant une importante fonction de protection pour l'enfant. Il s'agit principalement de la succion, de l'étreinte (l'agrippement), de l'action de suivre, des pleurs et du sourire. Cet attachement donne à l'enfant la sécurité et la confiance nécessaires à l'exploration de son environnement, laquelle ne peut se déployer que si le besoin primaire d'attachement est d'abord satisfait.

Trois principaux schèmes d'attachement sont, selon Bowlby, identifiés de manière fiable et un quatrième a été proposé par Main et Salomon. Ces schèmes d'attachement ont ensuite été étudiés par M. Ainsworth lors de la « situation étrange » (Ainsworth, 1985) :

- Le schème d'attachement sûr (secure-attached) : le sujet a confiance dans le fait que sa figure parentale sera disponible, lui répondra et l'aidera dans le cas où ils seraient confrontés à des situations adverses ou effrayantes. Le contact est recherché lors du retour de la figure d'attachement.
- Le schème d'attachement angoissé ambivalent (insecure-ambivalent): le sujet n'est pas certain que son parent sera disponible, lui répondra ou l'aidera s'il fait appel à lui. Du fait de son incertitude, il est toujours sujet à l'angoisse de séparation, tend à s'accrocher et se montre angoissé pour aller explorer le monde. Ce schème est favorisé par un parent qui est disponible et secourable dans certaines occasions et non dans d'autres, par des séparations, et particulièrement par des menaces d'abandon utilisées comme moyen de discipline. Le contact est recherché mais fuyant en même temps.
- Le schème d'attachement angoissé évitant (*insecure-avoidants*): le sujet n'a aucune confiance dans le fait que, s'il cherche des soins, il lui sera répondu de manière utile, mais il s'attend au contraire à être repoussé. Il essaye de se suffire à lui-même sur le plan affectif et peut être diagnostiqué comme « *narcissique ou ayant un faux-self* » (Bowlby). Ce schème est la conséquence du fait que la mère d'un tel individu le repousse quand il s'approche d'elle pour chercher réconfort et protection. Le contact n'est pas recherché mais n'est pas refusé non plus.
- Le schème d'attachement angoissé confus désorganisé (insecure disorganized/disoriented): le nourrisson se fige par moment en présence de sa figure d'attachement, ou bien le bébé agrippe le parent avec ses bras tout en s'éloignant avec le reste de son corps.

Dans tous les cas le jeune enfant s'attache et élabore ses points de repères entre 0 et 6 ans, étape essentielle dans la construction de sa personnalité et de son mode futur d'interaction avec autrui. Les carences précoces entraînent ainsi des difficultés d'attachement et peuvent être liées à un TPL.

En 1956, D. Winnicott conceptualise la préoccupation maternelle primaire. Il s'agit de l'état psychique qui donne à la mère la capacité de se mettre à la place de son enfant et de répondre à ses besoins. Cela permet l'étayage du Moi de l'enfant en lui offrant une continuité d'existence et la possibilité d'évoluer dans un milieu sécurisant, le bébé peut

investir son self sans danger. Winnicott distingue ainsi trois séries d'actes dans les soins que la mère ou son substitut prodigue à l'enfant (Winnicott, 1969) :

- le holding: la mère tient l'enfant, lui assure un contenant corporel grâce à son propre corps. Elle place le corps de l'enfant dans l'espace et le maintient ce qui assure à l'enfant une sécurité affective. Le holding met en place le sentiment d'exister chez l'enfant;
- le handling : c'est le maniement. La mère donne des soins à l'enfant, le manipule,
 lui procure des sensations tactiles, corporelles, auditives et visuelles. Cela permet
 la reconnaissance de l'interaction soma-psyché et l'intégration des limites
 corporelles ;
- l'object presenting est le mode de présentation de l'objet : l'enfant a accès aux objets simples puis aux objets plus complexes et enfin au monde et à la réalité à travers sa mère.

Winnicott considère le processus de développement comme un cheminement qui va de l'illusion à la désillusion, illusion de toute-puissance qu'une mère « suffisamment bonne » permet de vivre pleinement à son bébé en s'adaptant à ses besoins, mais qu'entament progressivement la perception de la réalité et la découverte de l'objet maternel et de la dépendance à son égard. La mère répondant aux manifestations de l'omnipotence du nourrisson, le vrai self peut s'établir. À l'inverse, si la mère est dans l'incapacité de répondre à ces manifestations de façon répétée, elle substitue sa propre omnipotence et le nourrisson n'a d'autre alternative que de s'y soumettre : la soumission est le premier stade du faux self, conséquence de l'inaptitude de la mère à ressentir les besoins de son enfant (Winnicott, 1960). Il s'agit d'une sorte d'écran artificiel entre le vrai self caché et l'environnement quand celui-ci est de mauvaise qualité (trop intrusif). Contrairement au vrai self, le faux self n'est pas créatif, ne donne pas à l'enfant le sentiment d'être réel. Il peut être à l'origine d'une construction défensive contre la crainte d'un effondrement et représente le concept qui fait le lien entre le développement normal et le développement pathologique.

En outre, R. Spitz décrit trois organisateurs du psychisme à partir desquelles il relève des distorsions pathologiques propres à certaines situations traumatiques notamment carentielles :

- le premier organisateur est spécifié lors de l'apparition du sourire au visage humain se présentant à lui à partir des 2^e-3^e mois (mise en place des premiers rudiments du Moi et de l'établissement de la première relation préobjectale) ;
- le deuxième organisateur est spécifié lors de l'apparition de la réaction d'angoisse au visage de l'étranger vers le 8^e mois (intégration progressive du Moi du bébé) ;
- le troisième organisateur est spécifié lors de l'apparition du « non » dans le courant de la deuxième année (stade de reconnaissance de soi et accession aux relations sociales).

2. LES TRAUMATISMES

Revenons tout d'abord sur la définition du traumatisme psychique : d'un point de vue descriptif, il correspond à un événement susceptible d'entraîner la mort, impliquant des menaces de mort, pouvant entraîner des blessures et des lésions corporelles majeures sur le sujet ou ses proches. D'un point de vue psychodynamique, la conception du traumatisme psychique est différente. Pour Freud, le traumatisme apparaît en deux temps, c'est un premier événement, extérieur au sujet, qui va exercer son pouvoir traumatique par le biais d'un second événement. Une situation devient traumatique quand des événements refoulés sont réactivés. Pris dans un fantasme, l'événement devient traumatique, événement qui viendra alors déborder les processus défensifs du sujet. Nous pouvons dire que l'effet violent d'un traumatisme serait lié à la façon dont l'individu a résolu ses premiers conflits psychiques. En conséquence, d'un point de vue psychodynamique, on reconnaît deux types d'événements traumatiques :

- les situations ou événements qui entrent en résonnance avec les désirs ou craintes fantasmatiques actuels du sujet ;
- les événements de nature ou d'intensité tels qu'ils débordent les capacités adaptatives du Moi du sujet. On distingue alors :
 - les événements qui aux yeux d'un tiers ne représentent pas nécessairement un « traumatisme »,
 - les événements violents, brutaux tels que décrits au début de ce chapitre (impossibilité de faire face).

a) TRAUMATISMES DANS L'ENFANCE

Les événements traumatiques infantiles occupent une place de choix dans la genèse du TPL comme nous le montre ce schéma (figure 1).

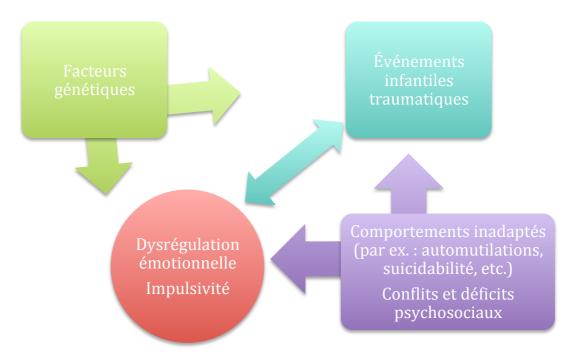


Figure 1: Modèle multifactoriel du trouble borderline de Lieb et al. (2004).

On distingue cinq types de traumatismes infantiles basés sur les travaux de D. Bernstein (Bernstein and Fink, 1998) :

- les abus émotionnels : agressions verbales visant à nuire à l'estime de soi ou le bien-être de l'enfant ou tout acte visant à humilier, à avilir l'enfant ou tout comportement menaçant à l'encontre d'un enfant de la part d'une personne plus âgée que lui ;
- les abus physiques : agressions corporelles effectuées sur un enfant par une personne plus âgée que lui et qui impliquent des blessures, des lésions voire des séquelles ;
- les abus sexuels : contacts ou agissements à thématique sexuelle entre un enfant et une personne plus âgée que lui (la contrainte est fréquemment associée à ce type d'abus mais n'est pas une caractéristique essentielle) ;

- les négligences émotionnelles : échec à pourvoir aux besoins psychologiques et émotionnels de base de l'enfant en termes d'amour, d'encouragement et de soutien;
- les négligences physiques : échec à pourvoir aux besoins physiques de base de l'enfant à savoir le nourrir, le loger, le protéger et l'encadrer.

À propos du genre, les traumatismes subis dans l'enfance et notamment les traumatismes sexuels ont longtemps été considérés comme des facteurs étiologiques du TPL notamment chez les femmes. Or l'étude de Johnson et al. montrait une prévalence des traumatismes subis dans l'enfance chez les hommes ayant un TPL comparable à celle des femmes avec TPL (Johnson et al., 2003). Ainsi, les traumatismes dans l'enfance seraient un facteur de risque de survenue de TPL ultérieur chez les hommes au même titre que pour les femmes.

b) TRAUMATISMES À L'ADOLESCENCE

Les deuils survenant à l'adolescence nécessitent des ressources déjà mobilisées pour le développement du jeune et les mouvements psychiques que l'adolescence entraîne. La personnalité est en cours de construction à cet âge et la perte d'un être cher sur lequel l'adolescent pouvait compter pour l'aider à grandir fait irruption dans ce processus. C'est pourquoi cette période est particulièrement vulnérable au retentissement d'un décès d'un proche et que ces deuils sont presque toujours vécus de façon traumatique (de Broca, 2013), (Hanus, 2006).

Alors qu'un des enjeux de l'adolescence est l'intégration au sein d'un groupe de pairs, il peut également être source de dangers pour les adolescents vulnérables. Ceux-ci se retrouvent alors la cible du phénomène de *bullying*, très fréquent (autour de 9 %). Le bullying et notamment le *cyberbullying*⁸ est associé aux traits de personnalité borderline (M. Arsène, 2014), (Sansone et al., 2010), (Wolke et al., 2012). Il peut être vécu de façon traumatique par ces jeunes (Roques et al., 2015).

-

⁸ Il s'agit d'agressions à travers les réseaux sociaux ou à travers les nouvelles technologies de communication (smartphone, ordinateur).

J. DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS ET TROUBLES ASSOCIÉS

Dans une étude réalisée sur 123 adolescents avec TPL hospitalisés, il est retrouvé une dépression dans 65 % des cas, une dysthymie dans 30 % des cas, des troubles des conduites dans 55 % des cas, de l'abus d'alcool dans 47 % des cas, des abus de substances dans 40 % des cas et de l'anxiété dans 24 % des cas (Becker et al., 2006).

Chez l'adulte, 84,5 % des patients ayant un TPL ont au moins un trouble de l'axe I durant au moins 12 mois associé avec une moyenne de 3,2 troubles associés (Lenzenweger et al., 2007).

1. TROUBLE BIPOLAIRE

Le trouble bipolaire est un trouble affectif dans lequel on retrouve des variations marquées de l'humeur avec une alternance de périodes de dépression, d'euthymie et d'épisodes maniaques (élation de l'humeur de façon persistante) pour le trouble bipolaire de type I et d'épisodes hypomaniaques dans le cas des troubles bipolaires de type II (American Psychiatric Association, 2003).

La relation entre TPL et trouble bipolaire à l'adolescence n'est pas très claire (de fait, il existe peu d'études sur le sujet) mais la comorbidité est modeste (Consoli and Cohen, 2007). Il est plutôt associé au trouble bipolaire de type II. Il n'est pas non plus retrouvé de risque plus élevé de troubles de l'humeur chez les apparentés du premier degré de sujets borderlines (Riso et al., 2000). Chez les adultes, la comorbidité de TPL est estimée entre 12 et 30 % chez les patients avec trouble bipolaire (Benazzi, 2000), (Rossi et al., 2001). L'étude de Kutcher (Kutcher et al., 1990) identifiait 15 % d'adolescents avec TPL parmi une population d'adolescents avec trouble bipolaire. Les adolescents TPL se différenciaient des autres par une moins bonne réponse aux traitements médicamenteux.

L'association d'un trouble bipolaire à un TPL à l'adolescence suggère une plus grande vulnérabilité, une symptomatologie plus sévère et un moins bon pronostic avec un risque suicidaire plus grand, un début plus précoce des symptômes affectifs et une plus grande sévérité (Fonseka et al., 2015).

Par ailleurs, bien que certains auteurs considèrent que le TPL fasse parti du spectre bipolaire du fait de symptômes communs tels que l'impulsivité et l'instabilité émotionnelle (Akiskal, 2004) et que l'association au tempérament cyclothymique soit forte (Perugi et al., 2011), les deux psychopathologies semblent distinctes. Par exemple les profils d'impulsivité semblent différents entre les sujets avec TPL et trouble bipolaire de type II (Bøen et al., 2015). Les sujets avec TPL ont une impulsivité avec une dimension urgente plus importante : les comportements impulsifs (automutilations, consommation de substances) sont utilisés pour exprimer une souffrance psychique intense. Il existe également un manque de persévérance plus important chez les sujets TPL que chez les sujets avec trouble bipolaire de type II. Les épisodes dépressifs ne se manifestent pas non plus de la même façon chez un sujet avec TPL et un sujet avec trouble bipolaire. L'humeur dépressive est, chez les premiers, changeante et sensible aux événements extérieurs. L'instabilité affective variant entre la colère, l'anxiété et l'euthymie est hautement caractéristique du trouble limite (Henry et al., 2001). Ces sujets sont également beaucoup plus impulsifs (Paris, 2004). Or ceci est vrai pour les adultes mais les adolescents étant de part leur maturation cérébrale inachevée (Holzer et al., 2011), impulsifs par nature, il devient plus difficile dans ce cas de délimiter les symptômes qui reviennent au trouble borderline de ceux revenant au trouble bipolaire.

Le TPL semble être un facteur de risque de développement d'un trouble bipolaire ultérieur (McDermid et al., 2015). Il est à considérer cependant que ces études ont été conduites auprès de sujets adultes.

Ainsi le problème principal concernant les liens entre trouble bipolaire et TPL est le chevauchement des critères. Le diagnostic différentiel entre trouble bipolaire et TPL à l'adolescence est par conséquent difficile à établir (Ruggero et al., 2010).

2. TROUBLE DÉFICIT DE L'ATTENTION AVEC HYPERACTIVITÉ

Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) est un trouble neurodéveloppemental débutant dans l'enfance et fréquent touchant 5 % des enfants en âge scolaire. Il est caractérisé par la triade suivante : impulsivité, hyperactivité et trouble de l'attention.

Une étude systématique des données publiées a mis en évidence chez l'adulte de nombreuses similarités entre le TPL et le TDAH (Davids and Gastpar, 2005). Conduites

impulsives, intolérance à la frustration, instabilité affective et colères, sentiment d'ennui sont des symptômes partagés par ces deux troubles.

Plusieurs études ont démontré que les symptômes de TDAH dans l'enfance chez les filles associés aux agressions physiques et relationnelles d'une part ou au trouble avec opposition et provocation d'autre part étaient prédictifs d'un TPL à l'âge de 14 ans (Vaillancourt et al., 2014), (Stepp et al., 2012).

Par ailleurs, l'étude française de Speranza a permis d'identifier un sous-type particulier au sein d'une population d'adolescents avec TPL : ceux qui avaient une comorbidité avec un TDAH avaient un profil avec plus de troubles disruptifs et une plus grande impulsivité (Speranza et al., 2011). Il y aurait ainsi deux trajectoires développementales différentes pour les adolescents borderlines : une trajectoire avec un continuum TDAH dans l'enfance – TPL à l'adolescence et une trajectoire traumatique : traumatismes dans l'enfance et perturbation des interactions relationnelles précoces.

3. ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

L'état de stress post-traumatique (ESPT) est souvent associé au TPL, en particulier chez l'adulte (Gunderson and Sabo, 1993), (Zanarini et al., 2004). Cette dernière étude retrouvait en effet une comorbidité de plus de 58 % chez les patients borderlines. Une revue récente de la littérature sur ce sujet ne retrouvait pas une plus grande fréquence de l'ESPT chez les patients adultes borderlines que chez des patients ayant d'autres troubles de la personnalité (Frías and Palma, 2015). Nous n'avons retrouvé que peu de données disponibles sur ce sujet concernant l'adolescent. À cet âge, l'ESPT semble être lié surtout aux antécédents d'abus sexuels (Corcos, 2014). La prévalence retrouvée de l'ESPT au sein de l'étude française du réseau EURNET-BPD est de 19,8 %.

4. ADDICTIONS

La consommation de substances psycho-actives à l'adolescence est associée au TPL. Elle est aussi fréquente que chez l'adulte avec TPL soit autour de 44 % (Sansone and Sansone, 2011b), (Corcos, 2014). Le trouble addictif semble ainsi se mettre en place à partir de

l'adolescence. Par ailleurs, les adolescents TPL consommateurs ne sont pas plus impulsifs que les non consommateurs. Les relations avec ces substances ne dépendent que de soi, sans dépendre d'autrui pour y accéder. Ainsi, cela donne au sujet une impression de contrôle et de maitrise contrairement aux relations interpersonnelles et à la gestion émotionnelle sur lesquelles l'adolescent n'a aucune mainmise. La consommation problématique de substance permet un sentiment de réassurance et de sécurité chez l'adolescent débordé par l'absence de contrôle possible sur les relations interpersonnelles et la gestion émotionnelle. Les personnes insécurisées comme les sujets borderlines seraient prédisposées à rechercher ces effets à travers les conduites addictives.

5. TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) notamment les TCA impulsifs (boulimie et binge eating disorder⁹) peuvent être comorbides d'un TPL (Rosenvinge et al., 2000) tout comme l'anorexie mentale de type purgatif (Sansone et al., 2005). Nous retrouvons ainsi dans une population de patients adultes avec TPL, 17,8 % qui ont un TCA comorbide (6,7 % avec anorexie mentale, 5,9 % avec une boulimie à poids normal et 5,2 % avec une hyperphagie boulimique) (Chen et al., 2009). Les patients avec boulimie associée ont un risque plus élevé de tentative de suicide alors que les patients avec anorexie ont un risque plus élevé d'automutilations. Le rôle de l'impulsivité est donc central dans ces problématiques (Wonderlich et al., 2004). Par ailleurs, une étude retrouvait 6,5 % de TCA chez des adolescents borderlines suivis en ambulatoire (Chanen et al., 2007).

6. AUTRES TROUBLES DE PERSONNALITÉ

On retrouve fréquemment d'autres troubles de personnalité associés au TPL. Becker a démontré que les personnalités schizotypiques et les personnalités passives-agressives étaient les troubles de personnalité les plus fréquemment associés au TPL à l'adolescence (Becker et al., 2000). Sur 16 adolescents TPL étudiés, Chabrol retrouvait des co-occurrences

_

⁹ Il s'agit de l'hyperphagie boulimique : au moins un accès de gloutonnerie par semaine pendant 3 mois sans stratégie de contrôle de poids compensatoire.

élevées de ces troubles de personnalité: personnalités dépressives, paranoïaques et dépendantes (Chabrol et al., 2002a). L'étude française du réseau EURNET-BPD a observé cinq troubles de la personnalité comorbides au TPL avec une co-occurrence supérieure à 6 %: le trouble de personnalité anankastique (obsessionnel-compulsif), le trouble de personnalité antisociale, le trouble de personnalité évitante, la personnalité dépendante et le trouble de personnalité paranoïaque (Corcos, 2014). Il existe une prédominance des troubles de personnalité du cluster C (personnalité anankastique, évitante et dépendante) qui est associée au TPL.

Par ailleurs, il est parfois difficile d'établir le diagnostic de TPL face à une personnalité antisociale (bien que ce diagnostic ne puisse pas être posé avant l'âge de 18 ans). L'hostilité, les tentatives de manipulation et les troubles des conduites peuvent être des manifestations du TPL. Il est dans ces cas parfois difficile d'accéder aux problématiques abandonniques sous-jacentes lors des premiers contacts avec l'adolescent.

De même, les personnalités histrioniques peuvent avoir en commun avec le TPL les manifestations florides et démonstratives.

Quant aux personnalités narcissiques, cette problématique étant une de celles du TPL, les manifestations peuvent se chevaucher également.

La validité discriminante étant faible à cet âge, les frontières entre les différents troubles de personnalité restent floues. Il est par conséquent difficile de pouvoir déterminer quels sont les troubles les plus souvent associés (on a vu en effet que les études sur ce thème ne retrouvaient pas les mêmes types de troubles de personnalité associés au TPL).

K. ÉVOLUTION À L'ÂGE ADULTE

Le diagnostic de TPL à l'adolescence semble prédictif de troubles de l'axe I¹⁰ notamment la dépression, de troubles de l'axe II et surtout de difficultés fonctionnelles et relationnelles futures sans pour autant qu'il reste un trouble de personnalité limite. Par exemple, 80 % des

-

¹⁰ Le DSM IV-TR comporte cinq axes : l'axe I (troubles cliniques : il s'agit des maladies psychiatriques), l'axe II (troubles de personnalité et retard mental), l'axe III (affections médicales générales), l'axe IV (problèmes psychosociaux et environnementaux) et l'axe V (évaluation globale du fonctionnement). Le système multiaxial a été modifié dans le DSM-5.

adolescents avec un TPL présenteront un trouble de personnalité à l'âge adulte mais seulement 16 % d'entre eux garderont le diagnostic de TPL (Deschamps and Vreugdenhil, 2008). Ce trouble n'est pas prédictif d'une évolution vers la schizophrénie. Une évolution vers un trouble bipolaire est cependant possible (McDermid et al., 2015). Le TPL ne serait stable entre l'adolescence et l'âge adulte que lorsque la symptomatologie est la plus sévère (Miller et al., 2008). Les taux de rémission sont élevés quand le diagnostic a été posé à l'adolescence (Biskin et al., 2011): les deux tiers des patients ne remplissaient plus les critères après 4 ans d'évolution. Par ailleurs, un suivi sur 10 ans chez l'adulte a montré un taux de rémission (disparition des symptômes pendant au moins 2 ans) de 93 % et la moitié des patients étaient guéris (c'est-à-dire qu'ils avaient un bon fonctionnement global et social) (Zanarini et al., 2010). Le taux de récurrence était de 29,5 % à la fin du suivi et le taux de suicide était de 4,1 %. Ainsi, les symptômes « aigus » s'estompent rapidement (Zanarini les compare aux symptômes positifs de la schizophrénie): il s'agit des gestes impulsifs comme les tentatives de suicide et les automutilations ou des épisodes quasi-psychotiques. Les symptômes « tempéramentaux » quant à eux, sont plus stables dans le temps (ils sont comparés aux symptômes négatifs de la schizophrénie): on y retrouve les symptômes affectifs tels que la dysphorie chronique, la colère, le sentiment de vide et les symptômes interpersonnels reflétant la crainte d'abandon et la dépendance (Zanarini et al., 2007). Le pronostic du TPL est donc meilleur que ce qu'il est couramment décrit.

Cependant, du point de vue dimensionnel, près d'un tiers des patients borderline adultes qui ont une histoire d'automutilations ont commencé ces dernières dans l'enfance (avant 12 ans) et un autre tiers, pendant leur adolescence (13-17 ans) avec une plus grande sévérité pour ceux qui ont commencé dans l'enfance (automutilations plus variées et plus importantes) (Zanarini et al., 2006). Les automutilations survenant dans l'enfance seraient ainsi prédictives d'un TPL à l'âge adulte.

Concernant les conséquences fonctionnelles du TPL à l'âge adulte, le taux de chômage est significativement corrélé à celui-ci (Lenzenweger et al., 2007).

Un suivi sur 10 ans chez des adolescentes a permis de montrer que les symptômes et traits de TPL étaient les plus bruyants entre 14 et 17 ans (période à risque). Les symptômes ne persistent pas ensuite et diminuent à l'entrée dans l'âge adulte (Bornovalova et al., 2009).

L. MÉTHODES D'INVESTIGATION

1. INSTRUMENTS D'ÉVALUATION OBJECTIVE

Les critères de Gunderson et Singer, datant de 1975 et révisés en 1978 et 1987, ont dégagé six caractéristiques et traits spécifiques aux troubles borderlines :

- l'impulsivité,
- les actes autoagressifs répétés,
- les affects dysphoriques chroniques,
- les distorsions cognitives transitoires,
- les relations interpersonnelles intenses et instables,
- la peur chronique d'être abandonné.

À partir de ces critères, les auteurs ont construit un questionnaire : le *Diagnostic Interview for Borderline* (Gunderson et al., 1981) (DIB révisé en 1989 (Zanarini et al., 1989)). Il s'agit d'un entretien semi-structuré qui permet de faire le diagnostic actuel de trouble de personnalité borderline selon les critères du DSM-IV. Il permet également d'évaluer quantitativement et qualitativement les différentes dimensions constitutives du trouble borderline : les affects, les cognitions, les actions impulsives et les relations interpersonnelles. M.C. Zanarini a ainsi distingué les symptômes aigus et les symptômes tempéramentaux du trouble borderline (cf. chapitre ci-dessus) et les a catégorisé dans chacun de ces domaines (Zanarini et al., 2007) :

Symptômes aigus:

Symptômes affectifs:

instabilité affective ;

<u>Symptômes cognitifs</u>:

pensées quasi psychotiques ; troubles de l'identité ;

Symptômes impulsifs:

- abus de substance, promiscuité, automutilations et tentatives de suicide ;

Symptômes interpersonnels:

- relations tumultueuses, dévalorisation, manipulation, sadisme, exigence envers autrui ; régression sévère pendant le traitement, problème de contre transfert et relations spéciales au cours du traitement.

Symptômes tempéramentaux :

Symptômes affectifs:

- dépression, désespoir, inutilité, incurabilité; colère, anxiété, vide et solitude;

Symptômes cognitifs:

- pensées étranges : dépersonnalisation ; persécution non délirante ;

Symptômes impulsifs:

- TCA: boulimie, dépenses, conduite dangereuse;

Symptômes interpersonnels:

- intolérance à la solitude ; sentiment d'abandon, engloutissement, d'annihilation ; dépendance ; masochisme.

Le BPDSI, Borderline Personality Disorder Severity Index 4th version, est également un entretien semi-structuré qui permet d'évaluer la fréquence et la sévérité des neuf manifestations du TPL décrites dans le DSM IV-TR sur une période de 3 mois (Giesen-Bloo et al., 2010). Il a été adapté pour les adolescents et leurs parents (Schuppert et al., 2012).

Il existe un certain nombre d'autres échelles, questionnaires et entretiens semi-structurés pour diagnostiquer et évaluer le TPL de manière objective.

2. TESTS QUALITATIFS

Les méthodes projectives sont classiquement en opposition aux méthodes objectives par le fait qu'elles seraient une technique permettant une extériorisation dynamique (par conséquent non chiffrable) des déterminants de la personnalité. Il est important de

souligner que les travaux sur les tests projectifs ont permis des avancées sur des critères diagnostiques affinés et en particulier sur la description des fonctionnements limites.

a) LE TEST DU RORSCHACH

Le test du Rorschach peut s'utiliser selon différentes approches (psychanalytique ou perceptivo cognitive). Nous ne reviendrons pas sur la description et l'utilisation des 10 planches mais plutôt sur l'apport de ce type de test dans la compréhension de la personnalité. Ainsi C. Chabert propose de rechercher le type d'angoisses et les mécanismes de défense à l'œuvre lors de la passation du test pour identifier les fonctionnements de personnalité parmi les trois systèmes conflictuels issus de la psychanalyse : le registre de la névrose, le fonctionnement limite et narcissique et le registre de la psychose. Le fonctionnement limite est ainsi étudié dans les modalités d'investissement narcissique et objectal à travers la représentation de soi et les représentations des relations (Chabert, 1998). Il permet d'étudier la perte de la perception de l'objet. C. Chabert distingue deux grands sous-types: un profil avec inhibition associée à une grande rigidité avec prédominance du contrôle interne et de l'emprise se traduisant par une pauvreté de production en situation projective. À l'inverse, elle retrouve un profil marqué par une labilité extrême, débordée par l'excès de sensorialité et l'hyperréactivité au stimulus. L'élément commun de ces deux cas de figure est l'inhibition majeure de la conflictualité intrapsychique. C. Chabert interprète ainsi la survenue répétée des signes particuliers suivants : l'insistance sur le repérage des contours et le surinvestissement des limites souligne l'importance accordée aux enveloppes, aux membranes limitantes entre dedans et dehors, ce qui protège le sujet de la confusion avec l'objet en assurant des frontières suffisamment étanches entre lui et l'autre.

Les investissements relationnels se traduisent lors de la passation par une froideur et une hostilité ou au contraire un contact familier et enjoué qui signifie l'aménagement de la dépendance. La représentation de soi est marquée par une porosité des limites avec une différenciation partielle entre le dedans et le dehors. Les angoisses de la perte d'objet nécessitent un surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet sans possibilité de recours à un auto-étayage.

La dépendance à l'environnement et aux objets externes peut se traduire par une soumission passive et conformiste au cadre perceptif. Il existe un fonctionnement opératoire avec une massivité du recours à la réalité externe.

Les phénomènes de clivage dans les modalités d'investissement d'objet (alternance de l'idéalisation et de la dévalorisation) sont des mouvements également repérables au TAT (*Thematic Apperception Test*). La configuration œdipienne est inaccessible, évite l'ambivalence et se traduit par un clivage entre les parents (amour pour l'un et haine pour l'autre).

En résumé, les protocoles d'états-limites concernent l'angoisse de perte d'objet, la lutte contre la reconnaissance de la dépression, les assises narcissiques fragiles et la diversité des aménagements défensifs (Andronikof, 2008).

b) LE THEMATIC APPERCEPTION TEST

Le TAT (*Thematic Apperception Test*) est inventé en 1935 par Murray aux États-Unis dans le cadre d'une enquête sur la dynamique de personnalité des étudiants. Ce test projectif n'a pas de modèle théorique exclusif mais l'école française initiée par Vica Shentoub l'a inscrit dans une perspective psychanalytique en s'appuyant sur les concepts majeurs de la psychopathologie (Shentoub, 1998).

Les planches du TAT viennent solliciter deux grands registres de problématique : la première porte sur l'identité et l'identification, la seconde sur la relation d'objet. Une série d'images est présentée au sujet avec pour consigne : « *imaginez une histoire à partir de la planche* ». Ces images représentent une grande diversité de situations, potentiellement conflictuelles ou difficiles, qui jalonnent la vie d'un adulte et qui renvoient aux grandes étapes du développement de la relation d'objet au fil des transformations de l'expression pulsionnelle, libido et agressivité. Ainsi, il s'agit de décrypter des procédés d'élaboration du discours à l'aide de la feuille de dépouillement. Des modalités de fonctionnement psychique à l'œuvre dans cette expérience projective permet de proposer des hypothèses concernant l'organisation psychique du sujet en s'appuyant sur le point de vue dynamique, économique et topique. Dans la dernière version de la feuille de dépouillement du TAT a été introduit une nouvelle série de procédés « CL » qui correspond à l'instabilité des limites : porosité de ces dernières (entre narrateur et sujet de l'histoire, entre dedans/dehors), appui sur le

perceptif et le sensoriel, hétérogénéité des modes de fonctionnement (interne/externe, perceptif/symbolique, concret/abstrait) et le clivage (Azoulay, 2002).

Les réponses du sujet borderline au TAT contrastent avec celles apportées au test de Rorschach. Ficheux insiste chez ces patients sur le respect, face à un matériel formel, de l'épreuve de réalité, sur la capacité à instaurer des liens, sur la capacité à construire une histoire avec des règles, sur la cohérence interne des récits et sur la maitrise de la distance réflexive (Ficheux, 1993).

M. ASPECTS NEUROSCIENTIFIQUES

1. GÉNÉTIQUE

L'héritabilité¹¹ pour le TPL est estimée entre 35 et 45 % (Bornovalova et al., 2009), (Chanen and Kaess, 2012). Bien qu'aucun gène ne soit spécifique du TPL, il existerait une relation entre le chromosome 9 et le TPL (Distel et al., 2008). Les interactions gène-environnement sont corrélées au développement d'un TPL. Autrement dit, les individus ayant un génotype à risque (= vulnérabilité génétique) peuvent développer un TPL s'ils sont exposés à un environnement prédisposant (Distel et al., 2011). Ces gènes augmenteraient même la probabilité de la confrontation à ces événements de vie négatifs. Il est à noter cependant que ces données n'ont été étudiées que chez des adultes.

Peu d'études ont trait à la recherche des gènes associés au TPL chez l'adolescent. Le gène 5-HTTLPR qui est le promoteur de la protéine codant pour le transporteur de la sérotonine, est associé au TPL chez l'adolescent (Hankin et al., 2011). Il s'agit en effet d'un gène qui a été étudié pour son association à la dépression (Caspi et al., 2010), à la dysrégulation émotionnelle et à l'impulsivité (Wagner et al., 2009).

