

Année 2022/2023

**Thèse pour le**  
**DOCTORAT en MEDECINE**

**Diplôme d'État par**

**Justine COUSIN**

Née le 14/02/1993 à Vénissieux (69)

**Alix RICHARD**

Née le 03/08/1994 à Blois (41)

**Faisabilité et acceptabilité d'un groupe  
d'entraînement à la métacognition chez des  
adolescents présentant des traits de personnalité  
émotionnellement labile émergents.**

Présentée et soutenue publiquement le 13 octobre 2023 devant un jury composé de :

Présidente du jury : Professeur Frédérique BONNET-BRILHAULT, Physiologie,  
Faculté de Médecine Tours

Membres jury : Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie adulte, Faculté de Médecine  
Tours  
Docteur Xavier ANGIBAULT, Pédiopsychiatrie, PH, CH – Chinon  
Docteur Jérôme GRAUX, Psychiatrie adulte, PH, CHU – Tours

Directeurs de thèse : Docteur Chrystèle BODIER, Pédiopsychiatrie, PH, CHU – Tours  
Docteur Ugo FERRER CATALA, Pédiopsychiatrie, PH, CHU – Tours

UNIVERSITE DE TOURS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

**Pr Patrice DIOT**

**VICE-DOYEN**

Pr Henri MARRET

**ASSESEURS**

Pr Denis ANGOULVANT, Pédagogie  
Pr Mathias BUCHLER, Relations internationales  
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, Moyens - relations avec l'Université  
Pr Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale  
Pr François MAILLOT, Formation Médicale Continue  
Pr Patrick VOURC'H, Recherche

**RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**

Mme Carole ACCOLAS

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

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

**PROFESSEURS EMERITES**

Pr Daniel ALISON  
Pr Gilles BODY  
Pr Philippe COLOMBAT  
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL  
Pr Luc FAVARD  
Pr Bernard FOUQUET  
Pr Yves GRUEL  
Pr Gérard LORETTE  
Pr Loïc VAILLANT

**PROFESSEURS HONORAIRES**

P. ANTHONIOZ - P. ARBEILLE - A. AUDURIER - A. AUTRET - C. BARTHELEMY - J.L. BAULIEU - C. BERGER - JC. BESNARD - P. BEUTTER - C. BONNARD - P. BONNET - P. BOUGNOUX - P. BURDIN - L. CASTELLANI - J. CHANDENIER - A. CHANTEPIE - B. CHARBONNIER - P. CHOUTET - T. CONSTANS - C. COUET - L. DE LA LANDE DE CALAN - P. DUMONT - J.P. FAUCHIER - F. FETISSOF - J. FUSCIARDI - P. GAILLARD - G. GINIES - D. GOGA - A. GOUDEAU - J.L. GUILMOT - O. HAILLOT - N. HUTEN - M. JAN - J.P. LAMAGNERE - F. LAMISSE - Y. LANSON - O. LE FLOCH - Y. LEBRANCHU - E. LECA - P. LECOMTE - AM. LEHR-DRYLEWICZ - E. LEMARIE - G. LEROY - M. MARCHAND - C. MAURAGE - C. MERCIER - J. MOLINE - C. MORAIN - J.P. MUH - J. MURAT - H. NIVET - D. PERROTIN - L. POURCELOT - R. QUENTIN - P. RAYNAUD - D. RICHARD-LENOBLE - A. ROBIER - J.C. ROLLAND - P. ROSSET - D. ROYERE - A. SAINDELLE - E. SALIBA - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - D. SIRINELLI - J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique .....	Cardiologie
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle .....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora .....	Pharmacologie clinique
BERHOUET Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne .....	Cardiologie
BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle .....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique .....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent .....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès .....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe .....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas .....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe .....	Anatomie
DI GUISTO Caroline .....	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan .....	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent .....	Cardiologie
FOUGERE Bertrand .....	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe .....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice .....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier .....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis .....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice .....	Physiologie
LABARTHE François .....	Pédiatrie
LAFON Marc .....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie

LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude .....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent .....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François .....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain .....	Pneumologie
MARRET Henri .....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel .....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent .....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine .....	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIÈRE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa .....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna .....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric .....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck .....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte .....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess .....	Neurochirurgie

