

Table des matières

Sommaire	ii
Liste des tableaux	vii
Remerciements.....	viii
Introduction	1
Contexte théorique	5
Conceptualisation du trouble de la personnalité limite	6
Courant psychanalytique.....	6
Approche catégorielle	10
Épidémiologie du trouble de la personnalité limite et problématiques associées.....	14
Mortalité précoce	16
Traits de caractère et tempéraments.....	18
Le modèle des cinq facteurs.....	20
Le modèle de traits et tempéraments de Cloninger.....	23
Aspects longitudinaux	29
Aspects longitudinaux : DSM.....	29
Aspects longitudinaux : théorie des cinq facteurs.....	35
Pertinence et objectif de l'essai.....	37
Méthode.....	39
Participants	40
Instruments de mesure	41

PDQ-4	41
NEO-PI-R	43
Déroulement.....	45
Résultats	47
Présentation des résultats	48
Résultats au PDQ-4.....	48
Résultats au NEO-PI-R	50
Discussion	52
Synthèse des résultats par participante.....	53
Participante 1	53
Participante 2	54
Participante 3	55
Participante 4	56
Stabilité des deux modèles.....	56
Modèle catégoriel du DSM.....	57
Modèle des cinq facteurs	59
Implications en clinique et en recherche.....	62
Forces et limites du présent essai.....	62
Conclusion.....	64
Références.....	67

Liste des tableaux

Tableau

1	Critères diagnostiques du trouble de la personnalité limite, DSM-IV-TR (APA, 2000)	13
2	Facettes, trouble de la personnalité limite du DSM-5	28
3	Présentation des traits évalués à l'aide du PDQ-4.....	43
4	Les cinq dimensions évaluées par le NEO-PI-R	45
5	Scores T linéaires des participantes au NEO-PI-R au temps 1	51
6	Scores T linéaires des participantes au NEO-PI-R au temps 2	51

Remerciements

Je tiens à remercier le CSSSNL d'avoir permis de conduire ces travaux de recherche à l'intérieur de leur organisation, spécialement la direction de la santé mentale. Un merci tout spécial à madame Julie Lefebvre, ma directrice de recherche, pour ses précieux conseils et son temps, mais surtout pour avoir partagé, à plus d'un moment, ma passion pour la psychologie clinique.

Introduction

Le trouble de la personnalité limite retient beaucoup l'attention, tant des cliniciens que des chercheurs œuvrant en santé mentale. L'importance que revêt ce trouble de la personnalité tire son origine à plusieurs niveaux. On note tout d'abord une prévalence contributive dans la population générale, qui varie de 1,6 à 5,9 %. Les estimations surpassent celles d'autres pathologies importantes en santé mentale telle la schizophrénie dont la prévalence est estimée entre 0,3 et 0,7 % (APA, 2013). Les souffrances et les impacts sur la vie des individus qui en sont atteints sont nombreux. Une perte de fonctionnement global est fréquemment observée, entraînant une dégradation de leur vie sociale et professionnelle. L'âge moyen lors du décès est nettement inférieur à la population générale (Paris & Zweig-Frank, 2001). De plus, une stigmatisation survient également souvent lorsque ceux-ci ont recours à des services de santé. La compréhension de cette condition demeure un enjeu capital dans les gains qui restent à effectuer au niveau de la définition du ou des traitements les plus efficaces possibles.

Le trouble de la personnalité limite représente toutefois un objet d'étude qui offre d'importants défis. Plusieurs modèles ont été élaborés afin de mieux circonscrire cette problématique. À ce jour, la définition la plus largement utilisée est tirée du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) publié par l'association

américaine de psychiatrie. Une des caractéristiques centrales de ce diagnostic est la stabilité à long terme de la symptomatologie. Toutefois, le caractère stable de cette condition fait l'objet d'une importante remise en question. Certaines études tendent à démontrer une importante variation de la symptomatologie sur des périodes de temps plus courtes que ce qui avait été anticipé (Lenzenweger, 2006; Paris & Zweig-Frank, 2001; Zanarini et al., 2003). L'incidence d'une telle démonstration est notoire en termes d'influence sur l'évolution de la nosologie de ce trouble de santé mentale puisqu'elle remet en question un élément pilier dans la définition des troubles de la personnalité en général et du trouble limite en particulier. Des efforts ont été déployés afin de trouver des indicateurs qui seraient davantage fiables afin de caractériser cette condition. Un dérivé du modèle des cinq facteurs est d'ailleurs à l'étude dans la plus récente version du DSM (DSM-5, version originale anglaise, APA, 2013) et est pressenti pour se juxtaposer au modèle catégoriel déjà existant ou pour s'y substituer. Ce modèle est dimensionnel, plaçant les divers traits sur un continuum. Cependant, très peu d'études se sont penchées sur la stabilité, soit la persistance dans le temps, de ce modèle. Le présent essai, de nature exploratoire, comparera donc la stabilité dans le temps de ces deux modèles auprès de personnes qui ont été identifiées comme présentant un trouble de la personnalité limite.

L'essai débutera par un contexte théorique, dont les parties principales sont la conceptualisation du trouble de la personnalité limite et les aspects longitudinaux. Par la

suite, la méthode, les résultats et la discussion seront présentés. Une conclusion terminera cet essai.

Contexte théorique

Dans cette section, il sera question de la conceptualisation du trouble de la personnalité limite, divisée en trois parties qui sont le courant psychanalytique, l'approche catégorielle et les traits de caractère et tempéraments. Elles seront suivies par les aspects longitudinaux, soit la persistance dans le temps du diagnostic de trouble de la personnalité limite et la persistance des traits associés à la théorie des cinq facteurs.

Conceptualisation du trouble de la personnalité limite

Le développement de concepts en psychologie, comme dans d'autres domaines scientifiques, a fréquemment été un terrain fertile en termes de nouvelles idées et d'hypothèses, mais générant des visions parfois particulièrement divergentes. Le domaine de la santé mentale n'échappe certainement pas à ce constat. La nosologie appliquée à la psychopathologie a grandement muté au cours des dernières décennies. Les points de vue émergeant se sont développés et affinés à partir de prémisses de base diverses. Ainsi, certains ont articulé une vision de la psychopathologie prenant sa source dans le développement de l'appareil psychique, dans sa construction, en lien avec son environnement. Les divers courants d'inspiration psychanalytique en sont un exemple.

Courant psychanalytique

La perspective psychanalytique a majoritairement été élaborée au cours du dernier siècle. Plusieurs prémisses ont été introduites dans l'élaboration de cette vision. Le

concept d'inconscient en est un élément incontournable. La construction et la division subséquente de l'appareil psychique en trois instances représente également un élément constitutif particulièrement important. Le rendu de cet appareil psychique chez un individu sera donc, en bonne partie, la signature de l'intégration progressive du Ça (qui représente l'univers pulsionnel de l'individu), du Moi (instance qui gère les fonctions conscientes et est l'intermédiaire entre le monde des pulsions et le monde extérieur) et du Surmoi (qui représente l'internalisation des interdits). L'élaboration de ces instances, qui constituent la genèse de la personnalité d'un individu, culmine dans un processus de maturation qui sera plus ou moins achevé selon le dénouement des différents enjeux franchis en cours d'évolution. La résultante finale en est une organisation ou structure spécifique de la personnalité (Tavris & Wade, 1999).

Le modèle psychanalytique propose trois structures de la personnalité. Elles sont divisées comme suit : structure névrotique, structure limite et structure psychotique (Tavris & Wade, 1999). Ces organisations de la personnalité sont placées sur un continuum, partant des structures ayant atteint un meilleur niveau de maturation, aux structures portant les marques d'une évolution difficile dans leur genèse. La structure dite névrotique se retrouve au pôle présentant le meilleur niveau de développement. La structure dite psychotique se positionne à l'autre pôle. La structure limite de la personnalité occupe le centre du continuum.

Cette dernière catégorie de structures (limite) est la plus récente dans l'histoire du développement du modèle psychanalytique. L'élaboration du concept de structure limite de la personnalité a été étayée à partir d'observations cliniques. Des patients qui présentaient, en apparence, une structure névrotique produisaient des caractéristiques semblant appartenir au registre psychotique. L'appellation limite (ou borderline) lui a d'ailleurs été conférée puisqu'à prime abord, la structure de la personnalité de ces individus semblait vaciller entre les deux précédentes structures (névrotique et psychotique). La structure de la personnalité limite a par la suite été identifiée comme étant une structure propre par la majorité des auteurs, n'appartenant pas aux deux autres, mais se situant plutôt dans une position mitoyenne entre elles (Tavris & Wade, 1999).

Plusieurs auteurs ont élaboré et affiné des modèles découlant du courant psychanalytique. À ce titre, nous pouvons citer Jean Bergeret, James Masterson et Mélanie Klein. Ces cliniciens ont favorisé, par leur expertise, le développement de ce courant et apporté chacun des nuances qui leur sont propres. Parmi ces auteurs, Otto Kernberg représente un des porteurs de cette approche. Ses travaux, ayant débuté vers la fin des années 60 et se poursuivant toujours jusqu'à maintenant, jettent les bases de sa compréhension concernant le registre des troubles de la personnalité. Il s'est intéressé tout spécialement aux structures limites de la personnalité. Il adoptera notamment le terme d'organisation de la personnalité (Kernberg, 1975). Cette appellation se veut une confirmation, selon la conviction de l'auteur, du caractère spécifique de cette structure mais à un autre niveau, également du caractère stable des structures de la personnalité.

Pour Kernberg (1984), il est essentiel de conduire des entrevues cliniques qui porteront sur l'analyse structurale d'un individu. Cet examen vise à éclairer le clinicien sur l'organisation spécifique de la personnalité devant laquelle il se trouve. Il n'est pas d'emblée facile d'arriver à une conclusion diagnostique. Plusieurs indices seront examinés et la convergence de ces indices guidera un clinicien expérimenté vers l'élaboration d'une hypothèse. Ces éléments sont les mécanismes de défense, le test de la réalité, les relations d'objet et l'identité du Moi.

Ainsi, l'analyse des mécanismes de défense d'un individu sera spécialement utile dans l'identification des structures en présence. Sans leur être exclusive, chacune des structures de la personnalité présente des mécanismes de défense qui leur sont davantage spécifiques. L'identification d'une structure de la personnalité limite sera facilitée par la mise en évidence du recours au clivage chez un individu. Cette stratégie de défense du Moi repose sur une vision scindée dans la représentation des objets. Ainsi, un individu alternera entre des visions opposées du même objet. Cet objet sera donc perçu comme bon ou mauvais en fonction des besoins de régulation du Moi. Ce mécanisme de défense traduit une faiblesse du Moi qui ne dispose pas d'une stabilité dans sa représentation des objets. Cette faiblesse en est également une de l'identité du Moi qui ne peut se positionner de façon stable face aux représentations extérieures ou intérieures de son univers, entraînant une image floue et fluctuante de soi. Bien que la structure de la personnalité limite présente cette fluctuation, elle garde tout de même une préservation

du test de la réalité. Ainsi, elle garde sa capacité à discriminer entre le soi et les objets extérieurs (Kernberg, 1995).

En somme, l'organisation de la personnalité limite, tel que présentée dans le modèle psychanalytique, est définie comme plutôt stable dans le temps et entraîne des stratégies d'adaptation qui lui est propre et qui influencera d'une manière spécifique sa façon de s'arrimer à son univers extérieur (Kernberg, 1995).

Cette conceptualisation suggère une genèse, une étiologie rendant compte de la constitution de ces structures de la personnalité. Compte tenu de la difficulté à objectiver la cause des différentes conditions qui prévalent sur le plan de la personnalité, d'autres approches ont tenté d'exclure cette composante. Il en est ainsi de l'approche catégorielle.