75

¹¹ Part de la variance phénotypique relevant de la variance génotypique au sein d'une population c'est-à-dire la part de la contribution des facteurs génétiques dans les différences interindividuelles.

2. NEUROBIOLOGIE

Il est retrouvé une réduction de la sécrétion de cortisol en réponse à un stress aigu chez des adolescents sujet aux automutilations à répétition (NSSI: non suicidal self injury) (Kaess et al., 2012) suggérant que l'axe corticotrope est hyporéactif chez les adolescents borderlines. Cependant le volume hypophysaire ne serait pas différent (Goodman et al., 2013b).

La recherche concernant les potentiels évoqués cognitifs et relatifs à l'onde P300 a permis de constater la complexité de l'intrication entre la personnalité et les troubles associés car les résultats étaient contradictoires chez les adolescents borderlines (Goodman et al., 2013b). L'onde P300 est une onde positive qui survient lorsqu'un sujet a détecté un stimulus attendu et imprévisible. Elle représente une modification de l'activation des réseaux neuronaux en relation avec une opération cognitive. La latence de cette onde donne une indication indirecte sur la durée des opérations cognitives. Elle représente soit l'adaptation de la mémoire de travail aux données de l'environnement soit un processus de clôture du traitement de l'information (Hansenne, 2000a). Elle est modifiée dans un grand nombre de pathologies psychiatriques: la schizophrénie, l'alcoolisme, la dépression et des dimensions cliniques telles que l'impulsivité. Elle varie aussi en fonction de l'âge et du sexe (Hansenne, 2000b).

3. NEUROIMAGERIE

Là encore, les données sont peu nombreuses chez l'adolescent borderline. Les études sont souvent contradictoires. Il semblerait que le volume du cortex cingulaire antérieur soit diminué (d'autant plus qu'il y aurait des comorbidités dépressives, et dans ce cas la substance grise de l'aire 24 de Brodmann serait diminuée (Goodman et al., 2011)). Chez les adultes borderlines, l'aire 24 serait également diminuée pour la même symptomatologie ce qui serait en faveur d'un trouble neurodéveloppemental de la personnalité borderline (Goodman et al., 2013b). De même, le cortex frontal orbitaire aurait un volume de substance grise diminué.

Concernant le volume de l'amygdale, il n'y aurait pas de différence significative chez l'adolescent borderline, de même pour le volume de l'hippocampe (Chanen et al., 2008b).

N. PRISE EN CHARGE

1. PRINCIPES GÉNÉRAUX

Quand bien même le tableau ne serait pas complet, il convient d'apporter une attention particulière aux adolescents présentant une symptomatologie se rapportant au trouble de personnalité limite car ces symptômes sont le reflet d'une souffrance et d'un dysfonctionnement significatifs avec des conséquences potentiellement dramatiques : suicide, consommation de substances, mises en danger, trouble de l'identité, décrochage ou échec scolaire, retrait social et marginalisation. Le diagnostic est souvent stigmatisant et d'une coloration péjorative quand il est posé. Il est cependant important d'intervenir à l'adolescence lors de l'apparition des symptômes de TPL pour prévenir leur cristallisation à l'âge adulte (Miller et al., 2008). Cependant, il n'existe pas vraiment de recommandations spécifiques pour les sujets adolescents que ce soit par la NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009) ou par l'American Psychiatric Association (American Psychiatric Association, 2001).

La prise en charge des adolescents souffrant de TPL devrait se faire principalement en ambulatoire. Il est important que la prise en charge soit pluridisciplinaire. Le milieu scolaire peut jouer un rôle en apportant un lieu stable dans lequel ces adolescents pourront nouer des liens et construire leur identité.

2. THÉRAPIE BIFOCALE

Le cadre de la thérapie bifocale est caractérisée par le fait qu'à côté d'un psychothérapeute (plutôt d'obédience psychanalytique), un autre thérapeute, psychiatre habituellement, prend en charge tout ce qui concerne la prescription médicamenteuse ainsi que les rapports aux tiers (certificats, liaison médicale avec les services d'hospitalisation ou les établissements scolaires) (Darge, 2009). En d'autres termes, comme la définit Maurice Corcos, « la thérapie bifocale fait intervenir deux thérapeutes, chacun dans un temps et un lieu différents. L'écoute de l'un (le consultant psychiatre) prend plus particulièrement en

compte "la réalité externe" (médicale, scolaire, sociale) du patient et celle de l'autre (le psychothérapeute) se prêtera à celle de la "réalité interne" » (Corcos, 1999).

La thérapie bifocale est particulièrement adaptée pour les adolescents et également pour les troubles borderlines car les problématiques narcissiques si importantes dans les deux cas, ne trouvent d'autres résolutions que dans l'agir et l'externalisation des conflits (Corcos, 2007). Ainsi ce cadre va pouvoir être défié et c'est la détermination soignante qui sera testée. En résumé, l'adolescent va être contenu par la fonction pare-excitative du psychiatre et en éprouvera un effet d'apaisement. Il se sentira investi et pourra alors mettre à profit son énergie dans un travail psychique avec son psychothérapeute.

3. PSYCHOTHÉRAPIE

Il existe des thérapies spécifiques à la symptomatologie borderline. La plupart met l'accent sur l'intérêt d'établir un contrat de soins en début de thérapie incluant les manières de gérer les situations de crise (crise suicidaire en particulier) et les modalités de contact entre les sessions. Le contrat vise à protéger le patient et le thérapeute des aléas de troubles relationnels et des risques d'intrusion, de menaces et de ruptures : il a une fonction de contenance. Il sollicite la dimension interactive relationnelle. Le contrat doit s'attacher à déterminer l'objectif des séances et les moyens mis en œuvre. Le sujet peut ainsi retrouver une place active par un engagement mutuel qui prendra la valeur d'espace transitionnel au sein du cadre de soins.

La thérapie comportementale dialectique de Linehan cible le trouble du contrôle des émotions (Linehan et al., 1991). Elle est efficace chez les patients avec antécédents d'automutilations sévères. Elle permet de rétablir le dialogue pour développer des solutions alternatives aux problèmes générant les émotions repérées. Elle a été adaptée pour les adolescents (association d'une thérapie individuelle et d'une thérapie familiale). Elle a démontré une efficacité pour cette population (Fleischhaker et al., 2011).

La thérapie cognitive analytique a démontré une efficacité similaire à un traitement « basé sur un manuel de bonne pratique clinique de soins » (Chanen et al., 2008c). Il s'agit d'une thérapie brève (16 à 24 semaines) intégrative (d'inspiration à la fois psychodynamique et cognitivo-comportementale).

Enfin, la thérapie basée sur la mentalisation développée par Bateman et Fonagy (Bateman and Fonagy, 2010) est efficace chez les adolescents TPL qui ont tendance bien souvent à « hypermentaliser » (Rossouw and Fonagy, 2012) (on retrouvait en effet dans cette étude 73 % d'adolescents avec TPL). Il s'agit d'un programme psychodynamique qui s'appuie sur la théorie de l'attachement. Il postule que les attachements désorganisés entrainent un manque dans les capacités de mentalisation. Elle est basée sur une thérapie familiale couplée à une thérapie individuelle.

4. PSYCHOTHÉRAPIE DE GROUPE

L'adolescence a un lien privilégié avec le groupe. Il est nécessaire à cet âge de pouvoir s'appuyer sur un espace médiateur identificatoire utilisé de façon transversale et non plus transgénérationnelle. Le groupe a une fonction cathartique au niveau de l'affect : décharge de la tension interne en présence des autres membres du groupe. Dans le cas des troubles externalisés et de la tendance à l'agir qui visent l'évitement de la vie psychique comme dans les troubles borderlines, le groupe crée un espace contenant de pensée, pourvoyeur de fantasmes. Il permet également à faire passer le sentiment d'identité, de la famille au groupe. « La relation avec un groupe de pairs assume une fonction d'étayage transitoire du narcissisme et des identifications » (Marcelli et al., 1991). Le groupe permet également à la fois le clivage et la dispersion des parties clivées de soi sur chaque membre du groupe (Marcelli and Braconnier, 2011). La prise en charge de groupe est ainsi complémentaire d'une thérapie individuelle et peut s'inscrire dans le cadre d'une thérapie bifocale.

5. EN HOSPITALISATION

La prise en charge hospitalière est utile dans les cas de crises intenses ou de passages à l'acte (Declercq and Nicolis, 2010) : crise suicidaire notamment ou lorsque les comorbidités associées sont importantes (dépression sévère ou addictions) sans étayage possible en ambulatoire. Il convient alors de mettre en place une structure ayant une fonction contenante et pare-excitante. Cependant la prise en charge à court terme du risque suicidaire ne nécessite pas toujours une hospitalisation et peut même être délétère car

celle-ci peut entraîner une régression. De plus, la prévention du suicide ne doit pas être le centre de la prise en charge en raison du risque de renforcement du potentiel suicidaire (Cailhol et al., 2012).

6. TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Aucun traitement à l'heure actuelle n'est spécifique du trouble borderline et aucun ne devrait être utilisé pour les symptômes ou comportements associés à ce trouble (automutilations répétées, épisodes psychotiques transitoires, comportements de prise de risque et labilité émotionnelle) quand ils sont pris isolément (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009). Seuls les troubles comorbides (dépression par exemple) peuvent nécessiter un traitement médicamenteux. Le risque de mésusage et les effets indésirables limitent d'autant leur prescription. Ils sont toujours prescrits en association à la psychothérapie et ne sont jamais prescrits seuls. Chez les adolescents, il est préconisé d'éviter d'utiliser la pharmacothérapie (Biskin, 2013).

Certaines classes médicamenteuses peuvent néanmoins être utiles sur certaines dimensions. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) le sont en cas de dépression associée mais ne devraient pas être utilisés pour les dimensions impulsives (Lieb et al., 2010). Les antipsychotiques de deuxième génération ont une action sur les symptômes cognitifs perceptuels (idées persécutives, symptômes dissociatifs et épisodes psychotiques transitoires) (Stoffers et al., 2010). Ils sont utiles également sur l'impulsivité pour l'aripiprazole (autorisé à partir de l'âge de 13 ans dans l'indication d'un trouble bipolaire et d'une schizophrénie débutante) et les passages à l'acte autoagressifs pour l'olanzapine (Lieb et al., 2010). Les normothymiques (anticonvulsivants type topiramate, valproate de sodium et lamotrigine) sont utiles sur les symptômes de dysrégulation émotionnelle et les comportements impulsifs.

Par ailleurs, les traitements sédatifs ne doivent pas être utilisés plus d'une semaine dans le cas d'une gestion de crise. La surveillance doit être intensive, l'arrêt, progressif.

La place des médicaments est par conséquent limitée dans le trouble borderline et encore plus à l'adolescence.

II. ÉTUDE CLINIQUE

Comme nous l'avons vu précédemment le trouble de personnalité limite (TPL) au moment de l'adolescence est très fréquent. Ce trouble est pourtant sous diagnostiqué et non codé comme tel probablement d'une part du fait du risque de stigmatisation à cet âge qu'entraîne un tel diagnostic et d'autre part du fait des processus identitaires à l'œuvre qui risqueraient de faire « coller » l'adolescent à son étiquette et réaliser la prophétie avec une pérennisation de la symptomatologie. Par ailleurs les limites entre TPL avéré et symptomatologie borderline à l'adolescence semblent difficiles à circonscrire du fait de l'hétérogénéité des symptômes et des comorbidités associées. Le trouble de personnalité implique une certaine fixité. Or les symptômes à l'adolescence sont plus variables et plus changeants qu'à l'âge adulte. Dès lors les psychiatres d'adolescents se retrouvent devant un obstacle supplémentaire pour déterminer le diagnostic de TPL. Nous nous sommes ainsi intéressés à cette problématique dans l'étude des caractéristiques cliniques de ces adolescents dits « borderlines » alors qu'ils n'étaient pas forcément diagnostiqués en tant que tel dans une population d'adolescents hospitalisés en service spécialisé et une population d'adolescents suivis en ambulatoire dans un centre de consultation spécialisé.

A. OBJECTIFS

1. OBJECTIF PRINCIPAL

L'objectif principal de notre étude est de mieux décrire la clinique des TPL à l'adolescence en fonction des spécificités de la psychopathologie à cet âge. Pour ce faire nous souhaitons comparer les aspects psychopathologiques d'un point de vue dimensionnel des sujets ayant des antécédents de traumatismes psychologiques (dans l'enfance avant 12 ans et à l'adolescence après 12 ans) dans une population d'adolescents avec trouble de personnalité limite. Les adolescents TPL avec antécédents de traumatismes auraient plus de tentatives de suicide et de scarifications, plus de troubles alimentaires, plus d'angoisses et d'ESPT, plus de labilité émotionnelle et de dépressivité (Corcos, 2014), plus d'instabilité relationnelle et de

difficulté à exprimer les émotions (Zlotnick et al., 2001), plus d'impulsivité (Bøen et al., 2015). La symptomatologie serait donc plus sévère.

2. OBJECTIFS SECONDAIRES

Les objectifs secondaires sont de comparer ces mêmes dimensions cliniques :

- en fonction du genre (garçons et filles): notre hypothèse est que les garçons ont un profil clinique présentant plus de troubles externalisés et plus d'épisodes quasi-psychotiques associés (de par notre expérience clinique, car les épisodes psychotiques à l'adolescence ne sont pas plus fréquents dans l'un ou l'autre sexe (Barajas et al., 2010) et il a été retrouvé plus d'idées paranoïaques et dissociatives chez les femmes borderlines (McCormick et al., 2007)), les filles auraient quant à elle une symptomatologie plus internalisée avec plus de troubles alimentaires (McCormick et al., 2007), (Sansone and Sansone, 2011a);
- en fonction des antécédents pédopsychiatriques internalisés et externalisés : les sujets avec les premiers antécédents feraient plus de tentatives de suicide et d'automutilations avec une dépressivité plus grande, seraient plus isolés socialement alors que les seconds auraient un profil impulsif avec plus de troubles des conduites (consommation de substances, hétéroagressivité, conduites à risque);
- en fonction du code diagnostique: F 60.3 versus F 92. La symptomatologie des sujets codés F 60.3 serait plus sévère. La clinique des sujets codés F 92 serait plus en faveur d'un trouble spécifique de l'enfance et de l'adolescence et moins liée à un trouble de la personnalité;
- de déterminer la fréquence du TPL dans une population d'adolescents hospitalisés et une population d'adolescents suivis en ambulatoire ;
- enfin, définir des profils cliniques chez ces patients afin de distinguer des sousgroupes spécifiques.

B. MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et comparative sur consultation de dossiers de patients. La principale difficulté concernant le recueil des données est de pouvoir retrouver les patients avec le diagnostic de TPL via le système de codage. La cotation des diagnostiques médicaux pour le recueil d'informations médicalisé pour la psychiatrie (RIM-P) se fait à l'aide de la Classification Internationale des Maladies, 10^e version (CIM-10) (Organisation Mondiale de la Santé, 1994). Le diagnostic de TPL à l'adolescence étant sous coté (et ne pouvant être théoriquement codé par cette classification à cette âge) nous avons utilisé une approche dimensionnelle pour la sélection des dossiers d'autant que le TPL est associé à un grand nombre de comorbidités (Akiskal, 2004). Pour ce faire nous avons créé une grille de correspondance symptomatologique permettant de faire une première sélection des adolescents susceptibles d'avoir un TPL.

1. POPULATION D'ÉTUDE

Les limites de l'adolescence peuvent être définies de plusieurs façons (Sommelet, 2006). Sur le plan physiologique, la puberté débute entre 11 et 13 ans pour les garçons (en moyenne : à 12 ans) et 10 à 12 ans pour les filles (en moyenne : à 11 ans). C'est une condition nécessaire pour parler d'adolescence. La puberté se termine entre 14 et 18-20 ans. L'adolescence peut être définie sur un plan psychosocial : la limite supérieure se situe alors autour de 24 ans. L'OMS la définie d'un point de vue chronologique en divisant 3 groupes d'âges : la préadolescence (10-14 ans), l'adolescence (15-19 ans) et la post-adolescence (20-24 ans). Légalement, la convention internationale des droits de l'enfant (adoptée à New-York en novembre 1989) définit l'enfant « comme tout être humain âgé de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en raison de la législation qui lui est applicable ».

La définition de l'adolescence n'étant pas consensuelle, nous avons choisi le seuil minimal de 12 ans comme âge à l'inclusion, le début des troubles pouvant ainsi débuter à l'âge de 11 ans. Le seuil de 18 ans comme limite maximale a été retenu. Les antécédents pédopsychiatriques ont donc été définis comme étant présents avant l'âge de 12 ans, les

antécédents de traumatismes dans l'enfance le sont avant 12 ans et les traumatismes à l'adolescence le sont à partir de 12 ans.

Nous avons étudié les dossiers et les codages de tous les adolescents éligibles par la méthode énoncée auparavant :

- les dossiers des adolescents hospitalisés dans le service d'hospitalisation temps plein pour adolescents de la clinique psychiatrique universitaire (CPU-ado) à Saint-Cyr-sur-Loire (37) en 2013 et 2014;
- les dossiers des adolescents suivis en 2014 au centre Oreste à Tours (37), service de psychologie clinique de l'adolescence.

La CPU-ado est un service d'hospitalisation intersectoriel de 12 lits qui reçoit des jeunes âgés de 13 à 18 ans (parfois des jeunes dès l'âge de 12 ans) pour des motifs divers (tentatives de suicide, troubles du comportement alimentaire, états dépressifs, troubles anxieux, refus scolaire anxieux, etc.) généralement sur une durée d'une quinzaine de jours. L'équipe comprend trois psychiatres, un interne, une équipe infirmière, une psychologue, une orthophoniste, une assistante sociale et une secrétaire. Ce service dépend du centre hospitalier régional universitaire de Tours, Indre-et-Loire (37).

Le centre Oreste, service de psychologie clinique de l'adolescence, est un centre de consultation ambulatoire intersectoriel situé dans le centre ville de Tours et facilement accessible. Il accueille des jeunes âgés de 14 à 18 ans sur indication médicale. L'équipe comprend deux pédopsychiatres, un interne, quatre psychologues cliniciens, deux infirmiers et deux secrétaires. Le centre Oreste dépend administrativement du centre hospitalier du Chinonais (37). Il dispose également d'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

Concernant les critères d'inclusion et d'exclusion, les adolescents devaient être âgés de 12 et 18 ans au moment de leur hospitalisation (en 2013 ou 2014) ou de leur suivi ambulatoire en 2014 pour être inclus dans notre étude. Nous avons exclu les dossiers de patients avec les codes CIM-10 associés suivants :

- **F 70 à F 79** : retard mental,
- F 84: troubles envahissants du développement, F 88: autres troubles du développement psychologiques et F 89: trouble du développement psychologique, sans précision.

2. CRÉATION DE LA GRILLE DE SÉLECTION DES DOSSIERS

Cette grille de correspondance symptomatologique est établie à partir des critères diagnostiques du TPL dans le DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2003) (cf. annexes 1 et 2). Chacun des 9 critères diagnostiques pour le TPL a été associé à un code CIM-10 dont le contenu symptomatique pouvait correspondre. Par exemple, le critère 4 du TPL dans le DSM IV-TR « impulsivité dans au moins deux domaines dommageables » (dont la toxicomanie) a été associé entre autres aux codes F 10 à F 19 dans la CIM-10. Ces codes correspondent en effet à une utilisation de substances psychoactives. Nous nous sommes aidés de la classification CFTMEA (Misès et al., 2012), (Misès et al., 2002) (cf. chapitre sur les correspondances entre CFTMEA et CIM-10 ci-dessus). Cependant nous avons estimé que certains codes CIM-10 n'étaient pas représentatifs des symptômes des pathologies limites bien qu'ils étaient décris comme tel dans ces articles. Par exemple le code F 98.8, autres troubles précisés du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence a pour définition dans la CIM-10 version 2008 : masturbation excessive, onychophagie, se mettre les doigts dans le nez, sucer son pouce, trouble de l'attention sans hyperactivité (Organisation Mondiale de la Santé, 1994). De même le code F 98.9, trouble du comportement et trouble émotionnel apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence, sans précision n'a pas été retenu devant l'absence de définition spécifique.

Par ailleurs, bien que le code F 93.0 corresponde à l'angoisse de séparation de l'enfance c'est-à-dire que le trouble a débuté pendant l'enfance, nous l'avons utilisé dans la grille devant la problématique abandonnique et les angoisses de séparation présentes dans le TPL. De plus, ce code est fréquemment attribué chez les adolescents. Ce code pourrait donc être le reflet de cette problématique à cet âge.

En outre aucun code CIM-10 n'a été estimé assez représentatif pour les critères 6 et 7 (critère 6 : instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur : p. ex., dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours ; critère 7 : sentiments chroniques de vide). Tous les codes CIM-10 ayant permis la sélection des dossiers sont répertoriés et détaillés dans l'annexe 2.

3. VALIDATION DES DOSSIERS SÉLECTIONNÉS

Nous avons dans un premier temps pré-sélectionnés les dossiers en prenant ceux qui avaient au moins un code diagnostique CIM-10 de la grille (cf. annexe 2). Dans un deuxième temps, nous avons sélectionnés les dossiers ayant au moins deux critères de la grille pour être sélectionnés soit au moins deux autres codes CIM-10 de la liste (cf. figures 2 et 3). Les dossiers ayant les codes F 60.3, F 60.30, F 60.31, F 60.8, F 60.9 et F 92 étaient directement éligibles.

Dans un troisième temps, nous avons sollicité les cliniciens référents (psychiatres, pédopsychiatres et psychologues) de ces patients pour obtenir leur expertise clinique comme *gold standard*, sur les dossiers des adolescents sélectionnés afin de valider le diagnostic clinique de TPL. La définition correspondait à celle du DSM IV-TR (soit 5 critères présents sur les 9) avec une durée de la symptomatologie supérieure à un an. La symptomatologie borderline devait débuter à l'adolescence (au minimum après l'âge de 11 ans). Les cliniciens n'étaient pas au courant des codes associés aux dossiers des patients présentés. La validation s'est ainsi faite en aveugle des codes CIM-10 préalablement attribués.

4. RECUEIL DES DONNÉES CLINIQUES ET PSYCHOPATHOLOGIQUES

Une fois la validation faite, nous avons demandé au clinicien référent de coter les dimensions cliniques de la grille d'évaluation réalisée par nos soins. Nous avons consulté attentivement les dossiers de ces patients (observations médicales et infirmières si les observations médicales étaient trop succinctes) afin de compléter les éventuelles imprécisions. Nous avons construit la grille de lecture clinique en nous inspirant des deux

entretiens semi-structurés suivants pour définir chaque variable étudiée (cf. chapitre « méthodes d'investigation ») :

- le DIB-R (*Diagnostic Interview for Borderlines revised*) (Gunderson et al., 1981), (Zanarini et al., 1989);
- le BPDSI-IV (Borderline Personality Disorder Severity Index IV-adolescent version and parent version) (Schuppert et al., 2012), (Giesen-Bloo et al., 2010).

Les données que nous avons retenues évaluaient (cf. annexe 4):

- des données socio-familiales et scolaires,
- le nombre d'hospitalisations en service spécialisé,
- les antécédents pédopsychiatriques avant 12 ans classés en : troubles externalisés (troubles des conduites, trouble oppositionnel avec provocation et TDAH), troubles internalisés (troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles alimentaires pré-pubères), les antécédents d'ESPT et d'autres antécédents pédopsychiatriques (énurésie, haut potentiel intellectuel avec répercussion sociale et scolaire, etc.); les troubles spécifiques des apprentissages;
- les antécédents familiaux psychiatriques ;
- les antécédents de traumatismes psychologiques avant 12 ans : il s'agit des antécédents de violences émotionnelles, de violences sexuelles, de violences physiques et des deuils survenus dans l'enfance;
- les antécédents de traumatismes psychologiques après 12 ans : les agressions sexuelles,
 le bullying (agressions physiques et harcèlement), les deuils survenus à l'adolescence ;
- les codes CIM-10 lors de la dernière hospitalisation en 2013 ou 2014 et au 31/12/2014 lors du suivi au centre Oreste,
- des dimensions cliniques cotées par 0 (absence de symptôme), 1 (symptôme présent d'intensité modérée par rapport à un adolescent de la population générale) ou 2 (symptôme présent d'intensité sévère par rapport à un adolescent de la population générale) (sauf pour les conduites cotées de façon binaire) :
 - <u>autour des conduites</u> (présentes ou absentes): tentatives de suicide, scarifications
 et automutilations, conduites à risque (fugues, relations sexuelles à risque),

troubles du comportement alimentaire, hétéroagressivité, consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis ou autres) et/ou pratiques problématiques (jeux vidéo, internet, jeux de hasard et d'argent);

- autour des émotions: impulsivité, intolérance à la frustration, labilité émotionnelle, colères excessives et incontrôlées, angoisses d'abandon et de séparation, difficultés à verbaliser les émotions, somatisations et plaintes somatiques sans motif organique, angoisses et manifestations anxieuses de type phobies, épisodes dissociatifs (dépersonnalisation et/ou déréalisation), expériences quasi-psychotiques;
- <u>autour de l'humeur</u>: intensité de la dépressivité (cotée 1) jusqu'à une dépression caractérisée (cotée 2), sentiment de vide existentiel;
- autour de la relation à l'autre : instabilité des attachements et/ou relations conflictuelles, sensitivité relationnelle ou hostilité, difficulté d'authenticité de la relation (y compris fabulations ou mythomanie), isolement social;
- o autour de l'axe narcissique : recherche d'une faible estime de soi.

À noter que les troubles de l'identité n'ont pas été retenus lors de la confection de la grille car les données retrouvées dans les dossiers des patients concernant cette dimension n'étaient pas suffisantes pour pouvoir interpréter les résultats.

5. RÉSUMÉ DE LA PROCÉDURE

À la CPU-ado, nous avons pré-sélectionnés 120 dossiers sur 163 patients hospitalisés en 2013 (sélection d'au moins un code diagnostique) (cf. figure 2). Nous avons ensuite sélectionnés 46 dossiers sur ces 120 avec notre méthode (au moins deux critères) soit 28,2 % des adolescents hospitalisés. En 2014, nous avons pré-sélectionnés 100 dossiers sur 167. Quarante-deux adolescents ont été retenus soit 25,1 %. Quatorze adolescents parmi ceux sélectionnés ont été hospitalisés à la fois en 2013 et en 2014 mais seulement deux adolescentes ont été validées comme ayant un TPL en 2013 et en 2014.

Après validation par le thérapeute référent (*gold standard*), 32 adolescents ont été retenus en 2013 soit **19,6** % des patients hospitalisés (taux de validation de 69,6 %) et 32 adolescents en 2014 en hospitalisation à la CPU-ado soit **19,2** % des patients hospitalisés (taux de validation de 76,2 %). Deux adolescentes ont été sélectionnées deux fois. Sur les deux années, nous avons donc retenus un total de 62 patients ayant un TPL et hospitalisés à la CPU-ado.

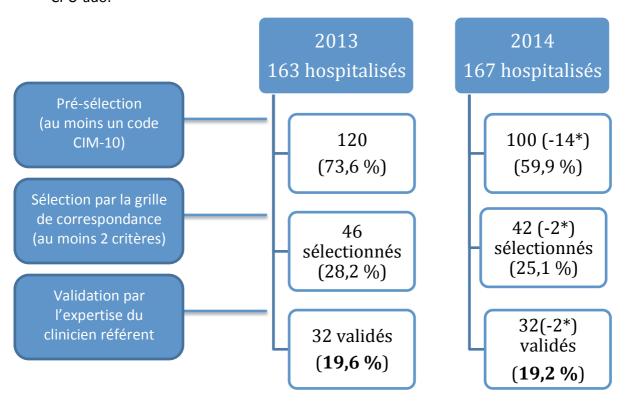


Figure 2 : Sélection des adolescents avec TPL hospitalisés à la CPU-ado en 2013 et 2014.

^{*}Nombre d'adolescents sélectionnés à la fois lors de leur hospitalisation en 2013 et à la fois lors de leur hospitalisation en 2014.

Le pourcentage exprimé entre parenthèse est calculé par rapport au nombre total d'adolescents hospitalisés par année.

Au centre Oreste, nous avons pré-sélectionnés 276 dossiers sur les 767 de la file active de l'année 2014 (36,0 %) (cf. figure 3). Nous en avons ensuite retenus 128 avec au moins deux critères (16,7 %). Soixante-neuf dossiers ont été validés par le clinicien référent (9,0 %) soit un taux de validation de 59,0 %. Onze dossiers ont été exclus : 9 dossiers car les cliniciens référents n'étaient plus en fonction et n'ont pas pu être joint au moment de la validation ; deux autres dossiers ayant le code F 60.3 car les patients ne sont venus qu'une seule fois, l'évaluation n'a pas porté sur les données que nous souhaitions étudiées et les données n'étaient pas exploitables. Quatorze adolescents ont été sélectionnés à la fois au centre Oreste et à la CPU-ado (12,0 %).

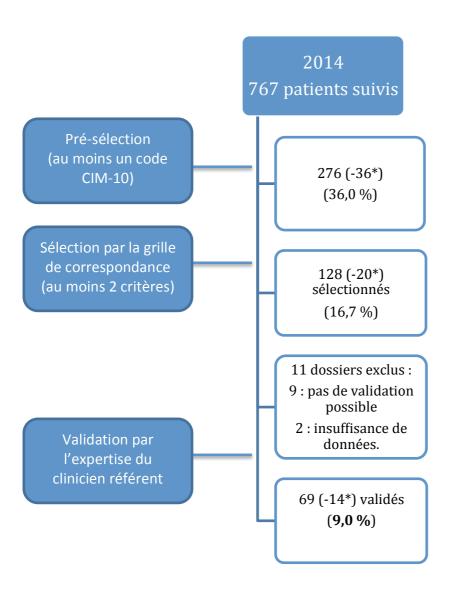


Figure 3 : Sélection des adolescents avec TPL suivis au centre Oreste en 2014.

^{*}Nombre d'adolescents sélectionnés à la fois à la CPU-ado et au centre Oreste. Le pourcentage exprimé entre parenthèse est calculé par rapport au nombre total d'adolescents suivis en 2014.

6. Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide des logiciels R (R Core Team, 2012) et SPSS version 22.0.

Les statistiques descriptives et les tests univariés ont été réalisés à l'aide du logiciel SPSS version 22.0. Nous avons tout d'abord réalisé des statistiques descriptives pour les variables qualitatives (effectif et pourcentage) et les variables quantitatives (moyenne et écart-type) afin de décrire notre population totale. Nous avons ensuite déterminé les associations entre variables qualitatives à l'aide d'un test du chi-deux (χ^2) ou d'un test de Fisher selon qu'il existait ou non des effectifs théoriques non nuls. Nous avons déterminé les associations entre variables qualitatives et quantitatives à l'aide de tests de comparaisons de moyenne non paramétriques de Mann et Whitney (Z) ou test de comparaison de moyenne de Student (t) selon le caractère normal ou non des données. Pour chaque test statistique, nous avons précisé la force de l'association statistique entre les variables à l'aide des valeurs du χ^2 , du Z ou du t selon le test utilisé.

Nous avons utilisé le logiciel libre R (R Core Team, 2012) et le package RCmdr (Fox et al., 2015) pour déterminer différents groupes au sein de notre population d'adolescents avec TPL grâce à une analyse en cluster (classification ascendante hiérarchique).

Pour toutes les analyses statistiques, nous avons retenu le seuil de significativité p < 0,05 (test bilatéral). Le rapport des cotes ou *odd ratio (OR)* n'était présenté que si le p était inférieur à 0.05.

C. RÉSULTATS

1. ÉTUDE DESCRIPTIVE DES ADOLESCENTS AVEC TPL

La population de l'étude est composée de 117 adolescents âgés en moyenne de 15 ans ½ (entre 13 et 18 ans) l'année de leur inclusion. On retrouve 79 filles et 38 garçons soit environ deux tiers de filles et un tiers de garçons. Les trois quarts des garçons proviennent du centre Oreste exclusivement (76,3 %), 44,3 % des filles proviennent de la CPU-ado exclusivement contre seulement 41,8 % sélectionnées au centre Oreste exclusivement.

Tableau 3 : Données administratives concernant l'ensemble des adolescents TPL.

Variables	Effectif	Moyenne ± σ (min-max) ou (%)	
Âge à l'inclusion (en années)	117	15,7 ± 1,3 (13-18)	
Filles	79	67,5	
Garçons	38	32,5	
Origine exclusive CPU-ado	48	41,0	
Origine exclusive centre Oreste	55	47,0	
Origine CPU-ado et Oreste	14	12,0	
Nombre moyen d'hospitalisation		1,8 ± 1,9 (0-10)	

Quarante-et-un pourcent de la population de l'étude a été sélectionnée exclusivement à la CPU-ado et 47 % exclusivement au centre Oreste. Douze pourcent des adolescents de l'étude ont été sélectionnés à la fois au centre Oreste et en hospitalisation à la CPU-ado.

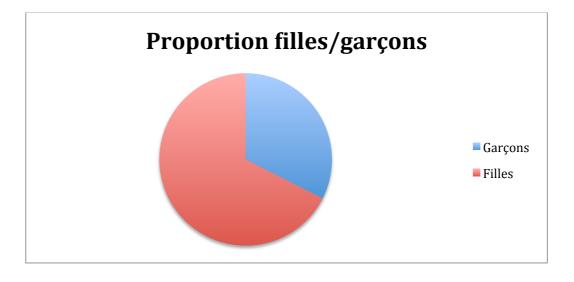


Figure 4 : Répartition selon le genre.