## **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

---

DIBAO-DINA Clarisse  
LEBEAU Jean-Pierre

## **PROFESSEURS ASSOCIES**

---

MALLET Donatien.....Soins palliatifs

## **PROFESSEUR CERTIFIE DU 2<sup>ND</sup> DEGRE**

---

MC CARTHY Catherine.....Anglais

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

---

AUDEMARD-VERGER Alexandra .....	Médecine interne
BISSON Arnaud .....	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul .....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo .....	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas .....	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane .....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas .....	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
HOARAU Cyrille .....	Immunologie
KERVARREC Thibault .....	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie .....	Dermatologie
LEFORT Bruno .....	Pédiatrie
LEJEUNE Julien .....	Hématologie, transfusion
LEMAIGNEN Adrien .....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine .....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas .....	Médecine d'urgence
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme .....	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie .....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl .....	Bactériologie
TERNANT David .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline .....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

---

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLUO Antonine .....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile .....	Médecine Générale

## **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES**

---

AUMARECHAL Alain .....	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle .....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
LAMARRE Valérie.....	Médecine Générale
LE GALLOU Laurence .....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime .....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

## **CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE**

---

BECKER Jérôme.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253  
BOUAKAZ Ayache .....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253  
BOUTIN Hervé.....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253  
BRIARD Benoit.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100  
CHALON Sylvie .....Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253  
DE ROCQUIGNY Hugues .....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259  
ESCOFFRE Jean-Michel.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253  
GILOT Philippe.....Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282  
GOMOT Marie.....Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253  
GOUILLEUX Fabrice .....Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001  
GUEGUINOU Maxime.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069  
HEUZE-VOURCH Nathalie.....Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100  
KORKMAZ Brice.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100  
LATINUS Marianne.....Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253  
LAUMONNIER Frédéric .....Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253  
LE MERRER Julie .....Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253  
MAMMANO Fabrizio.....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259  
MEUNIER Jean-Christophe .....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259  
PAGET Christophe .....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100  
RAOUL William .....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069  
SECHER Thomas .....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100  
SI TAHAR Mustapha.....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100  
SUREAU Camille .....Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259  
TANTI Arnaud .....Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253  
WARDAK Claire.....Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

## **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

---

### *Pour l'éthique médicale*

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

### *Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale*

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

### *Pour l'orthophonie*

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste  
CLOUTOUR Nathalie.....Orthophoniste  
CORBINEAU Mathilde.....Orthophoniste  
EL AKIKI Carole .....Orthophoniste  
HARIVEL OUALLI Ingrid.....Orthophoniste  
IMBERT Mélanie .....Orthophoniste  
SIZARET Eva .....Orthophoniste

### *Pour l'orthoptie*

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

## Remerciements de Justine :

### A mon jury :

A Madame la **Professeure BONNET-BRILHAULT**,

*Veillez recevoir mes remerciements pour avoir accepté d'être la Présidente de notre jury. Merci pour votre accueil chaleureux dans votre service, la qualité de votre enseignement passionnant et votre exigence nous permettant de progresser constamment. Je vous remercie sincèrement pour votre accompagnement précieux et motivant dans notre parcours.*

*Soyez assurés de ma reconnaissance et de mon profond respect.*

A Monsieur le **Professeur CAMUS**,

*Veillez recevoir mes remerciements pour avoir accepté de juger ce travail et de nous apporter votre expertise. Merci de nous avoir soutenu au cours de notre internat.*

A Monsieur le Dr **GRAUX**,

*Veillez recevoir mes remerciements pour avoir accepté de faire partie de notre Jury. Merci pour la qualité de votre enseignement théorique et pratique, et pour les burgers aux gardes de Trousseaux.*

A Monsieur le Dr **ANGIBAUT, Xavier**,

*Je te remercie d'avoir accepté de juger notre travail et de nous apporter ton expertise. Je te remercie également pour ton soutien sans faille, pour ta confiance en mon travail et pour les moments de partages « pop culture » qui ont fait de mon semestre à ORESTE un bel avant-goût de ce qui m'attend professionnellement, ça va être un plaisir.*

A Madame la Dr **BODIER, Chrystèle**,

*Je te remercie d'avoir accepté d'être notre directrice de Thèse et pour ton accompagnement dans ce travail, j'ai passé de très bons moments à travailler avec toi. Merci de m'inspirer dans mon travail par ta rigueur et ta justesse professionnelle et personnelle.*

A Monsieur le Dr **FERRER-CATALA, Ugo**,

*Je te remercie d'avoir accepté d'être notre directeur de Thèse et pour ton accompagnement dans ce travail, quelle logique de t'avoir demandé après mon premier semestre de découverte de la pédopsychiatrie à tes côtés. Je te remercie pour ta perspicacité clinique, ton encadrement rassurant et ton soutien au cours de notre internat.*