Approche catégorielle

Cette approche est la résultante d'un effort afin de concilier les différentes approches théoriques et leur langage clinique respectif, entravant donc la capacité à communiquer efficacement entre cliniciens (Miller & Duncan, 2001). Le développement d'une mise à niveau du langage clinique commun devenait donc essentiel. L'initiative qui a rallié le plus large consensus origine de l'American Psychiatric Association (APA). En 1952, cette association a publié la première version du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM). Cette nomenclature

est toujours utilisée aujourd’hui et représente, en fait, la méthode diagnostique la plus répandue en Amérique du Nord.

Le DSM se veut une approche catégorielle de classification des troubles mentaux. Différents critères cliniques sont définis qui, sous certaines conditions, permettent de conclure ou non à la présence d'un syndrome spécifique. Ce modèle est en rupture avec les approches psychanalytiques puisqu'il élabore des diagnostics qui présentent des points de coupure entre la pathologie et la normalité. Il représente donc une perspective davantage binaire de la santé mentale (Hopwood, Thomas, Markon, Wright, & Kruger, 2012; Widiger & Trull, 2007).

Une autre caractéristique essentielle de ce modèle conceptuel est son point de vue athéorique. Lors de son élaboration, la décision a été prise de ne pas présenter d'hypothèse quant à l'étiologie ou à la genèse de ces troubles à moins qu'un lien causal ait été, scientifiquement, clairement établi. Il s'agit donc de placer en évidence les manifestations des différents troubles mentaux par le biais de signes et symptômes qui sont recueillis (DSM-5, APA, 2013). Ce modèle, ne présentant habituellement aucune perspective explicative quant aux origines de la symptomatologie des diverses pathologies, devenait ainsi plus facilement utilisable par des chercheurs et des cliniciens présentant, par ailleurs, des allégeances conceptuelles différentes (Miller & Duncan, 2001).

Dix troubles de la personnalité sont répertoriés dans le DSM-IV-TR. Ceux-ci sont regroupés en trois constellations (ou trois groupes), soit les groupes A, B et C. Le trouble de la personnalité limite se situe dans le groupe B (APA, 2000). Le diagnostic de trouble de la personnalité limite y apparaît pour la première fois en 1979. Ce syndrome clinique figure toujours dans la plus récente édition, soit le DSM-5, parue en 2013 (APA, 2013), version qui est non-disponible en français jusqu'à maintenant.

Cette classification découle, entre autres, de la contribution de Gunderson et Singer (1975) et de Spitzer, Endicot et Gibbon (1979). Appuyés par les données disponibles à cette période, ils ont donc élaboré un modèle où l'on retrouve une stabilité des manifestations de cette pathologie. L'examen des critères diagnostiques en fera foi. Ainsi, une des caractéristiques importantes de ce trouble est le maintien des symptômes dans le temps. Du point de vue conceptuel, le syndrome doit devenir manifeste au début de l'âge adulte et être stable, soit demeurer symptomatique au long cours. Selon le DSM-IV-TR (APA, 2000), le trouble de la personnalité limite se caractérise par un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et qui est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations présentées dans le Tableau 1.

Tableau 1

Critères diagnostiques du trouble de la personnalité limite, DSM-IV-TR (APA, 2000)

Numéro	Critères
1	Efforts effrénés pour éviter les abondons réels ou imaginés (N.-B. : ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5)
2	Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation
3	Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi
4	Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex., dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crise de boulimie). N.-B. : Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5
5	Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations
6	Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex., dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours)
7	Sentiments chroniques de vide
8	Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (p. ex., fréquentes manifestations de mauvaises humeurs, colère constante ou bagarres répétées)
9	Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères

Tel que la définition le suggère, l'identification de cette pathologie de la personnalité s'opère en identifiant un point de coupure qui servira de discrimination entre la normalité et la présence d'un trouble de la personnalité. Afin de mieux

caractériser cette condition, la prochaine section traitera de l'épidémiologie et des problématiques associées au trouble de la personnalité limite tel que défini par le DSM-IV-TR. Ensuite, la mortalité précoce sera abordée avant de poursuivre avec le modèle conceptuel suivant.

Épidémiologie du trouble de la personnalité limite et problématiques associées.

Les données concernant la prévalence du trouble de la personnalité limite sont peu nombreuses et parcellaires. Ce constat est d'autant plus exact en ce qui concerne le Canada et le Québec. Deux études canadiennes présentent des données estimant la prévalence du trouble de la personnalité antisociale (Bland, Orn, & Newman, 1988; Offord et al., 1996). Les taux sont respectivement de 1,8 % et de 1,7 %. Ces taux concordent avec ceux rapportés par les données américaines (APA, 2000), qui estiment cette prévalence à 3 % chez les hommes et 1 % chez les femmes (proportion qui s'apparente aux études canadiennes). Il semble donc que les données américaines sur les troubles de la personnalité peuvent être extrapolées à la population canadienne.

En ce qui concerne le trouble de la personnalité limite, les données de l'Association américaine de psychiatrie (APA, 2013) font état d'une prévalence de 1,6 à 5,9 % dans la population générale. Soixante-quinze pourcent (75 %) des personnes présentant ce trouble seraient de sexe féminin. En ce qui concerne l'utilisation des services de consultation en psychiatrie, il est rapporté que 10 % de la clientèle présenterait un trouble de la personnalité limite. Cette estimation grimpe à 20 % en ce qui concerne les

patients qui sont hospitalisés en psychiatrie (Institut canadien d'information sur la santé, 2006). Selon Santé Canada (2002), si on ne tient compte que des individus présentant un trouble de la personnalité, le trouble limite occupe une part de 30 à 60 % de cette clientèle.

Les troubles de la personnalité, dont le trouble limite, se retrouve dans plusieurs pays. Ce sont toutefois les pays industrialisés ou en émergence qui disposent de données sur ce phénomène. La présence de cette pathologie, en proportion, semble sensiblement la même qu'en Amérique du nord. Une étude norvégienne (Cramer, Torgersen, & Kringlen, 2003) rapporte que la prévalence des divers troubles de la personnalité varie de 0,5 à 2 % de la population générale.

Une autre étude conduite dans la métropole d'Ankara en Turquie (Senol, Dereboy, & Yüksel, 1997) ouvre la porte sur une nuance concernant la distribution des troubles de la personnalité limite en fonction du sexe. Il semble que les études canadiennes et celles des États-Unis rapportent un ratio d'environ trois femmes pour un homme portant ce diagnostic sauf en ce qui concerne les populations hispaniques (Castaneda & Franco, 1985) où la proportion entre hommes et femmes s'équilibre. Une étude portant sur la population de la Suisse (Modestin & Villiger, 1989) rapporte une majorité d'hommes ayant ce diagnostic. C'est également le même constat pour l'étude turque ci-haut mentionnée où la proportion de femmes est de 41 %.

Le trouble de la personnalité limite constitue une condition fragilisante pour les individus qui présentent ce profil. Il n'est pas rare de constater que d'autres troubles mentaux se surajoutent au trouble de la personnalité. Plus particulièrement, des troubles de l'humeur peuvent survenir, des troubles liés à l'utilisation d'une substance, des troubles des conduites alimentaires, un état de stress post-traumatique ainsi qu'un déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (APA, 2000). En ce qui concerne l'axe II, les personnes présentant un trouble de la personnalité limite répondent également fréquemment aux critères d'autres troubles de la personnalité tels les troubles de la personnalité évitante et dépendante (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich, & Silk, 2005). Non seulement une comorbidité est fréquemment identifiée chez les personnes présentant un syndrome sur l'axe II, mais cette condition affecte également leur espérance de vie comme nous le verrons dans la section suivante.

Mortalité précoce. Le désarroi et la souffrance que vivent les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale sont souvent d'une intensité telle que le cours de leur vie en est marqué. Chez les personnes présentant un trouble de la personnalité limite, l'impression de ne pouvoir surmonter les divers obstacles qu'ils rencontrent peut conduire au suicide. Ce constat fait de cette pathologie une condition potentiellement létale. Il est bien connu, notamment en recherche, que le taux de suicide chez ces individus dépasse le taux rencontré dans la population générale. Les articles recensés dans le présent travail, couvrant cette composante, font état d'un taux de suicide variant

de 3 à 10 % (Karaklic & Bungener, 2010; Paris, Brown, & Nowlis, 1987; Paris, Nowlis, & Brown, 1988; Zanarini, 2006).

Le suicide n'est toutefois pas la seule cause de mortalité précoce chez cette population. Cette composante a été examinée dans le cadre de la recherche longitudinale la plus longue connue, portant sur une cohorte de personnes présentant le trouble de la personnalité limite (Paris & Zweig-Frank, 2001). Cette étude, qui est montréalaise, s'est étendue sur une période de 27 ans. Après une période de 15 ans, l'échantillon comptait déjà un taux de décès par suicide de 10,3 %. L'auteur a choisi de cumuler, après 27 ans de suivi, les taux de décès par suicide ainsi que les causes de décès dites naturelles; 18,2 % des personnes de l'échantillon étaient décédées. Ce taux est décrit comme bien au-dessus du taux de décès attendu pour la population générale du Canada, qui était pour cette période estimé à 7,5 % pour les hommes et de 4,5 % pour les femmes (pour une moyenne d'âge de 50 ans, qui est comparable à celle de l'échantillon). Il semble donc permis de croire que cette condition affecte à la baisse l'espérance de vie des individus qui sont atteints de cette pathologie. Ceci est consistant avec les données recueillies concernant un autre trouble de la personnalité où les caractéristiques d'impulsivité, engendrant potentiellement des comportements à risque sont marquées, soit le trouble de la personnalité antisociale. Dans une étude de Black, Baumgard, Bell et Kao (1996) sur le sujet, un taux de mortalité précoce de 24 % est rapporté.

Au fil des années, beaucoup de critiques se sont adressées à la conceptualisation catégorielle du DSM. Certains courants sont proposés comme substitut éventuellement à l'approche actuelle du DSM en ce qui a trait aux troubles de la personnalité. Dans la section suivante, deux modèles touchant les traits de caractère et le tempérament sont abordés.

Traits de caractère et tempéraments

Cette conceptualisation repose sur l'identification de traits de caractère (ou d'éléments du tempérament) spécifiques. Il s'agit d'une certaine disposition particulière présente chez un individu orientant des aspects de sa personnalité. Ces traits pourraient se manifester d'une manière plus ou moins prononcée selon les individus. Les prochaines lignes présenteront un bref historique du développement de ce courant.

Dans une perspective contemporaine, Immanuel Kant publie en 1798 un volume (anthropologie) traitant principalement de cette question. Il tente d'y définir quatre types de tempérament, soit les tempéraments sanguin, mélancolique, cholérique et flegmatique. Kant (Kuehn, 2001) affirme que sa conceptualisation repose sur diverses observations minutieuses du comportement humain. Une instrumentation permettant d'objectiver davantage cette élaboration s'avérait toutefois non disponible à cette époque. La pierre angulaire d'une telle conceptualisation repose sur l'élaboration et la mise en évidence des différences individuelles. Cette prémissse est essentielle dans la compréhension du développement d'un tel modèle. L'avènement, quelques années plus

tard, d'une nouvelle façon de concevoir les différences entre individus allait paver la voie vers une meilleure instrumentation et une méthodologie plus efficace afin d'explorer ces dimensions. C'est Charles Darwin qui jeta ce nouvel éclairage concernant les différences individuelles. Le concept de variance prendra une place essentielle dans ses travaux. Non seulement il place l'emphase sur la variance comme phénomène distinguant les individus, mais il la situe également comme base incontournable de la mouvance de la vie (Steffoff, 1996).