Tableau 4 : Répartition des codes CIM-10 des adolescents TPL.

Codes CIM-10	Effectif	Pourcentage (%)
X / Z 91.5	41	35,0
F 92	35	29,9
F 91	29	24,8
F 60.3	23	19,7
F 60.9 / F 60.8	21	17,9
F 32 / F 34	19	16,2
F 10-19 / F 63.8	17	14,5
F 50.1.2.3	10	8,5
F 41.2.3	9	7,7
F 94.1.2.8.9	9	7,7
F 93.0	6	5,1
F 90	5	4,3
F 44 / F 48.1	2	1,7
F 21 / F 23	1	0,9
X/ Z 91.5 : codes relatifs aux lésions	auto-infligées. Se référer à l'ann	exe 2 pour la définition des codes.

Le code diagnostic CIM-10 le plus fréquemment attribué au sein de notre population est le code F 92 qui correspond aux *troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels de l'enfant et de l'adolescent* (29,9 %). Le code F 91 (*troubles des conduites*) est le deuxième code le plus fréquent avec près de 25 % (24,8 %) et vient ensuite le code F 60.3 avec près de 20 % (19,7 %). Aucun adolescent TPL n'avait le code F 41.1 (*trouble anxieux généralisé*). À

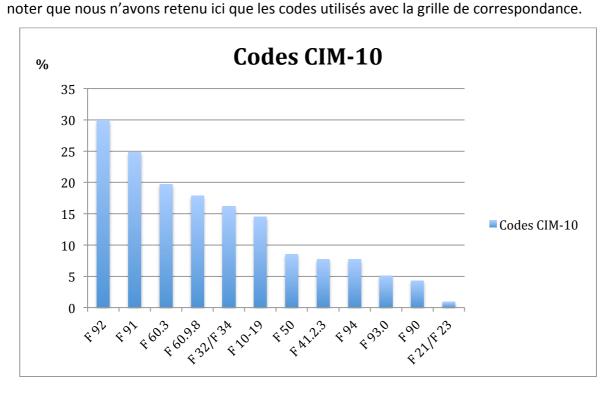


Figure 5 : Répartition des codes CIM-10 au sein de l'échantillon (%).

Les adolescents avec antécédents pédopsychiatriques (avant 12 ans) représentent 68,4 % de la population totale de l'étude : 26,5 % ont des antécédents de troubles externalisés (TDAH, troubles des conduites, trouble oppositionnel avec provocation et autres troubles apparentés) ; 24,8 % ont des antécédents de troubles internalisés (dépression, troubles anxieux et phobiques, troubles alimentaires et autres troubles apparentés). Les adolescents avec antécédents d'ESPT représentent 16,2 % de l'échantillon. Les antécédents ne sont pas exclusifs les uns des autres : 8,5 % ont des antécédents mixtes externalisés et internalisés.

Tableau 5 : Antécédents psychiatriques chez les adolescents TPL.

Antécédents (ATCD)	Effectif	Pourcentage (%)
ATCD pédopsychiatriques avant 12 ans	80	68,4
ATCD troubles externalisés	31	26,5
ATCD troubles internalisés	29	24,8
ATCD ESPT	19	16,2
Autres ATCD	36	30,8
ATCD troubles DYS	16	13,7
ATCD familiaux psychiatriques	71	61,7

Les autres antécédents regroupaient des entités diverses telles qu'énurésie, haut potentiel intellectuel avec difficultés relationnelles ou retentissement scolaire, etc.

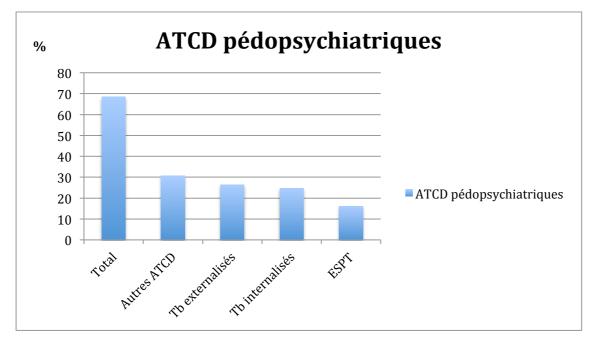


Figure 6 : Répartition du type d'antécédents pédopsychiatriques avant 12 ans.

Par ailleurs, 13,7 % des adolescents TPL ont des troubles des apprentissages et près de 62 % ont des antécédents familiaux psychiatriques.

La majorité des jeunes de l'étude ont des parents séparés (près de 54 %). Seuls 6 % sont des enfants adoptés. Le taux de placement quel que soit l'âge est supérieur à 25 % et prédomine après 12 ans. La grande majorité des jeunes de l'étude ont suivi un cursus scolaire habituel (collège ou lycée général, technologique, professionnel ou apprentissage).

Tableau 6: Données socio-familiales et scolaires chez les adolescents TPL.

Données socio-familiales et scolaires	Effectif	Pourcentage	
Parents unis	48	41,0	
Parents séparés	63	53,8	
Parent veuf ou inconnu	11	9,4	
Adopté	7	6,0	
ATCD placements à tout âge	30	26,1	
ATCD placements avant 12 ans	8	6,8	
ATCD placements après 12 ans	30	25,6	
Scolarité			
Scolarité habituelle	100	85 <i>,</i> 5	
ITEP ¹²	5	4,3	
SEGPA ¹³	11	9,4	

Près de 71 % des adolescents TPL ont vécu des traumatismes psychologiques. Parmi ceux-là 60,2 % ont allégués ces traumatismes (N = 50) et 39,8 % ont vécu des traumatismes avérés (N = 33). Nous avons identifié plus d'adolescents avec des traumatismes survenus pendant l'adolescence que pendant l'enfance (46,5 % versus 39,3 %) : 63,0 % des traumatismes survenus à l'adolescence sont allégués contre 37,0 % confirmés et parmi les traumatismes survenus avant l'âge de 12 ans, 28,3 % sont avérés.

¹² ITEP : institut thérapeutique éducatif et pédagogique.

¹³ SEGPA : section d'enseignement général et technologique adapté.

Tableau 7 : Antécédents de traumatismes psychologiques parmi les adolescents TPL.

Variables	Effectif	Pourcentage (%)
Traumatismes à tout âge	83	70,9
Traumatismes avant 12 ans	46	39,3
Violences physiques	20	17,1
Violences sexuelles	15	12,8
Violences émotionnelles et	31	26,5
psychologiques		
Deuils	7	5,9
Traumatismes après 12 ans	54	46,5
Agressions sexuelles	12	10,3
Bullying	20	17,2
Deuils	22	19,0

Les traumatismes psychologiques survenus dans l'enfance sont majoritairement constitués de violences émotionnelles et psychologiques puisqu'ils représentent 67,4 % de l'ensemble des traumatismes survenus avant l'âge de 12 ans.

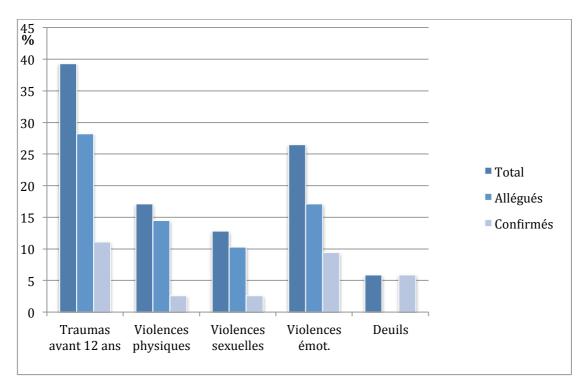


Figure 7 : Répartition des traumatismes psychologiques avant 12 ans (exprimés en %).

À l'adolescence, les agressions sexuelles représentent 22,2 % du total des traumatismes survenus à cette période. Les deuils sont les traumatismes de l'adolescence les plus fréquents dans notre étude (40,7 % des traumatismes).

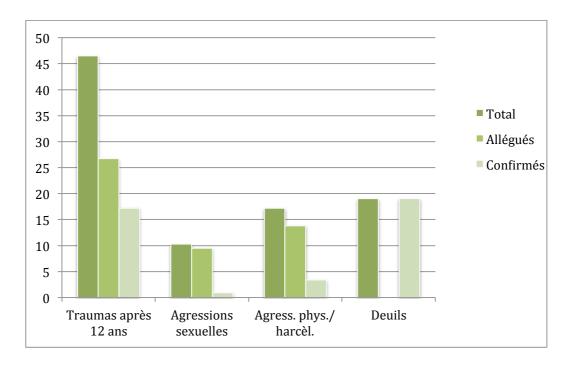


Figure 8 : Répartition des traumatismes psychologiques après 12 ans (exprimés en %).

Tableau 8 : Données concernant le recueil des dimensions cliniques dans la population d'étude.

Dimensions cliniques	Effectif	Moyenne ± σ (min-max) ou (%)
Âge présumé du début du trouble	117	13,2 ± 1,4 (11-17)
(en années)	<u></u>	
CONDUITES	_	
Conduites à risque		61,5
Scarifications / automutilations	72	61,5
Tentatives de suicide	66	56,4
Consommations de toxiques ou	64	54,7
pratiques quasi-addictives		
Hétéroagressivité	56	47,9
TCA ¹⁴	37	31,6
ÉMOTIONS		·
Impulsivité	100	87,0
Angoisses d'abandon	94	81,0
Angoisses et manifestations	86	74,8
anxieuses		·
Colères excessives et incontrôlées	85	73,3
Difficultés à verbaliser les émotions	81	73,0
Intolérance à la frustration	80	69,6
Labilité émotionnelle	78	67,8
Somatisations et plaintes	35	29,9
somatiques		·
Dissociation	21	17,9
Expériences quasi-psychotiques	20	17,1
HUMEUR		,
Dépression ou dépressivité	 89	76,7
Sentiment de vide existentiel	60	67,4
RELATIONS		·
Instabilité des attachements et	 97	84,3
relations conflictuelles		,
Difficulté d'authenticité de la	87	76,3
relation		,
Sensitivité relationnelle et hostilité	70	64,2
Isolement social	61	54,5
NARCISSISME		,
Faible estime de soi	_ 77	72,6
		: =/ =

Concernant les caractéristiques psychopathologiques de notre échantillon (cf. tableau 8), nous pouvons remarquer que la symptomatologie du trouble limite a débuté en moyenne vers l'âge de 13 ans entre 12 et 14 ans ½.

Les conduites les plus fréquentes sont les conduites à risque et les automutilations (61,5 % des adolescents de notre échantillon ont ce type de comportement). Les tentatives de suicide qui sont le symptôme le plus grave et préoccupant arrivent en troisième position. Les passages à l'acte autoagressifs (tentatives de suicide [TS] et automutilations) semblent comorbides et être associés puisque 78,8 % des adolescents TPL ayant fait des TS ont

¹⁴ TCA: trouble du comportement alimentaire.

également fait des automutilations et 72,2 % des adolescents TPL qui s'automutilent ont fait des TS. Les adolescents avec des troubles alimentaires ne représentent que moins d'un tiers de notre population (cf. figure 9).

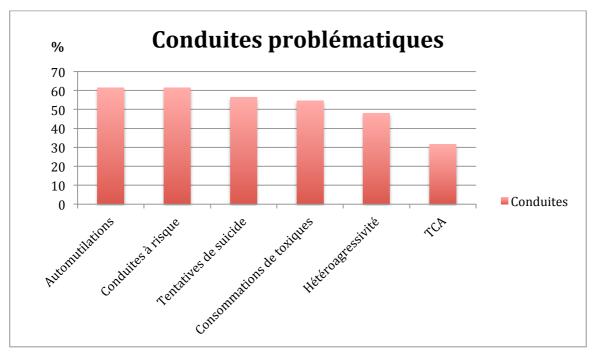


Figure 9 : Répartition des perturbations des conduites des adolescents avec TPL.

Les émotions les plus fréquemment retrouvées sont l'impulsivité, le sentiment d'abandon, les manifestations anxieuses et angoisses et les colères inappropriées avec respectivement 87 %, 81 %, 74,8 % et 73,3 % des adolescents qui ont ces symptômes.

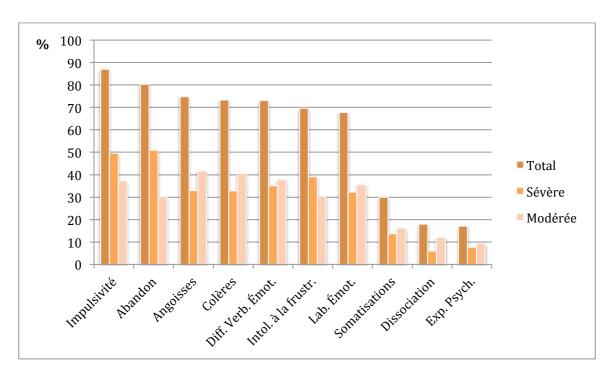


Figure 10 : Proportion des différentes émotions et en fonction de l'intensité des symptômes.

En terme de sévérité, les deux symptômes ayant une intensité sévère sont le sentiment d'abandon et l'impulsivité. La labilité émotionnelle, cependant spécifique et retrouvées fréquemment parmi les études, n'est présente chez les adolescents TPL qu'à un taux inférieur à 70 %. Loin derrières se trouvent les phénomènes dissociatifs tels que les sentiments de dépersonnalisation et de déréalisation et les épisodes psychotiques transitoires (autour de 17 %) (cf. figure 10).

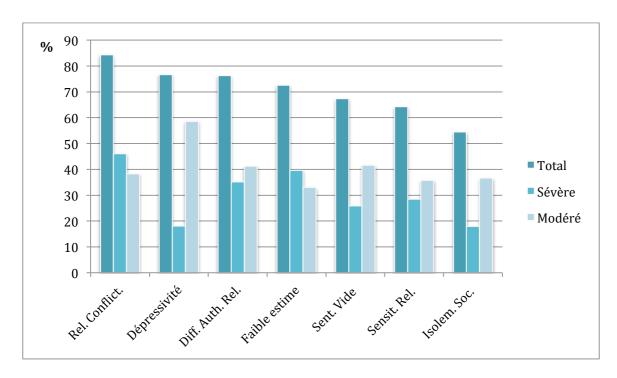


Figure 11 : Proportion des autres dimensions en fonction de l'intensité.

Les autres caractéristiques psychopathologiques retrouvées fréquemment sont les relations conflictuelles et instabilité des attachements (84,3 %), une dépressivité (76,7 %), des difficultés d'authenticité de la relation (76,3 %) et une faible estime de soi (72,6 %).

Au total, nous pouvons regrouper les dimensions cliniques selon leur fréquence ainsi :

- une impulsivité, des relations conflictuelles, des colères inappropriées et une intolérance à la frustration,
- un sentiment d'abandon, une dépressivité, des angoisses et une faible estime de soi,
- des difficultés d'authenticité de la relation et de verbalisation des émotions,
- des automutilations et des tentatives de suicide,
- des conduites à risque et des consommations de substances psycho-actives.

2. ÉTUDE COMPARATIVE SELON LE GENRE

Les codes CIM-10 attribués aux garçons avec TPL sont les codes F 60.9.8 (troubles de personnalité, sans précision ou autres troubles de personnalité) et les codes F 90 (troubles hyperkinétiques) alors que les codes CIM-10 attribués aux filles avec TPL sont les codes relatifs aux autoagressions et aux codes F 93.0 (anxiété de séparation).

Tableau 9: Comparaison selon le genre.

Variables	Garçons	Filles	χ^2	Р	OR (IC 95 %)
	N = 38 (%)	N = 79 (%)			
Sélection	29 (76,3)	40 (50,6)	7,30	< 0,01*	0,32 (0,13 – 0,76)
Oreste					
F 60.9.8	11 (28,9)	10 (12,7)	4,38	< 0,04*	0,36 (0,14 - 0,93)
F 90	5 (13,2)	0 (0,0)	11,72	0,00* (Fisher)	0,87 (0,77 – 0,98)
F 32 / F 34	3 (7,9)	16 (20,2)	3,20	0,07	
Codes relatifs	6 (15,8)	35 (44,3)	9,93	0,00*	4,24 (1,60 – 11,29)
aux					
autoagressions					
F 93	0 (0,0)	6 (7,6)	4,87	< 0,03*	1,08 (1,02 – 1,15)

^{*} valeur significative; les valeurs en gras sont les plus pertinentes; χ^2 =chi-deux; t=test de Student; (Fisher): test de Fisher; OR: odd ratio ou rapport de cotes; IC 95 %: intervalle de confiance à 95 %.

Concernant les antécédents pédopsychiatriques, nous avons retrouvé plus d'antécédents de troubles externalisés et plus d'antécédents de trouble spécifiques des apprentissages chez les garçons et plus d'antécédents d'état de stress post-traumatique chez les filles.

Antécédents						
Variables		Garçons	Filles	Χ²	Р	OR (IC 95 %)
		N = 38 (%)	N = 79 (%)			
ATCD externalisés	tb	16 (42,1)	15 (19,0)	6,77	< 0,01*	0,32 (0,14 – 0,76)
ATCD ESPT		2 (5,3)	17 (21,5)	5,86	< 0,02*	4,93 (1,08 – 22,60)
ATCD tb DYS		9 (23,7)	7 (8,9)	4,48	0,03*	0,31 (0,11 – 0,92)

^{*} valeur significative; les valeurs en gras sont les plus pertinentes; X²=chi-deux; t=test de Student; (Fisher): test de Fisher; OR: odd ratio ou rapport de cotes; IC 95 %: intervalle de confiance à 95 %.

Les données concernant la famille et les antécédents de traumatismes sont exposés dans le tableau suivant. Les garçons ont une tendance à avoir plus de parents séparés mais le résultat n'est pas significatif ($\chi^2 = 3,28$; p = 0,07). On ne retrouve pas de différence significative concernant les antécédents de traumatismes psychologiques hormis les agressions sexuelles dans l'enfance et à l'adolescence plus fréquentes chez les filles.

Conditions familiales et traumatismes					
Variables	Garçons N = 38 (%)	Filles N = 79 (%)	Χ²	Р	OR (IC 95 %)
Parents séparés	25 (65,8)	38 (48,1)	3,28	0,07	
ATCD de violences sexuelles avant 12 ans	0 (0,0)	15 (19,0)	12,82	0,00* (Fisher)	1,23 (1,11 – 1,37)
Agressions sexuelles après 12 ans	0 (0,0)	12 (15,4)	10,19	< 0,01* (Fisher)	1,18 (1,08 – 1,30)

^{*} valeur significative; les valeurs en gras sont les plus pertinentes; X²=chi-deux; t=test de Student; (Fisher): test de Fisher; OR: odd ratio ou rapport de cotes; IC 95 %: intervalle de confiance à 95 %.

Dans notre étude, chez les filles nous retrouvons plus d'autoagressions (tentatives de suicide, $\chi^2 = 11,34$; $p = 0,00^*$ et scarifications/automutilations, $X^2 = 14,40$; $p = 0,00^*$), plus de troubles du comportement alimentaire ($\chi^2 = 9,77$; $p = 0,00^*$), des angoisses d'abandon et des sentiments de vide d'intensité sévère (respectivement $\chi^2 = 8,55$; $p = 0,01^*$ et $\chi^2 = 8,07$; $p = 0,02^*$). Enfin les filles avaient plus de difficultés relationnelles avec plus de conflits ($\chi^2 = 4,62$; $p = 0,03^*$).

	Dimensions cliniques				
Variables	Garçons	Filles	Χ²	Р	OR (IC 95 %)
	N = 38 (%)	N = 79 (%)			
TS	13 (34,2)	53 (67,1)	11,34	0,00*	3,92 (1,73 – 8,88)
Automutilations	14 (36,8)	58 (73,4)	14,40	0,00*	4,74 (2,07 – 10,82)
TCA	5 (13,2)	32 (40,5)	9,77	0,00*	4,49 (1,59 – 12,74)
Difficultés à verbaliser	31 (83,8)	50 (67,6)	3,49	0,06	
les émotions					
Angoisses d'abandon	12 (31,6)	47 (60,3)	8,55	0,01*	
d'intensité sévère					
Expériences quasi-	11 (29,0)	9 (11,4)	5,26	0,02*	0,32 (0,12 – 0,85)
psychotiques					
Sentiment de vide	3 (9,4)	20 (35,1)	8,07	0,02*	
d'intensité sévère					
Attachements	28 (73,7)	69 (89,6)	4,62	0,03*	3,08 (1,10 - 8,61)
instables					

^{*} valeur significative; les valeurs en gras sont les plus pertinentes; X²=chi-deux; t=test de Student; (Fisher): test de Fisher; OR: odd ratio ou rapport de cotes; IC 95 %: intervalle de confiance à 95 %.

Les garçons avaient quant à eux plus de difficultés à verbaliser les émotions bien que la différence ne soit pas statistiquement significative ($\chi^2 = 3,49$; p = 0,06) et on retrouvait plus d'expériences quasi-psychotiques ($\chi^2 = 5,26$; p = 0,02*). Par ailleurs, ils ont un âge moyen à l'inclusion supérieur d'un an à celui des filles (16,2 ans versus 15,5 ans) (p < 0,01*).

Variables quantitatives					
	Garçons	Filles	T ou Z	р	OR (IC 95 %)
Âge à l'inclusion (moyenne ± σ)	16,2 ± 1,1	15,5 ± 1,3	2,79	< 0,01*	0,69 (0,20-1,18)
Nombre d'hospitalisations $\pm \sigma$	1,5 ± 1,6	2,0 ± 2,0	-1,26	0,21	
Âge du début présumé du trouble ± σ	12,7 ± 2,8	12,7 ± 2,1	-0,07	0,95	

^{*} valeur significative; les valeurs en gras sont les plus pertinentes; X²=chi-deux; t=test de Student; Z=test de Mann-Whitney; (Fisher): test de Fisher; OR: odd ratio ou rapport de cotes; IC 95 %: intervalle de confiance à 95 %.

Les spécificités en fonction du genre sont résumées dans le tableau suivant.

Tableau 10 : Résumé des spécificités en fonction du genre chez les adolescents TPL.

	Garçons	Filles
Codes CIM-10	F 60.9* et F 90*	F 93* et codes relatifs aux
		autoagressions*
Antécédents	Troubles externalisés* et troubles	ESPT*
	des apprentissages*	
Famille	Parents séparés	-
Traumatismes	-	Agressions sexuelles*
Autoagressivité	-	TS* et automutilations*
Conduites	-	TCA*
Relations	-	Relations conflictuelles et
		attachements instables*
Dimensions psychopathologiques	Expériences psychotiques*	Sentiment de vide* et angoisses
		d'abandon d'intensité sévère*
Verbalisation	Difficultés de verbalisation	-
	émotionnelle	
Prise en charge	Âge de prise en charge plus	-
	tardif ?*	

¹⁰⁴

3. ÉTUDE COMPARATIVE EN FONCTION DES ANTÉCÉDENTS DE

TRAUMATISMES

Les adolescents TPL ayant vécu des traumatismes psychologiques sont plus fréquemment diagnostiqués avec le code F 50 (troubles du comportement alimentaire) (χ^2 = 7,24; p = 0,03* avec le test exact de Fisher). Les antécédents d'ESPT sont évidemment plus fréquents. Par ailleurs, les données importantes concernant le tableau 11, sont que l'on retrouve plus fréquemment une impulsivité chez ces adolescents (χ^2 = 6,98; p = 0,01*) et une instabilité des attachements (χ^2 = 3,98; p < 0,05*). Toutefois, il existe moins de difficulté d'authenticité de la relation lorsqu'ils ont vécu un traumatisme mais ce résultat n'est pas significatif (χ^2 = 4,20; p = 0,06).

Tableau 11 : Comparaison des adolescents TPL avec et sans antécédents de traumatismes psychologiques à tout âge.

Variables	ATCD traumatismes N = 83 (%)	Absence d'ATCD de traumatisme N = 34 (%)	X ²	Р	OR (IC 95 %)
Sélection hospi	28 (33,7)	4 (11,8)	6,54	0,01*	3,82 (1,22 – 11,92)
2014					
F 50	10 (12,0)	0 (0)	7,24	0,03* (Fisher)	1,14 (1,05 – 1,23)
ATCD ESPT	19 (22,9)	0 (0)	14,50	0,00*	1,30 (1,15 - 1,46)
Impulsivité	75 (92,6)	25 (73,5)	6,98	0,01*	4,50 (1,46 - 13,90)
Instabilité des attachements	72 (86,7)	25 (73,5)	3,98	< 0,05*	2,88 (1,03 – 8,07)
Difficulté d'authenticité de la relation	56 (71,2)	31 (88,2)	4,20	0,06 (Fisher)	0,33 (0,10 – 1,04)

^{*} valeur significative; les valeurs en gras sont les plus pertinentes; X²=chi-deux; t=test de Student; (Fisher): test de Fisher; OR: odd ratio ou rapport de cotes; IC 95 %: intervalle de confiance à 95 %.

Tableau 12 : Comparaison des adolescents TPL en fonction des traumatismes allégués ou confirmés.

Variables	Absence de traumatismes N = 34	ATCD de traumatismes allégués N = 50	ATCD de traumatismes confirmés N = 33	X ²	р
Sélection hospi	4 (11,8)	18 (36,0)	10 (30,3)	6,83	0,03*
2014					
F 50	O (0)	6 (12,0)	4 (12,1)	7,24	< 0,03*
ATCD ESPT	0 (0)	9 (18,0)	10 (30,3)	16,18	0,00*
ATCD placement	6 (18,2)	10 (20,4)	14 (42,4)	6,14	< 0,05*
Placement avant	1 (2,9)	1 (2,0)	6 (18,2)	8,24	< 0,02*
12 ans					
Impulsivité	25 (73,5)	45 (93,8)	30 (90,9)	7,21	< 0,03*
Sentiment de vide	17 (63,0)	29 (80,5)	14 (53,8)	5,40	< 0,07

Le tableau 12 nous informe que les adolescents avec TPL ayant des antécédents de traumatismes confirmés sont plus placés et notamment ont plus de placement avant 12 ans. Le résultat le plus intéressant n'est pas significatif : on retrouve une majorité de sentiment de vide parmi les adolescents qui allèguent des traumatismes ($\chi^2 = 5,40$; p = 0,07).

Tableau 13 : Comparaison des adolescents TPL en fonction des antécédents de traumatismes dans l'enfance.

Variables	ATCD	Pas d'ATCD	Χ²	р	OR (IC 95 %)
	traumatismes	traumatismes			
	avant 12 ans	avant 12 ans			
	N = 46	N = 71			
F 92	20 (43,5)	20 (28,2)	2,88	0,09	
F 41.2.3	1 (2,2)	8 (11,3)	3,83	0,09 (Fisher)	
ATCD ESPT	14 (30,4)	5 (7,0)	9,36	0,00*	4,74 (1,66-13,49)
Parents unis	13 (28,3)	35 (49,3)	5,22	0,02*	0,40 (0,18-0,89)
Parents séparés	33 (71,7)	30 (42,2)	10,01	0,00*	3,47 (1,57-7,69)
ATCD placement	17 (36,9)	13 (18,8)	4,63	0,03*	2,52 (1,08-5,91)
Placement avant	6 (13,0)	2 (2,8)	4,52	0,06	
12 ans					
ITEP	4 (8,7)	1 (1,4)	3,62	0,06	
TS	31 (67,4)	35 (49,3)	3,77	0,05	
Impulsivité	43 (93,5)	57 (82,6)	3,12	0,08	
Difficultés à	36 (81,8)	45 (67,2)	3,00	0,08	
verbaliser les					
émotions					
Somatisations	18 (39,1)	17 (23,9)	3,03	0,08	
Sensitivité	31 (73,8)	39 (58,2)	2,80	0,09	

^{*} valeur significative; les valeurs en gras sont les plus pertinentes; X²=chi-deux; t=test de Student; (Fisher): test de Fisher; OR: odd ratio ou rapport de cotes; IC 95 %: intervalle de confiance à 95 %.

Les jeunes avec TPL ayant des antécédents de traumatismes dans l'enfance ont plus de parents séparés (χ^2 = 10,01; p = 0,00*) et sont plus placés pendant l'enfance (χ^2 = 4,63; p = 0,03*). Ils sont également majoritairement scolarisés en ITEP même si le résultat n'est pas significatif (χ^2 = 3,62; p = 0,06). Les dimensions cliniques associées à ce groupe ne sont pas significatives mais on retrouve plus de tentatives de suicide, d'impulsivité, de difficultés à verbaliser les émotions, de somatisations et de sensitivité relationnelle (cf. tableau 13). À l'inverse, les jeunes n'ayant pas vécu de traumatismes pendant leur enfance sont plus codés F 41.2.3 (troubles anxieux et dépressifs mixtes) (résultat non significatif: χ^2 = 3,83; p = 0,09 avec le test exact de Fisher).

Tableau 14 : Comparaison des adolescents TPL en fonction des antécédents de traumatismes survenant à l'adolescence.

Variables	ATCD traumatismes après 12 ans N = 54	Pas d'ATCD traumatismes après 12 ans N = 62	X ²	р	OR (IC 95 %)
Sélection hospitalisation	20 (37,0)	11 (17,7)	5,52	< 0,02*	2,73 (1,16 – 6,41)
2014					
F 50.1.2.3	8 (14,8)	2 (3,2)	5,16	0,04* (Fisher)	5,22 (1,06 – 25,75)
ATCD ESPT	14 (25,9)	5 (8,1)	6,88	< 0,01*	3,99 (1,33-11,96)
Automutilations	38 (70,4)	34 (54,8)	2,98	0,08	
Abandon d'intensité sévère	34 (64,1)	25 (40,3)	6,63	< 0,04*	
Estime de soi faible	40 (83,3)	36 (63,1)	5,48	< 0,02*	2,92 (1,15 – 7,40)

^{*} valeur significative; les valeurs en gras sont les plus pertinentes; X²=chi-deux; t=test de Student; (Fisher): test de Fisher; OR: odd ratio ou rapport de cotes; IC 95 %: intervalle de confiance à 95 %.

Les traumatismes psychologiques survenus à l'adolescence sont associés chez les adolescents avec TPL à une faible estime de soi ($\chi^2 = 5,48$; p < 0,02*) et un sentiment d'abandon d'intensité sévère ($\chi^2 = 6,63$; p < 0,04*) ainsi qu'à plus de scarifications (mais ce résultat n'est pas significatif, $\chi^2 = 2,98$; p = 0,08).

4. ÉTUDE COMPARATIVE EN FONCTION DES ANTÉCÉDENTS PÉDOPSYCHIATRIQUES

Les adolescents TPL ayant des antécédents pédopsychiatriques sont associés au code F 60.3. Les adolescents TPL ayant des antécédents pédopsychiatriques ont subi plus de violences émotionnelles et psychologiques dans leur enfance. Ils sont également plus intolérants à la frustration et ont un style d'attachement instable avec des relations plus conflictuelles. Par ailleurs le début du trouble est plus précoce d'au moins 6 mois en moyenne.

Les adolescents TPL n'ayant pas d'antécédents pédopsychiatriques dans leur enfance ont des consommations de toxiques problématiques plus importants que ceux ayant des antécédents pédopsychiatriques. Les résultats importants sont consignés dans le tableau 15.

Tableau 15 : Comparaison des adolescents TPL avec antécédents pédopsychiatriques versus sans antécédents.

Variables	ATCD pédopsy N = 80	Pas d'ATCD N = 37	X ² ou t ou Z	Р	OR (IC 95 %)
	(moy. ± σ ou %)	(moy. ± σ ou %)			
F 60.3	20 (25,0)	3 (8,1)	5,18	0,02*	3,78 (1,05 – 13,65)
Scolarité habituelle	65 (81,2)	35 (94,6)	4,21	0,09 (Fisher)	0,25 (0,05-1,14)
ATCD violences psychologiques avant 12 ans	27 (33,7)	4 (10,8)	7,65	< 0,01*	4,20 (1,35 – 13,09)
Consommation de toxiques	36 (45,0)	28 (75,7)	10,00	0,00*	0,26 (0,11 – 0,63)
Humeur dépressive	60 (75,9)	29 (78,4)	0,08	0,77	
Intolérance à la frustration	60 (75,9)	20 (55,5)	4,71	0,03*	2,53 (1,09 – 5,83)
Attachements instables	72 (91,1)	25 (69,4)	8,18	0,00*	4,53 (1,58 – 12,95)
Âge de début du trouble	12,9 ± 1,3	13,6 ± 1,4	2,34	0,02*	0,63 (0,10-1,16)

^{*} valeur significative; les valeurs en gras sont les plus pertinentes; X²=chi-deux; t=test de Student; Z = test de Mann-Whitney; (Fisher): test de Fisher; OR: odd ratio ou rapport de cotes; IC 95 %: intervalle de confiance à 95 %.

L'étude comparative des adolescents avec TPL en fonction du type d'antécédents pédopsychiatriques est peu informative (troubles internalisés « purs » et troubles externalisés « purs » uniquement, les antécédents de troubles mixtes n'ont pas été comparés car ils ne représentaient que 10 cas). Le tableau 16 confirme que les antécédents de troubles externalisés sont majoritaires au sein d'ITEP et que la dimension impulsive y est associée. On note également plus de parents séparés dans ce groupe. Les conduites à risque sont également plus importantes sans que le résultat soit significatif.