### Aux professionnels qui ont accompagnés mon parcours :

A Monsieur le Dr **FILATRE, Marc**,

*Veillez recevoir mes remerciements pour votre accompagnement, votre humanisme et votre enseignement sur la macroscopie dans notre profession mais pas seulement. Je vous remercie pour votre grande disponibilité, votre accompagnement sans faille et votre soutien tout au long de notre stage. J'ai enfin trouvé une rive paisible.*

*Veillez trouver ici l'expression de mon respect et de toute mon estime.*

A Madame le Dr **MALVY, Joelle**,

*Je vous remercie pour vos transmissions et votre soutien.*

*Nous n'oublions jamais ce thé partagé (et tous les autres ^^) en ce mois de décembre 2021 sans lequel cette thèse n'aurait pas vu le jour. Merci.*

*Merci **Aurore** pour ta participation passionnée et passionnante dans notre travail. Ça a été un plaisir de te rencontrer à la CPU ado autant sur le plan professionnel que personnel. Merci pour ton dynamisme ta bonne humeur, ton enseignement et toutes tes anecdotes. Attention au loup quand même.*

*Merci **Florence** pour ton regard clinique et ta rigueur dans ton travail, quel plaisir que de t'avoir rencontré et pas que dans le travail ! The best ;-)*

A Madame le Dr HOUY DURAND, **Emmanuelle**,

Je te remercie pour ton éclairage clinique, ta disponibilité sans faille et les bons moments partagés au self pour les déjeuners de notre semestre !

A Monsieur le Dr GARGOT, **Thomas**,

Je te remercie pour m'avoir appris à lire, merci pour ta disponibilité et ton aide.

A Monsieur le Pr SPERENZA,

Veuillez recevoir mes remerciements pour vos conseils lors de la constitution de notre protocole, vos encouragements et votre soutien. Soyez assuré de notre reconnaissance et notre respect.

A Monsieur et Madame les Dr FONTAINE et Dr ROUSSEAU, **Antoine, Alice**,

Je vous remercie pour votre lecture riche, tendre et poétique de ce métier qui a donné beaucoup de sens à ma formation. Merci pour cette ouverture d'esprit, pour vos idées sans cesse en cours d'innovation alors que celles-ci puisent pourtant leurs origines depuis le XXème siècle auprès du Dr Gardois, le Dr Maurice OLIVIER. Merci pour votre inspiration.

Merci **Sophie** pour ton dévouement, pour tes jus pressés et les potins les lendemains de nos premières gardes d'interne. Merci d'avoir été là pour nous.

Merci à tous les Médecins et professionnels qui m'ont accompagné dans mon internat et avec qui j'ai passé de bons moments,

Le Dr VAGAPOFF, le Dr FEKI, le Dr HERMELIN, l'équipe des urgences psychiatriques de Trousseau, l'équipe de liaison de Clocheville, **Agnès, Olivier, Valérie**, le Dr GATEAU, le Dr AUFRAY, le Dr GUIDOTTI, le Dr GLORIOSO, le Dr DESFRESNE, l'équipe du CRA, à cette équipe de la CPU ado qui nous a marqué au fer mais qui laisse un beau souvenir inoubliable, **Gilles**, Dr RICHARD, Dr PIERRE LE SEA'CH, le Dr LENOIR, l'équipe du centre ORESTE, l'équipe de Saumery, Monsieur Saucourt, l'équipe du groupe B-MCT du CMP de la Chevalerie, **Catherine** et **Cindy**, pour votre aide dans l'organisation de ce projet. Merci **Marc** pour nos statistiques.

Il était une fois, au carré du roi :

Merci **Laurine** et **Laura**,

Là où tout a commencé... Je me souviens de cet appel Lolo il y a 10 ans m'annonçant que j'étais dans le numerus clausus. Quel chemin parcouru, foyer, PACES, redoublement, voyages, mariage, Castex, et autre...^^ je savoure chacune de nos retrouvailles précieuses. Vous êtes plus rayonnantes que jamais, je vous aime fort. Sans oublier **Guigui** ! <3

Merci **Laetitia** et **Gaby** qui ont fait partie de cette aventure au carré du roi.

Merci les Nîmois qui font chaud au cœur :

*Les vieux*

**Julien**, 10 ans que l'on partage nos vies, 10 ans de souvenirs inlistables, notre amitié est comme un bon vin qui s'affine, tu es le n+1 ou le frère de la famille que j'ai choisi à défaut de nomination pour les « liens d'amitié ». Et avec qui je compte bien avancer ;-) Ne change rien <3.

**So**, merci pour notre belle amitié, on a vécu tellement de choses, merci d'avoir été là pour les plus beaux moments et les moins beaux. Tu as toujours été là. Toujours le mot juste.