Ainsi, fortement inspiré par ce dernier, Francis Galton, contemporain et parent de Darwin, s'est attardé à la mesure de ces différences entre individus. Il a dérivé divers modèles mathématiques afin de les appliquer à la mesure de la variance. Il a fortement contribué à l'élaboration, notamment, des analyses factorielles (Bulmer, 2003). Le développement de ce type d'analyse a subséquemment permis des avancées majeures dans l'identification de facteurs psychiques et dans la mesure de ceux-ci. Les travaux de Spearman sur l'intelligence en sont un exemple manifeste. Dans sa conception théorique de l'intelligence, il a ainsi postulé l'existence d'un facteur global de l'intelligence (le facteur G) et en a dérivé une mesure.

Au cours du dernier siècle, plusieurs chercheurs ont tenté de conceptualiser des modèles théoriques rendant compte des différences individuelles en termes de traits et/ou de tempéraments. Bien que les modèles mathématiques appliqués à ce genre d'études devenaient disponibles, ils demeuraient toutefois très ardu à utiliser. Les

compilations et calculs devaient s'effectuer sur plusieurs jours et comportaient d'importants risques d'erreurs. L'avènement de l'informatique a permis de rendre beaucoup plus facile l'accès à ce genre de recherche. Davantage de chercheurs se permettaient de confronter les résultats préliminaires à l'aide d'études complémentaires, ce qui a permis à ce champ de recherche de se développer de façon plus efficace. Dans son ouvrage : « Personality Structure and Measurement » remontant à 1969, Eysenck, Eysenck et Giulette remercient tout spécialement IBM pour l'accès à leur matériel informatique, nous rappelant l'importance de cette percée technologique.

Les travaux de Cattell, il y a près de 70 ans, représente un bon exemple de recherches sur les traits de la personnalité. Ce dernier a tenté de déterminer combien de facteurs différents pouvaient être identifiés. Il conclut, à cette époque, à la présence de 16 facteurs distincts tels l'ouverture aux changements, le perfectionnisme, la vigilance, la sensibilité et la stabilité émotionnelle (Cattell, 1970). Il a contribué à l'élaboration d'un instrument psychométrique capable de mesurer ces facteurs, le 16PF, qui s'avéra connaître une certaine popularité. Aujourd'hui, deux conceptualisations apparaissent prédominantes dans la documentation scientifique, soit le modèle des cinq facteurs et le modèle psychobiologique des traits de caractère et tempéraments de Cloninger.

Le modèle des cinq facteurs. Plusieurs chercheurs ont collaboré à la validation de ce modèle dont Robert R. McCrae et Paul T. Costa. Ils ont non seulement contribué à la validation de ce modèle mais en ont également dérivé un instrument psychométrique, le

NEO-PI-R, permettant la mesure des différents facteurs chez un individu. Ce modèle n'était initialement pas ajusté à la psychopathologie. Il s'attardait davantage à la définition des différentes composantes de la personnalité chez une population normale. Il rendait compte des différences individuelles sur cinq facteurs, cinq axes bien précis. Ces facteurs sont : ouverture à l'expérience (O), conscience (C), extraversion (E), agréabilité (A) et névrose (N) (Costa & McCrae, 1992).

Les individus présentant un haut niveau d'ouverture à l'expérience (O) sont décrits comme étant curieux, imaginatifs, attirés par les idées nouvelles et les valeurs non conventionnelles. Par contraste, les personnes présentant un niveau faible seront davantage conventionnelles dans leurs attitudes et leurs croyances et conservatrices dans leurs choix (Costa & McCrae, 1992).

La conscience (C) est le facteur révélant le degré d'organisation, de persistance, de contrôle et de motivation dans le maintien d'un but. Les personnes présentant un haut niveau de cette caractéristique auront donc tendance à être travaillantes, ponctuelles, fiables, ambitieuses et persévérandes. Les qualificatifs opposés s'appliqueront aux individus présentant un faible niveau à ce facteur (Costa & McCrae, 1992).

Pour sa part, l'individu extraverti (E), au sens du modèle des cinq facteurs, aura une nette tendance à être sociable, actif, à rechercher les contacts avec autrui, optimiste et aimant le plaisir. L'autre partie du continuum de cette caractéristique révèlera des

individus réservés (même s'ils sont amicaux), indépendants, tranquilles. Les personnes introverties, à la lumière de ce modèle, ne sont pas considérées comme des personnes malheureuses ou pessimistes, mais ne présentent simplement pas l'exubérance des individus extravertis (Costa & McCrae, 1992).

L'agréabilité (A) représente une dimension interpersonnelle. Lorsque l'on place ce facteur sur un continuum, il varie entre la compassion envers autrui et l'antagonisme. Ainsi, les individus qui présentent un haut niveau de ce trait seront plutôt altruistes, confiants envers autrui, aidants, et auront tendance à pardonner facilement. Les personnes se retrouvant sur l'autre côté du continuum afficheront une tendance au cynisme, à la suspicion, à l'irritabilité. Ils pourraient présenter des comportements manipulateurs et de vengeance (Costa & McCrae, 1992).

Le facteur névrose (N), pour sa part, représente la capacité à long cours d'ajustement et de stabilité émotive. Les individus présentant une élévation de ce facteur seront vulnérables à la détresse psychologique. Ils auront tendance à adopter des idées irréalistes, à présenter des pulsions excessives en intensité et des réponses inadaptées en réaction à des situations de stress. Les personnes se retrouvant sur l'autre côté de ce continuum seront mieux ajustées en général dans leur vie (Costa & McCrae, 1992).

McCrae et Costa (2006) et par la suite Widiger et Costa (2013) ont postulé que la psychopathologie de la personnalité pouvait être expliquée par des élévarions extrêmes à

un ou plusieurs des facteurs de ce modèle. Ils ont également fait valoir la souplesse d'un modèle multidimensionnel dans la compréhension de la personnalité, chaque dimension variant sur un continuum (McCrae & Costa, 2006). Selon eux, la personnalité serait mieux expliquée ainsi plutôt qu'à l'aide d'un modèle catégoriel comme le DSM propose, où il y a présence ou non d'une pathologie.

Comme Verardi, Nicastro, McQuillon, Keizer et Rossier (2008) le soulignent, certaines recherches se sont attardées à identifier quels facteurs de la personnalité seraient à l'œuvre chez les personnes présentant un trouble de la personnalité limite (Clarkin, Hull, Cantor, & Sanderson, 1993; Miller, Reynolds, & Pilkonis, 2004; Trull, 1992; Zweig-Frank & Paris, 1995). Une convergence se dessine, pointant vers trois facteurs. Les individus présentant cette pathologie aurait une élévation importante au niveau du facteur névrose (N) et des résultats faibles sur les facteurs d'agréabilité (A) et d'extraversion (E). Ainsi, une personne présentant cette constellation de traits présentera une émotivité à valence négative (N), soit des émotions désagréables se caractérisant par de l'irritabilité, des éléments dépressifs et des appréhensions anxiuses. Elle internalisera davantage son univers intérieur (faible E) et présentera plutôt une attitude cynique et méfiante envers autrui (faible A). Notons que malgré quelques disparités, une élévation du facteur N semble faire consensus dans les études.

Le modèle de traits et tempéraments de Cloninger. Le modèle proposé par Cloninger, Surakic et Przybeck (1993) fonde ses prémisses sur des éléments

psychobiologiques. Il postule l'existence de quatre dimensions rendant compte du tempérament et de trois dimensions s'adressant aux traits de caractère. En ce qui concerne les dimensions du tempérament, celles-ci seraient innées, présentant une composante modérément héréditaire et surviendraient de façon indépendante de la culture du sujet ou de ses expériences de vie. Elles se manifesteraient très tôt dans le développement. Ces dimensions sont l'évitement du danger (HA), la recherche de la nouveauté (NS), la dépendance à la récompense (RD) et la persistance (P).

Un haut niveau d'évitement du danger (HA) engendrerait des individus pessimistes, craintifs, hésitants, timides et inhibés. Un faible niveau est associé à des personnes détendues, braves, énergiques et optimistes. Les personnes présentant un haut niveau de recherche de la nouveauté (NS) seraient davantage exubérantes, enthousiastes, emportées, ayant tendance à se lasser facilement. Au contraire, les individus présentant un bas niveau de cette dimension seraient plutôt discrets, calmes, tempérés, réservés et tolérants. Un haut niveau de dépendance à la récompense (RD) est associé à de la sensibilité, une attitude aimante, chaleureuse, dévouée et ayant une tendance à la susceptibilité. Un bas niveau est associé à des sujets considérés comme froids, insensibles, inamicaux, indépendants et solitaires. Finalement, les individus affichant un haut niveau de persistance (P) seront davantage décrits comme étant persévérents, perfectionnistes, ayant tendance à aller jusqu'au bout de ce qu'ils entreprennent. Une faible présence de cette dimension engendrera des individus peu orientés sur les

objectifs, peu persistants, difficilement efficaces dans l'atteinte de buts éloignés (Cloninger et al., 1993).

En ce qui concerne les traits de caractère, ils se rapportent aux différences individuelles qui se construisent sur le rapport des relations soi-objets au cours du développement, influencés par le tempérament, l'environnement familial et les expériences individuelles. Trois traits de caractère sont rapportés selon ce modèle, soit l'autodétermination (SD), la coopération (CO) et la transcendance (ST).

Un haut niveau d'autodétermination (SD) se traduit par des individus responsables, possédant beaucoup de ressources intérieures et de discipline. Les individus à l'opposé de ce continuum seront blâmant, présentant peu de buts et de direction. Une disposition élevée à la dimension coopération (CO) entraînera de l'empathie, de la compassion et un élan pour aider les autres. L'inverse produira des personnes intolérantes, hostiles, opportunistes et cherchant la revanche. Finalement, une haute présence de la dimension transcendance (ST) sera accompagnée de tendances à la spiritualité, à l'abnégation et une disposition à l'idéalisme. Une attitude possessive, contrôlante et matérialiste sera retrouvée chez les personnes présentant un faible niveau de transcendance (ST). De plus, ces individus seront conventionnels et peu imaginatifs (Cloninger et al., 1993).

Ce modèle tente d'expliquer les pathologies de la personnalité par certains éléments constitutifs de la personnalité normale, les traits de caractère et le tempérament, plutôt

que par un regroupement de symptômes et de manifestations comportementales. Il répond ainsi au problème d'hétérogénéité des manifestations pathologiques, retrouvé chez différents individus, à l'intérieur d'une même rubrique diagnostique. Comme le modèle des cinq facteurs, il explique la pathologie par des interactions de diverses dimensions en concurrence avec des élévations extrêmes. À ce niveau, une étude de Ha et ses collaborateurs (2004) rapporte que le trouble de la personnalité limite serait défini par un faible niveau de transcendance (ST) ainsi qu'un faible niveau de coopération (CO). Ainsi, un individu présentera à la fois une tendance à l'hostilité, à la revanche et à l'intolérance jumelée à une attitude possessive, contrôlante et matérialiste.

Concernant les différences entre ce modèle et celui des cinq facteurs, elles ne sont pas claires à priori. Après une comparaison entre ceux-ci, De Fruyt, Van De Wiele et van Heeringen (2000) concluent que chaque facteur appartenant au modèle de Cloninger est substantiellement couvert par les dimensions proposées dans la théorie des cinq facteurs.