Les antécédents de troubles internalisés sont associés à plus de scarifications et plus de dépression importante.

Tableau 16: Comparaison des adolescents avec TPL en fonction du type d'ATCD pédopsychiatriques**.

Variables	ATCD troubles	ATCD troubles	χ²	Р	OR (IC 95%)
	internalisés	externalisés			
	N = 19	N = 22			
F 41.2.3	4 (21,0)	0 (0)	6,66	< 0,04* (Fisher)	0,79 (0,63-0,99)
Parents séparés	6 (31,6)	14 (63,6)	4,27	0,04*	3,79 (1,03-13,91)
ITEP	0 (0)	4 (18,2)	5,35	0,02*	1,22 (1,00-1,49)
Automutilations	15 (78,9)	7 (31,8)	9,54	0,00*	0,12 (0,03-0,52)
Conduites à risque	8 (42,1)	16 (72,7)	3,99	0,06 (Fisher)	3,67 (0,99-13,56)
Impulsivité	14 (73,7)	22 (100)	8,50	< 0,02* (Fisher)	0,74 (0,56-0,96)
Dépression d'intensité sévère	7 (36,8)	2 (9,0)	6,06	< 0,05*	

^{*} valeur significative; les valeurs en gras sont les plus pertinentes; X²=chi-deux; t=test de Student; (Fisher): test de Fisher; OR: odd ratio ou rapport de cotes; IC 95 %: intervalle de confiance à 95 %.

^{**} Il s'agit ici des antécédents de troubles internalisés « purs » et des troubles externalisés « purs ».

5. ÉTUDE DESCRIPTIVE ET COMPARATIVE DES CODES F 60.3 VERSUS

F 92

Sept adolescents sont diagnostiqués F 60.3 lors de l'hospitalisation de 2013, six en 2014 et quatorze au centre Oreste soit un total de 27. Deux ont été exclus de notre étude du fait de manque de données (ils n'ont été vus qu'une seule fois et les dossiers étaient insuffisamment remplis). Deux adolescents ont été diagnostiqués F 60.3 dans les deux structures. Au total, 23 adolescents avec le code F 60.3 ont été retenus (100 % validés par le clinicien référent). Trois adolescents ont été codés avec le sous-type impulsif (F 60.30), dix avec le sous-type borderline (F 60.31), les autres étant codés F 60.3 sans plus de précision. Concernant les codes F 92, neuf adolescents sont diagnostiqués comme tel en 2013, dix en 2014 et quarante-trois au centre Oreste (total : 62). Trois adolescents ont été codés F 92 en hospitalisation et au centre Oreste ces années-là soit un total de 59 adolescents codés F 92. Parmi ceux-ci 35 ont été validés TPL soit **59,3** %.

Les tableaux descriptifs des groupes F 60.3 et F 92 sont à consulter dans l'annexe 5.

Tableau 17: Comparaison du groupe F 60.3 versus F 92.

Variables	F 60.3	F 92	X ² ou t ou Z	р	OR (IC 95 %)
	N = 23 (% ou	N = 35 (% ou			
	moy. ± σ)	moy. ± σ)			
Nombre	3,0 ± 2,4	1,6 ± 1,3	2,80	0,01*	1,38 (2,37 – 0,40)
d'hospitalisations					
ATCD pédopsy	20 (87,0)	23 (65,7)	5,25	0,02*	4,44 (1,11 – 17,83)
ATCD familiaux	18 (81,8)	19 (55,9)	4,22	0,08 (Fisher)	3,55 (0,99 – 12,75)
TS	20 (87,0)	20 (57,1)	6,23	0,01*	5,00 (1,25 – 19,99)
Automutilations	19 (82,6)	21 (60,0)	3,48	0,06	
Labilité	20 (87,0)	21 (61,7)	4,63	0,03*	4,13 (1,02 - 16,68)
émotionnelle					
Angoisses et	21 (95,5)	19 (54,3)	13,07	0,00*	17,68 (2,14 – 146,37)
manifestations					
anxieuses					
Sentiment	22 (95,7)	24 (68,6)	7,34	0,02*	10,08 (1,20 - 84,62)
d'abandon				(Fisher)	
Sentiment de vide	10 (50,0)	3 (12,5)	7,74	0,02*	
d'intensité sévère					
Faible estime de	12 (60,0)	7 (21,9)	8,22	< 0,02*	
soi d'intensité					
sévère					

^{*} valeur significative; les valeurs en gras sont les plus pertinentes; X²=chi-deux; t=test de Student; Z=test de Mann-Whitney (Fisher): test de Fisher; OR: odd ratio ou rapport de cotes; IC 95 %: intervalle de confiance à 95 %.

L'âge à l'inclusion est de 15 ans ½ pour les deux groupes ce qui est similaire à la population initiale avec un âge légèrement plus avancé pour le groupe F 60.3. La proportion des sexes est comparable entre les groupes F 60.3 et F 92 : on retrouve près d'un tiers de garçons dans les deux cas. Les adolescents TPL ayant le code F 92 proviennent plus du centre Oreste alors que les adolescents TPL du groupe F 60.3 ont été sélectionnés pour la plupart lors de leur hospitalisation (résultat non significatif : $\chi^2 = 1,69$; p = 0,43).

Le nombre d'hospitalisation est deux fois plus fréquent dans ce dernier groupe (trois hospitalisations en moyenne pour le groupe F 60.3 contre 1,6 hospitalisations pour le groupe F 92). Le code CIM-10 associé le plus fréquemment retrouvé est le code F 91 (respectivement 21,7 et 17,1 %) comme dans la population totale. Il n'existe pas de différence significative dans les deux groupes.

Nous retrouvons plus d'antécédents pédopsychiatriques avant l'âge de 12 ans et notamment des antécédents de troubles externalisés dans le groupe F 60.3 (différence non significative : $\chi^2 = 0.97$; p = 0,32) ainsi que plus d'antécédents d'ESPT et d'antécédents familiaux psychiatriques (différence non significative, respectivement : $\chi^2 = 1.85$; p = 0,20 avec le test de Fisher et $\chi^2 = 4.22$; p = 0,08 avec le test de Fisher).

Concernant la famille, les adolescents codés F 60.3 ont une situation familiale plus chaotique : plus de parents séparés, parent décédé ou non connu, plus de placement à l'adolescence (résultats non significatifs). On ne retrouve pas plus de jeune adopté dans l'un ou l'autre groupe. Le parcours scolaire n'est pas différent non plus.

Les antécédents de traumatismes pendant l'enfance sont comparables dans les deux groupes mais les antécédents de traumatismes à l'adolescence sont plus importants dans le groupe F 60.3 (sauf en ce qui concerne le bullying qui est similaire dans les deux groupes).

Sur le plan clinique, le profil des adolescents portant le code F 60.3 est plus sévère que le profil des codes F 92 (plus d'hospitalisations et plus de tentatives de suicide). Les signes cardinaux typiques du TPL se retrouvent dans ce groupe : labilité émotionnelle, angoisses, sentiment d'abandon et sentiment de vide. Les colères et les conduites à risque sont plutôt associées au groupe F 92 (résultats non significatifs : $\chi^2 = 0.53$; p = 0.50 et $\chi^2 = 2.16$; p = 0.19 avec le test exact de Fisher).

Nous avons récapitulé l'ensemble des spécificités dans le tableau 18, page suivante.

Tableau 18 : Résumé des différences caractéristiques des adolescents TPL avec le code F 60.3 et le code F 92.

	F 60.3	F 92
Hospitalisations*	Deux fois plus	
Antécédents pédopsychiatriques*	*	
ATCD tb externalisés	+	
ATCD ESPT	+	
ATCD familiaux psy	+	
Parents séparés, veufs ou inconnus	+	
Placements après 12 ans	+	
Traumatismes après 12 ans	+	
Tentatives de suicide* et	*	
automutilations		
TCA	+	
Conduites à risque		+
Colères fréquentes		+
Labilité émotionnelle*	*	
Angoisses et manifestations anxieuses*	*	
Sentiment d'abandon*	*	
Sentiment de vide d'intensité sévère*	*	
Dépression	+	
Dissociation	+	
Expériences quasi-psychotiques		
Somatisations et plaintes somatiques		
Relations conflictuelles	+	
Sensitivité relationnelle	+	
Isolement social	+	
Faible estime de soi d'intensité sévère*	*	
* Résultats significatifs		

6. ANALYSE EN CLUSTER

Les tableaux cliniques des adolescents avec TPL étant hétérogènes, nous avons souhaité distinguer différents profils dans la dernière partie de notre étude. La classification ascendante hiérarchique a permis de définir initialement deux groupes distincts (N = 20 et N = 97). Le deuxième groupe a pu être scindé en deux autres groupes (cf. dendrogramme cidessous). Nous avons ainsi obtenu trois clusters : le cluster 1 dont l'effectif est de 20 adolescents, le cluster 2 dont l'effectif est de 41 et le cluster 3 dont l'effectif est de 56.

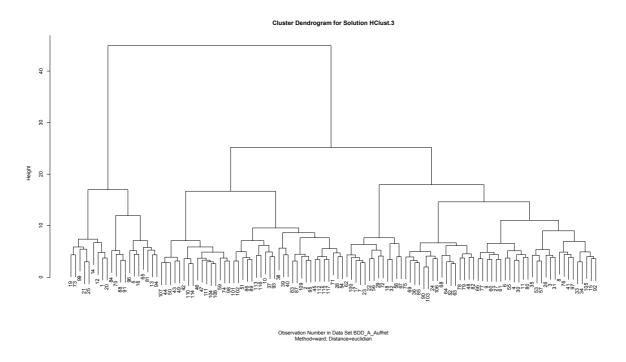


Figure 12 : Dendrogramme représentant la classification ascendante hiérarchique.

La comparaison du cluster 1 et du cluster 2+3 (cf. tableau en annexe 6) nous montre que ce dernier est associé à moins d'hospitalisations et que l'agressivité adressée vers l'extérieur est plus importante : les adolescents du cluster 2+3 sont plus intolérants à la frustration (χ^2 = 4,11; p = 0,04*) et ont un style d'attachement plus instable (résultat non significatif cependant : χ^2 = 3,28; p = 0,08). Nous avons choisi de détailler la population qui composait le cluster 2+3. Le profil clinique du cluster 1 sera détaillé ci-après.

Tableau 19 : Description et comparaison des 3 clusters : données administratives.

Variables	Cluster 1 N = 20	Cluster 2 N = 41	Cluster 3 N = 56	X ² ou t ou Z	Р
	(moy. ± σ ou %)	(moy. ± σ ou %)	(moy. ± σ ou %)		
Âge à l'inclusion (en années)	15,6 ± 1,2 (13-18)	16,4 ± 1,0 (14-18)	15,2 ± 1,2 (13-17)		
Filles	13 (65 %)	22 (53,7)	44 (78,6)	6,8	0,03*
Garçons	7 (35)	19 (46,3)	12 (21,4)		
Origine exclusive CPU-ado	12 (60,0)	11 (26,8)	25 (44,6)		
Origine exclusive centre Oreste	7 (35)	28 (68,3)	20 (35,7)	15,4	0,00*
Origine CPU-ado et	1 (5,0)	2 (4,9)	11 (19,6)		
Oreste					
Nombre d'hospitalisation	4,9 ± 2,1 (2-10)	0,4 ± 0,6 (0-2)	1,8 ± 1,0 (0-5)		

^{*} résultat significatif ; X²=chi-deux ; t=test de Student ; Z=test de Mann-Whitney.

En gras : valeurs les plus significatives, retrouvées lors de la comparaison des clusters 2 à 2 (cf. résultats en annexe 6).

Les adolescents TPL du cluster 2 sont plus âgés à l'inclusion dans l'étude (environ un an de plus par rapport aux autres) mais l'âge de début du trouble ne diffère pas (cf. tableau 24). La figure 13 montre en effet que, pour la variable « âge à l'inclusion », le résultat est significatif quand on compare le cluster 2 au cluster 1 et le cluster 2 au cluster 3 (cf. résultats exposés dans l'annexe 6, tableaux 29 et 30).

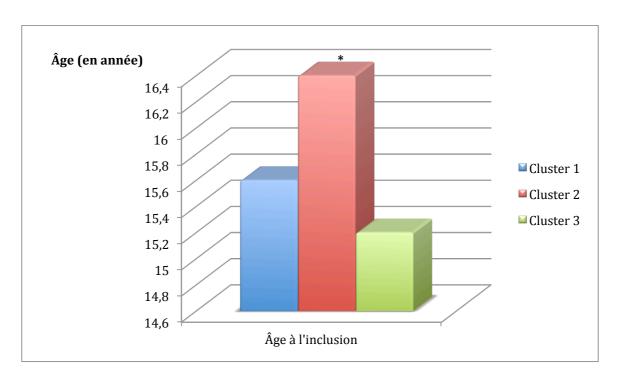


Figure 13 : Répartition des âges à l'inclusion en fonction des clusters.

^{*} résultat significatif pour la variable étudiée en comparaison 2 à 2 (cf. annexe 6).

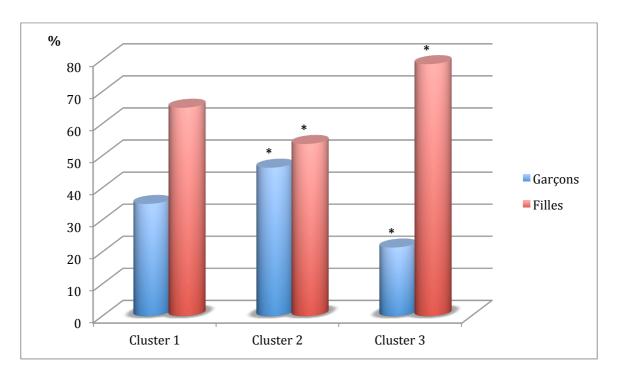


Figure 14 : Répartition des clusters en fonction du genre.

Le cluster 2 est un groupe mixte en terme de genre (le résultat est significatif lors de la comparaison du cluster 2 au cluster 3, χ^2 = 6,74, p < 0,01*, cf. tableau 30 en annexe 6) alors que le cluster 3 a une nette prédominance féminine (78,6 % de filles dans ce cluster).

La population constituant le cluster 2 a été majoritairement sélectionnée lors du suivi ambulatoire (68,3 %) alors que la population du cluster 1 a été en grande partie sélectionnée en hospitalisation (60 %). La figure 15 représente le nombre moyen d'hospitalisation dans chaque cluster : près de 5 hospitalisations en moyenne pour le cluster 1 alors que les adolescents TPL composant le cluster 2 ne sont pratiquement jamais hospitalisés. Les adolescents du cluster 3 sont hospitalisés en moyenne deux fois. Les résultats sont significatifs quand on compare cette variable entre les clusters 1 et 2, les clusters 1 et 3 et les clusters 2 et 3 (cf. tableaux 29, 30 et 31 en annexe 6).

^{*} résultat significatif pour la variable étudiée (comparaison entre le cluster 2 et le cluster3) (cf. annexe 6).

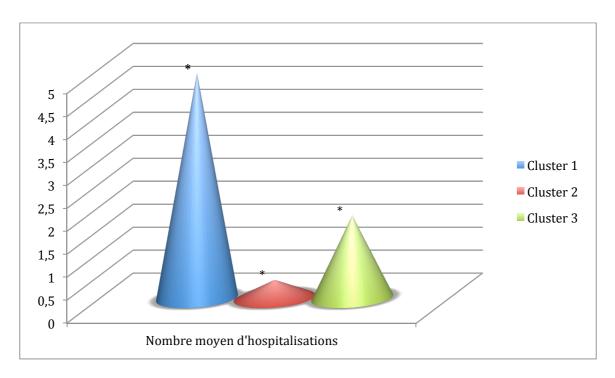


Figure 15 : Nombre moyen d'hospitalisations en fonction des clusters.

Concernant les codes CIM-10, les codes les plus fréquemment attribués aux adolescents TPL du cluster 1 sont les codes F 60.3 et F 60.9 ou F 60.8 correspondant respectivement aux codes de trouble de personnalité émotionnellement labile, troubles de personnalité – sans précision et autres troubles de personnalité (cf. figure 16).

Les codes les plus représentés au sein du cluster 2 semblent être les codes F 41.2 et F 41.3 (trouble anxieux et dépressif mixte et autres troubles anxieux mixtes) (résultats à la limite de la significativité cependant $\chi^2 = 5,92$ et p = 0,05).

Le cluster 3 a une majorité de codes F 92 (troubles mixtes des conduites et des émotions survenant dans l'enfance ou l'adolescence), le résultat étant surtout significatif en comparaison au cluster 1 ($\chi^2 = 6.80$; p < 0.01*).

^{*} résultat significatif pour la variable étudiée en comparaison 2 à 2 (cf. annexe 6).

Tableau 20: Description et comparaison des 3 clusters: codes CIM-10.

Codes CIM-10	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Χ²	Р
F 60.3	N = 20 (%)	N = 41 (%)	N = 56 (%)	4.10	0.12
F 00.5	7 (35,0)	5 (12,2)	11 (19,6)	4,19	0,12
F 60.9.8	7 (35,0)	9 (21,9)	5 (8,9)	7,37	0,02*
F 92	3 (15,0)	11 (26,8)	26 (46,4)	8,35	0,01*
F 90	1 (5,0)	2 (4,9)	2 (3,6)	0,13	0,94
F 91	2 (10,0)	12 (29,3)	15 (26,8)	3,37	0,18
F 41.2.3	0 (0)	6 (14,6)	3 (5,3)	5,92	0,05
F 32 / F 34	4 (20,0)	5 (12,2)	10 (17,9)	0,83	0,66
F 94	4 (20,0)	2 (4,9)	3 (5,4)	4,06	0,13
X (lésions autoinfligées)	6 (30,0)	14 (34,1)	21 (37,5)	0,39	0,82
F 50	2 (10,0)	3 (7,3)	5 (8,9)	0,14	0,93
F 10-19	6 (30,0)	5 (12,2)	6 (10,7)	4,01	0,13

^{*} résultat significatif ; X²=chi-deux ; t=test de Student ; Z=test de Mann-Whitney.

En gras : valeurs les plus significatives, retrouvées lors de la comparaison des clusters 2 à 2 (cf. résultats en annexe 6).

Par ailleurs, les codes F 94 (correspondant aux troubles de l'attachement précoces dans notre étude) et les codes F 10-19 (troubles liés à une consommation de substances psychoactives) se retrouvent majoritairement dans le cluster 1 (cf. figure 16).

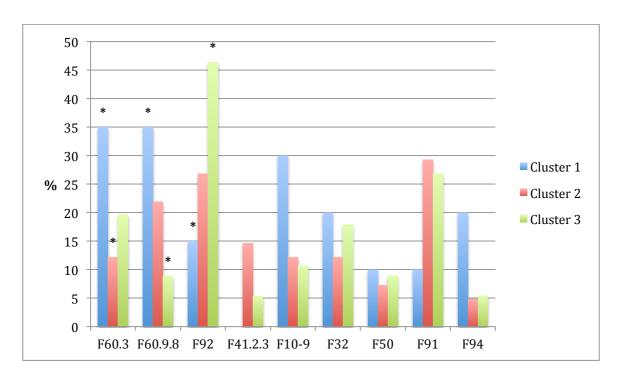


Figure 16 : Répartition des codes CIM-10 au sein des clusters.

^{*} résultat significatif pour la variable étudiée en comparaison 2 à 2 (cf. annexe 6).

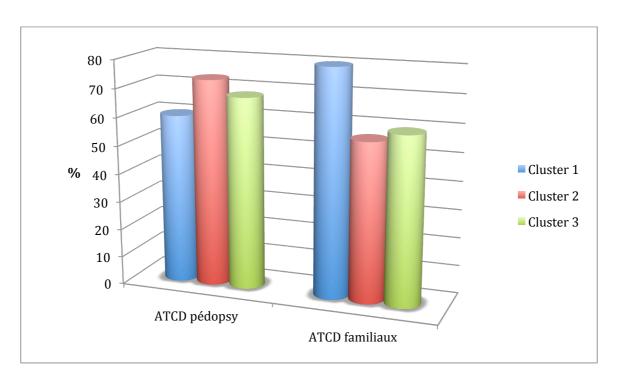


Figure 17 : Répartition des antécédents en fonction des clusters.

Les antécédents psychiatriques familiaux sont prédominants dans le cluster 1 (cf. figure cidessus), ce résultat n'étant pas significatif pour autant ($\chi^2 = 3,79$; p = 0,15). On remarque plus d'antécédents pédopsychiatriques au sein du cluster 2 (résultat non significatif : $\chi^2 = 0,26$; p = 0,88) notamment une prédominance des troubles externalisés ($\chi^2 = 9,11$; p = 0,01* et résultat significatif en comparaison 2 à 2, cluster 2 versus cluster 1 et cluster 2 versus cluster 3, cf. annexe 6 et figure 18).

Tableau 21 : Description et comparaison des 3 clusters : antécédents psychiatriques.

Variables	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Χ²	Р
	N = 20 (%)	N = 41 (%)	N = 56 (%)		
ATCD	12 (60,0)	30 (73,2)	38 (67,9)	0,26	0,88
pédopsychiatriques					
avant 12 ans					
ATCD troubles	3 (15,0)	18 (43,9)	10 (17,9)	9,11	0,01*
externalisés					
ATCD troubles	4 (20,0)	13 (31,7)	12 (21,4)	1,14	0,57
internalisés					
Autres ATCD	3 (15,0)	14 (34,1)	19 (33,9)	3,14	0,21
ATCD ESPT	6 (30,0)	4 (9,7)	9 (16,1)	3,82	0,15
ATCD troubles DYS	2 (10,0)	7 (17,1)	7 (12,5)	0,69	0,71
ATCD familiaux	16 (80,0)	23 (56,1)	32 (59,3)	3,79	0,15
psychiatriques					

^{*} résultat significatif; X²=chi-deux; t=test de Student; Z=test de Mann-Whitney.

En gras : valeurs les plus significatives, retrouvées lors de la comparaison des clusters 2 à 2 (cf. résultats en annexe 6).

On note plus d'antécédent d'ESPT dans le cluster 1 (résultat non significatif : $\chi^2 = 3.82$; p = 0.15).

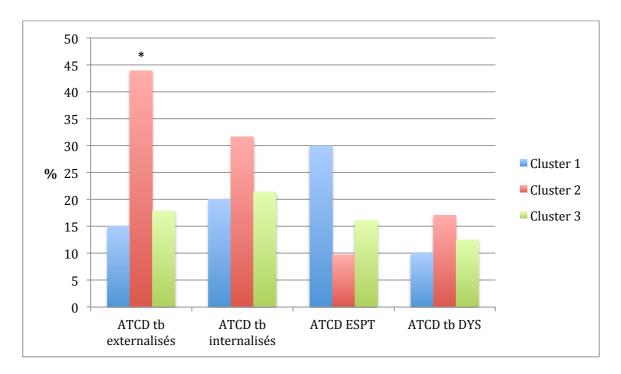


Figure 18 : Répartition du type d'antécédent pédopsychiatrique en fonction des clusters.

* résultat significatif pour la variable étudiée en comparaison 2 à 2 (cf. annexe 6).

Les jeunes composant le cluster 2 ont pour la majorité d'entre eux, des parents séparés (68,3 %). Ce résultat est significatif lors de la comparaison des clusters 2 et 3 (cf. annexe 6). La proportion d'enfant adopté est similaire dans les trois clusters (cf. figure 19).

Tableau 22 : Description et comparaison des 3 clusters : données socio-familiales et scolaires.

Variables	Cluster 1 N = 20 (%)	Cluster 2 N = 41 (%)	Cluster 3 N = 56 (%)	Χ²	Р
Parents séparés	10 (50,0)	28 (68,3)	25 (44,6)	5,57	0,06
Parent veuf ou inconnu	2 (10,0)	4 (9,8)	5 (8,9)	0,26	0,88
Adopté	1 (5,0)	1 (2,4)	5 (8,9)	1,96	0,38
Placement à tout âge	8 (44,4)	6 (14,6)	16 (28,6)	6,14	0,05
ATCD placement avant 12 ans	2 (10,0)	2 (4,9)	4 (7,1)	0,56	0,76
ATCD placement après 12 ans	8 (40,0)	7 (17,1)	15 (26,8)	3,73	0,16
Scolarité habituelle	19 (95,0)	35 (85,4)	46 (82,1)	2,36	0,31
ITEP	1 (5,0)	3 (7,3)	1 (1,8)	1,87	0,39
SEGPA	1 (5,0)	4 (9,8)	6 (10,7)	0,66	0,72

^{*} résultat significatif ; X²=chi-deux ; t=test de Student ; Z=test de Mann-Whitney.
En gras : valeurs les plus significatives, retrouvées lors de la comparaison des clusters 2 à 2 (cf. résultats en annexe 6).

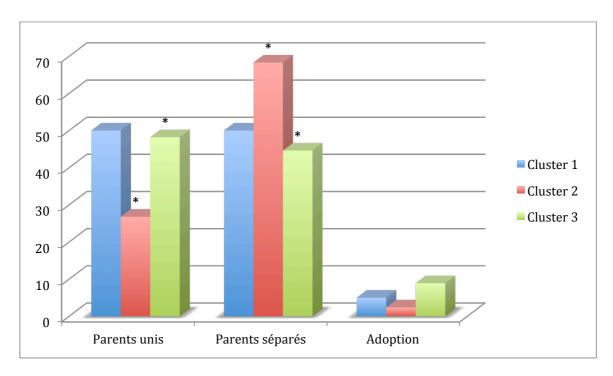


Figure 19 : Répartition des données familiales en fonction des clusters.

Les jeunes constituant le cluster 1 sont plus placés et notamment après l'âge de 12 ans (40 % de ce groupe) (cf. figure 20). La scolarité ne diffère pas dans les trois groupes.

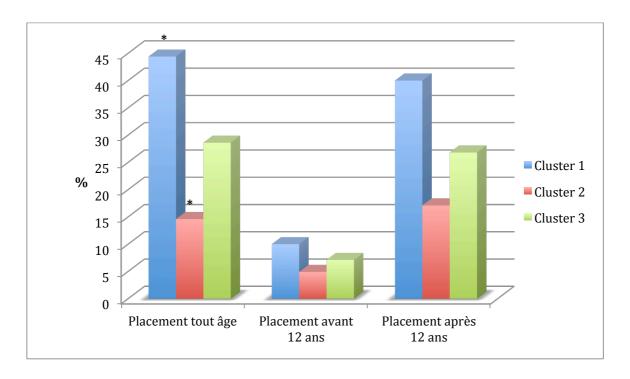


Figure 20 : Répartition des placements en fonction des clusters.

^{*} résultat significatif pour la variable étudiée en comparaison 2 à 2 (cf. annexe 6).

^{*} résultat significatif pour la variable étudiée en comparaison 2 à 2 (cf. annexe 6).

On retrouve plus d'antécédents de traumatismes dans l'enfance des sujets du cluster 1. Les violences physiques et émotionnelles y sont plus importantes que dans les autres clusters (cf. figure 21) (le résultat est significatif en comparaison avec le cluster 3, cf. annexe 6).

Tableau 23 : Description et comparaison des 3 clusters : ATCD de traumatismes psychologiques.

Variables	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Χ²	Р
	N = 20 (%)	N = 41 (%)	N = 56 (%)		
Traumatismes tout âge	16 (80,0)	26 (63,4)	41 (73,2)	1,90	0,39
Traumatismes avant	10 (50,0)	17 (41,5)	19 (33,9)	1,71	0,43
12 ans					
Violences physiques	6 (30,0)	9 (22,0)	5 (8,9)	5,74	0,06
Violences sexuelles	2 (10,0)	4 (9,7)	9 (16,1)	1,02	0,60
Violences	9 (45,0)	11 (26,8)	11 (19,6)	4,60	0,10
émotionnelles et					
psychologiques					
Deuils	2 (10,0)	3 (7,3)	2 (3,6)		
Traumatismes après	10 (50,0)	13 (31,7)	31 (55,3)	5,12	0,08
12 ans					
Allégués	7 (35 <i>,</i> 0)	4 (9,8)	22 (39,3)	12,27	0,01*
Confirmés	3 (15,0)	9 (22,0)	9 (16,1)		
Agressions sexuelles	3 (15,0)	1 (2,4)	8 (14,5)	5,23	0,07
Bullying	5 (25,0)	5 (12,2)	10 (18,2)	1,60	0,45
Deuils	2 (10,0)	7 (17,1)	12 (21,8)	0,60	0,74

^{*} résultat significatif ; X²=chi-deux ; t=test de Student ; Z=test de Mann-Whitney.

Concernant le cluster 2, on retrouve moins de traumatismes à l'adolescence notamment les agressions sexuelles même si ce dernier résultat n'est pas significatif (cf. figure 22).

En gras : valeurs les plus significatives, retrouvées lors de la comparaison des clusters 2 à 2 (cf. résultats en annexe 6).

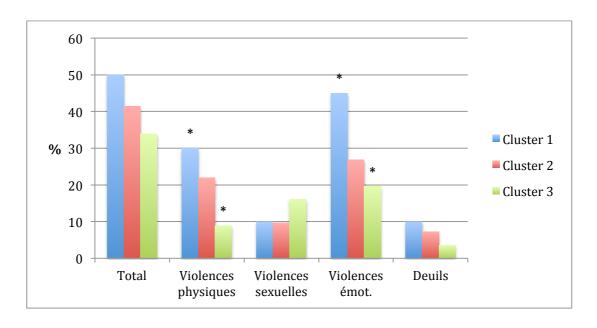


Figure 21 : Répartition des traumatismes psychologiques dans l'enfance en fonction des clusters.

* résultat significatif pour la variable étudiée en comparaison 2 à 2 (cf. annexe 6).

Le cluster 3 est celui où l'on retrouve le plus de traumatismes à l'adolescence. Il est à noter que les problématiques de bullying à l'adolescence sont prédominantes dans le cluster 1.

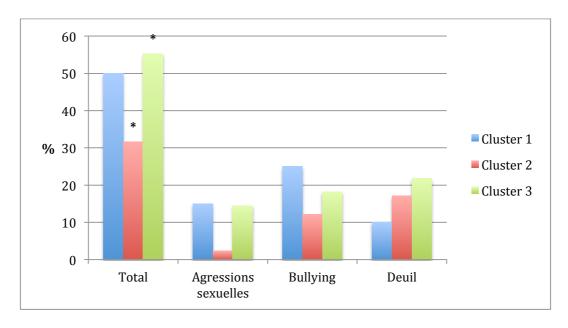


Figure 22 : Répartition des traumatismes psychologiques à l'adolescence parmi les clusters.

* résultat significatif pour la variable étudiée en comparaison 2 à 2 (cf. annexe 6).

Tableau 24 : Description et comparaison des 3 clusters : dimensions cliniques.

Variables	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	X ² ou t	Р
	N = 20	N = 41	N = 56	ou Z	
	(moy. ± σ	(moy. ± σ	(moy. ± σ		
	ou %)	ou %)	ou %)		
Âge présumé du début du trouble	13,3 ± 1,4	13,2 ± 1,4	13,3 ± 1,3		
(en années)	(11-17)	(11-16)	(11-16)		
Tentatives de suicide	16 (80,0)	14 (34,1)	36 (64,3)	14,61	0,00*
Scarifications / automutilations	15 (75,0)	17 (41,5)	40 (71,4)	10,77	< 0,01*
Hétéroagressivité	9 (45,0)	19 (46,3)	28 (50,0)	0,21	0,90
Consommations de toxiques ou	12 (60,0)	21 (51,2)	31 (55,4)	0,44	0,80
pratiques quasi-addictives					
TCA	10 (50 %)	8 (43,9 %)	19 (33,9 %)	6,08	< 0,05*
Conduites à risque	12 (60,0)	19 (46,3)	41 (73,2)	7,29	< 0,03*
Impulsivité	19 (95,0)	31 (75,6)	50 (92,6)	7,05	0,03*
modérée	7 (35,0)	17 (41,5)	19 (35,2)	9,61	< 0,05*
sévère	12 (60,0)	14 (34,1)	31 (57,4)		
Intolérance à la frustration	10 (50,0)	31 (75,6)	39 (72,2)	4,25	0,12
Labilité émotionnelle	15 (75,0)	29 (70,7)	34 (63,0)	1,23	0,54
Colères disproportionnées	16 (80,0)	31 (75,6)	38 (69,1)	1,08	0,58
Difficultés à verbaliser les	19 (95,0)	27 (65,9)	35 (43,2)	7,87	0,02*
émotions					
Modérée	8 (40,0)	17 (41,5)	17 (34,0)	10,10	< 0,04*
Sévère	11 (55,0)	10 (24,4)	18 (36,0)		
Angoisses et manifestations	20 (100,0)	26 (63,4)	40 (74,1)	14,23	0,00*
anxieuses					
Intensité modérée	10 (50,0)	14 (34,1)	24 (44,4)	14,83	< 0,01*
Intensité sévère	10 (50,0)	12 (29,3)	16 (29,6)		
Déréalisation/dépersonnalisation	9 (45,0)	7 (17,1)	5 (8,9)	11,42	0,00*
Expériences quasi-psychotiques	9 (45,0)	7 (17,1)	4 (7,1)	13,20	0,00*
Somatisations et plaintes	9 (45,0)	13 (31,7)	13 (23,2)	3,34	0,19
somatiques	. ,				
Angoisses d'abandon	19 (95,0)	31 (75,6)	44 (80,0)	4,15	0,13
Dépression ou dépressivité	17 (85,0)	30 (73,2)	42 (76,4)	1,13	0,57
Sentiment de vide existentiel	16 (88,9)	24 (60,0)	20 (64,5)	5,63	0,60
Modéré	5 (27,8)	18 (45,0)	14 (45,2)	14,21	< 0,01*
Intense	11 (61,1)	6 (15,0)	6 (19,4)	,	-,
Instabilité des attachements et	14 (70,0)	35 (85,4)	48 (88,9)	3,54	0,17
relations conflictuelles	()-/	(55)./	- (,-)	-,	-,
Sensitivité relationnelle et	12 (63,2)	28 (68,3)	30 (61,2)	0,50	0,78
hostilité	12 (03,2)	20 (00,0)	30 (01,2)	0,00	0,70
Difficulté d'authenticité de la	18 (94,7)	31 (75,6)	38 (70,4)	5,79	0,05
relation	10 (34,7)	31 (73,0)	30 (70,4)	3,73	0,03
Isolement social	16 (84,2)	22 (55,0)	23 (43,4)	10,20	< 0,01*
Modéré	7 (36,8)	22 (33,0) 15 (37,5)	19 (35,9)	16,68	0,00*
Sévère	9 (47,4)			10,00	0,00
Faible estime de soi	9 (47,4) 15 (83,3)	7 (17,5) 26 (65,5)	4 (7,5) 36 (75 0)	2.40	U 3U
* résultat significatif ; X ² =chi-deux ; t=test do			36 (75,0)	2,40	0,30

^{*} résultat significatif; X²=chi-deux; t=test de Student; Z=test de Mann-Whitney.