Merci de mettre mon surmoi au placard, tu feras une psychiatre incroyable en plus d'être déjà une meuf incroyable.

**Simon**, mon Simon, merci pour tous ces innombrables moments de fous passés ensemble chaque instant avec toi est une aventure, une symbiologie en constant remaniement qui retombe toujours à un état d'équilibre sans jamais n'avoir rien anticipé. Je suis très heureuse d'avoir croisé ton chemin, pas celui de tes bagnoles ! ^^

**Carla**, Carlos, tu m'avais caché tes talents artistiques lorsque nous avons décoré notre premier appart...^^ Tu es inspirante, créative et humaine, tel que ton super mec **Geoffroy**, vous êtes géniaux, je suis ravie que la distance n'ait rien abimé.

**Ludo, Hélène** merci pour tous les innombrables et inoubliables moments partagés en terre nîmoise Ludo et vos visites en Touraine. La chaleur du sud se retrouve en chaque moment passé ensemble, toujours autour de bons mets et vins.

**Max**, pense à rallumer ton téléphone.

**Flo**, mon binôme de ronéo, merci pour cette P2 épique et ton amitié.

**Laura**, merci pour ta sociabilité, ta bonne humeur, j'admire ta persévérance, tu feras une chirurgienne talentueuse !

**Neel, Marc, Rémi**, merci les gars pour les soirées passées ensemble qui sont toujours des aventures fantastiques !

#### *Les moins vieux*

**Babeth, Antoine**, merci pour votre bonne Ambiance, votre peps qui réunit, fait un cocktail pétillant et inspirant, vous êtes des personnes merveilleuses ; **Ade**, merci pour tous les moments passés dans nos apparts à Nîmes, ton exigence et tes talents culinaires. Quelle équipe redoutable qui ne recule pas devant quelques bouches à nourrir ; **Manon**, merci pour ta force, ta capacité à gérer tout avec brio et tes racines <3 merci pour cette douce soirée passé chez tes parents après les ECN ; **Geogeo**, merci pour ta finesse, ta loyauté et ton goût pour les plaisirs de la table. Bien joué, Émilie est super ; **Jadou**, merci pour ta gentillesse, ta fidélité et bonne humeur constante ; **Aymeric** merci pour ton humour, ta bonne ambiance et tes bons conseils, tes très bons conseils qui m'ont permis d'en arriver là ; **Roman**, merci pour ton sens de l'accueil et ton intelligence.

**Léa, Elea, Elise**, merci pour votre peps, les escaliers des lamentations, le rasage de tête, merci pour les moments forts des stages, révisions, les barbecues, soirées rock and roll, brainstorming à la maison carré et j'en passe.

Merci à **Jeff, Charles, Valou, Lionel, Quentin, Jean, Tarik, Clio, Dima, Jules, Mathieu, Galien, Manon** (on peut dire ça ? ^^) et tous les Nîmois que je n'ai pas pu citer, et les Montpellierains quand même (**Valentin, Clémentine** et **Abdel** ;-)).

#### Merci system 11 :

Ma **Lisouille**, merci pour ton courage, ton franc parler et tous les moments et voyages de dingues passés ensemble. Tu es une meuf incroyable ! <3

Ma **Prêlou** et mon **Sisi**, je vous mets ensemble malgré le fait que je vous porte à chacun une affection bien particulière, vous êtes des personnes incroyables que je suis très heureuse d'avoir rencontrés. Merci pour tous les voyages et nos discussions à refaire le monde.

Mon **Jojo**, merci pour l'orga de toutes ces années de ski, ta bonne humeur et ton fromage. Merci pour la course poursuite avec les rhinocéros, le rallye au Parc de Chobe et les omelettes directes dans le coffre ! Lâche rien mon Jojo. <3

Merci à tout system 11 pour cette aventure incroyable qui m'a fait respirer pendant mon externat, **Coco, Arthur, Vincent, Cyprien, Marine, Aude, Marine, Daisy, Dadou, Jules, Piglou, Alex, Noukette** et le petit **Émile**, la famille s'agrandie !! ☺ Vous êtes au top !

#### Merci à la coloc :

Merci Alix, non pas tout de suite.

Merci **Nemo**, Jack pour toutes ces activités avant-gardistes partagées ensemble, d'intoxication nicotinique intensive pour prévenir du covid en 2020, de dégustation de mollusques avariés avant la Loire à vélo pour plus de challenge, le snowboarding dans une panier à linge pour plus de carving, la lecture de livres incompréhensibles pour plus de détention, euuh ... et j'en passe... Pussions encore partager toutes ces réflexions pertinentes cher confrère.