Ces deux modèles prétendent présenter un portrait qui se veut plus stable que ce que l'on retrouve avec l'approche catégorielle du DSM-IV. D'ailleurs, une représentation importante fût à l'œuvre auprès des divers comités d'experts chargés de la révision du DSM-IV, qui a conduit à la version 5 de ce volume (Widiger & Trull, 2007). Un modèle dimensionnel a ainsi été inclus à cette version (DSM-5). Ce modèle a fortement été inspiré de celui de la théorie des cinq facteurs. Il comporte cinq grands traits, soit

l'affectivité négative, le détachement, l'antagonisme, la désinhibition et le psychotisme (traduction libre). Ces traits se fractionnent en 25 facettes, qui sont des aspects plus spécifiques des grands traits. En ce qui concerne le trouble de la personnalité limite, sept facettes sont identifiées. Quatre d'entre elles doivent présenter une élévation significative. Ces facettes sont présentées au tableau suivant (voir Tableau 2, traduction libre tirée du DSM-5). Rappelons que ce modèle n'est seulement qu'à l'étude présentement, le modèle catégoriel permettant d'identifier un trouble de la personnalité limite prévaut toujours dans la dernière version du DSM-5 (APA, 2013).

Comme abordé dans les sections précédentes, le vocabulaire en ce qui concerne la définition de ce qu'est un trouble de la personnalité présente des variantes importantes selon les auteurs et les différents construits théoriques. Nous avons toutefois choisi d'adopter, pour la suite de ce travail, le terme de trouble de la personnalité limite tel que défini par le DSM-IV-TR (APA, 2000) dans le but de faciliter la lecture de l'essai. De plus, la très grande majorité des études suivantes ont été réalisées à partir des critères diagnostiques du DSM. La prochaine section s'attardera aux aspects longitudinaux du trouble de la personnalité limite.

Tableau 2

Facettes, trouble de la personnalité limite du DSM-5

Facette	Description
Labilité émotionnelle (du trait d'émotivité négative)	Instabilité émotionnelle et fréquents changements d'humeur. Émotions intenses et disproportionnées face aux événements.
Anxiété (du trait d'émotivité négative)	Intense sentiment de nervosité, de tension, de panique souvent en réaction à des stress interpersonnels. Ruminations d'inquiétudes face à des événements passés désagréables ainsi qu'en lien avec des événements appréhendés dans le futur.
Insécurité face aux séparations (du trait d'émotivité négative)	Peur des rejets ou des séparations de la part des personnes significatives accompagné de peurs de dépendance et de perte d'autonomie.
Tendance à la dépression (du trait d'émotivité négative)	Sentiment fréquent de déprime, de se sentir misérable et/ou sans espoir et difficulté à se relever de ces états émotifs. Pessimisme face au futur, sentiment de honte et d'infériorité. Pensées de suicide et comportements suicidaires.
Impulsivité (du trait de désinhibition)	Agir dans l'instant présent en réponse à un stimulus immédiat. Agir à court terme sans planification concernant les conséquences. Difficultés à établir ou à suivre un plan. Agir de façon dangereuse pour soi lorsqu'en contact avec un sentiment de détresse.
Tendance à prendre des risques (du trait désinhibition)	S'engager dans des activités dangereuses, risquées et potentiellement dommageables, sans égard aux conséquences. Déni de la réalité du danger.
Hostilité (du trait d'antagonisme)	Présence d'émotions de colère fréquente et persistante. Répond avec irritabilité ou colère à de légers reproches ou injures.

Aspects longitudinaux

Dans cette section, les aspects longitudinaux, tel que relevés dans la littérature concernant ces deux modèles diagnostiques, seront présentés, soit la stabilité dans le temps en ce qui concerne l'impression clinique à partir du DSM et par la suite celle de la théorie des cinq facteurs.

Aspects longitudinaux : DSM

La rubrique diagnostique des troubles de la personnalité est apparue récemment dans l'histoire du développement de la nosologie en santé mentale. Elle a été intégrée à la troisième version du DSM, soit en 1979. Le consensus, à cette époque, dépeignait les troubles de la personnalité comme une pathologie à long cours. Plusieurs études par la suite devaient s'adresser à cette question. Les premières ont servi à tester les nouveaux critères du DSM-III, plus précisément à fournir une idée de l'évolution de cette nouvelle pathologie. Les premiers résultats tendaient à démontrer que cette condition évoluait de façon moins sévère que la schizophrénie, mais demeurait tout aussi chronique.

L'une des études notables à ce sujet est celle conduite par McGlashan (1986). Elle porte sur une cohorte de 81 personnes ayant été re-diagnostiquées (diagnostic rétrospectif) afin de déterminer si un trouble de la personnalité limite aurait été identifié à partir des nouveaux critères du DSM-III. Toutes ces personnes ont été admises et traitées en psychiatrie dans un programme interne pour au moins 90 jours. Les entrevues d'évaluation effectuées dans le cadre de cette étude ont été complétées quinze ans en

moyenne après le congé psychiatrique de ces patients. L'étendue de la période entre la sortie du centre psychiatrique et l'évaluation varie de 2 à 32 ans. Trente-huit dimensions concernant l'évolution de la condition de ces personnes ont été analysées telles que l'abus d'une substance, les antécédents familiaux d'abus de substances ou l'âge de la première hospitalisation. La conclusion de l'auteur abonde dans la direction de la persistance du syndrome à long cours. Il dépeint donc le trouble de la personnalité limite comme une condition chronique et relativement stable dans le temps.

Une nuance est toutefois apportée en ce qui a trait à la sévérité de l'impact de la pathologie sur les individus en fonction de l'âge. Le graphique qui en découle présente la forme d'un « U » inversé. Une amélioration moyenne de la condition des individus de la cohorte est rapportée débutant dans la troisième décennie de vie de ceux-ci. Puis, une certaine détérioration est notée, toujours en moyenne, vers la cinquième décennie. L'expérience clinique suggère toutefois une plus grande variabilité dans la persistance ou non des éléments cliniques. Certains patients tendent à s'améliorer considérablement et d'autres demeureront stables au niveau de la manifestation de leur symptomatologie. Des études subséquentes tendent à démontrer cette variabilité.

Ainsi, une étude de Paris et al. (1987) a examiné l'évolution de la symptomatologie d'un échantillon de patients présentant un trouble de la personnalité limite selon les critères du DSM. L'auteur a conduit une étude rétrospective sur un échantillon de patients recevant des services externes de psychiatrie (patients vivant dans la

communauté). Les conclusions révèlent que 75 % des patients qui avaient été diagnostiqués initialement comme présentant un trouble de la personnalité limite ne présentaient plus l'ensemble des critères nécessaires au diagnostic quinze ans en moyenne après cette évaluation initiale.

Paris et al. publient en 2001 une suite à l'étude précédente. Soixante-quatre patients ont participé à la recherche. Celle-ci porte alors sur une période de 27 ans, ce qui apparaît unique jusqu'à ce jour. Les résultats démontrent que seulement 7,8 % des patients évalués présenteraient toujours le syndrome de trouble de la personnalité limite. En ce qui concerne les caractéristiques spécifiques à l'étude, les fluctuations au niveau des affects et les composantes d'impulsivité seraient demeurées présentes et stables chez ces individus. En ce qui a trait à la comorbidité, le seul syndrome de l'axe I qui soit assez important pour former un sous-groupe est celui de la dysthymie¹, identifié chez 22 % des participants.

Une étude plus récente (Grilo et al., 2007) a porté sur l'efficacité diagnostique longitudinale des différents critères du trouble de la personnalité limite. Deux évaluations diagnostiques ont été effectuées à deux ans d'intervalle. Les critères ont été placés en corrélation avec le diagnostic final. L'efficacité de ces critères varie considérablement. Ce sont les critères de passage à l'acte suicidaire ou d'automutilation ainsi que le critère d'instabilité du mode relationnel qui ont démontré la plus grande

¹ Trouble dépressif d'intensité moindre qu'un trouble dépressif majeur, durant minimalement deux ans et sans période de rémission de plus de deux mois.

utilité prédictive. Ensemble, ces critères ont la meilleure corrélation avec le diagnostic de trouble de la personnalité limite identifié deux ans après la première évaluation. L'étude, dont la taille de l'échantillon était de 550 patients, a révélé que les critères de passage à l'acte suicidaire ou d'automutilation étaient les moins répandus parmi les divers troubles de la personnalité que comportait l'échantillon, permettant ainsi de discriminer le trouble de la personnalité limite des autres troubles. À l'inverse, le critère d'instabilité affective était le plus répandu (54 %) parmi les divers troubles de l'échantillon, ce qui en fait le critère le moins spécifique.

Zanarini et al. (2003) ont également publié une étude sur l'aspect longitudinale du trouble de la personnalité limite. L'échantillon comporte 290 patients. Une évaluation semi-structurée a été administrée à chacun d'eux (se basant sur les critères du DSM-III-R). Trois nouvelles évaluations ont été administrées à des intervalles de deux ans. Sur une période de six ans, le trois quart des patients ne rencontraient plus les critères minimaux pour porter le diagnostic de trouble de la personnalité limite. Comme la rémission n'avoisinait que 35 % après deux ans, une des conclusions de l'étude est que l'évolution de la symptomatologie apparaît peu favorable à court terme mais le devient à long terme. Les auteurs de cette étude (Zanarini et al., 2003) ont fractionné le syndrome en 24 symptômes pouvant se regrouper en quatre catégories, soit les composantes affectives, les composantes cognitives, les composantes d'impulsivité et les composantes touchant les relations interpersonnelles. Tous les symptômes et toutes les catégories ont montré une amélioration significative avec le temps. Cette étude tend également à

confirmer que l'amélioration de la symptomatologie de ces patients est meilleure que ce à quoi on pouvait s'attendre et que cette amélioration pouvait être stable dans le temps pour une majeure partie d'entre eux.

La même auteure a publié, trois ans plus tard, un complément et une variante de la dernière étude. L'étude démontre, dans un premier temps, que le taux de rémission de la même cohorte atteignait 88 % après dix ans (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich, & Silk, 2006). Ces conclusions s'apparentent aux résultats de quelques rares études sur le sujet comme celle de Paris et al. (1987) qui rapporte un taux de rémission de 75 % après une moyenne de 15 ans.

Ainsi, l'étude de Zanarini et al. (2006) évalue la relation entre un large éventail de variables et le temps de rémission du trouble limite dans cet échantillon de participants. Quarante variables ont été étudiées. Seize d'entre elles se sont révélées de bons prédicteurs d'une rémission rapide chez les individus. L'une d'elle est démographique, soit présenter un âge sous les 25 ans pour cet échantillon. Une autre est reliée aux antécédents psychiatriques du participant à l'étude, soit l'absence d'hospitalisation en psychiatrie. Quatre représentent des difficultés liées à l'enfance, soit une absence d'histoire d'abus sexuel, des abus moins sévères ou de nature verbale, émotionnelle ou physique, de la négligence moins sévère et être témoin de moins de violence. Une autre variable est liée aux facteurs de protection à l'enfance, soit un meilleur niveau de compétence (comme enfant). Deux représentent des variables liées à l'histoire

psychiatrique familiale, soit l'absence de maladies affectives ou de dépendance à des substances psychoactives. Deux sont des troubles concomitants : l'absence de stress post-traumatique et des traits de personnalité du registre anxieux. Quatre variables appartenant au registre de la personnalité normale sont également en cause, soit un bas niveau de névrose (N) et des hauts niveaux d'extraversion (E), d'agréabilité (A) et de conscience (C). Une dernière variable est une histoire de travail qui s'est bien déroulée au moins pendant deux ans avant la demande initiale de service de l'individu qui consulte.

Lenzenweger (2006) propose une étude longitudinale qui a débuté en 1990. L'échantillon comporte 250 personnes. Il a été recruté parmi les étudiants de première année à l'Université Cornell (Ithaca, NY). Trois vagues d'évaluation ont été performées. Une première évaluation a été effectuée à leur première année universitaire, une seconde à leur deuxième année et une troisième à la quatrième. Bien que l'échantillon risque de s'avérer modérément représentatif de la population générale (tous des étudiants universitaires), les résultats démontrent une variabilité importante de la présence des différents syndromes sur l'axe II du DSM dans le temps. Cette étude estime que la prévalence des troubles de la personnalité dans la population générale est d'environ 11 %.