Tous les résultats concernant les dimensions cliniques mentionnées ci-après (sauf mention contraire) sont répertoriés dans le tableau 24 ci-dessus.

En gras : valeurs les plus significatives, retrouvées lors de la comparaison des clusters 2 à 2 (cf. résultats en annexe 6).

L'âge présumé du début du trouble ne diffère pas entre les clusters (cf. tableau 24, page précédente). La proportion des tentatives de suicide et des gestes autoagressifs comme les scarifications oscille autour de 70 % dans les clusters 1 et 3. À l'inverse, le cluster 2 a un taux significativement inférieur (entre 35 et 40 %). Ces résultats sont visibles sur le graphique cidessous.

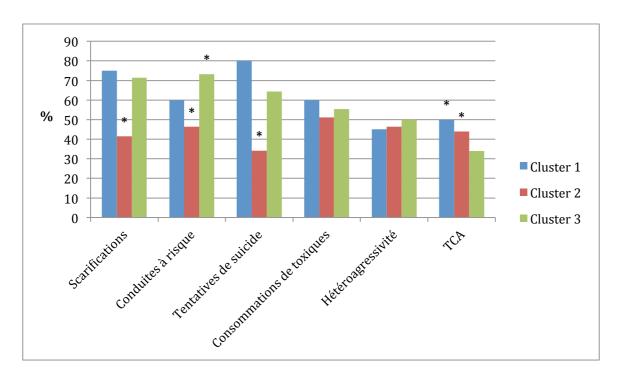


Figure 23 : Répartition des conduites en fonction des clusters.

Le cluster 2 se distingue également des deux autres et notamment du cluster 3 par la moindre proportion des conduites à risque (moins de 50 % des adolescents présents dans ce groupe).

La consommation de substances psycho-actives et problématiques associées prédomine légèrement au sein du cluster 1 sans pour autant que le résultat soit significatif (χ^2 = 0,44; p = 0,80). En revanche, les troubles du comportement alimentaire atteignent 50 % de la population constituant le cluster 1 ce qui est supérieur en comparaison aux deux autres clusters (le résultat étant significatif en comparaison avec le cluster 2 : χ^2 = 5,81; p = 0,02*).

^{*} résultat significatif pour la variable étudiée en comparaison 2 à 2 (cf. annexe 6).

Les autres dimensions psychopathologiques sont figurées dans les trois histogrammes suivants. Les signes cardinaux des TPL se retrouvent dans la population du cluster 1 avec des angoisses nettement prédominantes (100 % des sujets) ($\chi^2 = 14,23$; p = 0,00*), plus de sentiment de vide (88,9 %, $\chi^2 = 5,45$; p = 0,02*; résultat retrouvé lors de l'étude comparative du cluster 1 et du cluster 2, cf. annexe 6), plus de sentiment d'abandon (95 %, résultat non significatif cependant (cf. tableau 24) et plus d'impulsivité (idem).

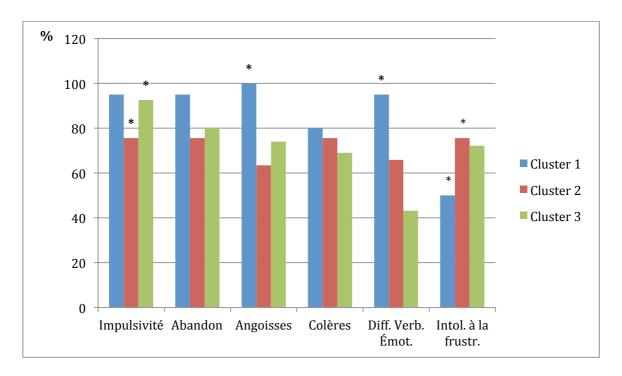


Figure 24 : Proportion des dimensions cliniques en fonction des clusters (1).

* résultat significatif pour la variable étudiée en comparaison 2 à 2 (cf. annexe 6).

Le cluster 1 se distingue également par les difficultés de verbalisation émotionnelle majoritairement retrouvées (95 %, résultat significatif cf. tableau 24) ainsi que des difficultés d'authenticité dans la relation (94,7 %). Il existe aussi plus de phénomènes dissociatifs (dépersonnalisation, déréalisation) : 45 % des jeunes de ce groupe (résultat significatif par rapport aux autres clusters, cf. tableau 24) et plus d'expériences quasi-psychotiques (même proportion, résultat significatif). L'isolement social est nettement prédominant dans ce groupe (84,2 %, résultat significatif).

Le cluster 2 se caractérise par moins d'angoisses (63,4 %) et moins de sentiment d'abandon (75,6 %), moins d'impulsivité (75,6 %, résultat significatif en comparaison au cluster 3), moins de sentiment de vide (60 %, résultat significatif en comparaison au cluster 1) mais plus d'intolérance à la frustration (75,6 %, résultat significatif en comparaison au cluster 1), plus d'hostilité relationnelle et une meilleure estime de soi.

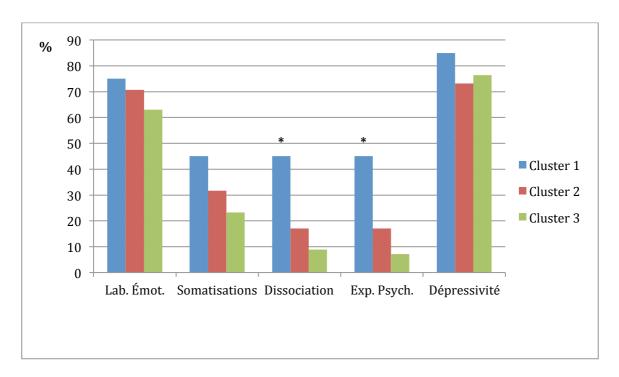


Figure 25 : Proportion des dimensions cliniques en fonction des clusters (2).

* résultat significatif pour la variable étudiée en comparaison 2 à 2 (cf. annexe 6).

On retrouve une fréquence de l'impulsivité importante au sein du cluster 3 (92,6 %) avec plus de conduites à risque (73,3 %). La verbalisation émotionnelle est plus aisée avec moins de somatisations. Le sentiment d'abandon est non négligeable alors qu'il s'agit des adolescentes les moins isolées (cf. figure 26). Ceci peut s'expliquer par des relations apparaissant compliquées et très souvent conflictuelles (88,9 %).

Les différents tableaux cliniques sont résumés dans le tableau 25, ci-après. Le cluster 1 correspond au TPL dans sa description princeps avec cependant une connotation plus inhibée (plus de difficultés de verbalisation et d'authenticité dans la relation, plus d'isolement social) et des conduites retournées contre soi et pas contre l'extérieur. Il existe également des troubles perceptifs (phénomènes dissociatifs et expériences quasi-

psychotiques). On y retrouve plus de traumatismes infantiles et de troubles de l'attachement. Le trouble est ainsi plus sévère et semble installé. L'évolution pourrait être péjorative. Il pourrait correspondre au type inhibé des fonctionnements limites retrouvés dans le Rorschach (Chabert, 1998).

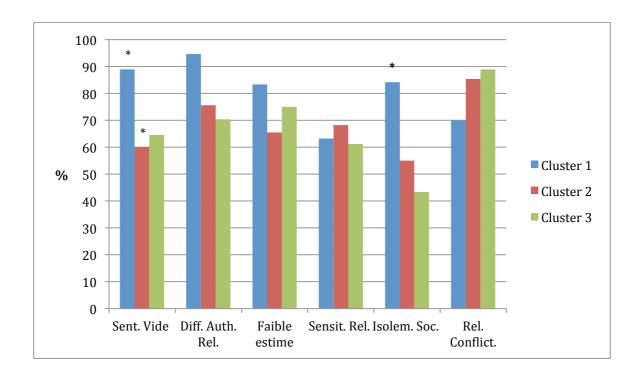


Figure 26: Proportion des dimensions cliniques parmi les clusters (3).

* résultat significatif pour la variable étudiée en comparaison 2 à 2 (cf. annexe 6).

Le cluster 2 correspond à un profil d'adolescents plus âgés lors de l'inclusion. Les conditions sont moins traumatisantes. Les symptômes semblent réactionnels aux conditions familiales (séparation parentale). Les symptômes paraissent moins bruyants (moins de gestes graves) mais l'intolérance à la frustration est plus grande, les relations sont plus conflictuelles. Ces jeunes sont peu hospitalisés et plus suivi en ambulatoire. Il pourrait s'agir de la « crise borderline à l'adolescence ».

Le cluster 3 en revanche présente des symptômes parfois aussi graves que le cluster 1 avec une prédominance des conduites à risque. Il se différencie par une histoire moins traumatisante dans l'enfance. Cependant, l'adolescence apparaît traumatique. La population de ce groupe est essentiellement féminine. La verbalisation émotionnelle est plus facile. Ce groupe pourrait ainsi correspondre au deuxième type des fonctionnements limites, le type expressif et labile. Il correspond au « trouble borderline post-traumatique » à l'adolescence.

Tableau 25 : Résumé des caractéristiques de chaque cluster.

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3
Âge à l'inclusion	15 ans ½	16 ans ½	15 ans
Codes CIM 10	F 60.3 ; F 60.9.8	F 41.2	F 92
Hospitalisation	5 en moyenne	NON	1 à 2 hospitalisations
Sex ratio	1/3 de garçons	Mixte	¾ féminin
A made of all made on a made in the income	ATCD familiaux	Troubles	
Antécédents psychiatriques	et ESPT	externalisés	-
Famille		Parents séparés	
Placement	Placement surtout		
Placement	après 12 ans		
	Plus de traumatismes	Moins	Plus de traumatismes
Traumatismes	dans l'enfance	de traumatismes	à l'adolescence
	ualis i ellialice	à l'adolescence	a radolescence
Dimensions psychopathologiques			
TCA	++	+	+
PAA autoagressifs	+	-	+
Conduites à risque et impulsivité	+	-	++
Intolérance à la frustration et			Relations conflictuelles ++
instabilité des attachements	-	++	Relations connictuelles ++
Sentiment d'abandon	+++	-	+
Sentiment de vide d'intensité sévère	++	-	+
Angoisses	+++	-	-
Dissociation et expériences quasi-			NON
psychotiques	++	NON	NON
Difficultés d'authenticité de la relation	+	-	Bonne verbalisation émotionnelle
Isolement social sévère	++	-	Meilleure intégration sociale
	Trouble de	Cuina haudaultus >	Tuesdale hearts alter a sect
Hypothèse typologique	personnalité limite	Crise borderline à	Trouble borderline post-
	type inhibé	l'adolescence	traumatique type expressif

III. ILLUSTRATIONS CLINIQUES

Nous avons souhaité illustrer chacun des trois profils cliniques dégagés dans notre étude par trois cas cliniques d'adolescents rencontrés alors qu'ils étaient hospitalisés en 2013-2014 dans le service d'hospitalisation à temps complet spécialisé pour les adolescents de la clinique psychiatrique universitaire de Tours (37). Tim fait parti du cluster 1, Mathilde illustre le cluster 2 et Clémence, le cluster 3.

A. TIM

Tim B. a 14 ans ½ quand nous le rencontrons pour la première fois lors de sa 3^e hospitalisation, d'une durée totale de 9 mois. Nous avons pu le revoir ponctuellement un an après au sein de son lycée professionnel lors d'une visite d'aptitude sur machines dangereuses lors de notre semestre d'internat en médecine scolaire et à l'âge de 16 ans lors des congés de son pédopsychiatre au centre Oreste, centre de psychologie clinique de l'adolescence.

1. BIOGRAPHIE

Tim est né en février 1999. Il est fils unique. Ses parents ont divorcé quand il avait 6 ans. Sa mère ne travaille pas et a toujours été omniprésente pour son fils jusqu'à rendre le rôle de son père inexistant. Les relations avec ce dernier sont distantes. Il ne le voit qu'une fois par an. Jusqu'à cette hospitalisation, il vivait seul avec sa mère avec laquelle il entretenait un rapport quasi-fusionnel. La 3^e hospitalisation a abouti à un placement dans un lieu de vie au sein d'une famille d'accueil du fait de l'absence de frontière générationnelle entre Tim et sa mère et du climat incestuel existant. Sa mère a pu par exemple surveiller le premier rapport sexuel de son fils. Elle ne lui laisse aucun espace d'autonomisation. Elle l'a nourrit à la cuillère et l'a inspecté corporellement jusqu'à tard. Elle est très ambivalente à l'égard du placement de son fils souhaitant son retour au domicile maternel et décrivant dans le même temps des angoisses quand il est à ses côtés.

Tim est scolarisé en 3^e au collège au moment où nous le rencontrons pour la première fois. Il souhaite initialement travailler dans la restauration. Il n'a jamais redoublé et les résultats scolaires sont très bons. Il n'a pas vraiment d'amis et a délaissé le football qu'il pratiquait auparavant.

2. ANTÉCÉDENTS

a) PERSONNELS

Il n'existe pas de trouble spécifique des apprentissages mais un bégaiement dans l'enfance et une timidité apparue à l'âge de 8 ans. On ne retrouve pas d'autres antécédents spécifiques jusqu'à l'adolescence.

Tim consomme régulièrement du cannabis et recherche ponctuellement l'ivresse alcoolique. Il fume 10 cigarettes par jour. Il consommera par la suite du TUSSIDANE[®], un dérivé opiacé, dans un but de désinhibition à visée sociale et essaiera aussi la MDMA.

Tim a fait une tentative de suicide à l'âge de 15 ans et plusieurs passages aux urgences pour des intoxications avec les différents produits qu'il consomme sans toujours avoir des velléités suicidaires. L'intentionnalité suicidaire existe mais est souvent floue.

b) FAMILIAUX

La mère de Tim a fait plusieurs tentatives de suicide également. Elle a eu des troubles du comportement alimentaire à type d'anorexie mentale autour de la grossesse de son fils. Il existe un investissement religieux quasi-mystique et des interprétations abusives concernant son fils en insistant pour dire qu'il va mal alors que c'est l'inverse. Il est également noté un suicide chez un oncle maternel.

Du côté paternel, son père a eu une enfance difficile émaillée de placements et de séjours en maison de correction. Il souffre d'une probable addiction alcoolique.

3. ANAMNÈSE

À l'âge de 13 ans ½, Tim est hospitalisé une première fois à la CPU-ado pour un épisode délirant dont il est difficile d'analyser la composante toxique associée. Un traitement par RISPERDAL® et SÉROPLEX® est alors instauré puis arrêté deux mois après. Six mois plus tard, il est de nouveau hospitalisé pour le même motif pendant l'été. L'antipsychotique est réintroduit. Cependant, quelques semaines après la rentrée scolaire, sa mère le conduit de nouveau aux urgences pour une intoxication éthylique aigüe. Son discours semble étrange à l'interne qui le reçoit. Il rationalise ses consommations alcooliques et cannabiques par le fait qu'il « paraît quelqu'un de meilleur, que sa peau est plus raffinée et plus bronzée, qu'il se sent plus confiant et intelligent ». Il se trouve plus « populaire » au sein de son collège et se sent admiré. Parallèlement ses résultats scolaires chutent. Il est décidé une nouvelle hospitalisation. Cet épisode délirant à teneur mégalomaniaque révèle la problématique narcissique et identitaire à laquelle Tim est confrontée à cette époque (il a alors 14 ans ½). Par la suite, le jeune homme expliquera sa nostalgie de l'enfance et son désir de retrouver un état antérieur qu'il aurait connu « avant ses 8 ans », période lors de laquelle il avait « toutes les qualités » perdues à cet âge. Il expliquera vouloir « se réveiller en harmonie » ce qui ne peut être possible que par « la défonce » : « j'ai eu un sentiment d'apaisement intense et d'ambiance un peu paradisiaque [...] la musique el' était magique mais genre el' m'a plus qu'émerveillée quoi. La musique el' m'surprenait tellement qu'j'étais pété d'rire. [...] J'pensais plus à rien, j'me sentais seul au monde mais dans l'bon sens genre personne me dérange j'peux faire tout c'que j'veux. J'ai jamais connu une ivresse aussi intense. »

4. CLINIQUE

Tim est un jeune homme attachant, mince, avec un style vestimentaire qui a pu être parfois extravagant. Il portait toujours une veste en jean et un T-shirt quelle que soit la saison lors de son hospitalisation jusqu'au jour où sa tante paternelle est venue lui rendre visite avec son père. Celle-ci lui a offert un costume noir avec une cravate (il voulait à l'époque devenir serveur). Il s'est dès lors habillé très souvent avec son costume et ses lunettes noires. Tim a le contact (trop) facile avec une proximité très importante et une grande désinhibition (il

confie ses difficultés avec peu de retenue). Son discours est naïf, direct, cru. Il verbalise très (trop) facilement. Le discours est toujours cohérent sans trouble du cours de la pensée.

Tim est un jeune homme très anxieux avec des difficultés d'ajustement social. Il se sent « bloqué » quand il est présent avec ses pairs. Il est très isolé au sein de sa classe. Il tente de pallier à cela en faisant le pitre mais ne se rend pas compte qu'il se met dans une position dégradante et pour laquelle les autres se moquent de lui entrainant ainsi un rejet de leur part. Il cherche l'attention de ses pairs pour exister sans mesurer les conséquences que son image renvoie.

Par ailleurs, Tim a des comportements sexualisés déplacés. Il est dans une recherche de performance pour impressionner les filles pour pallier à son sentiment d'incompétence au niveau de la séduction amoureuse.

Il est peu autonome au foyer et dépendant des adultes pour les actes de la vie quotidiennes (vaisselle, se laver) car Tim ne le fait pas spontanément. Lors des quartiers libres, il transgresse parfois le contrat et va rejoindre sa mère en cachette.

En outre, il se pose de nombreuses questions existentielles, sur le sens de la vie et sur son avenir. Son estime de soi est très faible malgré la prestance qu'il donne à voir. Il décrit une forte intolérance à l'ennui et à la solitude. Il exprime un sentiment de vide intense qu'il cherche à combler par la consommation de toxiques. Il est dans une quête de sensations et de plaisirs. L'humeur est fluctuante avec des périodes qu'il qualifie de « dépression naturelle ».

5. ÉVOLUTION

Tim se demande actuellement s'il n'a pas été victime d'abus sexuels dans son enfance par un membre de sa famille. Le traitement antipsychotique a été modifié du fait de l'émoussement affectif dont se plaignait le jeune homme au profit d'un traitement par ABILIFY® qui lui semble plus adapté. Tim est de plus en plus authentique dans la relation thérapeutique. Il perçoit mieux les affects dépressifs et peut ainsi les verbaliser. Ces progrès sont encourageants bien que la problématique addictive en lien avec le sentiment de vide et de dépendance aux autres persiste. Il souhaite d'ailleurs changer d'orientation professionnelle et revenir à un cursus général pour devenir addictologue.

Le cas de Tim nous interroge puisqu'une schizophrénie à début précoce avait initialement été diagnostiquée. Nous avons choisi de présenter son histoire car la symptomatologie est caractéristique d'un TPL avec la présence des signes cardinaux que notre étude a retrouvés. Ce cas montre bien comment s'intriquent les problématiques adolescentes aux problématiques limites. Toutefois, il est difficile de trancher la question d'un éventuel trouble bipolaire débutant (diagnostic différentiel ou comorbidité) avec une personnalité schizotypique associée.

B. MATHILDE

Nous avons rencontré la jeune Mathilde à l'âge de 16 ans lors de son hospitalisation à la CPU-ado pendant l'hiver 2014 pour le motif d'un passage à l'acte autoagressif impulsif survenue au moment d'une dispute avec son père et son frère dans un contexte de manque de cannabis. Elle s'est alors donnée un violent coup de sèche-cheveux et s'est faite une plaie sur le front.

1. BIOGRAPHIE

Mathilde est née en janvier 1998. Elle est la deuxième d'une fratrie de 3 enfants : un frère aîné de 20 ans, consommateur de cannabis et un frère cadet de 10 ans, portant le diagnostic de TDAH et de haut potentiel intellectuel, suivi en CMP.

Elle vit avec ses parents et ses frères. Son père est ingénieur, en déplacement la semaine et sa mère est assistante maternelle. Le couple s'est séparé une première fois pendant un an quand Mathilde avait 5 ans. Les conflits parentaux sont patents et la jeune femme souffre de ceux-ci. Les rapports à sa mère sont fusionnels. Elle éprouve une déception à l'égard de son père qu'elle juge autoritaire.

Son grand-père maternel est décédé en mer quand elle avait 12 ans. Une tante maternelle a perdu un bébé à 10 jours en 2011.

Mathilde est une jeune femme brillante scolairement avec un esprit très aiguisé. Elle est scolarisée en seconde générale dans un lycée à Tours.

2. ANTÉCÉDENTS

Bébé, Mathilde a fait ses nuits tardivement mais le développement psychomoteur était sans particularité. C'était une enfant anxieuse, perfectionniste notamment par rapport au travail scolaire avec une anxiété d'échec importante. Elle avait souvent des somatisations à type de douleurs abdominales quand elle était en conflit avec ses amies. Il a été relevé dans son enfance une période de rituels avant le coucher.

Les consommations de toxiques sont très importantes chez Mathilde (cf. chapitre « Clinique »). Son frère est également un grand consommateur.

3. ANAMNÈSE

Les troubles de Mathilde ont débuté par une symptomatologie anorectique à l'âge de 14 ans. Elle perd 17 kg en un an à cause d'une restriction volontaire, l'IMC¹⁵ est autour de 15 kg/m². Une aménorrhée secondaire apparaît. Six mois plus tard, elle se fait vomir avec compulsion. Des troubles de l'humeur de type dépressif apparaissent avec une désocialisation et une déscolarisation progressive car elle ne se sent plus à l'aise dans son collège malgré le soutien de ses amies et de sa famille. Ceci conduit les parents à faire consulter leur fille auprès d'une psychologue. Un contrat de poids est établi avec un suivi hebdomadaire par son médecin traitant. Parallèlement une thérapie familiale systémique est entreprise. Le poids a pu ainsi se stabiliser.

Malgré tout un an plus tard, les éléments dépressifs sont plus marqués avec une humeur triste et une anhédonie, des ruminations anxieuses, des troubles du sommeil et une mésestime de soi. Mathilde est adressée aux urgences psychiatriques pour évaluer cette altération de l'état général. Une hospitalisation en service spécialisé est proposée mais un retour à domicile est finalement décidé. C'est dans ce contexte que les parents insistent auprès de leur fille pour changer de thérapeute. Mathilde vient alors consulter au centre Oreste à l'âge de 15 ans. Elle a un traitement médicamenteux par SÉROPLEX® et XANAX®. L'IMC étant de 13,6 kg/m², son pédopsychiatre prescrit une hospitalisation en service de pédiatrie pour renutrition, l'hospitalisation à la CPU-ado étant refusée par Mathilde.

Le passage à l'acte autoagressif impulsif lors de l'hiver 2014 précipite son hospitalisation en service spécialisé. Son frère avait en effet refusé de lui fournir du cannabis et Mathilde s'est sentie trahie. Elle s'est alors automutilée en se donnant un coup de sèche-cheveux sur le front. Il n'a pas été établi de contrat de poids devant le motif d'hospitalisation.

.

¹⁵ IMC : indice de masse corporelle.

4. CLINIQUE

Mathilde est une jeune femme très mince avec un regard acéré. Elle verbalise aisément son histoire et ses symptômes avec cependant une certaine froideur. Elle intellectualise énormément, elle souhaite d'ailleurs faire des études littéraires pour devenir psychologue. Mathilde exprime ses craintes concernant l'éventuel décès de sa mère (sa tante maternelle a un cancer métastasé du colon et est en train de mourir).

C'est une grande consommatrice de tabac et de cannabis qu'elle fume depuis l'âge de 14 ans (environ 4 à 5 « joints » par jour et également des « douilles ») pour s'apaiser. Elle peut d'ailleurs faire des « crises d'angoisses » ou se scarifier quand elle vient à en manquer. Elle exprime également un meilleur appétit quand elle fume. C'est ainsi que sa mère a cautionné cette consommation en la lui payant.

Mathilde relate un fonctionnement en miroir avec une jeune fille de sa classe, Solenn, qui souffre d'anorexie mentale. Leur relation est complexe et semble passionnelle. « *C'est difficile pour moi de m'en sortir. Si je guéris, Solenn pensera que j'ai simulé la maladie* ». Mathilde fait plusieurs tentatives de suicide par intoxication médicamenteuse avec une intentionnalité plus ou moins exprimée (dormir, mourir, oublier). Elle avait déjà essayé de se couper les veines un été.

Par ailleurs l'humeur est fluctuante avec une note dépressive plus fréquente. Mathilde cherche à maitriser la relation. Il existe une balance entre la perte de contrôle via l'addiction et la recherche de maitrise. Mathilde n'est pas authentique dans la relation initialement mais a progressé lors de la psychothérapie. On note une impulsivité modérée mais présente. Mathilde peut être provocatrice et aime transgresser les règles. Cela a pu être observé lors de son hospitalisation à la CPU-ado. Elle a d'ailleurs tenté de cliver l'équipe un soir en soutenant ardemment qu'elle avait le droit à un traitement par THÉRALÈNE® pour dormir alors qu'il n'était pas prescrit. Lors de cette hospitalisation nous avons pu relever des traits histrioniques avec des oscillations entre tentatives de séduction et de manipulation.

La symptomatologie que présente Mathilde est polymorphe. Le trouble alimentaire de type anorectique ne correspond pas à une authentique anorexie mentale. Il s'agit plus d'une tentative de maitrise avec une quasi-addiction aux vomissements provoqués. Mathilde ne décrit pas de dysmorphophobie. Il existe d'ailleurs des épisodes de boulimie.

5. ÉVOLUTION

Ses parents se sont ensuite séparés au cours de la prise en charge. Son père vit seul dans la maison familiale et reçoit le frère cadet en garde alternée. Mathilde vit désormais chez sa mère. La dépendance affective reste très importante. Les résultats en première littéraire sont satisfaisants.

Mathilde a des conduites à risque : elle a eu un petit ami et a fait une IVG à l'âge de 17 ans. Elle fréquente de temps à autre des dealers plus ou moins intentionnés. Les troubles alimentaires se sont améliorés actuellement. L'évolution semble bonne sous SÉROPLEX® et TERCIAN®.

En conclusion, malgré des symptômes polymorphes et bruyants au départ, ceux-ci se sont améliorés avec le temps, la résolution du conflit parental et le départ de son frère consommateur. Ce cas clinique illustre ce que nous nommons la « crise borderline à l'adolescence » qui semble en lien avec des modifications au sein de l'environnement familial. Ce tableau emprunte la symptomatologie « limite » (surtout de type externalisé) et son polymorphisme avec toutefois une sévérité moindre. Ceci laisse présager une meilleure évolution sans inscription dans un trouble de personnalité ultérieur.

C. CLÉMENCE

Nous avons fait la connaissance de Clémence, 16 ans lors de son hospitalisation de trois semaines à la CPU-ado.

1. BIOGRAPHIE

Clémence est née prématurément en septembre 1997, un mois et demi avant le terme par césarienne pour un placenta prævia. Le développement psychomoteur est bon. Elle était en crèche jusqu'à l'âge de 3 ans. Enfant, Clémence est décrite comme timide mais pas sauvage pour autant.

Clémence vit avec son frère âgé de 8 ans chez leur mère, assistante de production. Ses parents ont divorcé quand elle avait 11 ans. Elle a de bonnes relations avec son père qu'elle voit chaque week-end. Celui-ci a refait sa vie avec une compagne. Clémence a également un demi-frère de 19 ans du côté paternel. Elle s'entend très bien avec sa mère. Il existe même une complicité entre elles parfois inadaptée : Clémence a pu s'assoir sur les genoux de sa mère dans la salle commune du service d'hospitalisation. Cela paraît d'autant plus incongru que Clémence est grande en taille. Bien souvent elles se tiennent la main pendant l'entretien en pleurant toutes les deux avec effusion.

Clémence est scolarisée en première littéraire dans un lycée de la banlieue de Tours et souhaite devenir psychologue. On note une période de harcèlement au collège lorsqu'elle était en 3^e, à propos d'une agression sexuelle qu'elle a dévoilée à une copine qui ne l'a pas crue. Cette dernière a diffusé cette information au sein de la classe.

Depuis la première L, il existe un fléchissement important des résultats. Clémence a peu de loisirs à l'extérieur. Elle a arrêté la danse qu'elle pratiquait auparavant. Elle a quelques amies et un nouveau petit ami depuis quelques mois.

2. ANTÉCÉDENTS

On ne retrouve pas d'antécédents pédopsychiatriques chez Clémence. Elle fume occasionnellement du tabac et ne consomme pas d'autres toxiques.

Sur le plan des antécédents familiaux, son père déclare avoir un traitement par antidépresseur.

3. ANAMNÈSE

Clémence allègue un viol à l'âge de 13 ans de la part de son petit ami de l'époque alors âgé de 16 ans. Il apparaît par la suite des troubles du comportement alimentaire à type d'anorexie-boulimie sans conduites purgatives associées à des préoccupations centrées sur son corps. Progressivement, Clémence commence à se scarifier avec une lame de rasoir au niveau des cuisses et des hanches. Les scarifications surviennent dans les moments d'angoisses ou lors des sentiments de vide et de rupture sentimentale. Ces scarifications sont à visée anxiolytique et d'évitement de penser. Clémence décrit un mode de scarifications compulsif plutôt qu'impulsif. Avec l'apparition de ces symptômes, elle consulte une psychologue pendant 3 ans. À l'âge de 16 ans, les troubles s'accentuent avec une dépressivité plus marquée (tristesse, insomnies, troubles de concentration). Clémence se méfie des hommes qu'elle ne connaît pas. Les insomnies ont été explorées par un neurologue qui a orienté Clémence vers un médecin psychiatre devant l'asthénie importante et les affects dépressifs. Son médecin traitant a mis en place un traitement par SÉROPLEX® et LEXOMIL®. Pendant cette période elle consulte sur internet des méthodes de suicide pour ne plus souffrir. Son choix s'arrête sur la pendaison qu'elle prévoit de faire un mercredi après-midi alors qu'elle est seule. Dans ce contexte sa psychologue l'adresse aux urgences où il est décidé une hospitalisation. Quelques mois plus tard, elle fait une tentative de suicide médicamenteuse pendant l'été dans le contexte d'une rupture sentimentale.

4. CLINIQUE

Au premier abord, Clémence se présente fermée. Elle est dans une opposition passive et ne souhaite rien dire. La prédominance de l'hostilité est notable. Elle cherche à contrôler la relation et ne se présente pas d'une manière authentique. Les manifestations anxieuses sont conséquentes : elle décrit une émétophobie avec conduites d'évitement, les scarifications

_

¹⁶ Peur et crainte de vomir.

sont ritualisées survenant à heure fixe la nuit alors qu'elle ne dort pas. Clémence est méfiante à l'égard d'autrui à tel point qu'elle a fait une demande de CNED devant la peur du regard de ses pairs quand elle rentre en classe. Clémence se déteste et notamment son corps qu'elle estime difforme. Pour autant, sa tenue vestimentaire est peu adaptée, parfois osée voire vulgaire. Le contraste entre l'exposition de son corps à travers les changements de « look » très fréquents et la haine qu'elle voue à celui-ci est flagrant. Par ailleurs Clémence est en quête identitaire, se déclare bisexuelle mais ne sort qu'avec des garçons même si elle déclare aisément être tombée amoureuse d'une fille. Elle se plaint de se faire « jeter » très facilement par ses petits copains respectifs. Elle semble se mettre en situation de se faire rejeter pour tester le lien ce qui éclaire sur la nature de l'angoisse abandonnique. Par ailleurs, elle a des actes autoagressifs quand elle fait des crises d'angoisse : elle tape ses mains dans le mur, se pince la peau. Elle éprouve alors un vif soulagement en retour.