Merci **Elli**, mon Elli, tu as quitté ton pays pour découvrir le nôtre. Tu parles super bien le français, tu lis et comprends mieux la psychanalyse que moi (#encéphale^^), tu me conseilles des pièces de théâtre, tu voyages, tu danses tellement bien et tu n'as peur de rien, quelle inspiration ! Tu es rayonnante. Quel bonheur de t'avoir rencontré, vivement tes 30 ans en Grèce !

Merci **Chloé**, pour ta bonne humeur constante, ta gentillesse et ta fidélité. On a eu la chance de te rencontrer avant que tu ne rencontres ton grand amour, qui coupe super bien le mechoui, félicitations pour votre mariage.

Merci **Francis**, je ne sais pas où te caser entre la CUMP, la promo et la coloc alors j'ai choisi le plus absurde. Merci pour ta fiabilité et ta gentillesse malgré tout le mal que tu te donnes pour montre le strict opposé ^^ tout ça pour te faire punir par la maitresse ! Merci pour ton amitié... et ton renard...

Merci la promo qui s'est faite déplumer par la coloc^^ :

Merci **Paulo**, pour ta disponibilité, tes talents culinaires inégalables et ton humour pince sans rire. Je suis très contente de t'avoir rencontré ! Faut qu'on se fasse un cours de cuisine chez Gusto !

Merci **Marie**, t'es vraiment une super nana, Merci pour ton ouverture d'esprit, ton naturel et ta bienveillance. Merci pour ce bain vivifiant à Pornic !

Merci **Mathilde** pour ta franchise, ta rigueur et ta bonne humeur, hâte qu'on s'adresse des patients et qu'on fasse du bon travail. Bravo, Etienne est un excellent danseur !

Merci **Hardy, Max, Félix et Nicolas** pour votre bonne ambiance, c'est un plaisir de faire des verres de promos avec vous, faut pas perdre le rythme !

Merci à la CUMP que le covid aura permis de créer :

Merci **Hélène** pour ton intelligence, ton humour et tes revendications féministes. Merci pour cette virée mémorable et culturelle à Angoulême ! Merci de me faire confiance. Peut-être des GR avec Antoine ? ^^

Merci **Sarah** pour ton peps, ta bonne humeur constante et ta fiabilité. Merci pour ton soutien après un semestre pas facile. Toutes ces barres en réunions et avec les ados qui nous font ressortir nos souvenirs d'adolescentes oubliés... Merci pour le derby, ta cuisine, merci pour tous ces films partagés, c'est le début d'une grande aventure !

Merci **Aline, Aude, Amaury et PE** pour ces magnifiques moments de regroupements, ces deux week-ends de partage et de coupure ont été trop chouettes et je ne les oublierai jamais. Cela va continuer ! PE, merci pour les midis de soutien à Orléans...

Merci pour votre bonne humeur, votre capacité à nous réunir et bravo pour vos bouts d'choux !

Merci à la famille :

**Stéphane et Fabienne**, merci pour votre dévouement, votre bonne humeur et votre générosité sans faille. Merci pour tout ce que vous avez fait pour nous, pour moi. Vous êtes des beaux-parents extraordinaires. Puisse l'avenir nous permettre de poursuivre ces excellents moments familiaux autour de bons mets et vins, comme toujours.

**Théo**, mon Théo, merci pour ton inspiration et ta personnalité, tu es un mec génial, je ne pouvais pas rêver mieux comme beau-frère. Je t'apprécie encore plus à chaque fois que je te vois ! Ne change rien ! <3

Merci **Alain** pour ton coaching semestriel au restaurant chinois, grâce à toi on a presque gardé la tête dans le guidon toutes ces années d'études, dommage que je ne t'ai pas rencontré en P2, ça m'aurait peut-être évité de redoubler ! :p Merci **Marie** pour ta bonne humeur et ta franchise !

**Papi et Mamie** merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Je vous aime très très fort. Merci Mamie pour toutes pour ces bougies consumées veille de partiels et les prières à Ste Rita.

**Mamie Geneviève**, merci de m'avoir fait goûter aux bons films, au scrapbooking et aux beaux vêtements.

### **Papa et maman**

Psychiatre... Cette profession est le fruit de vos transmissions qu'en dites-vous ? Entre folie des grandeurs et humanité, me voilà épanouie dans ce travail qui commence ! Merci pour votre accompagnement sans faille pendant toutes ces années, votre soutien inconditionnel m'a permis d'aller jusqu'au bout. Merci d'avoir *toujours* été là. Entre allés retours chez les bonnes sœurs à des heures improbables, récits des voies métaboliques, projections de Fischer avec crayons de couleurs, petits plats réconfortants, convoi exceptionnel au concours et j'en passe.