Certains éléments se dégagent de l'examen de ces études longitudinales. Tout d'abord, elles tendent à invalider la composante de persistance du diagnostic de trouble

de la personnalité limite dans le temps. En fait, plus le temps passe et moins d'individus peuvent toujours recevoir ce diagnostic. Au surplus, très peu d'études comparent la concordance entre la théorie des cinq facteurs et les critères diagnostiques du trouble de la personnalité limite ou la persistance dans le temps des traits du modèle des cinq facteurs. La prochaine section abordera ce dernier point.

Aspects longitudinaux : théorie des cinq facteurs

Peu d'études s'adressent aux aspects longitudinaux du modèle des cinq facteurs et ces études présentent des conclusions qui ne convergent pas toujours. Ainsi, bien que les auteurs s'entendent sur la présence du facteur N (névrose) comme indicateur de la présence d'un trouble de la personnalité limite, certains de ces auteurs divergent quant à l'évolution de la présence de ce facteur. Hopwood et al. (2009) prétendent que le facteur N (névrose) devrait effectivement se retrouver chez les individus présentant un trouble de la personnalité limite mais que ce facteur devrait décroître avec les années, ce qui survient dans l'étude qu'il présente. Toutefois, ces résultats ne peuvent être répliqués dans une étude subséquente du même auteur (Hopwood & Zanarini, 2010).

Deux autres études longitudinales tentent d'éclaircir l'évolution de la présence des traits chez une population non clinique. Soto et John (2012) ont utilisé deux échantillons de participants afin de démontrer l'évolution des différents facteurs avec l'âge. Leur premier échantillon est composé de 125 femmes. Elles ont été recrutées alors qu'elles participaient à un parcours académique (Mills College, Oakland, Californie). La

première évaluation est survenue alors qu'elles étaient âgées entre 20 et 23 ans, puis entre 25 et 29 ans, entre 42 et 47 ans, entre 50 et 55 ans et finalement entre 60 et 64 ans. Le second échantillon était composé de 601 participants, âgés entre 20 et 64 ans. Ce second échantillon est composé de femmes à 58 %. Le modèle statistique utilisé englobe les deux échantillons. Une première analyse a démontré que les changements sur le plan des traits ont été similaires dans les deux groupes. Ainsi, les traits de conscience (C) et d'agréabilité (A) augmentent de façon significative avec l'âge. En revanche, les traits d'extraversion (E), d'ouverture à l'expérience (O) et de névrose (N) n'ont pas démontré de changements significatifs avec l'âge.

La seconde étude est celle de Wortman, Lucas et Donnellan (2012). L'échantillon comporte 13 134 personnes (ces données ont été colligées dans le cadre de sondages systématiques de familles australiennes via l'instance gouvernementale responsable de tels processus). Ces individus ont été évalués une première fois en 2005 et une seconde fois en 2009. L'échantillon a été séparé en 14 groupes, regroupant les participants par tranche de 5 ans d'âge. Le premier groupe était âgé de 15 à 19 ans et le dernier groupe de 80 à 84 ans. Le trait d'extraversion (E) serait plus bas chez les adultes les plus vieux comparativement aux plus jeunes adultes. Le trait de conscience (C) serait plus fortement présent chez les adultes les plus vieux et plus bas chez les adultes les plus jeunes (avec une plus grande démarcation avec les jeunes sous les 30 ans). Quant à lui, le trait d'agréabilité (A) est demeuré plutôt stable à travers les âges. Pour les traits de

névrose (N) et d'ouverture à l'expérience (O), l'auteur fait état d'un net déclin avec l'âge.

Comme ces études le démontrent, il est difficile d'arriver à un consensus sur l'évolution des différents traits selon le modèle des cinq facteurs. En ce qui concerne le trait de névrose (N), qui serait l'indice le plus important dans l'identification d'un trouble de la personnalité limite selon le modèle des cinq facteurs (Hopwood et al., 2012), sur les quatre études qui ont été présentées dans cette section, deux font état d'une diminution du trait de névrose (N) avec le temps alors que les deux autres démontrent qu'il n'y a pas de changement significatif de ce trait.

Pertinence et objectif de l'essai

D'une part, la stabilité du diagnostic de trouble de la personnalité limite selon le DSM a largement été remise en question. D'autre part, la question de la stabilité de la présence des facteurs découlant de la théorie des cinq facteurs a, quant à elle, fait l'objet de peu de recherches et encore moins de ces recherches ont ciblé une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite. Au surplus, ces recherches ont généré des résultats divergents tel que rapporté dans la section précédente. Aucune d'elles n'a comparé la stabilité des critères du DSM à la stabilité de la théorie des cinq facteurs alors qu'un modèle découlant de cette théorie est pressenti pour compléter ou remplacer le présent diagnostic du DSM-IV-TR en ce qui a trait au trouble de la personnalité limite. L'objectif du présent travail, de nature exploratoire, s'adressera donc à la comparaison

de la stabilité des traits de la personnalité selon le modèle des cinq facteurs à celle des critères diagnostiques du DSM-IV-TR (APA, 2000).

Méthode

Dans la méthode, il sera question du processus par lequel les participantes ont été sélectionnées ainsi que le contexte de leur participation. Les instruments de mesure seront par la suite détaillés ainsi que le déroulement de l'expérimentation.

Participants

Cette étude fait partie d'un projet de recherche plus vaste. L'essai qui en découle a pour objectif d'explorer les données préliminaires de ce projet. Les données de quatre participantes ont donc été recueillies. Il s'agit de quatre femmes âgées de 21 à 50 ans. Ces personnes ont débuté une thérapie de groupe s'adressant à des individus présentant un trouble de la personnalité limite. Ce service est offert par le Centre de santé et de services sociaux du nord de Lanaudière (CSSSNL). Pour les fins de cet essai, elles ont été évaluées juste avant de débuter la thérapie de groupe et six mois après le début. Pour ce qui est du cheminement préalable à leur inclusion, chaque participante a tout d'abord été référée par un médecin généraliste afin d'obtenir des services de santé mentale offert par le CSSSNL. Le diagnostic de trouble de la personnalité limite était l'impression clinique pour laquelle des services étaient demandés. Les participantes ont par la suite consulté un psychiatre du département de psychiatrie du CSSSNL, confirmant, d'une part, le diagnostic et, d'autre part, les référant pour une thérapie de groupe s'adressant aux personnes présentant un trouble de la personnalité limite. De façon systématique, chaque patiente référée au groupe de thérapie doit au préalable bénéficier de quatre

rencontres pré-groupe. Il s'agit de rencontres individuelles effectuées avec un des quatre animateurs du groupe de thérapie. Lors de ces rencontres, la motivation des patientes est évaluée et le diagnostic de trouble de la personnalité limite est confirmé, notamment à l'aide d'un examen psychométrique administré après la troisième rencontre individuelle et interprété par deux psychologues. L'instrument de mesure est le SNAP (schedule for nonadaptive and adaptive personality, Clark, 1996). La présente recherche a été proposée aux participantes lors de la dernière rencontre individuelle.

Instruments de mesure

Afin de répondre à l'objectif de l'essai, des mesures psychométriques ont été administrées. Deux instruments psychométriques ont été choisis. Le premier est le PDQ-4, évaluant le modèle du DSM et le second est le NEO-PI-R, évaluant les composantes du modèle des cinq facteurs.

PDQ-4

Le *Personality Diagnostic Questionnaire* (PDQ-4) est un examen psychométrique sous forme de questionnaire (Hyler, 1994). Il s'agit en fait d'un auto-questionnaire comportant 99 items. Les choix de réponses à chacune des questions sont vrais ou faux. Après que le test ait été complété, l'administrateur procède à une brève validation des réponses du participant lorsque celles-ci tendent vers une réponse indiquant la présence possible d'une pathologie. Ainsi, l'examinateur valide si le participant n'a pas fait d'erreurs en répondant à l'item, si les traits mis en évidence par le test sont présents

depuis l'âge de 18 ans ou depuis plusieurs années, si les traits ne seraient pas imputables à la présence d'un autre trouble de santé mentale (axe I) et si les traits entraînent une gêne importante à la maison, à l'école, au travail ou dans les relations avec autrui et si le participant est lui-même importuné par ces traits. L'examineur corrige par la suite le test et assigne un score, selon les réponses du participant, à chaque échelle représentant chacune un trouble de la personnalité. Les résultats possibles au PDQ-4, concernant le trouble de la personnalité limite, varient de 0 à 9. La cote 0 représente une absence de critère diagnostique et la cote 9 est la cote maximale qu'un participant puisse atteindre. L'échelle est considérée significative, c'est-à-dire indiquant un trouble de la personnalité limite, lorsqu'une cote de 5 ou plus est décernée. Bien que le PDQ-4 évalue les différents troubles de la personnalité, seuls les critères évaluant le trouble de la personnalité limite ont été examinés dans le but de répondre à l'objectif de l'essai. Le Tableau 3 suivant expose les neuf traits évalués à l'aide du PDQ-4.

Tableau 3
Présentation des traits évalués à l'aide du PDQ-4

Numéro	Traits
1	Peur de l'abandon (efforts effrénés pour éviter les abandons)
2	Position d'alternance extrême dans la perception de l'autre (mode de relations interpersonnelles instables et intenses)
3	Problème de l'identité (perturbation de l'identité)
4	Impulsivité
5	Automutilation (ou comportements, gestes ou menaces suicidaires)
6	Susceptibilité (instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur)
7	Sentiment de vide
8	Colère
9	Persécution /dissociation

La fidélité test-retest ainsi que la consistance interne de ce questionnaire sont satisfaisantes (Chabrol, Rousseau, Callahan, & Hyler, 2007; Davison & Taylor, 2001). Ce questionnaire a donc été administré au début de la thérapie de groupe, puis 6 mois après le début. La durée de passation est estimée à approximativement 45 minutes.

NEO-PI-R

Il s'agit de l'inventaire de la personnalité révisé (NEO-PI-R, Costa & McCrae, 1992, traduction française par Rolland, Parker, & Stumpf, 1998). Il convient de rappeler

que plusieurs chercheurs se sont intéressés à la théorie des cinq facteurs. Toutefois, Robert R. McCrae et Paul T. Costa sont grandement associés à son développement. L'instrument qu'ils ont élaboré découle de leurs travaux sur cette théorie. Le NEO-PI-R a donc été conçu pour estimer la présence des cinq facteurs chez un individu. Il s'agit d'un auto-questionnaire comprenant 240 items. Cinq choix de réponses sont possibles pour chacun des items. Ces choix varient de *fortement en accord* avec l'énoncé à *fortement en désaccord*. Après correction des items du test, un score brut est obtenu pour chacune des cinq échelles. Celui-ci peut varier de 0 à 192. Ce score brut est par la suite converti en score T linéaire. Un score T entre 20 et 34 inclusivement est considéré comme très faible. Un résultat entre 35 et 44 inclusivement s'avère faible, entre 45 et 55 inclusivement indique une présence moyenne de ce trait chez un individu. Un score T entre 56 et 65 inclusivement traduit une présence élevée du trait et un score T de 66 et plus indique une présence très élevée du trait. La correction de l'épreuve par l'examinateur permet d'identifier cinq dimensions principales de la personnalité (cinq facteurs). Ces dimensions sont la névrose (N), l'extraversion (E), l'ouverture (O), l'agréabilité (A) et la conscience (C). Le tableau suivant (voir Tableau 4) présente une brève description des cinq facteurs.