Concernant les troubles alimentaires, elle décrit un stockage de la nourriture dans sa chambre. Elle alterne les périodes d'anorexie (lors desquelles elle ne mange pratiquement rien) et des périodes d'hyperphagie survenant périodiquement chaque mois.

Clémence refuse de porter plainte concernant son agresseur. Il existe des reviviscences traumatiques à travers des cauchemars. Pendant l'hospitalisation elle pourra expliquer qu'elle cherche à protéger ses parents en leur cachant son mal-être. Elle adopte couramment une posture à travers laquelle elle exprime que tout va bien.

Au fil des entretiens, on note une théâtralisation. L'humeur est très labile. Le discours de Clémence est fataliste avec une certaine distance vis-à-vis de ses problèmes. Le style d'attachement semble ainsi indifférencié. Quant à sa mère, elle use d'un discours aussi cynique que sa fille et reste syntone avec elle lors des entretiens.

5. ÉVOLUTION

Neuf mois après sa première hospitalisation, Clémence vient consulter au centre Oreste sur conseils des psychiatres qu'elle a rencontrés. Il est décidé une thérapie bifocale avec la poursuite de la psychothérapie par sa psychologue et parallèlement, un nouveau suivi avec un pédopsychiatre. C'est à cette époque qu'elle commence à ne plus aller en cours (elle est alors en terminale L). Elle dévoile à cette période par écrit à son thérapeute un décès

marquant : une jeune femme de son lycée dont elle aurait été amoureuse, Hélène, qui s'est suicidée un mois environ avant sa première hospitalisation. Clémence explique que suite à ce décès, elle se serait scarifiée avec les lames de rasoirs appartenant à la jeune femme. Les scarifications (qui étaient le symptôme majeur et prédominant) ont diminué en fréquence actuellement. Clémence a par ailleurs un traitement par ZOLOFT®.

Pour conclure, le cas de Clémence représente le groupe des « troubles borderlines posttraumatiques » avec une enfance sans problème majeur mais une adolescence traumatique. Les symptômes sont graves avec des éléments démonstratifs histrioniques et phobiques que l'on peut interpréter comme une organisation défensive face au traumatisme.

IV. DISCUSSION

A. APPORTS DE L'ÉTUDE

1. GÉNÉRALITÉS

Notre étude a été constituée d'un échantillon conséquent d'adolescents validés comme ayant un TPL. Il est représentatif de la population clinique adolescente puisque nous les avons choisis dans deux services spécialisés dans l'adolescence mais néanmoins généralistes quant aux motifs de prise en charge. De plus, ces deux services coopèrent et ont une fonction complémentaire : un service de consultations externes, le centre Oreste et un service d'hospitalisation temps plein, la CPU-ado. Nous avons ainsi recruté un nombre important de sujets avec une large gamme concernant le type et l'intensité des troubles ce qui permettait les comparaisons entre les différents groupes.

Les prévalences du TPL dans notre étude sont cependant plus faibles que celles retrouvées dans la littérature : 9 % en consultations externes et 19,4 % en hospitalisation contre 11 à 22 % en ambulatoire (Chanen et al., 2008a) et près de 50 % en hospitalisation (Becker et al., 2002). Pourtant les critères de recrutement étaient larges au départ, nous avons en effet sélectionné 26,6 % des adolescents hospitalisés puis 16,7 % des adolescents suivis en ambulatoire (avec au moins deux critères de TPL). La validation par les thérapeutes a exclu les diagnostics différentiels. La proportion de non-validation par les cliniciens référents est similaire à la CPU-ado et au centre Oreste : 7,2 % et 7,7 % respectivement. Ce résultat est en faveur de l'homogénéité de la procédure.

Notre échantillon était composé d'un tiers de garçons, ce qui est conséquent, la prévalence des garçons étant souvent faible dans les études s'intéressant au TPL en particulier à l'adolescence. Par exemple, l'échantillon de l'étude française du réseau EURNET-BPD était composé d'une majorité de filles (87 %) car le service recruteur était spécialisé dans les TCA (Corcos, 2014). De plus, la fourchette d'âge d'inclusion de notre étude étant large, cela a permis d'étudier une population plus jeune (moins de 15 ans) ce qui est aussi un des points forts de notre étude.

La majorité des adolescents TPL validés a des parents séparés. Un quart a été placé au moment de l'adolescence. Plus des deux tiers ont eu un traumatisme psychologique notable vécu comme tel. Les deuils sont les traumatismes les plus importants à l'adolescence. Ils sont souvent difficiles à dépasser pour ces adolescents qui en parlent facilement.

Le début des troubles se situe autour de l'âge de 13 ans ce qui concorde avec les données de la littérature (Bernstein et al., 1993), (Chabrol et al., 2001a). Les dimensions cliniques les plus fréquentes retrouvées dans notre échantillon sont, par ordre décroissant : 1. l'impulsivité, 2. les relations conflictuelles (et instabilité des attachements), 3. le sentiment d'abandon, 4. l'humeur dépressive, 5. les difficultés d'authenticité de la relation, 6. les angoisses, 7. les colères excessives, 8. les difficultés de verbalisation des émotions, 9. la faible estime de soi, 10. l'intolérance à la frustration. Par ailleurs, quand nous observons les mêmes dimensions en fonction de l'intensité, nous trouvons les 5 dimensions les plus fréquentes dans cet ordre: 1. le sentiment d'abandon d'intensité sévère (> 50 % des sujets), 2. l'impulsivité sévère (environ 50 % des sujets), 3. les relations conflictuelles d'intensité sévère (45 % des sujets environ), la faible estime de soi d'intensité sévère (environ 40 %), 5. l'intolérance à la frustration d'intensité sévère (près de 40 %). Nous retrouvons en communs avec l'étude du réseau EURNET-BPD pour les variables les plus fréquentes : la colère inappropriée et l'impulsivité. La labilité émotionnelle n'a pas été retrouvée comme fréquente dans notre échantillon. Les conduites étudiées étaient beaucoup moins représentées que les dimensions énoncées ci-dessus avec cependant une prévalence importante des conduites auto-agressives (scarifications et automutilations en tête avant les tentatives de suicide), des conduites à risque et des consommations de substances psychoactives (plus de la moitié des adolescents de l'étude pour chaque conduite).

Nous avons choisi volontairement d'étudier séparément les tentatives de suicide et les scarifications/automutilations bien que dans la plupart des études ces deux entités cliniques soient associées du fait de l'existence d'un fort lien statistique (Owens et al., 2002) : 25 % des patients décédés par suicide ont eu des comportements autoagressifs dans l'année précédente lors de cette revue systématique de 90 études étudiant le lien entre automutilations répétées et suicide. Cinq pourcent des patients ayant eu des comportements d'automutilation sont décédés par suicide.

Les liens entre automutilations et tentatives de suicide sont bien établis dans la population adolescente (Nock et al., 2006) : 70 % des adolescents pratiquant les automutilations ont fait une tentative de suicide. D'autre part les automutilations sont un facteur de risque de risque de suicide (Zahl and Hawton, 2004). Dans cette étude, le risque relatif de suicide est de 2,24 fois plus élevé (intervalle de confiance à 95 % 1,77-2,84).

Cependant si l'on considère ces deux entités sur un plan phénoménologique, on constate que les automutilations « ne sont pas des tentatives de suicide mais des tentatives de vivre » (Le Breton, 2006). « Il y a [...] une recherche d'apaisement et non de destruction personnelle » [sic]. « La marque semble alors une façon de [...] se sentir exister à nouveau » (Gaspard et al., 2014). En outre, les motifs exprimés de ces deux comportements ont été étudiés chez des femmes souffrant d'un TPL (Brown et al., 2002) et leurs intentions étaient différentes en fonction du type de passage à l'acte. Les femmes ayant recours aux automutilations avaient plus souvent l'intention d'exprimer par ce biais leur colère, de se punir, de vouloir normaliser leurs émotions ou d'échapper à celles-ci alors que les femmes ayant fait des TS rapportait avoir l'intention de laisser leurs proches tranquilles comme pour les soulager d'un poids ou d'une charge. Une étude française a par ailleurs montré que les comportements suicidaires et les automutilations étaient dissociés chez les adolescents avec TPL (Chabrol et al., 2002b) ce qui corrobore l'approche de D. Le Breton.

Cependant, nous retrouvons l'association existant entre TS et automutilations puisque les trois quarts des adolescents TPL de notre étude qui ont fait l'un ou l'autre de ces passages à l'acte ont également eu l'autre comportement. Il convient donc de rester vigilant vis-à-vis de ces adolescents qui peuvent sous-estimer le potentiel létal de leurs gestes autoagressifs (Oumaya et al., 2008).

2. DIFFÉRENCES DE GENRE

À propos des différences de genre, les garçons TPL se sont vus attribués plus le code F 60.9 ou F 60.8. Comme nous l'avons vu, les filles avec TPL prédominent en population clinique. Il est peut-être plus difficile de poser ce diagnostic chez un garçon du fait que le TPL est associé à un trouble à prédominance féminine dans les représentations courantes. Il peut s'agir également de difficultés d'accessibilité à la symptomatologie (on retrouve plus de

difficultés à verbaliser les émotions chez les garçons TPL par exemple). Ou bien la symptomatologie peut se manifester différemment avec habituellement une prédominance des troubles des conduites (Bradley et al., 2005). Les difficultés de verbalisation émotionnelle sont prédominantes chez les garçons conformément à notre hypothèse de départ. L'alexithymie ne diffère pas entre les garçons et les filles à l'adolescence en général mais plutôt à l'âge adulte (Joukamaa et al., 2007). L'alexithymie est plus importante chez les adolescents borderlines probablement du fait d'affects dépressifs (Loas et al., 2012).

Notre étude retrouve une prédominance d'épisodes quasi-psychotiques chez les garçons comme nous l'avons illustré dans le cas de Tim B. Cette donnée n'est pas retrouvée dans la littérature. Cependant, Chabrol retrouvait une prédominance d'éléments mégalomaniaques qu'il a regroupé dans les caractéristiques narcissiques. Ces éléments sont présents chez Tim (Chabrol et al., 2004).

On retrouve plus d'antécédents de troubles externalisés dans l'enfance chez les garçons ce qui concorde avec les données de la littérature (Banzhaf et al., 2012). Mais la symptomatologie dans notre étude n'est pas plus externalisée chez les garçons que chez les filles contrairement à notre hypothèse de départ. On peut comprendre cette atténuation des différences de genre par le changement sociétal actuel avec un aplanissement des différences filles/garçons et la « crise de la virilité » (Corbin et al., 2011). Du fait des troubles de l'identité dont souffrent les adolescents avec TPL, on peut aisément comprendre que ces perturbations sociétales les touchent de façon plus prégnante. Actuellement, on observe de façon empirique plus de filles avec des troubles des conduites qu'auparavant par exemple.

Par ailleurs l'âge d'inclusion dans l'étude des garçons est plus élevé que celui des filles (16 ans versus 15 ans ½), l'âge du début des troubles étant similaire. On peut en déduire que soit les garçons consultent plus tardivement que les filles soit que les troubles sont plus sévères et que la prise en charge dure plus longtemps que celle des filles. Il nous manque l'âge de début du suivi pour conclure à l'une ou l'autre des interprétations. On peut néanmoins supposer que la première option semble la plus pertinente au regard de notre expérience.

Néanmoins nous n'avons pas retrouvé une impulsivité prédominante chez les garçons ni plus de consommations de substances psycho-actives.

Chez les filles, nos hypothèses se sont trouvées vérifiées : on trouve plus d'antécédents d'ESPT : les traumatismes sexuels sont plus fréquents (Johnson et al., 2003), (Banzhaf et al.,

2012). Il y a plus d'autoagressivité (tentatives de suicide, scarifications, troubles du comportement alimentaire). Les relations sont plus conflictuelles et plus instables. La part des relations interpersonnelles est plus importante chez les filles. On retrouve cet aspect de façon prédominante en général chez elles (Johnson et al., 2003). Les symptômes sont aussi plus internalisés (Bradley et al., 2005), (Sansone and Sansone, 2011a): on retrouve plus d'angoisses d'abandon d'intensité sévère et de sentiment de vide d'intensité sévère. Le code CIM-10, F 93.0 (anxiété de séparation) est retrouvé plus fréquemment chez elles.

3. L'IMPACT DES TRAUMATISMES

La comparaison des adolescents TPL avec et sans traumatismes psychologiques a révélé deux aspects importants : le lien entre traumatismes et impulsivité et le lien entre traumatismes et instabilité des attachements. L'impulsivité semble plutôt liée aux traumatismes survenant pendant l'enfance ($\chi^2 = 3,12$; p = 0,08). Cette donnée est suggérée dans la littérature mais n'a pu être encore démontrée (Bøen et al., 2015). Il est possible que cette impulsivité puisse permettre à l'adolescent de révéler les traumatismes qu'il a vécus. Les adolescents du groupe sans traumatisme étant moins impulsifs, ils peuvent aussi avoir un meilleur contrôle sur ce qu'ils souhaitent dévoiler ou pas. Ils ont d'ailleurs plus de difficulté d'authenticité de la relation (cf. tableau 11). Il est donc possible que ces adolescents révèlent des traumatismes plus tard au cours de leur vie.

De surcroît, l'impulsivité, l'alexithymie, les somatisations et la sensitivité relationnelle sont plutôt liées aux traumatismes survenus pendant l'enfance (même si ces résultats ne sont pas significatifs, cf. tableau 13). Ces adolescents ont donc plus de difficultés à avoir confiance dans l'adulte (peut-être du fait des violences émotionnelles qui sont les traumatismes les plus fréquemment rapportés pendant l'enfance) et ont également plus de difficultés à exprimer ce qu'ils ressentent (avec notamment une expression se faisant via les somatisations). Nous formulons l'hypothèse que l'instabilité des attachements est également liée aux traumatismes de l'enfance même si notre étude n'a pas pu la démontrer. Or les traumatismes de l'enfance les plus fréquents sont les violences émotionnelles. Cellesci ont pu contribuer à créer des troubles de l'attachement et à générer une évolution vers un

trouble borderline. Les abus émotionnels ont en effet un impact beaucoup plus fort dans la participation du trouble que les abus sexuels ou physiques (Bornovalova et al., 2006).

Les traumatismes à l'adolescence semblent entrainer une faible estime de soi. Plusieurs résultats vont dans le sens de cette hypothèse puisque l'on retrouve des attaques du corps plus fréquentes dans le groupe ayant vécu des traumatismes après l'âge de 12 ans : les TCA (résultat significatif pour l'association des codes F 50 aux traumatismes à l'adolescence) et les automutilations. Ces résultat sont connus (Sansone and Sansone, 2007), (Gicquel et al., 2014). Dans notre étude les automutilations sont associées aux traumatismes survenant à l'adolescence alors que les tentatives de suicide sont plutôt liées aux traumatismes survenus dans l'enfance. Nous pouvons en déduire que chez les sujets borderlines, plus le traumatisme est précoce, plus la symptomatologie est grave.

Le sentiment d'abandon est d'intensité plus sévère dans le groupe des adolescents TPL ayant vécu des traumatismes à l'adolescence. Les traumatismes viennent faire irruption dans le processus adolescent et notamment dans le processus identitaire. Il est à noter que la majorité des traumatismes à l'adolescence étudiés ici étaient des deuils (environ 40 % des traumatismes) et un traumatisme sur cinq était une agression sexuelle. Nous ne pouvons pas mettre sur un même plan ces différents traumatismes. Cependant, les deuils semblent surreprésentés à cette période. Le lien entre sentiment d'abandon et traumatismes à l'adolescence (dont les deuils sont prédominants) illustre bien une des problématiques des sujets avec TPL : la perte d'objet.

Bien que ce résultat ne soit pas significatif, nous avons trouvé que les adolescents ayant des antécédents de traumatismes allégués ont plus de sentiment de vide existentiel (χ^2 = 5,40; p < 0,07). Ce résultat est intéressant car il peut suggérer que les adolescents ont recours à un processus imaginatif ou à une illusion comme pour combler le vide intérieur si le traumatisme allégué est faux et donc non vécu. Il est possible également que le traumatisme, réellement vécu, vienne créer un sentiment de vide, ce traumatisme n'ayant pu encore être confirmé. Il pourrait s'agir d'un phénomène de « sidération traumatique ». Il existe peu d'études sur le sujet. On sait cependant que seulement la moitié des cas de maltraitance chez le sujet borderline a été dénoncé par plainte aux autorités judiciaires et dans seulement un cas sur quatre des poursuites ont eu lieu (Douniol et al., 2014). Des études ultérieures plus précises sur ce point seraient intéressantes à mettre en œuvre.

4. RÔLE DES ANTÉCÉDENTS PÉDOPSYCHIATRIQUES

Le début des troubles est plus précoce de 6 mois (début à l'âge de 13 ans) chez les adolescents ayant des antécédents pédopsychiatriques. On retrouve plus d'antécédents de violences émotionnelles et psychologiques pendant l'enfance dans le groupe des adolescents TPL avec antécédents pédopsychiatriques. Or les antécédents de traumatismes dans l'enfance sont principalement constitués de ces violences. Les antécédents pédopsychiatriques semblent associés à un attachement instable. Cela corrobore ainsi l'hypothèse exposée ci-dessus pour laquelle nous suspections que l'instabilité des attachements pouvait provenir des traumatismes de l'enfance et notamment des violences émotionnelles (cf. l'attachement insécure décrit par M. Ainsworth) (Ainsworth, 1985). Par ailleurs, les antécédents pédopsychiatriques sont associés à plus d'intolérance à la frustration. Les comparaisons effectuées ne permettaient pas de pouvoir différencier l'origine de cette association.

Cependant, les antécédents pédopsychiatriques chez les adolescents TPL semblent empêcher la consommation de substances psycho-actives puisque nous retrouvons plus d'adolescents TPL sans antécédents pédopsychiatriques qui consomment des toxiques ou qui ont des pratiques quasi-addictives. Cette donnée va à l'encontre de ce qui est communément admis (Michel et al., 2001). Néanmoins, on peut supposer que la rencontre avec le produit étant nouvelle et spécifique de l'adolescence (Chambers et al., 2003), la dépressivité et les symptômes de TPL chez un jeune sans antécédent favoriseront la recherche d'un apaisement et d'une consolation auprès du produit. Alors que les jeunes ayant déjà des antécédents avec un parcours de soins seront peut-être plus « blasés » et se seront habitués à une vie plus chaotique et à un vécu dépressif sur un plan phénoménologique avec une appétence moins forte pour la nouveauté. On remarque d'ailleurs que les adolescents sans antécédents pédopsychiatriques ont fréquemment une humeur dépressive et notamment autant de dépressivité que les adolescents TPL avec antécédent (78,4 % versus 75,9 % pour l'humeur dépressive, $\chi^2 = 0,08$; p = 0,77) ce qui conforte notre hypothèse.

Nous avons retrouvé comme nous avions prévu une association entre les antécédents de troubles internalisés et les automutilations ainsi qu'entre les antécédents de troubles internalisés et l'humeur dépressive d'intensité sévère. Les antécédents de troubles

externalisés quant à eux sont associés à un tempérament impulsif et aux conduites à risque. On retrouvait d'ailleurs plus d'adolescents provenant d'une structure d'ITEP dans ce groupe.

5. QUEL CODE POUR QUEL TROUBLE?

La comparaison des codes CIM-10 les plus fréquents, F 60.3 (trouble de personnalité émotionnellement labile) et F 92 (troubles mixtes des conduites et des émotions) a montré que les adolescents ayant le code F 60.3 avaient une symptomatologie plus sévère (plus d'hospitalisation) avec des antécédents pédopsychiatriques plus importants. La continuité de troubles entre l'enfance et l'adolescence semble ainsi mise en exergue. C'est d'ailleurs la position de la CFTMEA à propos des dysharmonies évolutives et de la correspondance CIM-10 (Misès et al., 2012).

Les symptômes prédominants sont comme nous nous y attendions les plus spécifiques du trouble borderline. Nous les avons classés selon la catégorisation de Zanarini (cf. chapitre sur les méthodes d'investigation) :

- des *symptômes aigus* : la labilité émotionnelle (symptôme affectif) et les tentatives de suicide (symptôme impulsif) ;
- des *symptômes tempéramentaux* : le sentiment de vide d'intensité sévère et le sentiment d'abandon (symptômes interpersonnels). On trouve également plus d'angoisses et des troubles de l'estime de soi d'intensité sévère ce qui peut correspondre aux troubles de l'identité (symptômes cognitifs).

La prédominance des symptômes tempéramentaux dans ce groupe peut faire craindre l'inscription dans un trouble de longue durée. Le groupe F 60.3 est d'ailleurs associé au cluster 1 (cf. ci-dessous). Nos résultats concernant la psychopathologie valide le codage F 60.3.

Les adolescents TPL ayant le code F 92 se distinguent non seulement par la moindre sévérité des symptômes énoncés ci-dessus mais aussi par le fait qu'il existe plus de colères inappropriées et plus de conduites à risque (tout en gardant à l'esprit que ces résultats ne sont pas significatifs pour ce code). Là encore, les symptômes retrouvés correspondent à la définition de troubles mixtes des conduites et des émotions : la colère inappropriée peut

être le reflet d'une irritabilité importante, marqueur d'un état dépressif. Il conviendrait de réserver le code F 92 pour les troubles mixtes débutant à l'adolescence (cf. nos propos concernant le cluster 3 ci-après).

6. TROIS TABLEAUX CLINIQUES

Les clusters 1 et 3 se distinguent par la présentation intériorisée ou extériorisée. Les manifestations du cluster 1 sont intrapsychiques avec des manifestations comportementales moindres. Les dimensions intrapsychiques d'abandon, de vide et d'angoisses sont prédominantes, avec des symptômes cognitifs tels que la dissociation et les expériences psychotiques. Il correspond au fonctionnement limite, au sens psychanalytique, marqué par des angoisses de perte d'objet, une relation d'objet d'ordre anaclitique, l'utilisation du clivage (plus de TCA dans ce groupe). Le terme de « *trouble de personnalité limite* » convient tout à fait pour ce groupe, avec une prédominance de l'inhibition dans la relation. Il représente 17,1 % de l'ensemble des adolescents avec TPL. Le code diagnostic associé est le code F 60.3. Nous avons vu que les symptômes les plus représentés par ce code correspondent justement aux symptômes intériorisés. De plus, comme nous l'avons signalé plus haut, le sentiment de vide pourrait être le témoin de l'échec des attachements précoces. Or, ces jeunes ont un parcours émaillé de placement ce qui va dans ce sens. On peut remarquer que la proportion de placement avant l'âge de 12 ans reflète la proportion de placements à l'adolescence (cf. figure 20).

Les adolescents du cluster 3 en revanche, ont des manifestations comportementales plus visibles : conduites à risque, relations instables et conflictuelles. Près de la moitié des adolescents sont dans ce groupe (47,9 %) ce qui n'est pas étonnant au regard des manifestations bruyantes qui font l'apanage de l'adolescence. Le terme de « trouble borderline » conviendrait ainsi mieux pour définir ce groupe, pour appuyer sur la dimension comportementale des symptômes comme le souligne M. Robin (Robin, 2014). Par ailleurs, les traumatismes surviennent au moment de l'adolescence dans ce groupe. On peut donc parler de « trouble borderline post-traumatique ». On peut rapprocher les adolescents de ce groupe au type expressif et labile décrit par C. Chabert. La verbalisation paraît en effet

meilleure mais labile comme le montre l'instabilité des relations. Le code F 92 convient bien à ce groupe de part les troubles des conduites prédominants et du fait que la symptomatologie débute à l'adolescence sans prodromes évidents. Il pourrait s'agir d'un trouble limité dans le temps et qui ne perdurerait pas à l'âge adulte sous cette forme (cf. validité prédictive p. 47).

Enfin, le cluster 2 illustre le concept de « *crise borderline à l'adolescence* » avec des symptômes moins sévères présageant une évolution favorable (notamment moins de passages à l'acte autoagressifs) avec des manifestations toutefois démonstratives. On retrouve dans ce groupe plus d'antécédents de type externalisés. Une enfance « agitée » pourrait être prédictive d'une crise d'adolescence « compliquée ». Des études ultérieures de type longitudinal seraient intéressantes à mettre en œuvre pour étayer ces hypothèses.

Ces tableaux cliniques confortent l'intérêt d'une nosographie dimensionnelle plutôt que catégorielle. Nous avons ainsi représenté les différentes dimensions étudiées selon un continuum (de l'aspect normal chez l'adolescent à l'aspect pathogène voire pathologique chez le sujet TPL) :

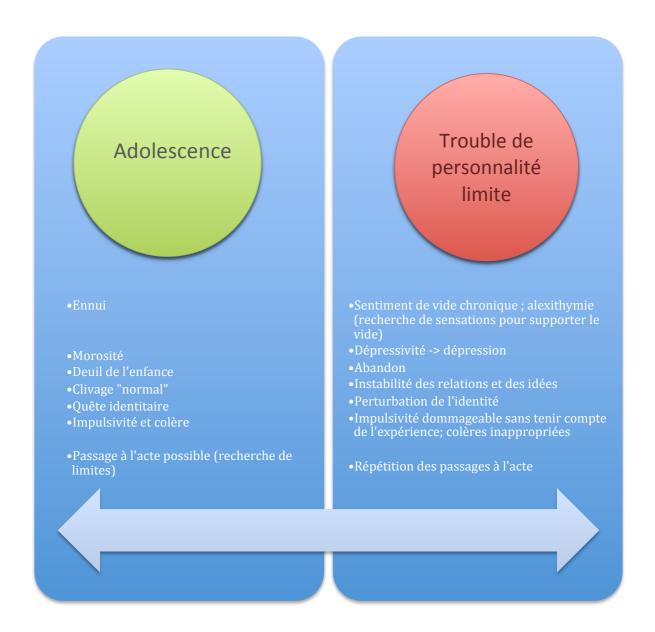


Figure 27 : Caractéristiques psychopathologiques : un continuum entre adolescence et trouble limite.

B. BIAIS DE L'ÉTUDE

Notre étude présente de nombreux biais. Tout d'abord, concernant la méthode de sélection des cas, cette dernière s'est faite à partir des codes CIM-10 attribués à un moment donné (entre autre, au moment d'une hospitalisation). Ces codes n'ont pas toujours pu été réactualisés et ne reflètent pas forcément un éventuel TPL sous-jacent. Ainsi, seulement deux adolescentes ont été sélectionnées à la fois lors de leur hospitalisation en 2013 et à la fois lors de celle de 2014. Or de nombreux autres adolescents diagnostiqués TPL sélectionnés en 2014 avaient déjà été hospitalisés l'année d'avant sans pour autant avoir été

sélectionnés en 2013. On remarque effectivement que l'un des codes CIM-10 les plus fréquemment attribués de manière générale chez les adolescents hospitalisés à la CPU-ado est le code F 43.2 (*troubles de l'adaptation*) (24,5 % des diagnostics CIM-10 en moyenne en 2013 et 2014), largement avant le code F 32 (*épisodes dépressifs*) (14,5 % des diagnostics attribués en moyenne en 2013 et 2014). Nous avons également pu noter que bien souvent le code F 43.2 est attribué lors d'une première hospitalisation. Ainsi, il est probable que la fréquence du TPL soit sous-estimée dans notre étude pour cette raison : autrement dit, en 2014, il y a peut-être eu plusieurs premières hospitalisation d'adolescents avec TPL mais qui n'ont pas été sélectionnés car le code F 43.2 leur avait été attribué. Malgré tout, nous avons retrouvé une prévalence similaire des adolescents TPL en 2013 et en 2014 en hospitalisation (19,6 et 19,2 % respectivement) ce qui tempère ce potentiel biais.

D'autre part, nous avons pu relever des différences de codage : en fonction du site (le code attribué à un moment donné en hospitalisation lors d'un moment de crise est différent de celui attribué par le thérapeute qui suit l'adolescent en psychothérapie en consultation ambulatoire) et en fonction du cotateur selon l'orientation théorique de ce dernier (codage différent entre un clinicien d'orientation psychanalytique et un clinicien d'orientation systémique par exemple) ou selon son expérience. De même, lors de la psychothérapie au long cours, les codes ne sont pas toujours réactualisés.

Il existe également une différence dans la proportion des sujets validés comme ayant un TPL entre la CPU-ado et le centre Oreste puisque ce taux est plus élevé à la CPU-ado (76,2 % contre 59 % au centre Oreste). On peut expliquer cette différence par le fait que les symptômes des adolescents sont plus sévères en hospitalisation, la symptomatologie borderline est ainsi plus visible et ces adolescents sont validés comme tels plus facilement. Par exemple, le code F 60.3 est plus souvent retrouvé en hospitalisation qu'au centre Oreste (69,6 % des F 60.3 ont été sélectionnés en hospitalisation versus 52,2 % au centre Oreste). Concernant les codes F 92, il aurait été intéressant de comparer les sujets validés comme ayant un TPL de ceux ayant été exclus car seulement 59,3 % ont été retenus. Nous avons pu remarquer néanmoins qu'en terme de diagnostic différentiel, les adolescents codés F 92 non retenus en hospitalisation avaient plutôt une dépression sans TPL associé et au centre Oreste, les jeunes avec F 92 non validés avaient plutôt des troubles anxieux et dépressifs mixtes. Reste à savoir quelles sont les différences d'attribution entre un code F 92 pour une

dépression et un code F 32 par exemple. La codification par le code F 92 a ainsi pu être dans certains cas, abusive car il a peut-être été attribué du fait de la surreprésentation d'un (ou de plusieurs) symptôme(s) à un moment donné (comme des signes de dépression). Il s'agissait dans ce cas de troubles temporaires alors que les adolescents F 92 validés comme ayant un TPL avaient des troubles d'ordre plus « structural » et plus prolongés dans la durée. On peut émettre l'hypothèse que le code F 92 avait alors été attribué du fait de l'intensité des symptômes. Il peut également avoir été donné dans les cas où le diagnostic semble incertain. Ainsi, le « ressenti » du thérapeute compte pour beaucoup dans l'attribution du code diagnostique.

De plus, ces jeunes n'ont peut-être pas été validés comme ayant un TPL du fait qu'il manquait un cinquième critère. En effet, le sentiment chronique de vide n'entrait pas dans la définition du code F 92 au départ. Cet item n'a été objectivable que lors de l'étape de validation par les cliniciens. S'il manquait, le jeune ne pouvait pas être validé comme ayant un TPL. Enfin, les conclusions concernant les codes F 60.3 et F 92 ont été tirées a posteriori puisque le code a été attribué avant. Une étude ultérieure spécifique comparant les adolescents ayant le code F 92 validés comme TPL et ceux non validés pourrait confirmer ces hypothèses.

Au centre Oreste, plusieurs cliniciens présents en 2014 n'étaient plus en fonction lors de la réalisation de notre étude. Nous n'avons pas pu valider certains dossiers sélectionnés (cela concerne 9 patients). Deux autres dossiers n'ont pas été étudiés car ces patients n'étaient venus qu'une seule fois. Ils étaient cependant codés F 60.3. Si ces 11 dossiers avaient été validés comme TPL, la fréquence des adolescents portant ce diagnostic au centre Oreste aurait été de 9,1 % au lieu des 9,0 %. Ceci n'impacte que de façon minime la prévalence ainsi retrouvée.

Par ailleurs, le recueil des données cliniques s'étant fait sur analyse de dossiers pour une grande partie des cas sélectionnés, il existe des données manquantes concernant certains items (notamment pour les items se rapportant au versant relationnel: sensitivité relationnelle ou concernant la vie intrapsychique : sentiment de vide existentiel). De même la cotation de l'intensité de la dimension ne reflétait peut-être pas la réalité car elle s'est faite pour partie à la lecture du dossier médical qui était parfois succinct. Les informations n'ont ainsi pas toujours pu être retrouvées. Nous n'avons pas exclu pour autant ces dossiers car

dans l'ensemble, ils apportaient suffisamment d'autres éléments cliniques pour être inclus dans l'étude.

Comme le recueil des données s'est fait sur deux sites distincts (cliniciens et recrutement des patients différents) et deux années différentes, certains groupes de patients ont pu être significativement différents et plus conséquents lors de la sélection à la CPU-ado en 2014 (ex. : les patients avec ATCD de traumatismes psychologiques ont plus été sélectionnés en 2014, $\chi^2 = 6,51$; p = 0,01*). Il existe donc un biais de recrutement cette année-là.

Enfin, nous avons étudié des traumatismes de nature différente (entre l'enfance et l'adolescence et entre les types de traumatismes) mais regroupés ensembles. L'impact de ces divers traumatismes est donc à interpréter avec prudence du fait des différences de nature. Nous n'avons pas non plus pour des raisons pratiques, étudié de façon spécifique les antécédents de négligence.

Conclusion

Bien que la symptomatologie borderline soit fréquente à l'adolescence, notre étude a permis de distinguer différents profils cliniques. Nous avons montré que seule une minorité souffre d'un TPL constitué avec les symptômes cardinaux. Il s'agit de jeunes au parcours de vie compliqué avec des traumatismes dans l'enfance. Il se dégage une continuité des troubles dès l'enfance. Le code F 60.3, trouble de personnalité émotionnellement labile, devrait leur être réservé.