Merci, merci, je ne vous dirai jamais assez merci. Je vous aime.

**Pascale**, merci pour ton soutien fort pendant ces études, même de loin, merci aussi à **Domi** et toute la famille de Tahiti et de la boîte à clous !

**Clément**, merci de m'avoir fait exister autrement qu'à travers du travail pendant ces longues années d'études. Merci pour tout ce que l'on a vécu ensemble, j'ai vécu les plus belles années de ma vie avec toi. Merci pour ta profonde gentillesse, ton intelligence et ton soutien. Puisse le destin me faire avoir d'autres cheveux blancs à tes côtés, imputable au travail bien sûr ! ^^ Je t'aime.

A ma sœur, **Albane**, mille mercis pour ces années de C2i intensif ! Passer en repêche 3 fois chaque niveau ne m'a toujours pas permis d'être autonome... Mais surtout, merci pour tes clowneries, ta musique et ton dynamisme dans les grands moments de dark sides de ces études.

Merci pour ton peps, ta force, ta maturité, ta personnalité qui m'inspire, merci d'être toi. Je t'aime fort.

Interdiction de toucher à la sono ce soir. ^^ Trop contente que tu aies rencontré Laura, elle est super !

Pour finir,

A ma cointerne, copine, coloc, co-thésarde, coordinatrice de mon anxiété, conseillère. **Alix**, ça a été un plaisir de réaliser ce travail avec toi, merci pour ton efficacité, ta rigueur et ton exigence. Tu es brillante. Merci pour les fous rires, le vélo, le canoë, les soirées, les voyages et tout ce que l'on a.. déjà vécu, merci d'avoir pris soins de moi pendant l'internat, il n'aurait pas été le même sans toi. Tu es la chaleur de cette belle région où le soleil manque cruellement ! Et on se fait d'ailleurs trois bises ;-) Félicitations Doc' !

Merci à tes parents, **Nicole**, **Daniel**, pour la relecture de la thèse et cette soirée très sympa dans les Cévennes ! ;-)

## Remerciements d'Alix :

### Aux membres du jury

A Madame la **Professeure Frédérique Bonnet-Brilhault,**

*Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de présider le jury de cette thèse.*

*Je vous remercie pour la passion et la pédagogie avec lesquelles vous transmettez votre enseignement ainsi que pour votre accompagnement et votre disponibilité tout au long de cet internat. Vous êtes source d'inspiration pour ma future pratique de la pédopsychiatrie.*

A Monsieur le **Professeur Vincent Camus,**

*Je vous remercie pour votre enseignement durant mon internat et d'avoir accepté de nous faire bénéficier de votre expertise pour juger ce travail de thèse.*

A Madame la **Docteure Chrystèle Bodier,**

*Je te remercie pour ta bienveillance, ton écoute, ton soutien et cette confiance constante en notre travail. Au-delà de la thèse, je te remercie pour l'accueil rassurant dont tu as su faire preuve lors de mon premier semestre à Clocheville, qui m'a permis de prendre confiance et de pouvoir faire mes premiers pas en tant qu'interne dans un climat serein.*

A Monsieur le **Docteur Ugo Ferrer Catala,**

*Je te remercie tout d'abord pour ton accompagnement dans ce travail.*

*Et je te remercie également de m'avoir permis de découvrir la pédopsychiatrie en me faisant bénéficier de ton regard clinique, toujours dans la bonne humeur. Merci de m'avoir soutenue et forcée à partir à l'heure !*

*Tu auras finalement réussi à dévier ma trajectoire de la psychiatrie légale vers la pédopsychiatrie et je t'en suis reconnaissante.*

A Monsieur le **Docteur Xavier Angibault,**

*Je te remercie d'avoir accepté de nous faire bénéficier de ton expertise chez les adolescents pour juger ce travail de thèse, ainsi que pour tes mots d'encouragements réguliers.*

*Et surtout pour ton soutien et ta bienveillance, notamment durant notre stage de l'été dernier.*

A Monsieur le **Docteur Jérôme Graux,**

*Tout d'abord je vous remercie d'avoir accepté de nous faire bénéficier de votre expertise pour juger ce travail de thèse.*

*Et je vous remercie de nous avoir spontanément parlé du programme que vous aviez mis en place à La Chevalerie et de nous avoir proposé de venir le découvrir.*

*Vos conseils nous ont été précieux pour la conduite de cette étude.*

## Aux personnes qui nous ont aidé dans ce travail

Tout d'abord à **Aurore**, pour avoir d'emblée accepté de nous suivre dans ce projet fou. Merci pour ta motivation constante, pour la disponibilité dont tu as fait preuve, ton coaching régulier et tes conseils de cinéphile avertie ! Tu n'imagines pas à quel point ta présence dans ce groupe nous a rassuré.