Compte tenu que le modèle des traits et tempérament de Cloninger serait couvert par les dimensions du modèle des cinq facteurs (De Fruyt et al., 2000) et que le modèle des cinq facteurs a fortement inspiré l'élaboration de la rubrique à l'essai dans le

DSM-5, c'est ce dernier (modèle des cinq facteurs) qui a été retenu pour la présente étude.

Tableau 4

Les cinq dimensions évaluées par le NEO-PI-R

Dimensions	Brève description
(N) Névrose	Tendance générale à éprouver des émotions négatives comme la peur, la tristesse, la gêne, la colère, la culpabilité et le dégoût.
(E) Extraversion	Continuum entre extraversion (personne sociable préférant les groupes, étant énergique et loquace) et intraversion (personne étant réservée, grégaire, constante, préférant les relations un à un).
(O) Ouverture	Ouvert aux nouvelles idées, curieux, vivant davantage intensément les émotions positives ou négatives.
(A) Agréabilité	Personne altruiste, sympathique, prête à aider.
(C) Conscience	Volonté de réussite, rigueur, ponctualité.

La consistance interne du NEO-PI-R varie de 0,86 à 0,92 et la fidélité test-retest est satisfaisante (Rolland et al., 1998). Ce questionnaire a lui aussi été administré au début de la thérapie, puis 6 mois après. La durée de passation est estimée à approximativement 45 minutes.

Déroulement

Deux demandes de certification éthique ont fait l'objet d'approbation. La première a été réalisée auprès du Comité d'éthique à la recherche avec des êtres humains de

l'Université du Québec à Trois-Rivières. Le numéro du certificat est le CER-11-171-06.08. Il a été émis le 26 août 2011. Une approbation à entreprendre la présente recherche a également été obtenue auprès du Comité d'éthique à la recherche du CSSSNL en date du 15 novembre 2011.

Lorsque les patientes étaient invitées à participer à la recherche, lors de la dernière rencontre individuelle, il leur était clairement précisé que leur participation ou non à cette recherche n'altérait en rien leur participation au groupe de thérapie. La patiente qui acceptait cette proposition signait un formulaire de consentement à un appel téléphonique afin qu'un membre du personnel de l'université lui explique davantage l'implication nécessaire concernant leur participation éventuelle à la recherche.

Par la suite, les participantes qui acceptaient étaient rencontrées de façon individuelle par une assistante de recherche. Un formulaire de consentement à participer à la recherche leur était soumis pour signature. Subséquemment, différents tests, dont deux épreuves psychométriques, étaient administrés en deux rencontres individuelles, soit le NEO-PI-R et le PDQ-4. L'évaluatrice agissait à titre d'assistante de recherche, sous l'emploi de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les participantes étaient rencontrées dans les locaux du CSSSNL. La deuxième phase de l'évaluation s'est déroulée après six mois où les deux mêmes épreuves psychométriques ont, à nouveau, été administrées aux mêmes participantes et dans les mêmes conditions que la première fois.

Résultats

Présentation des résultats

Les résultats des participantes seront présentés dans cette section. L'analyse qui en découlera sera descriptive compte tenu qu'il s'agit d'une étude exploratoire réalisée à partir de quatre participantes. Les résultats au PDQ-4 seront présentés en premier et les résultats au NEO-PI-R suivront.

Résultats au PDQ-4

À titre de rappel, les résultats possibles au PDQ-4, concernant le trouble de la personnalité limite, varient de 0 à 9. La cote 0 représente une absence de critère diagnostique et la cote 9 est la cote maximale qu'un participant puisse atteindre. L'échelle est considérée significative, c'est-à-dire indiquant un trouble de la personnalité limite lorsqu'une cote de 5 ou plus est décernée.

La participante 1 obtient une cote de 9 au temps 1 et une cote de 9 également au temps 2. La participante 2 obtient une cote de 7 au temps 1 et de 7 au temps 2. Il faut toutefois relever que même si le score de la participante 2 est demeuré le même, il s'est tout de même produit une permutation dans les items où l'un d'eux ne s'appliquait plus au temps 2 et où un nouveau critère est devenu significatif. Ainsi, le critère de susceptibilité (trait 6 selon le Tableau 2) était présent au temps 1 mais absent au temps 2. Le critère d'impulsivité (trait 4 selon le Tableau 2) est quant à lui apparu au

temps 2 mais était absent au temps 1. La participante 3 obtient une cote de 8 au temps 1 et de 7 au temps 2. L'item qu'elle n'a pas endossé au temps 2 est celui de la susceptibilité (trait 6 selon le Tableau 2). Finalement, la participante 4 obtient une cote de 5 au temps 1 et une cote de 8 au temps 2. Ce sont les critères de susceptibilité (trait 6 selon le Tableau 2), de sentiment de vide (trait 7 selon le Tableau 2) et de problème de l'identité (trait 3 du Tableau 2) qui n'avaient pas été endossés au temps 1 et qui l'ont été au temps 2 pour cette dernière participante.

Tous les scores des participantes, tant au temps 1 qu'au temps 2, se situent sur le seuil ou au-delà du seuil de signification du trouble de la personnalité limite. Le graphique suivant (voir Figure 1) illustre ces différents résultats :

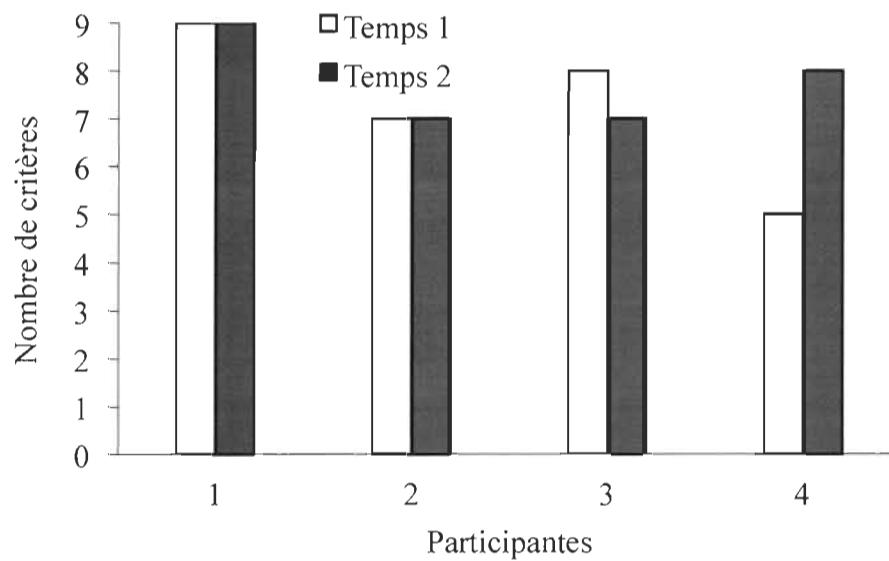


Figure 1. Résultats des participantes, aux temps 1 et 2 au PDQ-4.

Résultats au NEO-PI-R

Les cinq échelles du NEO-PI-R seront présentées aux temps 1 et 2 pour les différentes participantes. À titre de rappel, après correction des items du test, un score brut est obtenu pour chacune des cinq échelles. Celui-ci peut varier de 0 à 192. Ce score brut est par la suite converti en score T linéaire. Un score T entre 20 et 34 inclusivement est considéré comme très faible. Un résultat entre 35 et 44 inclusivement s'avère faible. Un score entre 45 et 55 inclusivement infère une présence moyenne de ce trait chez un individu. Un score T entre 56 et 65 inclusivement traduit une présence élevée du trait et un score T de 66 et plus indique une présence très élevée du trait. Rappelons également que les recherches tentant d'établir une concordance entre le modèle des cinq facteurs et le diagnostic de trouble de la personnalité limite selon le DSM-IV-TR suggèrent que trois facteurs convergent à cette fin, soit un haut niveau à l'échelle névrose (N) et un faible niveau aux échelles d'agréabilité (A) et d'extraversion (E) (Bagby, Costa, Widiger, Ryder, & Marshall, 2005).

Dans le Tableau 5 suivant, les scores T linéaires seront présentés selon les participantes pour les cinq traits que l'on retrouve au test, au temps 1. Le tableau qui suit (voir Tableau 6) illustre les mêmes données pour le temps 2. Ainsi, il est possible d'observer que certains facteurs passent d'une catégorie au temps 1 à une autre au temps 2. Par exemple, pour la participante 1, le score obtenu pour le facteur névrose (N) est demeuré le même aux deux temps, mais le facteur extraversion (E) est passé de la catégorie faible au temps 1 à la catégorie moyenne au temps 2.

Tableau 5

Scores T linéaires des participantes au NEO-PI-R au temps 1

Participants	Traits				
	Névrose	Extraversion	Ouverture	Agréabilité	Conscience
1	80	38	66	64	34
2	80	25	35	37	24
3	70	50	60	34	31
4	73	23	41	27	45

Tableau 6

Scores T linéaires des participantes au NEO-PI-R au temps 2

Participants	Traits				
	Névrose	Extraversion	Ouverture	Agréabilité	Conscience
1	80	45	64	61	25
2	80	28	20	39	31
3	59	58	53	39	33
4	80	21	44	26	32

Discussion

Dans la discussion, une synthèse des résultats par participante sera d'abord présentée, l'accent sera notamment placé sur la stabilité ou non des caractéristiques évaluées pour chacune d'elles. La stabilité des deux modèles sera présentée. Enfin, les implications en clinique et en recherche ainsi que les forces et les limites de l'étude seront présentées.

Synthèse des résultats par participante

Cette section présentera une synthèse des résultats aux deux tests pour chacune des participantes. Les caractéristiques significatives de chaque échelle seront également développées. Il demeure important de rappeler que chacune des participantes a traversé un même processus de référence au groupe de thérapie pour personnes présentant un trouble de la personnalité limite, confirmant ainsi ce diagnostic.

Participante 1

Cette participante a obtenu une cote de 9 au PDQ-4, tant au temps 1 qu'au temps 2, sur l'échelle mesurant la présence du trouble de la personnalité limite. Ce résultat est le maximum que l'on puisse atteindre, ce qui confirme le trouble de la personnalité. De ce fait, cette participante endosse l'ensemble des traits de la personnalité limite. Au surplus, ce résultat est demeuré stable après six mois. Pour ce qui est du NEO-PI-R, à titre de rappel, Bagby et al. (2005) suggèrent qu'un haut niveau à l'échelle névrose (N),

ainsi qu'un faible niveau aux échelles d'agréabilité (A) et d'extraversion (E) démontrent une concordance avec le diagnostic de trouble de la personnalité limite. Pour la participante 1, une cote maximale a été obtenue à l'échelle N (névrose, soit une émotivité négative) tant au temps 1 qu'au temps 2. Cette échelle s'est donc avérée très élevée et stable. L'échelle d'extraversion était faible au temps 1 et dans la moyenne au temps 2. L'échelle A (agréabilité, personne altruiste, sympathique) est demeurée élevée aux deux passations du test. Cette dernière échelle ne converge donc pas vers le diagnostic de trouble de la personnalité limite et l'échelle E (extraversion, personne sociable, énergique) a changé de registre après six mois, passant de faible à moyenne.

Participante 2

Cette participante a obtenu un résultat au PDQ-4 de 7 au temps 1 et de 7 également au temps 2. Ceci corrobore le diagnostic de trouble de la personnalité limite et le résultat s'est avéré stable après six mois. Un trait n'a pas été endossé aux temps 1 et 2, soit celui de la dissociation (persécution/dissociation). Une permutation s'est produite pour deux autres traits. La participante a endossé le trait de susceptibilité (instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur) au temps 1 et ne s'est pas attribuée celui d'impulsivité. Au temps 2, l'inverse s'est produit où le trait d'impulsivité a été rapporté et non le trait de susceptibilité.