La majorité souffre d'un trouble borderline avec des symptômes comportementaux prédominants. Ce trouble serait lié à des événements traumatiques ressentis comme tel au moment de l'adolescence. Le code F 92, trouble mixte des conduites et des émotions, est celui qui leur correspond le mieux. Il permet de ne pas figer le diagnostic et reflète les traits borderlines à un moment donné en lien avec une adolescence traumatique sans trouble de personnalité installé.

Un troisième profil s'est dégagé, plus contextuel, correspondant à la crise borderline à l'adolescence avec une symptomatologie plus hétérogène et moins sévère.

Par ailleurs, les différences de genre sont ténues avec plus d'autoagressivité et de relations conflictuelles pour les filles ayant un TPL. Les traumatismes psychologiques sont associés à une dimension impulsive et à une instabilité des attachements.

Ce travail révèle l'importance de l'approche dimensionnelle à cet âge où les caractéristiques psychopathologiques se confondent avec la psychodynamique de l'adolescence et montre un continuum entre les différents profils cliniques.

Il serait intéressant d'étudier le devenir des jeunes de ces différents profils afin de mieux cerner l'évolution dans une approche développementale. Ceci pourrait contribuer à innover des approches thérapeutiques plus ciblées.

ANNEXES

Annexe 1 : Définition du TPL selon le DSM IV-TR

Critères diagnostiques du trouble de la personnalité borderline dans le DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2003).

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

- (1) efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés ;
- (2) mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation ;
- (3) perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi ;
- (4) impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (par ex. : dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie);
- (5) répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations ;
- (6) instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex. : dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de guelques jours) ;
- (7) sentiments chroniques de vide;
- (8) colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (par ex. : fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées) ;
- (9) survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

ANNEXE 2: GRILLE DE CORRESPONDANCES DU TPL

Tableau 26 : Grille de correspondances entre les critères de TPL du DSM IV-TR et les codes CIM-10.

 (1) efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés. (3) perturbation de l'identité: instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi. 	F 93.0 F 48.1	F 41.1	F 41.2		
(6) instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex.: dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).		F 32 F 34	F 41.3		
(7) sentiments chroniques de vide (8) colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (p. ex.: fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées).	F 91				
(4) impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (par ex.: dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie).	F 10-19 F 50.1 F 50.2 F 50.3	F 90		F 92	F 60.30 F 60.31
(5) répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations.	F 63.8 X 60-84 Z 91.5 F 94.1				F 60.8 F 60.9
(2) mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.	F 94.2 F 94.8 F 94.9				
(9) survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.	F 21 F 23.0 F 23.9 F 44.8 F 44.9				

Correspondances des codes CIM-10 (Organisation Mondiale de la Santé, 1994) :

- **F 1:** Tr. mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances

psychoactives **F 10-19**.

- **F 2:** Tr. schizotypique **F 21**, Tr. psychotique aigu polymorphe, sans symptômes

schizophréniques F 23.0, tr. psychotique aigu et transitoire, sans précision F 23.9.

- F 3: Épisodes dépressifs F 32, tr. de l'humeur persistants F 34.

- **F 4**: Anxiété généralisée **F 41.1**, Trouble anxieux et dépressif mixte **F 41.2**, Autres

tr. anxieux mixtes ${\bf F}$ 41.3, autres tr. dissociatifs ${\bf F}$ 44.8; tr. dissociatifs, sans

précision **F 44.9**, Syndrome de dépersonnalisation-déréalisation **F 48.1**.

- **F 5**: Anorexie mentale atypique **F 50.1**, boulimie **F 50.2**, boulimie atypique **F 50.3**.

- **F 6:** Personnalité émotionnellement labile **F 60.3**, autres tr. spécifiques de personnalité **F 60.8**, tr. de la personnalité, sans précision **F 60.9**, Autres troubles

des habitudes et des impulsions F 63.8.

- F 9: Tr. hyperkinétiques F 90, Tr. des conduites F 91, Tr. mixtes des conduites et

tr. émotionnels **F 92**, Anxiété de séparation **F 93.0**, tr. réactionnel de l'attachement de l'enfance **F 94.1**; tr. de l'attachement de l'enfance avec

désinhibition F 94.2; autre tr. du fonctionnement social de l'enfance F 94.8; tr.

du fonctionnement social de l'enfance, sans précision **F 94.9.**

- Lésions auto-infligées : X 60-84.

- Antécédents personnels de lésions auto-infligées : **Z 91.5.**

Associations des critères DSM IV-TR avec les critères CIM-10 :

Au moins 5 critères sur les 9 : F 60.3, F 60.30, F 60.31, F 60.8, F 60.9 ;

5 critères : F 92;

4 critères : F 41.2, F 41.3;

2 critères : F 32, F 34, F 41.1, F 90.

ANNEXE 3 : DÉFINITION DU TPL DANS LE DSM-5

Critères diagnostiques du TPL dans le modèle alternatif dimensionnel du DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015).

- A. Altération d'intensité au minimum moyenne du fonctionnement de la personnalité comme en témoignent des difficultés caractéristiques dans au moins deux des quatre domaines suivants :
 - 1. *Identité*: image de soi appauvrie de façon marquée, peu développée ou instable, souvent associée à une autocritique excessive, à des sentiments chroniques de vide et à des états dissociatifs sous l'influence du stress.
 - 2. **Autodétermination** : instabilité des objectifs, des aspirations, des valeurs ou des plans de carrière.
 - 3. *Empathie*: incapacité de reconnaître les sentiments et les besoins d'autrui associée à une hypersensibilité personnelle (c'est-à-dire prêt à se sentir blessé ou insulté), perception d'autrui sélectivement biaisée vers des caractéristiques négatives et des fragilités ou « points faibles ».
 - 4. Intimité: relations proches intenses, instables et conflictuelles, avec manque de confiance, besoins affectifs excessifs et préoccupations anxieuses concernant un abandon réel ou imaginé; relations proches souvent extrêmes, soit idéalisées, soit dévalorisées, alternant entre implication excessive et retrait.
- B. Au moins quatre des sept traits pathologiques de personnalité suivants, au moins l'un d'entre eux devant l'être : (5) impulsivité, (6) prise de toxiques ou (7) hostilité :
 - Labilité émotionnelle (un aspect de l'affectivité négative): expériences émotionnelles instables ou changements d'humeur fréquents, émotions facilement réveillées, intenses et/ou hors de proportion avec les événements et les circonstances.
 - 2. **Tendance anxieuse** (un aspect de **l'affectivité négative**) : sentiments intenses de nervosité, tension ou panique, souvent en réaction à des stress interpersonnels, préoccupations par les effets négatifs d'expériences passées et éventualités futures négatives ; se sent craintif, inquiet, menacé par l'incertitude ; peurs de s'effondrer ou de perdre le contrôle.
 - 3. Insécurité liée à la séparation (un aspect de l'affectivité négative): peur d'être rejeté par des gens qui comptent ou d'être séparé(e) d'eux, associée à des peurs d'une dépendance excessive et d'une perte complète d'autonomie.
 - 4. **Dépressivité** (un aspect de **l'affectivité négative**): sentiments fréquents d'être au plus bas, misérable, sans espoir, difficultés à se remettre de tels états d'âme, pessimisme à propos du futur, sentiments envahissants de honte, sentiments d'infériorité, idées de suicide et conduite suicidaire.
 - 5. *Impulsivité* (un aspect de la **désinhibition**): agit sur un coup de tête en réponse à des stimuli immédiats, dans l'instant, sans plan ou considération pour les conséquences, difficultés à élaborer ou à suivre des plans, vécu

- d'urgence et comportement d'auto-agression dans les situations de détresse émotionnelle.
- 6. **Prise de risque** (un aspect de la **désinhibition**): engagement dans des activités dangereuses, risquées, potentiellement auto-dommageables et superflues, sans penser aux conséquences; ne se soucie pas de ses propres limitations et dénie la réalité d'un danger potentiel.
- Hostilité (un aspect de l'antagonisme): sentiments de colère persistants ou fréquents, colères ou irritabilités en réponse à des insultes et des affronts mineurs.
- C. Les altérations du fonctionnement de la personnalité et l'expression des traits de personnalité sont relativement rigides et envahissent une large gamme de situations personnelles et sociales.
- D. Les altérations du fonctionnement de la personnalité et l'expression des traits de personnalité sont relativement stables dans le temps, ayant débuté au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.
- E. Les altérations du fonctionnement de la personnalité et l'expression des traits de personnalité ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental.
- F. Les altérations du fonctionnement de la personnalité et l'expression des traits de personnalité ne sont pas seulement imputables aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale (par exemple un traumatisme crânien grave).

Spécifications: des spécifications concernant les traits de personnalité et le niveau de fonctionnement de la personnalité peuvent être utilisées pour enregistrer les caractéristiques additionnelles de personnalité qui peuvent être présentes dans la personnalité borderline mais qui ne sont pas exigées pour le diagnostic. Par exemple, des traits de psychoticisme (par exemple, une dysrégulation cognitive et perceptuelle) ne sont pas des critères diagnostiques de la personnalité borderline (cf. critère B) mais peuvent être spécifiés lorsque cela paraît approprié. De plus, bien qu'une altération du fonctionnement de la personnalité d'intensité au minimum moyenne soit exigée pour le diagnostic de personnalité borderline, le niveau de fonctionnement de la personnalité peut aussi être spécifié.

Annexe 4: Données étudiées

Tableau 27: Recueil des données étudiées.

Données administratives

NOM et Prénom ; date de naissance ; sexe

Antécédents pédopsychiatriques avant 12 ans (présents ou absents)

État de stress post-traumatique

Troubles internalisés (dépression, troubles anxieux et troubles apparentés)

Troubles externalisés (TDAH, trouble des conduites, TOP¹⁷ et troubles apparentés)

Troubles spécifiques des apprentissages (dyslexie, dyspraxie, autres)

Autres antécédents pédopsychiatriques

Antécédents psychiatriques familiaux

Données socio-familiales (présentes ou absentes)

Statut conjugal des parents

Unis

Séparés

Veufs

Parent non connu (au moins un)

Adoption

Placement à tout âge

Placement avant l'âge de 12 ans

Placement après l'âge de 12 ans

Parcours scolaire (oui ou non)

Cursus habituel

ITFP¹⁸

SFGPA¹⁹

Antécédent de traumatismes psychologiques (présents ou absents : si présents, allégués ou avérés)

Traumatismes psychologiques survenus avant l'âge de 12 ans

Violences physiques

Violences sexuelles

Violences émotionnelles et psychologiques

Deuils

Traumatismes psychologiques survenus après l'âge de 12 ans

Bullying

Agressions sexuelles

Deuils

¹⁷ TOP: Trouble oppositionnel avec provocation.

¹⁸ ITEP : institut thérapeutique éducatif et pédagogique.

¹⁹ SEGPA : section d'enseignement général et technologique adapté.

DIMENSIONS CLINIQUES

Âge présumé du début du trouble (en années)

Codes CIM-10 attribués lors de l'hospitalisation en 2013 et/ou 2014 et au 31/12/2014 pour le suivi ambulatoire

Nombre d'hospitalisations en service spécialisé

CONDUITES (OUI/NON)

Tentatives de suicide

Scarifications/automutilations

Hétéroagressivité agie

Consommations de substances psycho-actives et pratiques problématiques

Troubles du comportement alimentaire (TCA)

Conduites à risque

ÉMOTIONS (OUI/NON : si OUI, intensité cotée de moyenne à sévère)

Impulsivité

Intolérance à la frustration

Labilité émotionnelle

Colères excessives et incontrôlées

Angoisses d'abandon et de séparation

Difficulté à verbaliser ses émotions

Somatisations et plaintes somatiques sans motif organique

Angoisses et manifestations anxieuses (notamment des phobies)

Dissociation: dépersonnalisation/déréalisation

Expériences quasi-psychotiques

HUMEUR (OUI/NON : si OUI, intensité cotée de moyenne à sévère)

Dépression, dépressivité

Sentiment de vide existentiel

RELATIONS (OUI/NON : si OUI, intensité cotée de moyenne à sévère)

Instabilité des attachements et relations conflictuelles

Sensitivité relationnelle et hostilité

Difficulté d'authenticité de la relation (y compris mythomanie et fabulations)

Isolement social

AXE NARCISSIQUE (OUI/NON : si OUI, intensité cotée de moyenne à sévère)

Faible estime de soi

ANNEXE 5: DESCRIPTION DES GROUPES F 60.3 ET F 92

Tableau 28 : Description des groupes F 60.3 et F 92.

	Données administratives et codes CIM-10						
	F 60).3 (N = 23)	F 9	2 (N = 35)			
	Moyenne ± σ	Min - Max	Moyenne ± σ	Min - Max			
Âge à l'inclusion (en années)	15,8 ± 1,0	14 – 18	15,3 ± 1,3	13 – 18			
Nombre d'hospitalisation	3,0 ± 2,4	0 – 10	1,6 ± 1,8	0 – 5			
Âge présumé de début du trouble (en années)	13,3 ± 1,4	11 – 17	13,3 ± 1,3	11 – 16			
Variables	Effectif	%	Effectif	%			
Filles	16	69,6	24	68,6			
Garçons	7	30,4	11	31,4			
Hospitalisés	10	43,5	13	37,1			
Suivis au centre Oreste	9	39,1	17	48,6			
Hospitalisés et suivis	4	17,4	1	2,9			
Codes CIM-10							
F 90	1	4,3	2	5,0			
F 91	5	21,7	6	17,1			
F 94.1.2.8.9	2	8,7	3	7,5			
F 50.1.2.3	2	8,7	1	2,5			

	Antécédents						
		F 60.3		F 92			
	Effectif	%	Effectif	%			
ATCD	20	87,0	23	65,7			
pédopsychiatriques avant 12 ans							
ATCD troubles externalisés	8	34,8	9	22,5			
ATCD troubles internalisés	6	26,1	9	22,5			
ATCD pédopsy autres	11	47,8	9	22,5			
ATCD ESPT	6	26,1	3	8,6			
ATCD troubles DYS	4	17,4	6	15,0			
ATCD familiaux	18	81,8	21	53,8			
psychiatriques							

Données socio-familiales et scolaires						
		F 60.3		F 92		
	Effectif	%	Effectif	%		
Données socio-						
familiales						
Parents séparés	14	60,9	15	37,5		
Parent veuf ou	5	21,7	4	10,0		
inconnu						
Adopté	1	4,3	2	5,0		
ATCD placement	10	43,5	12	34,3		
ATCD placement	3	13,0	4	11,4		
avant 12 ans						
ATCD placement	10	43,5	12	34,3		
après 12 ans						
Scolarité						
Scolarité habituelle	19	82,6	28	80,0		
ITEP	1	4,3	2	5,0		
SEGPA	2	8,7	5	12,5		

Traumatismes						
		F 60.3		F 92		
	Effectif	%	Effectif	%		
Traumatismes à	18	78,3	32	40		
tout âge						
Traumatismes	12	52,2	17	48,6		
avant 12 ans						
Violences physiques	6	26,1	8	20,0		
Violences sexuelles	4	17,4	8	20,0		
Violences	10	43,5	14	35,0		
émotionnelles et						
psychologiques						
Deuils	3	13,0	1	2,9		
Traumatismes	13	56,5	14	40,0		
après 12 ans						
Agressions	5	21,7	4	10,3		
sexuelles						
Bullying	4	17,4	5	12,8		
Deuils	6	26,1	3	8,6		

	Dimensions cliniques étudiées							
		F 60.3		F 92				
	Effectif	%	Effectif	%				
CONDUITES								
Tentatives de suicide	20	87,0	24	60,0				
Scarifications / automutilations	19	82,6	25	62,5				
Hétéroagressivité	14	60,9	25	62,5				
Consommations de toxiques ou	14	60,9	23	57,5				
pratiques quasi-addictives								
Troubles du comportement alimentaire	10	43,5	12	30,0				
	16	60.6	2.4	9F 0				
Conduites à risque	16	69,6	34	85,0				
ÉMOTIONS	22	05.7	20	07.5				
Impulsivité	22	95,7 77.3	39	97,5 77.5				
Intolérance à la frustration	17	77,3	31	77,5				
Labilité émotionnelle	20	87,0	26	66,7				
Colères disproportionnées	18	78,3	34	85,0				
Moyenne intensité	6	26,1	19	47,5				
Forte intensité	12	52,2	15	37,5				
Difficultés à verbaliser les émotions	17	77,3	30	78,9				
Angoisses et manifestations	21	95,5	23	57,5				
anxieuses		33,3		0.7,0				
Déréalisation/dépersonnalisation	5	21,7	6	15,0				
Expériences quasi-psychotiques	2	8,7	6	15,0				
Somatisations et plaintes	7	30,4	15	37,5				
somatiques		,		- ,-				
Angoisses d'abandon	22	95,7	29	72,5				
HUMEUR		,		,-				
Dépression ou dépressivité	18	81,8	25	62,5				
Sentiment de vide existentiel	15	75,0	18	62,1				
RELATIONS		75,0		02,1				
Instabilité des attachements et	22	95,7	30	87,5				
relations conflictuelles		33,7		07,5				
Sensitivité relationnelle et	18	81,8	24	64,9				
hostilité	10	01,0		04,5				
Difficulté d'authenticité de la	19	82,6	31	77,5				
relation		02,0		, , , 5				
Isolement social	13	61,9	21	53,8				
NARCISSISME	13	01,3	21	33,0				
Faible estime de soi	16	80,0	25	67,6				
raible estille de 301	10	50,0	23	07,0				

ANNEXE 6: COMPARAISON DES CLUSTERS

Tableau 29 : Comparaison cluster 1 versus cluster 2.

Variables	Cluster 1 N = 20 (moy. ± σ ou %)	Cluster 2 N = 41 (moy. ± σ ou %)	χ ² ou t	P	OR
Âge à l'inclusion (en années)	15,6 ± 1,2	16,4 ± 1,0	2,81	< 0,01*	0,84 (1,4-2,41)
Origine exclusive CPU-ado	12 (60,0)	11 (26,8)	6,50	0,04*	
Origine exclusive centre Oreste	7 (35)	28 (68,3)			
Origine CPU-ado et Oreste	1 (5,0)	2 (4,9)			
Nombre d'hospitalisation	4,9 ± 2,1 (2-10)	0,4 ± 0,6 (0-2)	13,13	0,00*	4,51 (3,82-5,20)
F 60.3	7 (35,0)	5 (12,2)	4,19	< 0,05*	0,26 (0,07-0,96)
ATCD troubles externalisés	3 (15,0)	18 (43,9)	3,15	0,03*	4,01 (1,01-15,89)
Placement tout âge	8 (44,4)	6 (14,6)	5,79	0,02*	0,21 (0,06-0,76)
Traumatismes après 12 ans	10 (50,0)	13 (31,7)	,	,	, , , , ,
Allégués	7 (35,0)	4 (9,8)	7,36	0,02*	
Tentatives de suicide	16 (80,0)	14 (34,1)	11,89	0,00*	0,13 (0,04-0,46)
Scarifications / automutilations	15 (75,0)	17 (41,5)	6,29	0,01*	0,24 (0,07-0,77)
TCA	10 (50 %)	8 (43,9 %)	5,81	0,02*	0,24 (0,07-0,78)
Intolérance à la frustration	10 (50,0)	31 (75,6)	3,90	< 0,05*	3,10 (1,00-9,59)
Difficultés à verbaliser les	19 (95,0)	27 (65,9)	7,46	0,01*	0,10 (0,01-0,84)
émotions .	` , ,	(,	,	, (, , ,
Modérée	8 (40,0)	17 (41,5)	9,43	< 0,01*	
Sévère	11 (55,0)	10 (24,4)	,	,	
Angoisses et manifestations	20 (100,0)	26 (63,4)	14,20	0,00*	1,58 (1,25-1,99)
anxieuses	` , ,	(,	,	, (, , ,
Intensité moyenne	10 (50,0)	14 (34,1)	14,27	0,00*	
Intensité forte	10 (50,0)	12 (29,3)	,	-,	
Déréalisation/dépersonnalisation	9 (45,0)	7 (17,1)	5,20	0,02*	0,25 (0,08-0,83)
Expériences quasi-psychotiques	9 (45,0)	7 (17,1)	5,20	0,02*	0,25 (0,08-0,83)
Sentiment de vide existentiel	16 (88,9)	24 (60,0)	5,45	0,02*	0,19 (0,04-0,93)
Modéré	5 (27,8)	18 (45,0)	13,13	0,00*	, - (-,,)
Intense	11 (61,1)	6 (15,0)	,	,	
Isolement social	16 (84,2)	22 (55,0)	5,20	0,02*	0,23 (0,06-0,91)
Modéré	7 (36,8)	15 (37,5)	7,47	0,02	-, - (-,,- -)
Sévère	9 (47,4)	7 (17,5)	,	- /	

Tableau 30 : Comparaison cluster 2 versus cluster 3.

Variables	Cluster 2 N = 41	Cluster 3 N = 56	χ² ou t	Р	OR (IC 95 %)
	(moy. ± σ ou %)	(moy. ± σ ou %)			
Âge à l'inclusion (en années)	16,4 ± 1,0	15,2 ± 1,2	5,32	0,00*	1,26 (0,79-1,73)
Nombre d'hospitalisation	0,4 ± 0,59	1,8 ± 1,0	8,0	0,00*	1,43 (1,79-1,08)
Filles	22 (53,7)	44 (78,6)	6,74	< 0,01*	3,17 (1,31-7,68)
Garçons	19 (46,3)	12 (21,4)			
Origine exclusive CPU-ado	11 (26,8)	25 (44,6)	11,5	0,00*	
Origine exclusive centre Oreste	28 (68,3)	20 (35,7)			
Origine CPU-ado et Oreste	2 (4,9)	11 (19,6)			
F 60.9.8	9 (22,0)	5 (8,9)	3,22	0,07	
F 92	11 (26,8)	26 (46,4)	3,93	0,06 (Fisher)	2,36 (0,99-5,63)
ATCD troubles externalisés	18 (43,9)	10 (17,9)	7,76	< 0,01*	0,27 (0,10-0,70)
Parents unis	11 (26,8)	27 (48,2)	4,64	0,03*	2,54 (1,07-6,04)
Parents séparés	28 (68,3)	25 (44,6)	5,42	0,02*	0,37 (0,16-0,87)
Traumatismes après 12 ans	13 (31,7)	31 (55,3)	4,28	0,04*	2,40 (1,03-5,59)
Allégués	4 (9,8)	22 (39,3)	10,76	< 0,01*	
Confirmés	9 (22,0)	9 (16,1)			
Agressions sexuelles après 12 ans	1 (2,4)	8 (14,5)	4,71	0,07	6,81 (0,82-56,79)
Tentatives de suicide	14 (34,1)	36 (64,3)	8,74	0,00*	3,47 (1,49-8,09)
Scarifications / automutilations	17 (41,5)	40 (71,4)	8,83	0,00*	3,53 (1,51-8,26)
Conduites à risque	19 (46,3)	41 (73,2)	7,26	< 0,01*	3,16 (1,35-7,42)
Impulsivité	31 (75,6)	50 (92,6)	5,37	0,02*	4,03 (1,16-13,98)
modérée	17 (41,5)	19 (35,2)	7,57	0,02*	
sévère	14 (34,1)	31 (57,4)			

^{*} valeur significative; les valeurs en gras sont les plus pertinentes; χ^2 =chi-deux; t=test de Student; (Fisher): test de Fisher; OR: odd ratio ou rapport de cotes; IC 95 %: intervalle de confiance à 95 %.

Tableau 31 : Comparaison cluster 1 versus cluster 3.

Variables	Cluster 1 N = 20 (moy. ± σ ou %)	Cluster 3 N = 56 (moy. ±	χ ² ou t	Р	OR (IC 95 %)
	Ou 707	ou %)			
Nombre d'hospitalisation	4,9 ± 2,1	1,8 ± 1,0	8,65	0,00*	3,08 (2,37-3,79)
F 60.9.8	7 (35,0)	5 (8,9)	6,70	0,01* (Fisher)	0,18 (0,05-0,67)
F 92	3 (15,0)	26 (46,4)	6,80	< 0,01*	4,91 (1,29-18,66)
F 94	4 (20,0)	3 (5,4)	3,31	0,07	
F 10-19	6 (30,0)	6 (10,7)	3,73	0,07 (Fisher)	
Traumatismes avant 12 ans	10 (50,0)	19 (33,9)	1,71	0,43	
Violences physiques	6 (30,0)	5 (8,9)	4,71	0,03* (Fisher)	0,23 (0,06-0,86)
alléguées	4 (20,0)	5 (8,9)	7,51	0,02*	
confirmées	2 (10,0)	0 (0)			
Violences émotionnelles et psychologiques	9 (45,0)	11 (19,6)	4,59	0,03*	0,30 (0,10-0,90)
Difficultés à verbaliser les émotions	19 (95,0)	35 (43,2)	6,23	0,03* (Fisher)	0,12 (0,01-1,00)
Modérée	8 (40,0)	17 (34,0)	6,44	0,04*	
Sévère	11 (55,0)	18 (36,0)			
Angoisses et manifestations anxieuses	20 (100,0)	40 (74,1)	9,98	0,00*	1,35 (1,15 – 1,58)
Intensité moyenne	10 (50,0)	24 (44,4)	10,52	< 0,01*	
Intensité forte	10 (50,0)	16 (29,6)			
Déréalisation/dépersonnalisation	9 (45,0)	5 (8,9)	11,39	0,00*	0,12 (0,03 – 0,43)
Expériences quasi-psychotiques	9 (45,0)	4 (7,1)	13,20	0,00*	0,09 (0,02 – 0,36)
Somatisations et plaintes somatiques	9 (45,0)	13 (23,2)	3,24	0,07	
Sentiment de vide existentiel	16 (88,9)	20 (64,5)	5,63	0,60	
Modéré	5 (27,8)	14 (45,2)	9,3	0,01*	
Intense	11 (61,1)	6 (19,4)			
Instabilité des attachements et relations conflictuelles	14 (70,0)	48 (88,9)	3,49	0,07	
Difficulté d'authenticité de la relation	18 (94,7)	38 (70,4)	5,77	0,03* (Fisher)	0,13 (0,02 – 1,07)
Isolement social	16 (84,2)	23 (43,4)	10,19	0,00*	0,14 (0,04 - 0,55)
Modéré	7 (36,8)	19 (35,9)	16,66	0,00*	
Sévère	9 (47,4)	4 (7,5)			

Tableau 32 : Comparaison du cluster 1 versus clusters 2 + 3.

Variable	Cluster 1 N= 20 (% ou moy. ± σ)	Clusters 2+3 N = 97 (% ou moy. ± σ)	χ² ou t ou Z	р	OR (IC 95 %)
Âge à l'inclusion	15,6 ± 1,3	15,7 ± 1,3	0,35	0,72	
Hospitalisations	4,9 ± 2,1	1,2 ± 1,1	11,37	0,00*	3,68 (4,32-3,04)
Âge de début du trouble	13,2 ± 1,6	12,6 ± 2,4	1,03	0,21	
Garçons	7 (35)	31 (31,9)	0,07	0,79	
Sélection hospitalisation 2014	10 (50)	22 (22,7)	5,70	0,02*	
F 60.3	7 (35)	16 (16,5)	3,21	0,07 (Fisher)	
F 60.9.8	7 (35)	14 (14,4)	4,15	< 0,05* (Fisher)	3,19 (1,09-9,39)
F 92	3 (15)	37 (38,1)	4,42	0,07 (Fisher)	0,29 (0,08-1,04)
F 94	4 (20)	5 (5,1)	4,05	0,04* (Fisher)	4,60 (1,11-19,00)
F 10-19	6 (30)	11 (11,3)	3,96	< 0,05*	3,35 (1,07 – 10,52)
ATCD pédopsy autres	3 (15)	33 (34,0)	3,14	0,08	,
ATCD familiaux	16 (80)	55 (57,9)	3,69	0,08 (Fisher)	2,91 (0,90 - 9,36)
Placement	8 (44,4)	22 (22,7)	3,42	0,08	
ATCD Traumatismes	16 (80)	66 (68,0)	1,20	0,27	
ATCD violences psychologiques	9 (45)	22 (22,7)	3,90	< 0,05*	2,79 (1,03 – 7,59)
avant 12 ans					
TS	16 (80)	50 (51,5)	5,87	< 0,02*	3,76 (1,17 – 12,06)
TCA	10 (50)	27 (27,8)	3,56	0,07	
Intolérance à la frustration	10 (50)	70 (73,7)	4,11	0,04*	0,36 (0,13 - 0,96)
Difficultés à verbaliser les émotions	19 (95)	62 (68,1)	7,69	< 0,01*	8,89 (1,13 – 69,63)
Angoisses et manifestations anxieuses	20 (100)	66 (69,5)	12,98	< 0,00*	
Déréalisation/dépersonnalisation	9 (45)	12 (12,4)	9,99	0,00*	5,80 (1,99 – 16,87)
Angoisses d'abandon	19 (95)	75 (78,1)	3,89	0,12 (Fisher)	5,32 (0,67 – 42,09)
Expériences quasi-psychotiques	9 (45)	11 (11,3)	10,91	0,00* (Fisher)	6,40 (2,17 – 18,87)
Sentiment de vide existentiel	16 (88,9)	44 (62,0)	5,48	(Fisher) < 0,02*	4,91 (1,05 – 23,04)
Attachements instables	10 (88,9) 14 (70)	83 (87,4)	3,48 3,28	0,02	4,51 (1,05 - 25,04)
Difficultés d'authenticité de la	14 (70) 18 (94,7)	69 (72,6)	5,28 5,47	0,04*	6,78 (0,86 – 53,41)
relation	10 (34,1)	05 (12,0)	5,47	(Fisher)	5,75 (0,00 55,41)
Isolement social	16 (84,2)	45 (48,4)	8,97	0,00*	5,69 (1,55 – 20,84)

^{*} valeur significative; les valeurs en gras sont les plus pertinentes; χ^2 =chi-deux; t=test de Student; Z= test de Mann-Whitney; (Fisher): test de Fisher; OR: odd ratio ou rapport de cotes; IC 95 %: intervalle de confiance à 95 %.

BIBLIOGRAPHIE

Ainsworth, M.D. (1985). Patterns of infant-mother attachments: antecedents and effects on development. *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 771–812.

Akiskal, H.S. (1996). The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *J. Clin. Psychopharmacol.* 16, 4S – 14S.

Akiskal, H.S. (2004). Demystifying borderline personality: critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum. *Acta Psychiatr. Scand.* 110, 401–407.

Allilaire, J.-F. (2012). Troubles limites et personnalité « border-line »: comment les reconnaître et les traiter ? *Bull. Académie Natl. Médecine*. 196, 1349–1358.

American Psychiatric Association (2001). *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder* (American Psychiatric Association).

American Psychiatric Association (2003). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Text Revised, (DSM IV-TR)* (Washington DC: American Psychiatric Association).

American Psychiatric Association (2015). DSM-5. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition*.

Andronikof, A. (2008). Le Rorschach et les techniques projectives. *EMC - Psychiatr. 5*, 1–12.

Azoulay, C. (2002). La feuille de dépouillement du TAT : des origines à nos jours. *Psychol. Clin. Proj. 8*, 21.

Banzhaf, A., Ritter, K., Merkl, A., Schulte-Herbrüggen, O., Lammers, C.-H., and Roepke, S. (2012). Gender differences in a clinical sample of patients with borderline personality disorder. *J. Personal. Disord.* 26, 368–380.

Barajas, A., Baños, I., Ochoa, S., Usall, J., Huerta, E., Dolz, M., Sánchez, B., Villalta, V., Foix, A., Obiols, J., et al. (2010). Gender differences in incipient psychosis. *Eur. J. Psychiatry* 24, 176–194.

Bateman, A., and Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry 9*, 11–15.

Becker, D.F., Grilo, C.M., Edell, W.S., and McGlashan, T.H. (2000). Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorders in hospitalized adolescents and adults. *Am. J. Psychiatry* 157, 2011–2016.

Becker, D.F., Grilo, C.M., Edell, W.S., and McGlashan, T.H. (2002). Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: comparison with hospitalized adults. *Am. J. Psychiatry* 159, 2042–2047.

Becker, D.F., McGlashan, T.H., and Grilo, C.M. (2006). Exploratory factor analysis of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents. *Compr. Psychiatry 47*, 99–105.

Belloc, V., Leichsenring, F., and Chabrol, H. (2004). Relations entre les symptomatologies dépressive et limite et les idées suicidaires dans un échantillon de lycéens. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc. 52*, 219–224.

Benazzi, F. (2000). Borderline personality disorder and bipolar II disorder in private practice depressed outpatients. *Compr. Psychiatry 41*, 106–110.

Bergeret, J. (1974). La personnalité normale et pathologique.

Bernstein, D.P., and Fink, L. (1998). Childhood Trauma Questionnaire: A Retrospective Self-report manual (San Antonio: Hartcourt Brace and Company).

Bernstein, D.P., Cohen, P., Velez, C.N., Schwab-Stone, M., Siever, L.J., and Shinsato, L. (1993). Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *Am. J. Psychiatry* 150, 1237–1243.

Biskin, R.S. (2013). Treatment of Borderline Personality Disorder in Youth. *J. Can. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 22*, 230–234.

Biskin, R.S., Paris, J., Renaud, J., Raz, A., and Zelkowitz, P. (2011). Outcomes in Women Diagnosed With Borderline Personality Disorder in Adolescence. *J. Can. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 20*, 168–174.