Merci au **Professeur Mario Speranza** pour vos précieux conseils qui nous ont permis d'affiner notre réflexion autour de ce groupe thérapeutique.

Merci à l'**équipe de La Chevalerie** pour votre accueil chaleureux et votre partage d'expérience quand nous construisions notre projet.

Merci aux secrétaires du CMP de Clocheville, **Catherine et Cindy**, pour votre aide et votre réactivité pour nous aider dans l'organisation de ce projet.

A **Marc**, merci pour ton aide sur les statistiques de cette thèse, sans toi les résultats auraient été beaucoup moins clairs !

A **Albane**, pour avoir gardé ton sens de l'humour malgré les re-re-re-remises en page. MERCI !

Aux parents de Justine, **Christelle et Patrick**, pour votre soutien et cette soirée partagée à Huisseau, qui nous a permis une pause plus qu'appréciée durant la rédaction !

Et surtout **aux patients** qui nous ont permis de réaliser ce travail, ainsi qu'à tous les autres croisés durant mon internat, pour ce qu'ils m'ont appris et m'apprendront encore, et qui donnent un sens à ce que nous faisons.

## Aux personnes qui m'ont accompagnée pendant mon internat

Au **Docteur Sarah Laborderie**, pour t'être montrée si inspirante et avoir fait naître en moi la vocation de la psychiatrie durant mon externat.

Au **Docteur Pierre-Guillaume Barbe**, pour avoir confirmé ce choix lors de mon stage de FFI dans ton service, et m'avoir marqué par la justesse des mots que tu employais en entretien.

A toute l'**équipe de pédopsychiatrie de liaison de Clocheville**, pour votre accueil durant mon premier semestre et la transmission de vos connaissances avec bienveillance et humour.

Je vous remercie également pour nous avoir soutenues dans ce projet de thèse.

Un remerciement particulier à **Agnès**, pour ton enthousiasme et tes remarques pertinentes qui nous ont permis d'affiner nos questionnaires et surtout...de ne pas les perdre !

Au **Docteur Marco Guidotti**, merci d'avoir été un chef de clinique rassurant et à l'écoute durant mon premier semestre.

Au **Docteur Joëlle Malvy**, je vous remercie pour votre enseignement, la richesse clinique de vos conseils et votre disponibilité quand j'en ai eu besoin. Et surtout, merci de nous avoir si bien écoutées en cette soirée d'hiver dans le bureau des internes, et d'avoir concrétisé notre projet de thèse flou en quelques minutes et une idée lumineuse ! Sans vous, nous serions probablement encore en train de chercher...

Au **Docteur Houy-Durand**, merci pour les bons moments qu'étaient les repas à l'internat de Bretonneau et la transmission de vos analyses cliniques.

Au **Docteur Thomas Gargot**, merci pour tes mails et tes articles réguliers, ainsi que tes propositions de congrès, ils ont été une bonne source de motivation.

Au **Docteur Marc Filatre**, merci pour votre accompagnement si bienveillant et riche, juste dosage entre autonomie et pédagogie. Vous m'avez permis d'ouvrir mes horizons dans la vision systémique de notre métier et surtout dans la conduite des entretiens...quelle aventure !

A **Florence**, merci pour la fluidité de nos entretiens partagés, pour cette vision commune de nos métiers et ton écoute bienveillante avec moi durant ce stage à la CPU adolescents. Ton calme et ton enseignement durant les moments de tempête m'ont été précieux, et je ne les oublierai pas pour la suite. C'était un réel plaisir de travailler avec toi.

A **l'équipe de la CPU adolescents**, merci pour ces six mois de formation intensive, que je n'oublierai certainement pas !

Au **Docteur Antoine Fontaine** et au **Docteur Alice Rousseau**, merci d'avoir partagé votre vision de la psychiatrie avec autant de passion. Et merci de tous ces entretiens, à mi-chemin entre poésie et psychiatrie, qui m'ont offert un éclairage nouveau pour ma future pratique.

A tous les autres médecins et équipes qui m'ont formée durant ces cinq années : au **Docteur Langlet**, au **Docteur Guillard**, au **Docteur Leroux**, au **Docteur Houstin**, au **Docteur Hermelin**, au **Docteur Joly**, au **Docteur Gateau**, au **Docteur Glorioso**, au **Docteur Auffret**, au **Docteur Richard** et au **Docteur Vagapoff**.