Pour ce qui est du NEO-PI-R, l'échelle N (névrose) s'est révélée très élevée, tant au temps 1 qu'au temps 2. L'échelle E (extraversion) indique un score très faible aux deux

temps et l'échelle A (agréabilité) affiche également un résultat faible aux deux temps. Les résultats obtenus pour la participante 2 au NEO-PI-R correspondent au profil suggéré par Verardi et al. (2008) comme éléments constitutifs du trouble de la personnalité limite. Et ce profil s'est révélé stable aux deux temps.

Participante 3

Cette participante a obtenu un résultat au PDQ-4 de 8 au temps 1 et de 7 au temps 2. Ceci converge vers le diagnostic de trouble de la personnalité limite et s'est révélé stable après six mois. L'item qui n'a pas été endossé au deux temps est celui représentant un sentiment de vide. L'item de la susceptibilité (instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur), quant à lui, n'a pas été endossé aux temps 2 alors qu'il l'avait été au temps 1. Tout comme la participante 2, ce trait ne semble plus être présent au temps 2.

Pour ce qui a trait au modèle des cinq facteurs, l'échelle N (névrose) s'est révélée très élevée au temps 1 et élevée au temps 2. Concernant l'échelle E (extraversion), cette participante présente un score moyen au temps 1 et un score élevé au temps 2. L'échelle A (agréabilité) est très faible au temps 1 et faible au temps 2. Bien que l'échelle N (névrose) ait changé de niveau de signification, elle demeure élevée aux deux temps alors que l'échelle E (extraversion) ne converge pas vers le diagnostic (n'étant que moyennement élevée). Quant à elle, l'échelle A (agréabilité) converge puisqu'elle présente un score qui est bas.

Participante 4

Cette participante a obtenu un résultat significatif au PDQ-4, tant au temps 1 qu'au temps 2. Ce résultat confirme le diagnostic de trouble de la personnalité limite et son maintien après six mois. Le critère qui n'est pas endossé, ni aux temps 1 et 2, est celui de la dissociation (persécution/dissociation). Il est toutefois important de souligner que trois critères qui n'avaient pas été endossés au temps 1 l'ont été au temps 2. Il s'agit des critères de susceptibilité (instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur), de celui de sentiment de vide et du critère de la recherche identitaire (problème de l'identité). Il semble donc que cette participante présente davantage de traits pathologiques au temps 2.

Concernant le modèle des cinq facteurs, on retrouve un niveau très élevé de l'échelle N (névrose), tant au temps 1 qu'au temps 2. Les échelles E (extraversion) et A (agréabilité) sont très faibles aux deux temps, ce qui, avec l'échelle N (névrose), confirme le modèle théorique tel que proposé par Verardi et al. (2008). Ainsi, cette participante présente les facteurs associés au trouble de la personnalité limite aux temps 1 et 2.

Stabilité des deux modèles

La stabilité, soit la persistance dans le temps, des deux modèles à l'étude sera discutée dans cette section, tant au niveau des résultats globaux que des différents items ou échelles du PDQ-4 et du NEO-PI-R.

Modèle catégoriel du DSM

Rappelons que toutes les participantes à la présente étude ont été identifiées au cours du processus de sélection au groupe de thérapie comme présentant un trouble de la personnalité limite. Tous les résultats des participantes au PDQ-4 atteignent ou dépassent le seuil de signification permettant de statuer sur la présence d'un tel trouble. Ce constat est valable tant pour le temps 1 que pour le temps 2. À priori, les résultats apparaissent donc comme valables et mesurent bien ce qu'ils doivent mesurer.

Une analyse plus fine peut toutefois apporter des nuances importantes. Tout d'abord, 50 % de l'échantillon présente un score identique aux temps 1 et 2. L'autre moitié de l'échantillon présente des variations du nombre de critères de 1 à 3. Ces changements apparaissent à six mois d'intervalle alors que chacun des traits est réputés être stables à long cours. Rappelons que la participante 2 a présenté une permutation de deux traits. En comptabilisant celle-ci, nous pouvons constater que 3 des 4 participantes ont connu des changements de critères sur une période de six mois. Ceci pourrait confirmer les études longitudinales antérieures qui concluent à une stabilité à court terme de la symptomatologie mais une fluctuation à moyen terme (Paris & Zweig-Frank, 2001; Zanarini et al., 2003). Il faut toutefois noter qu'une différence d'âge appréciable est présente dans l'échantillon de cette étude. La plus jeune participante est âgée de 21 ans et la plus âgée a 50 ans. Certaines différences parmi les participantes seraient-elles imputables à cette variable? Dans leur étude, Zanarini et al. (2006) soulignent que

le jeune âge peut avoir un impact positif sur la rémission du trouble de la personnalité limite.

Toutes participantes confondues, ce sont les critères de peur de l'abandon (efforts effrénés pour éviter les abandons), de position d'alternance extrême dans la perception de l'autre (mode de relations interpersonnelles instables et intenses), d'automutilation (ou comportements, gestes ou menaces suicidaires) et de colère qui ont été présents, tant au temps 1 qu'au temps 2. Il pourrait donc s'agir des critères les plus stables ou les plus envahissants. Ceci concorde avec les données de plusieurs auteurs dont Gunderson et al. (2011), Paris et Zweig-Frank (2001) et Zanarini et al. (2005), qui placent les critères de perturbations affectives et relationnelles au premier plan. Selon l'étude de Gunderson et al. (2011), les critères d'instabilité affective, d'impulsivité et de relations instables sont les plus endossés.

Finalement, un critère a été présent au temps 1 et absent au temps 2 pour deux des participantes. Il s'agit du critère de susceptibilité (instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur). Les données des différentes études ne concordent pas sur ce point. Paris et Zweig-Frank (2001), postulent que ce critère change peu avec le temps alors que Gunderson et al. (2011) parle d'une rémission de ce critère au même rythme que les autres critères diagnostiques.

Modèle des cinq facteurs

Rappelons que ce modèle avait initialement été développé afin d'identifier les différences individuelles concernant des traits de caractère. La construction de l'outil de mesure qui en découle n'avait pas pour objet la mise en évidence ou l'identification de la présence de psychopathologies. C'est au cours des dernières années que divers chercheurs et cliniciens ont tenté de faire le pont entre ce modèle et la psychopathologie de la personnalité (Hopwood et al., 2012).

Plusieurs études (Clarkin et al., 1993, Trull, 1992, Verardi et al., 2008, Zweig-Frank & Paris, 1995) se sont attardées à identifier quels traits ou quels agrégats de traits seraient à la base du trouble de la personnalité limite. Tous les auteurs identifient l'échelle névrose (N) comme étant particulièrement élevée chez les personnes présentant un trouble de la personnalité limite. Certains auteurs rapportent, pour ce même trouble, des scores bas aux échelles d'agréabilité (A) et d'extraversion (E) en plus d'élévations sur l'échelle névrose (N). Toutefois, peu d'études ont tenté de considérer la stabilité de la présence de ces traits chez un individu ou un groupe d'individus. Cet élément de stabilité, donc de la présence persistante des traits selon le modèle des cinq facteurs, représente une part importante de la question principale du présent essai. Il sera abordé ici en deux points, soit d'une part la stabilité des traits pris de façon indépendante et d'autre part, la stabilité de l'amalgame des traits réputés être à la base du trouble de la personnalité limite.

De toute évidence, le trait N (névrose, émotivité négative) s'est révélé élevé chez toutes les participantes, et ce, tant au temps 1 qu'au temps 2. Il s'agit donc ici de l'indicateur le plus fiable et le plus stable de ce modèle. Il faut cependant souligner que des changements de 7 à 11 points sont survenus chez la moitié de cet échantillon en l'espace de six mois. La participante 3 est ainsi passée de la catégorie très élevée à élevée. Toutefois, malgré une variabilité, la participante 4 est demeurée dans la catégorie très élevée aux deux temps.

Les résultats sont davantage partagés en ce qui concerne l'échelle E (extraversion, personnes sociales et énergiques). Au temps 1, trois participantes ont obtenu des scores bas ou très bas alors qu'une autre a obtenu une cote dans la moyenne. Au temps 2, deux participantes ont obtenu des cotes basses alors que les deux autres ont obtenu des scores dans la moyenne. Cette échelle s'avère donc peu fiable, identifiant seulement la moitié des participantes comme ayant des scores bas et voit des changements de bas à moyen pour une participante, se révélant peu stable entre le temps 1 et le temps 2 pour cet individu.

Les scores à l'échelle A (agréabilité, personnes altruistes, sympathiques) se sont avérés quant à eux, stables aux temps 1 et 2, aucun individu n'ayant changé de catégorie de scores. Toutefois, une des quatre participantes a obtenu des scores élevés à cette échelle comparativement à des scores faibles ou très faibles pour les autres.

Les scores à l'échelle C (conscience, personnes présentant une rigueur et une forte volonté de réussite) ont été bas ou très bas aux temps 1 et 2 sauf pour une participante qui a présenté un score dans la moyenne à cette échelle au temps 1. Ceci compromet la fiabilité de cette échelle ainsi que sa stabilité. Bien que ce soit seulement une participante qui ait ce type de résultats, il serait important de s'adresser à cette composante lors d'études subséquentes.

L'échelle O (ouverture, personnes curieuses, ouvertes aux nouvelles idées), quant à elle, a produit des scores de tous les niveaux (très bas à élevés) et ces scores se sont avérés peu stables dans l'intervalle de six mois. Cette échelle est également généralement mise à l'écart par les études sur le sujet dû à sa faible corrélation avec les divers troubles de la personnalité.

Si l'on tente de regrouper les divers traits, il devient difficile de dégager un profil stable. Si l'on combine l'échelle N (névrose, émotivité négative) avec l'échelle A (agréabilité, personnes altruistes et sympathiques), nous obtenons un profil stable et fiable pour trois des quatre participantes. La combinaison de l'échelle N avec l'échelle E (extraversion, personnes sociables, énergiques, préférant les groupes) apporte une fiabilité de trois participantes sur quatre au temps 1, mais seulement de deux sur quatre au temps 2, ce qui compromet la stabilité de cet amalgame. La combinaison des échelles N, E et A diminue la fiabilité et la stabilité des profils.

Implications en clinique et en recherche

Les indices découlant des données du présent essai plaident pour une grande prudence dans l'entreprise d'identifier des indicateurs qui seront fiables et stables. Tant les traits associés à la théorie des cinq facteurs que les critères découlant du DSM présentent une certaine tendance à varier dans le temps, même s'ils sont demeurés à un niveau significatif.

Ces deux modèles sont-ils trop peu complexes pour rendre compte d'une réalité qui varie selon un grand nombre de facteurs? Est-ce que la rubrique diagnostique du trouble de la personnalité limite renferme plusieurs pathologies distinctes qui rendent difficile l'identification de facteurs communs stables? L'identification de critères plus justes permettrait de mieux conceptualiser ce genre de psychopathologie, aidant ainsi le clinicien à saisir davantage l'évolution de ce trouble et à mieux cibler ses interventions.

Forces et limites du présent essai

La présente étude est une des seules à comparer la stabilité dans le temps du diagnostic de trouble de la personnalité limite avec la théorie des cinq facteurs, ce qui en fait sa force principale. De plus, la sélection de l'échantillon a bénéficié d'un processus rigoureux afin de s'assurer que tous les individus participant à cette recherche présentaient bien un trouble de la personnalité limite.

La première limite à cette étude est le nombre de participants. Il s'agissait ici d'une recherche préliminaire et exploratoire portant sur un nombre restreint d'individus. Les présents résultats ne peuvent donc être généralisés à la population à l'étude compte tenu de la grosseur de l'échantillon.