Block, M.J., Westen, D., Ludolph, P., Wixom, J., and Jackson, A. (1991). Distinguishing female borderline adolescents from normal and other disturbed female adolescents. *Psychiatry 54*, 89–103.

Bøen, E., Hummelen, B., Elvsåshagen, T., Boye, B., Andersson, S., Karterud, S., and Malt, U.F. (2015). Different impulsivity profiles in borderline personality disorder and bipolar II disorder. *J. Affect. Disord.* 170, 104–111.

Bolgert, C. (2003). L'identification projective. Gestalt 24, 141–159.

Bondurant, H., Greenfield, B., and Tse, S.M. (2004). Construct Validity of the Adolescent Borderline Personality Disorder: A Review. *Can. Child Adolesc. Psychiatry Rev.* 13, 53–57.

Bornovalova, M.A., Gratz, K.L., Delany-Brumsey, A., Paulson, A., and Lejuez, C.W. (2006). Temperamental and environmental risk factors for borderline personality disorder among inner-city substance users in residential treatment. *J. Personal. Disord.* 20, 218–231.

Bornovalova, M.A., Hicks, B.M., Iacono, W.G., and McGue, M. (2009). Stability, Change, and Heritability of Borderline Personality Disorder Traits from Adolescence to Adulthood: A Longitudinal Twin Study. *Dev. Psychopathol.* 21, 1335–1353.

Bowlby, J. (1978). Attachement et perte (Paris).

Bradley, R., Zittel Conklin, C., and Westen, D. (2005). The borderline personality diagnosis in adolescents: gender differences and subtypes. *J. Child Psychol. Psychiatry* 46, 1006–1019.

Le Breton, D. (2006). Scarifications adolescentes. Enfances Psy 32, 45.

De Broca, A. (2013). Deuil chez l'enfant. L'enfant endeuillé. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 164–167.

Brown, M.Z., Comtois, K.A., and Linehan, M.M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *J. Abnorm. Psychol.* 111, 198–202.

Cailhol, L., Gicquel, L., and Raynaud, J.-P. (2012). Trouble de la personnalité borderline chez l'adolescent (Geneva: IACAPAP).

Carroll, S.T., Riffenburgh, R.H., Roberts, T.A., and Myhre, E.B. (2002). Tattoos and Body Piercings as Indicators of Adolescent Risk-Taking Behaviors. *Pediatrics*. *109*, 1021–1027.

Caspi, A., Hariri, A.R., Holmes, A., Uher, R., and Moffitt, T.E. (2010). Genetic Sensitivity to the Environment: The Case of the Serotonin Transporter Gene and Its Implications for Studying Complex Diseases and Traits. *Am. J. Psychiatry* 167, 509–527.

Chabert, C. (1998). La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach (Paris: Dunod).

Chabrol, H., Montovany, A., Chouicha, K., Callahan, S., and Mullet, E. (2001a). Frequency of borderline personality disorder in a sample of French high school students. *Can. J. Psychiatry Rev. Can. Psychiatr.* 46, 847–849.

Chabrol, H., Chouicha, K., Montovany, A., and Callahan, S. (2001b). [Symptoms of DSM IV borderline personality disorder in a nonclinical population of adolescents: study of a series of 35 patients]. *L'Encéphale 27*, 120–127.

Chabrol, H., Chouicha, K., Montovany, A., Callahan, S., Duconge, E., and Sztulman, H. (2002a). Personality disorders in a nonclinical sample of adolescents. *L'Encéphale 28*, 520–524.

Chabrol, H., Montovany, A., Callahan, S., Chouicha, K., and Ducongé, E. (2002b). Factor Analyses of The DIB-R in Adolescents. *J. Personal. Disord.* 16, 374–384.

Chabrol, H., Montovany, A., Ducongé, E., Kallmeyer, A., Mullet, E., and Leichsenring, F. (2004). Factor Structure of the Borderline Personality Inventory in Adolescents. *Eur. J. Psychol. Assess.* 20, 59–65.

Chaine, F., and Guelfi, J.D. (1999). États limites. Encycl Méd Chir 37-395-A-10.

Chambers, R.A., Taylor, J.R., and Potenza, M.N. (2003). Developmental Neurocircuitry of Motivation in Adolescence: A Critical Period of Addiction Vulnerability. *Am. J. Psychiatry* 160, 1041–1052.

Chanen, A.M., and Kaess, M. (2012). Developmental pathways to borderline personality disorder. *Curr. Psychiatry Rep.* 14, 45–53.

Chanen, A.M., Jovev, M., and Jackson, H.J. (2007). Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *J. Clin. Psychiatry 68*, 297–306.

Chanen, A.M., Jovev, M., Djaja, D., McDougall, E., Yuen, H.P., Rawlings, D., and Jackson, H.J. (2008a). Screening for borderline personality disorder in outpatient youth. *J. Personal. Disord.* 22, 353–364.

Chanen, A.M., Velakoulis, D., Carison, K., Gaunson, K., Wood, S.J., Yuen, H.P., Yücel, M., Jackson, H.J., McGorry, P.D., and Pantelis, C. (2008b). Orbitofrontal, amygdala and hippocampal volumes in teenagers with first-presentation borderline personality disorder. *Psychiatry Res.* 163, 116–125.

Chanen, A.M., Jackson, H.J., McCutcheon, L.K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H.P., Germano, D., Nistico, H., McDougall, E., Weinstein, C., et al. (2008c). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 193, 477–484.

Chen, E.Y., Brown, M.Z., Harned, M.S., and Linehan, M.M. (2009). A comparison of borderline personality disorder with and without eating disorders. *Psychiatry Res.* 170, 86–90.

Christian Widakowich, L.V.W. (2013). L'approche dimensionnelle versus l'approche catégorielle dans le diagnostic psychiatrique : aspects historiques et épistémologiques. *Ann. Méd.-Psychol. Rev. Psychiatr. 171*, 300–305.

Consoli, A., and Cohen, D. (2007). Troubles bipolaires à l'adolescence : actualités et controverses. *L'Encéphale 33, Supplement 3*, 103–109.

Corbin, A., Courtine, J.-J., and Vigarello, G. (2011). Histoire de la virilité. La virilité en crise ? (Paris).

Corcos, M. (1999). La thérapie bifocale dans la dépression de l'adolescent : Indications et intérêts. In *Neuropsychiatrie de L'enfance et de L'adolescence*, (Elsevier), pp. 191–199.

Corcos, M. (2007). Accueil des adolescents : engagement et créativité. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique 165*, 723–728.

Corcos, M. (2014). Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence (Paris: Dunod).

Darge, G. (2009). Réflexions à propos des thérapies bifocales. *Psychothérapies Vol. 29*, 101–107.

Davids, E., and Gastpar, M. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 29, 865–877.

Declercq, S., and Nicolis, H. (2010). La théorie de l'attachement au secours des adolescents limites hospitalisés. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc. 58*, 107–111.

Delay, J., and Pichot, P. (1962). Abrégé de psychologie à l'usage de l'étudiant (Paris).

Delvenne, V. (2013). Automutilations et tentatives de suicide chez l'adolescent borderline. *Eur. Psychiatry 28*, 61.

Deschamps, P.K.H., and Vreugdenhil, C. (2008). [Stability of borderline personality disorder from childhood to adulthood: a literature review]. *Tijdschr. Voor Psychiatr.* 50, 33–41.

Deutsch, H. (2007). Les "comme si" et autres textes : 1933-1970.

Distel, M.A., Hottenga, J.-J., Trull, T.J., and Boomsma, D.I. (2008). Chromosome 9: linkage for borderline personality disorder features. *Psychiatr. Genet.* 18, 302–307.

Distel, M.A., Middeldorp, C.M., Trull, T.J., Derom, C.A., Willemsen, G., and Boomsma, D.I. (2011). Life events and borderline personality features: the influence of gene-environment interaction and gene-environment correlation. *Psychol. Med.* 41, 849–860.

Douniol, M., Nezelof, S., Gicquel, L., and Delvenne, V. (2014). Dynamique familiale et expériences traumatiques. In *Troubles de La Personnalité Borderline À L'adolescence*, (Paris: Dunod), pp. 303–329.

Ficheux, P. (1993). Diagnostique et évaluation des états-limites. Neuropsy. 133–142.

Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., and Schulz, E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health 5*, 3.

Fonseka, T.M., Swampillai, B., Timmins, V., Scavone, A., Mitchell, R., Collinger, K.A., and Goldstein, B.I. (2015). Significance of borderline personality-spectrum symptoms among adolescents with bipolar disorder. *J. Affect. Disord.* 170, 39–45.

Fox, J., Bouchet-Valat, M., Andronic, L., Ash, M., Boye, T., Calza, S., Chang, A., Grosjean, P., and Heiberger, R. (2015). R Commander.

Frías, Á., and Palma, C. (2015). Comorbidity between Post-Traumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder: A Review. *Psychopathology 48*, 1–10.

Gaspard, J.-L., Hamon, R., Da Silva Junior, N., and Doucet, C. (2014). Marques corporelles, tatouages et solutions subjectives à l'adolescence. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc. 62*, 168–176.

Gicquel, L., Pham-Scottez, A., Robin, M., and Corcos, M. (2011). États-limites à l'adolescence : diagnostic et clinique. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* 59, 316–322.

Gicquel, L., Delvenne, V., Nezelof, S., Douniol, M., Pham-Scottez, A., and Speranza, M. (2014). Les automutilations comme une solution chez l'adolescent borderline. In *Troubles de La Personnalité Borderline À L'adolescence*, (Paris), pp. 141–158.

Giesen-Bloo, J.H., Wachters, L.M., Schouten, E., and Arntz, A. (2010). The Borderline Personality Disorder Severity Index-IV: Psychometric evaluation and dimensional structure. *Personal. Individ. Differ.* 49, 136–141.

Golding, W. (1954). Sa Majesté des Mouches.

Goodman, M., Hazlett, E.A., Avedon, J.B., Siever, D.R., Chu, K.-W., and New, A.S. (2011). Anterior cingulate volume reduction in adolescents with borderline personality disorder and co-morbid major depression. *J. Psychiatr. Res.* 45, 803–807.

Goodman, M., Patel, U., Oakes, A., Matho, A., and Triebwasser, J. (2013a). Developmental trajectories to male borderline personality disorder. *J. Personal. Disord.* 27, 764–782.

Goodman, M., Mascitelli, K., and Triebwasser, J. (2013b). The Neurobiological Basis of Adolescent-onset Borderline Personality Disorder. *J. Can. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 22, 212–219.

Grant, B.F., Chou, S.P., Goldstein, R.B., Huang, B., Stinson, F.S., Saha, T.D., Smith, S.M., Dawson, D.A., Pulay, A.J., Pickering, R.P., et al. (2008). Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J. Clin. Psychiatry* 69, 533–545.

Grilo, C.M., Becker, D.F., Fehon, D.C., Walker, M.L., Edell, W.S., and McGlashan, T.H. (1996). Gender differences in personality disorders in psychiatrically hospitalized adolescents. *Am. J. Psychiatry* 153, 1089–1091.

Grilo, C.M., Becker, D.F., Edell, W.S., and McGlashan, T.H. (2001). Stability and change of DSM-III-R personality disorder dimensions in adolescents followed up 2 years after psychiatric hospitalization. *Compr. Psychiatry* 42, 364–368.

Guelfi, J.-D. (2012). Chapitre 16 - Troubles de la personnalité. In *Manuel de Psychiatrie* (2e Édition), J.-D.G. Rouillon, ed. (Paris: Elsevier Masson), pp. 371–432.

Guelfi, J.-D., Robin, M., and Lamas, C. (2011). États-limites et personnalité borderline. *EMC* - *Psychiatr*. 37–395 – A – 10.

Guilheri, J., Cogo-Moreira, H., Kubiszewski, V., Yazigi, L., and Andronikof, A. (2015). Validité de construit du questionnaire rBVQ d'Olweus pour l'évaluation du harcèlement scolaire (bullying) auprès d'élèves français de cycle 3. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc. 63*, 211–217.

Gunderson, J.G. (2009). Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *Am. J. Psychiatry* 166, 530–539.

Gunderson, J.G., and Sabo, A.N. (1993). The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *Am. J. Psychiatry 150*, 19–27.

Gunderson, J.G., and Singer, M.T. (1975). Defining borderline patients: an overview. *Am. J. Psychiatry 132*, 1–10.

Gunderson, J.G., Kolb, J.E., and Austin, V. (1981). The diagnostic interview for borderline patients. *Am. J. Psychiatry* 138, 896–903.

Gutton, P. (1997). Le pubertaire, ses sources, son devenir. In *Adolescence et Psychanalyse : Une Histoire*, (Paris: M. Perret-Catipovic, F. Ladame, Delachaux et Niestlé),.

Hankin, B.L., Barrocas, A.L., Jenness, J., Oppenheimer, C.W., Badanes, L.S., Abela, J.R.Z., Young, J., and Smolen, A. (2011). Association between 5-HTTLPR and Borderline Personality Disorder Traits among Youth. Front. *Psychiatry 2*.

Hansenne, M. (2000a). Le potentiel évoqué cognitif P300 (I): aspects théorique et psychobiologique. *Neurophysiol. Clin. Neurophysiol. 30*, 191–210.

Hansenne, M. (2000b). Le potentiel évoqué cognitif P300 (II) : variabilité interindividuelle et application clinique en psychopathologie. *Neurophysiol. Clin. Neurophysiol. 30*, 211–231.

Hanus, M. (2006). Deuils normaux, deuils difficiles, deuils compliqués et deuils pathologiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 349–356.

Hazlett, E.A., New, A.S., Newmark, R., Haznedar, M.M., Lo, J.N., Speiser, L.J., Chen, A.D., Mitropoulou, V., Minzenberg, M., Siever, L.J., et al. (2005). Reduced anterior and posterior cingulate gray matter in borderline personality disorder. *Biol. Psychiatry* 58, 614–623.

Henry, C., Mitropoulou, V., New, A.S., Koenigsberg, H.W., Silverman, J., and Siever, L.J. (2001). Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences. *J. Psychiatr. Res.* 35, 307–312.

Herman, J.L., Perry, J.C., and van der Kolk, B.A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry* 146, 490–495.

Holzer, L., Halfon, O., and Thoua, V. (2011). La maturation cérébrale à l'adolescence. *Arch. Pédiatrie 18*, 579–588.

Jardri, R., Bonelli, F., Askenazy, F., Georgieff, N., and Delion, P. (2013). Hallucinations de l'enfant et de l'adolescent. *EMC - Psychiatr.* 10, 1–12.

Jeammet, P. (1990). Les destins de la dépendance à l'adolecence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence 38*, 190–199.

Johnson, D.M., Shea, M.T., Yen, S., Battle, C.L., Zlotnick, C., Sanislow, C.A., Grilo, C.M., Skodol, A.E., Bender, D.S., McGlashan, T.H., et al. (2003). Gender differences in borderline personality disorder: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Compr. Psychiatry* 44, 284–292.

Joukamaa, M., Taanila, A., Miettunen, J., Karvonen, J.T., Koskinen, M., and Veijola, J. (2007). Epidemiology of alexithymia among adolescents. *J. Psychosom. Res. 63*, 373–376.

Kaess, M., Hille, M., Parzer, P., Maser-Gluth, C., Resch, F., and Brunner, R. (2012). Alterations in the neuroendocrinological stress response to acute psychosocial stress in adolescents engaging in nonsuicidal self-injury. *Psychoneuroendocrinology* 37, 157–161.

Kapsambelis, V. (2012). Chapitre 36: Clinique et psychopathologie du groupe des étatslimite. In *Manuel de Psychiatrie Clinique et Psychopathologique de L'adulte*, pp. 641–667.

Kernberg, O. (1979). Les troubles limites de la personnalité.

Knafo, A., Greenfield, B., and Guilé, J.-M. (2014). Le trouble de personnalité limite de l'adolescence à l'âge adulte : quelle stabilité diagnostique ? *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* 62, 3–9.

Kutcher, S.P., Marton, P., and Korenblum, M. (1990). Adolescent bipolar illness and personality disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 29, 355–358.

Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A.S., and Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet 377*, 74–84.

Lenzenweger, M.F., Lane, M.C., Loranger, A.W., and Kessler, R.C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol. Psychiatry* 62, 553–564.

Lévy, B. (2015). La violence chez l'adolescent borderline. J. Psychol. 327, 25–31.

Levy, K.N., Becker, D.F., Grilo, C.M., Mattanah, J.J., Garnet, K.E., Quinlan, D.M., Edell, W.S., and McGlashan, T.H. (1999). Concurrent and predictive validity of the personality disorder diagnosis in adolescent inpatients. *Am. J. Psychiatry* 156, 1522–1528.

Lewinsohn, P.M., Rohde, P., Seeley, J.R., and Klein, D.N. (1997). Axis II psychopathology as a function of Axis I disorders in childhood and adolescence. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 36*, 1752–1759.

Lieb, K., Zanarini, M.C., Schmahl, C., Linehan, M.M., and Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet 364*, 453–461.

Lieb, K., Völlm, B., Rücker, G., Timmer, A., and Stoffers, J.M. (2010). Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *Br. J. Psychiatry* 196, 4–12.

Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D., and Heard, H.L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch. Gen. Psychiatry* 48, 1060–1064.

Loas, G., Speranza, M., Pham-Scottez, A., Perez-Diaz, F., and Corcos, M. (2012). Alexithymia in adolescents with borderline personality disorder. *J. Psychosom. Res.* 72, 147–152.

Ludolph, P.S., Westen, D., Misle, B., Jackson, A., Wixom, J., and Wiss, F.C. (1990). The borderline diagnosis in adolescents: symptoms and developmental history. *Am. J. Psychiatry* 147, 470–476.

Marcelli, D., and Braconnier, A. (2011). Adolescence et psychopathologie - 7e édition.

Marcelli, D., Bouet, R., and Gianetti, N. (1991). Idéal du moi et réunion de groupe en institution. Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe 16, 7–23.

M. Arsène, J.-P.R. (2014). Cyberbullying (ou cyber harcèlement) et psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : état actuel des connaissances. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* 62, 249–256.

Masterson, J.F. (1971). Treatment of the adolescent with borderline syndrome. A problem in separation-individuation. *Bull. Menninger Clin. 35*, 5–18.

Masterson, J.F. (1978). The borderline adolescent: an object relations view. *Adolesc. Psychiatry* 6, 344–359.

Mattanah, J.J., Becker, D.F., Levy, K.N., Edell, W.S., and McGlashan, T.H. (1995). Diagnostic stability in adolescents followed up 2 years after hospitalization. *Am. J. Psychiatry* 152, 889–894.

McCormick, B., Blum, N., Hansel, R., Franklin, J.A., St John, D., Pfohl, B., Allen, J., and Black, D.W. (2007). Relationship of sex to symptom severity, psychiatric comorbidity, and health care utilization in 163 subjects with borderline personality disorder. *Compr. Psychiatry 48*, 406–412.

McDermid, J., Sareen, J., El-Gabalawy, R., Pagura, J., Spiwak, R., and Enns, M.W. (2015). Comorbidity of bipolar disorder and borderline personality disorder: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Compr. Psychiatry* 58, 18–28.

Michel, G., Purper-Ouakil, D., and Mouren-Siméoni, M.C. (2001). Facteurs de risques des conduites de consommation de substances psycho-actives à l' α dolescence. *Ann. Med. Psychol.* (Paris) *9*, 622–631.

Miller, A.L., Muehlenkamp, J.J., and Jacobson, C.M. (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clin. Psychol. Rev.* 28, 969–981.

Misès, R. (1994). Pathologies limites de l'enfance. EMC - Psychiatr. 1.

Misès, R., Quemada, N., Botbol, M., Bursztejn, C., Durand, B., Garrabé, J., Golse, B., Jeammet, P., Plantade, A., Portelli, C., et al. (2002). Une nouvelle édition de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent : la CFTMEA R-2000. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc. 50*, 233–261.

Misès, R., Bursztejn, C., Botbol, M., Coincon, Y., Durand, B., Garrabe, J., Garret-Gloanec, N., Golse, B., Portelli, C., Raynaud, J.-P., et al. (2012). Une nouvelle version de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent: la CFTMEA R 2012, correspondances et transcodages avec l'ICD 10. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc. 60*, 414–418.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). Borderline Personality Disorder: Treatment and Management.

Nock, M.K., Joiner Jr., T.E., Gordon, K.H., Lloyd-Richardson, E., and Prinstein, M.J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* 144, 65–72.

Organisation Mondiale de la Santé (1994). CIM-10 Dixième Révision de la Classification Statistique Internationale des maladies. Critères diagnostiques pour la recherche. (Genève: OMS).

Oumaya, M., Friedman, S., Pham, A., Abou Abdallah, T., Guelfi, J.-D., and Rouillon, F. (2008). Personnalité borderline, automutilations et suicide : revue de la littérature. *L'Encéphale 34*, 452–458.

Owens, D., Horrocks, J., and House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci. 181*, 193–199.

Paris, J. (2004). Borderline or bipolar? Distinguishing borderline personality disorder from bipolar spectrum disorders. *Harv. Rev. Psychiatry* 12, 140–145.

Perugi, G., Fornaro, M., and Akiskal, H.S. (2011). Are atypical depression, borderline personality disorder and bipolar II disorder overlapping manifestations of a common cyclothymic diathesis? *World Psychiatry* 10, 45–51.

Putnam, F.W. (1993). Dissociative disorders in children: Behavioral profiles and problems. *Child Abuse Negl.* 17, 39–45.

R Core Team (2012). R: a language and environment for statistical computing. (Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing).

Riso, L.P., Klein, D.N., Anderson, R.L., and Ouimette, P.C. (2000). A family study of outpatients with borderline personality disorder and no history of mood disorder. *J. Personal. Disord.* 14, 208–217.

Robin, M. (2014). État limite, personnalité borderline, ou crise borderline à l'adolescence ? In *Troubles de La Personnalité Borderline À L'adolescence*, (Paris: Dunod), pp. 375–387.

Robin, M., and Rechtman, R. (2014). Un changement de paradigme au sein du DSM? Le cas de la personnalité borderline à l'adolescence. *L'Évolution Psychiatr. 79*, 95–108.

Roques, M., Confort, C., and Mazoyer, A.-V. (2015). Le harcèlement psychologique en milieu scolaire : une affaire de groupes d'adolescents ? Effets traumatiques et propositions de prise en charge. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*

Rosenvinge, J.H., Martinussen, M., and Ostensen, E. (2000). The comorbidity of eating disorders and personality disorders: a meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eat. Weight Disord*. EWD *5*, 52–61.

Rossi, A., Marinangeli, M.G., Butti, G., Scinto, A., Di Cicco, L., Kalyvoka, A., and Petruzzi, C. (2001). Personality disorders in bipolar and depressive disorders. *J. Affect. Disord.* 65, 3–8.

Rossouw, T.I., and Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 51*, 1304–1313.e3.

Ruggero, C.J., Zimmerman, M., Chelminski, I., and Young, D. (2010). Borderline personality disorder and the misdiagnosis of bipolar disorder. *J. Psychiatr. Res.* 44, 405–408.

Sanislow, C.A., Grilo, C.M., Morey, L.C., Bender, D.S., Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Shea, M.T., Stout, R.L., Zanarini, M.C., and McGlashan, T.H. (2002). Confirmatory factor analysis of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Am. J. Psychiatry* 159, 284–290.

Sansone, R.A., and Sansone, L.A. (2007). Childhood trauma, borderline personality, and eating disorders: a developmental cascade. *Eat. Disord.* 15, 333–346.

Sansone, R.A., and Sansone, L.A. (2011a). Gender Patterns in Borderline Personality Disorder. *Innov. Clin. Neurosci.* 8, 16–20.

Sansone, R.A., and Sansone, L.A. (2011b). Substance Use Disorders and Borderline Personality. *Innov. Clin. Neurosci.* 8, 10–13.

Sansone, R.A., Levitt, J.L., and Sansone, L.A. (2005). The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eat. Disord.* 13, 7–21.

Sansone, R.A., Lam, C., and Wiederman, M.W. (2010). Being bullied in childhood: correlations with borderline personality in adulthood. *Compr. Psychiatry 51*, 458–461.

Schuppert, H.M., Bloo, J., Minderaa, R.B., Emmelkamp, P.M.G., and Nauta, M.H. (2012). Psychometric evaluation of the Borderline Personality Disorder Severity Index-IV--adolescent version and parent version. *J. Personal. Disord.* 26, 628–640.

Shentoub, V. (1998). Manuel d'utilisation du TAT (approche psychanalytique) (Paris: Dunod).

Soloff, P., Nutche, J., Goradia, D., and Diwadkar, V. (2008). Structural brain abnormalities in borderline personality disorder: A voxel-based morphometry study. *Psychiatry Res.* 164, 223–236.

Sommelet, D. (2006). Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent. (Ministère des Solidarités, de la Santé et de la famille).

Speranza, M., Revah-Levy, A., Cortese, S., Falissard, B., Pham-Scottez, A., and Corcos, M. (2011). ADHD in adolescents with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry 11*, 158.

Speranza, M., Pham-Scottez, A., Barbe, R.P., Perez-Diaz, F., Birmaher, B., and Corcos, M. (2014). Dimensions cliniques de la symptomatologie borderline à l'adolescence. In *Troubles de La Personnalité Borderline À L'adolescence*, (Paris), pp. 211–225.

Spodenkiewicz, M., Speranza, M., Taieb, O., Pham-Scottez, A., Dugré-Lebigre, C., De Gheest, F., Corcos, M., and Revah-Levy, A. (2014). L'identité narrative, l'expérience borderline à l'adolescence. In *Troubles de La Personnalité Borderline À L'adolescence*, (Paris), pp. 421–433.

Stepp, S.D., Burke, J.D., Hipwell, A.E., and Loeber, R. (2012). Trajectories of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder Symptoms as Precursors of Borderline Personality Disorder Symptoms in Adolescent Girls. *J. Abnorm. Child Psychol.* 40, 7–20.

Stoffers, J., Völlm, B.A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., and Lieb, K. (2010). Pharmacological interventions for borderline personality disorder. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (John Wiley & Sons, Ltd).

Vaillancourt, T., Brittain, H.L., McDougall, P., Krygsman, A., Boylan, K., Duku, E., and Hymel, S. (2014). Predicting borderline personality disorder symptoms in adolescents from childhood physical and relational aggression, depression, and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Dev. Psychopathol.* 26, 817–830.

Wagner, S., Baskaya, O., Lieb, K., Dahmen, N., and Tadić, A. (2009). The 5-HTTLPR polymorphism modulates the association of serious life events (SLE) and impulsivity in patients with Borderline Personality Disorder. *J. Psychiatr. Res.* 43, 1067–1072.

Westen, D., Shedler, J., Durrett, C., Glass, S., and Martens, A. (2003). Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV axis II diagnoses and an empirically derived alternative. *Am. J. Psychiatry* 160, 952–966.

Winnicott, D.W. (1960). Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux "self." In *Processus de Maturation Chez L'enfant. Développement Affectif et Environnement*, (Paris: Payot), pp. 115–131.

Winnicott, D.W. (1969). De la pédiatrie à la psychanalyse (Paris).

Wolke, D., Schreier, A., Zanarini, M.C., and Winsper, C. (2012). Bullied by peers in childhood and borderline personality symptoms at 11 years of age: a prospective study. *J. Child Psychol. Psychiatry* 53, 846–855.

Wonderlich, S.A., Connolly, K.M., and Stice, E. (2004). Impulsivity as a risk factor for eating disorder behavior: assessment implications with adolescents. *Int. J. Eat. Disord.* 36, 172–182.

Zahl, D.L., and Hawton, K. (2004). Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11,583 patients. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 185, 70–75.

Zanarini, M.C., Gunderson, J.G., Frankenburg, F.R., and Chauncey, D.L. (1989). The Revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other Axis II Disorders. *J. Personal. Disord. 3*, 10–18.

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Reich, D.B., and Silk, K.R. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *Am. J. Psychiatry* 161, 2108–2114.

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Ridolfi, M.E., Jager-Hyman, S., Hennen, J., and Gunderson, J.G. (2006). Reported childhood onset of self-mutilation among borderline patients. *J. Personal. Disord.* 20, 9–15.

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B., Silk, K.R., Hudson, J.I., and McSweeney, L.B. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *Am. J. Psychiatry* 164, 929–935.

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B., and Fitzmaurice, G. (2010). Time-to-Attainment of Recovery from Borderline Personality Disorder and Its Stability: A 10-year Prospective Follow-up Study. *Am. J. Psychiatry* 167, 663–667.

Zlotnick, C., Mattia, J.I., and Zimmerman, M. (2001). The Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder, Childhood Trauma and Alexithymia in an Outpatient Sample. *J. Trauma. Stress* 14, 177–188.

Vu, le Directeur de Thèse

Vu, le Doyen de la Faculté de médecine de TOURS

Faculté de Médecine de TOURS

Antoine AUFFRET THÈSE N°

184 pages – 32 tableaux – 27 figures – 6 annexes.

Résumé: INTRODUCTION: Les symptômes du trouble limite sont très fréquents à l'adolescence. Cependant la présentation clinique est hétérogène, variable et changeante à cet âge. Les psychiatres d'adolescents ont dès lors beaucoup de difficultés à poser le diagnostic de trouble de personnalité limite (TPL) qui implique une certaine fixité.

<u>OBJECTIFS</u>: Cette étude rétrospective a pour but de mieux décrire la clinique de ces troubles limites en fonction des spécificités de la psychopathologie adolescente. Nous avons également cherché à caractériser des profils cliniques en fonction des antécédents de traumatismes psychologiques et des antécédents pédopsychiatriques.

MATÉRIEL ET MÉTHODE: Nous avons sélectionné les dossiers de 194 adolescents âgés de 12 à 18 ans dans le service d'hospitalisation temps plein pour adolescents de la clinique psychiatrique universitaire de Tours en 2013 et 2014 ainsi qu'au centre Oreste, service de psychologie clinique de l'adolescence, en 2014. Cette sélection s'est faite grâce à la création d'une grille de correspondance symptomatologique entre les critères du DSM IV-TR pour le trouble de personnalité borderline et les codes CIM-10 attribués aux adolescents. Cette grille a facilité le repérage des adolescents pouvant présenter un TPL avec des critères élargis. Cent-dix-sept dossiers ont ensuite été validés par le clinicien référent de l'adolescent. Nous avons étudié en analyse descriptive et comparative les données psychopathologiques des adolescents en fonction du genre, des antécédents de traumatismes psychologiques, des antécédents pédopsychiatriques et des codifications CIM-10 : F 60.3 et F 92. L'étude de ces données a permis de décrire des profils cliniques.

<u>RÉSULTATS</u>: Quarante-huit adolescents (41 %) ont été sélectionnés en hospitalisation, 55 au Centre Oreste (47 %) et 14 dans les deux services (12 %). La prévalence des adolescents avec TPL au centre Oreste est de 9,0 % et de 19,4 % en hospitalisation. Les filles ont plus de troubles internalisés, d'auto-agressivité et de difficultés relationnelles que les garçons. Ces derniers ont plus d'antécédents de troubles externalisés et d'expériences quasi-psychotiques. Les adolescents avec TPL ayant des antécédents de traumatismes sont plus impulsifs et ont plus d'instabilité des attachements. Ceux avec des antécédents pédopsychiatriques ont aussi des problématiques d'attachement (plus de violences psychologiques dans l'enfance et relations instables) et sont plus intolérants à la frustration. Ils consomment cependant moins de substances. Les adolescents du groupe F 60.3 ont plus d'antécédents pédopsychiatriques et une symptomatologie caractéristique plus sévère que dans le groupe F 92. Dans l'ensemble, trois groupes cliniques se distinguent: un premier groupe (N = 20) correspondant au *TPL type inhibé*, avec une majorité de diagnostic F 60.3, une symptomatologie internalisée et des troubles précoces de l'attachement; un deuxième groupe (N = 41) au profil atypique avec une symptomatologie moins sévère, hétérogène et moins de traumatismes après 12 ans (*crise borderline à l'adolescence*); enfin un troisième profil (N = 56) plus féminin avec des traumatismes plus fréquents à l'adolescence s'exprimant par une symptomatologie bruyante et conflictuelle (*trouble borderline post traumatique type expressif*).

<u>CONCLUSION</u>: Le TPL à l'adolescence regroupe des entités cliniques variées. On retrouve peu de différences de genre spécifiques. Le code F 60.3 devrait être réservé pour les TPL avérés et le code F 92 pour les traits borderlines en lien avec une adolescence traumatique sans trouble de personnalité installé. Ce travail révèle l'importance de l'approche dimensionnelle à cet âge où les caractéristiques psychopathologiques se confondent avec la psychodynamique de l'adolescence.

<u>Mots clés</u>: trouble de personnalité borderline – états-limites – adolescence – troubles mixtes des conduites et des émotions débutant dans l'enfance ou l'adolescence – traumatismes – antécédents pédopsychiatriques – CIM-10 – DSM IV-TR.

Jury:

Président : Monsieur le Professeur Philippe GAILLARD

Membres: Madame le Professeur Frédérique BONNET-BRILHAULT

Monsieur le Professeur Wissam EL HAGE Monsieur le Professeur Philippe DUVERGER Madame le Docteur Catherine GAILLARD Monsieur le Docteur Marc FILLATRE Monsieur le Docteur Paul BRUNAULT

Monsieur le Docteur Paul BRONAULI Monsieur le Docteur Pascal LENOIR.

Date de la soutenance : 11 septembre 2015.