Une deuxième limite est l'intervalle de temps entre les deux phases d'évaluation. Il serait souhaitable que d'autres études évaluent la stabilité du modèle des cinq facteurs sur des périodes de temps bien plus étendues.

Une troisième limite repose sur la représentativité de l'échantillon. La population de personnes présentant un trouble de la personnalité limite serait composée d'hommes à 25 %. L'échantillon du présent essai ne représente pas cette partie de la population compte tenu qu'aucun homme n'a participé à cette étude. Des recherches supplémentaires devraient inclure une part représentative d'hommes et de femmes.

Au final, il serait pertinent d'inclure des indicateurs pouvant estimer les dimensions intrapsychiques compte tenu que seuls les modèles catégoriel (DSM) et dimensionnel (cinq facteurs) ont été à l'étude dans cet essai. Ces dimensions rendraient compte des modèles d'inspiration psychanalytique et pourraient être comparées avec les deux autres modèles afin d'en éprouver la stabilité dans le temps.

Conclusion

L'objectif de cet essai était de comparer la stabilité des critères diagnostiques selon le DSM-IV-TR à ceux du modèle des cinq facteurs. Les indicateurs du PDQ-4 et l'échelle N (névrose) du NEO-PI-R se sont révélés des indices fiables et stables sur six mois. Toutefois, une variation des scores aux temps 1 et 2 laisse croire que ces éléments pourraient se révéler moins stables à plus long terme tel que le rapporte les études longitudinales. Ceci tend à remettre en question la stabilité des traits selon le modèle des cinq facteurs. Les rares études antérieures s'adressant à cette composante ne convergeaient pas, de nouvelles études apparaissent nécessaires couvrant des périodes, bien sûr, supérieures à six mois afin d'éprouver la stabilité de ce modèle.

D'autre part, la difficulté d'identifier un paireage de traits correspondant au trouble de la personnalité limite pourrait bien traduire l'hétérogénéité de cette rubrique diagnostique, hétérogénéité bien identifiée par les cliniciens et chercheurs et ayant conduit à l'élaboration d'une réforme de l'axe II du DSM (Hopwood et al., 2012). Dû à l'ajout du modèle de traits, des profils plus spécifiques seront possiblement identifiés afin d'affiner notre impression clinique des individus présentant une pathologie de la personnalité. Les recherches ultérieures s'adresseront certainement à cette composante.

La question de la stabilité des indicateurs de psychopathologie de la personnalité est une notion incontournable des 30 dernières années comme en témoigne la section de

ce présent essai portant sur les études longitudinales. Il est toutefois intéressant de constater que la majorité de ces études ont suivi la parution de la quatrième version du DSM qui présentait déjà la symptomatologie des troubles de la personnalité comme stable dans le temps. Les études subséquentes ont ébranlé ce concept. La cinquième version du DSM est parue en mai 2013 (version originale américaine). Un modèle dimensionnel, inspiré de la théorie des cinq facteurs, y est à l'étude (APA 2013). Cependant, peu d'études se sont penchées sur la stabilité de ces traits chez des personnes présentant une psychopathologie de la personnalité. Cet essai ouvre la porte sur cette question. À la lumière des données recueillies, soit une fluctuation des scores obtenus dans un intervalle de six mois, il n'est pas certain que le modèle des traits soit une conceptualisation qui sera plus stable dans le temps. Il apparaît impératif de conduire des études sur cet aspect qui auront pour but d'affiner notre compréhension de l'évolution des traits chez un ensemble d'individus. Ces recherches placeront possiblement l'emphase, d'une part, sur le besoin d'arriver à des discriminations plus fines sur le plan diagnostic et, d'autre part, d'ouvrir peut-être sur une conceptualisation davantage dynamique des troubles de la personnalité, c'est-à-dire une conceptualisation qui visera à suivre le « mouvement » des éléments en présence chez un individu.

Références

- American Psychiatric Association (APA). (2000). *DSM-IV-TR: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (3^e éd., texte révisé). Washington, DC.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5^e éd.). Washington, DC.
- Bagby, R. M., Costa, P. T., Widiger, T. A., Ryder, A. G., & Marshall, M. (2005). DSM-IV personality disorders and the five-factor model of personality: A multi-method examination of domain and facet level predictions. *European Journal of Personality*, 19, 307-324.
- Black, D. W., Baumgard, C. H., Bell, S. E., & Kao, C. (1996). Death rates in 71 men with antisocial personality disorder: A comparison with general population mortality. *Psychosomatics*, 37, 131-136.
- Bland, R. C., Orn, H., & Newman, S. C. (1988). Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta psychiatica Scandinavica*, 77(338), 24-32.
- Bulmer, M. (2003). *Francis Galton: A pioneer of heredity and biometry*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Castaneda, R., & Franco, H. (1985). Sex and ethnic distribution of borderline personality disorder in an inpatient sample. *The American Journal of Psychiatry*, 142(10), 1202-1203.
- Cattell, R. B. (1970). *Handbook for the sixteen personality factor questionnaire (16 pf)*. Champaign, III.: Institute for Personality and Ability Testing.
- Chabrol, H., Rousseau, A., Callahan, S., & Hyler, S. E. (2007). Frequency and structure of DSM-IV personality disorder traits in college students. *Personality and Individual Differences*, 43, 1767-1776.
- Clark, A. L. (1996). *SNAP: Schedule for nonadaptive and adaptive personality*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Clarkin, J. F., Hull, J. W., Cantor, J., & Sanderson, C. (1993). Borderline personality disorder and personality traits: A comparison of SCID-II BPD and NEO-PI. *Psychological Assessment*, 5(4), 472-476.

- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional Manual*. Odessa, Floride: Psychological Assesment Resources.
- Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, E., (2003). Personality disorders, prevalence, sociodemographic correlations, quality of life, dysfunction, and the question of continuity. *Persönlichkeitsstörungen*, 7, 189-198.
- Davison, S., & Taylor, P. J. (2001). Psychological distress and severity of personality disorder symptomatology in prisoners convicted of violent and sexual offences. *Psychology, Crime & Law*, 7, 263-273.
- De Fruyt, F., Van De Wiele, L., & Van Heeringen, C. (2000). Cloninger's psychobiological model of temperament and character and the five-factor model of personality. *Personality and individual differences*, 29, 441-452.
- Eysenck H., Eysenck, J., & Giulette S. B. (1969). *Personality structure and measurement*. (1^{re} éd.). San Diego California: R. R. Knap.
- Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Stout, R. L., Bender, D. S., ... & McGlashan, T. H. (2007). Longitudinal diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: A 2-years prospective study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(6), 357-362.
- Gunderson, J. G., & Singer, M. T. (1975). Defining borderline patients: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 123, 1-10.
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., ... & Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry* 68(8), 827-837.
- Ha, K. S., Kim, S. J., Yune, S. K., Kim, J. H., Hwang, J. W., Lee, N. Y., ... & In, K. L. (2004). Three year follow up of women with and without borderline personality disorder: Development of Cloninger's character in adolescence. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 42-47.
- Hopwood, C. J., Newman, M. B., Donnellan, M. B., Markowitz, J. C., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., ... & Morey, L. C. (2009). The stability of personality traits in individuals with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(4), 806-815.

- Hopwood, C. J., Thomas, K. M., Markon, K. E., Wright, A. G., & Kruger, R. F. (2012). DSM-5 personality traits and DSM-IV personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 121*(2), 424-432.
- Hopwood, C. J., & Zanarini, M. C. (2010). Five-factor trait instability in borderline relative to other personality disorders. *Journal of Personality Disorder, 1*(1), 58-66.
- Hyler, S. E. (1994). *Personality diagnostic questionnaire*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2006). *Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada, 2003-2004*. Ottawa, Canada : ICIS.
- Karaklic, D., & Bungener, C. (2010). Évolution de trouble de la personnalité borderline : revue de la littérature. *L'encéphale, 36*, 373-379.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson inc.
- Kernberg, O. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New York: Yale University Press.
- Kernberg, O. (1995). *La thérapie psychodynamique des personnalités limites*. France : Presses universitaires de France.
- Kuehn, M. (2001). *Kant a biography*. New York: Cambridge University Press.
- Lenzenweger, M. F. (2006). The longitudinal study of personality disorders: History, design considerations, and initial findings. *Journal of Personality Disorders, 20*(6), 645-670.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2006). *Personality in adulthood: A five-factor theory perspective*. New York: Gilford Press.
- McGlashan, T. H. (1986). The chestnut lodge follow-up study III. Long-term outcome of borderline personalities. *Archives of General Psychiatry, 43*, 20-30.
- Miller, S. D., & Duncan, B. L. (2001). *Pour en finir avec Babel : À la recherche d'un langage unificateur*. St-Hyacinthe : Edisem.
- Miller, J. D., Reynolds, S. K., & Pilkonis, P. A. (2004). The validity of the five-factor model prototypes for personality disorders in two clinical samples. *Psychological Assessment, 29*(3), 310-322.

- Modestin, J., & Villiger, C. (1989). Follow-up study on borderline versus nonborderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 30(3), 236-244.
- Offord, D. R., Boyle, M. H., Campbell, D., Goering, P., Lin, E., Wong, M., & Racine, Y. A. (1996). One-year prevalence of psychiatric disorder in ontarians 15 to 64 years of age. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 559-563.
- Paris, J., Brown, R., & Nowlis, D. (1987). Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Comprehensive Psychiatry*, 28(6), 530-535.
- Paris, J., Nowlis, D., & Brown, R. (1988). Developmental factors in the outcome of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 29(2), 147-150.
- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 482-487.
- Rolland, J. P., Parker, W. D., & Stumpf, H. (1998). A Psychometric Examination of the French Translation of the NEO-PI-R and NEO-FFI. *Journal of Personality Assessment*, 71(2), 269-291.
- Santé Canada. (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa, Canada : Catalogue canadien des données sur les publications.
- Senol, S., Dereboy, C., & Yüksel, N. (1997). Borderline disorder in Turkey: A 2 to 4 year follow-up. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 109-112.
- Soto, J. C., & John, O. P. (2012). Development of Big Five Domains and Facets in Adulthood: Mean-level age trends and broadly versus narrowly acting mechanisms. *Journal of Personality*, 80(4), 881-914.
- Spitzer, R. L., Endicot, J., & Gibbon, M. (1979). Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 36, 17-24.
- Stefoff, R. (1996). *Charles Darwin and the evolution revolution*. New York: Oxford University Press.
- Tavris, C., & Wade, C. (1999). *Introduction à la psychologie : les grandes perspectives* (2^e éd.). Bruxelles : De Boeck Université.
- Trull, T. J. (1992). DSM-III-R Personality disorders and the five-factor model of personality: An empirical comparison. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3), 553-560.

- Verardi, S., Nicastro, R., McQuillan, A., Keizer, I., Rossier, R. (2008). The personality profile of borderline personality disordered patients using the five-factor model of personality. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 8*(2), 451-464.
- Widiger, T. A., & Costa, P. T. (2013). *Personality disorders and the five-factor model of personality* (3^e éd.). Washington, DC: American psychological association.
- Widiger, T. A., & Trull, T. J., (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist, 62*(2), 71-83.
- Wortman, J., Lucas, R. E., & Donnellan, M. B. (2012). Stability and change in the big five personality domains: Evidence from a longitudinal study of Australians. *Psychology and Aging, 27*(4), 867-874.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2005). The McLean Study of Adult Development (MSAD): Overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *Journal of Personality Disorders, 19*(5), 505-523.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 163*(5), 827-832.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 160*(2), 274-283.
- Zweig-Frank, H., & Paris, J. (1995). The five-factor model of personality in borderline ad nonborderline personality disorders. *Canadian Journal of Psychiatry, 40*, 523-526.