Ainsi qu'aux **équipes du CRA**, de **l'hôpital de jour de Bretonneau**, des **P'tits Loups**, à **l'équipe de l'UHSA Daumezon** et à celles des **urgences de Fleury-les-Aubrais et de Tours**.

Et surtout à **Sophie**, pour toutes tes petites attentions, qui ont adouci notre quotidien et nos lendemains de garde à Daumezon.

## A ma famille

A mes **parents**, merci pour tout tout tout, merci pour votre soutien dans les bons et les mauvais moments et merci pour votre présence sans faille. Sans vous (et vos petits plats en première année !) rien de tout cela n'aurait été possible. La jeune pédopsychiatre que je deviens ne peut qu'être reconnaissante de l'enfance heureuse que vous m'avez offerte.

**Maman**, merci pour ta relecture, aussi exigeante et juste qu'à ton habitude. Merci de m'avoir transmis ce goût d'apprendre, ta détermination et ton intelligence humaine. Et d'avoir toujours su le faire avec amour.

**Papa**, merci d'avoir toujours cru en moi avec cette force tranquille que je te connais bien. Je n'oublierai jamais ton « *ben oui je le savais moi* », lorsque je t'ai annoncé que j'avais eu mon concours de PACES. Cette confiance que tu as sue me donner m'est précieuse et je vais tenter de la garder comme philosophie pour la suite.

Je vous aime et je suis fière de vous.

A ma grande-sœur, **Gabrie**, merci d'avoir pris le temps d'apprendre des mots d'anglais à la petite fille que j'étais alors que tu révisais ton bac, pour les nuits à m'endormir dans ta chambre, à chanter avec de faux micros, pour ton « *oh bah minou* » qui m'a plus d'une fois réconfortée et surtout pour ton soutien et ton amour constants.

A mon grand-frère, **Bertrand**, merci de m'avoir laissée envahir ton lit quand j'étais petite alors que tu étais déjà un adolescent qui aurait pu vouloir être tranquille, pour les moments passés chez vous et surtout merci sincèrement pour tes mots si réconfortants au téléphone, un soir d'hiver, qui m'ont permis de me relever.

A **Fabrice**, merci d'avoir accepté Harry Potter et Tokyo Hôtel sans broncher (ou presque !) et d'être devenu mon deuxième grand-frère.

A **Tiffany**, merci d'avoir su te montrer à l'écoute dans les moments difficiles et d'être devenue ma deuxième grande-sœur.

Merci à mes neveux et nièces, **Romy, Titouan, Léonie, Ennio** et **Simon**, d'être ce qu'ils sont et de faire de moi une « *tataaaaa* » comblée.

A ceux qui ne sont pas dans cet amphithéâtre aujourd'hui, mais qui le sont quand même un peu.

A **ma grand-mère**, à **Jean-Charles**, à **Madame Robert**, à **mon grand-père**, merci d'avoir permis à la petite fille que j'étais de me construire dans ce climat d'amour et d'humanité. Vous me manquez beaucoup.

A **Mamie**, ainsi qu'à **mes oncles et tantes** et à **mes cousins et cousines**, pour leur soutien et avoir autant gâtée la petite dernière que j'étais (et que je suis toujours un peu restée !).

A **Christiane**, qui vit toujours en nous.

A **Jean et Josette**, pour les week-ends de balade, le ski, leur soutien et leur sens aigu de la pédagogie institutionnelle, dont je comprends aujourd'hui à quel point il m'a été précieux.

A **Edith et Jean-Louis**, pour leur soutien et leur façon d'enrichir mes lectures.

Et enfin à **Francis**,

Merci pour ta relecture et tes remarques sur ce travail, qui se recoupe finalement si bien avec le tien !

Merci pour ta patience, ton calme en toute circonstance, ton humour, ton soutien et ton sens aigu de la répartie. Tu n'imagines pas à quel point ils me sont devenus essentiels.

Merci pour notre quotidien. Et merci d'avoir su bouleverser mes certitudes.

Je t'aime.

## A mes amis

A **Juliette**, mon amie de toujours, merci pour tout ! A tous nos souvenirs, vieux et moins vieux et à la suite, que je sais déjà longue.

Aux **Monts, mes petites pincés préférées**, pour votre amitié indéfectible depuis bientôt 15 ans, sans laquelle ces années auraient été bien plus dures.

A **Claire**, pour ta présence, ton humour et ton soutien qui ont été si importants, et pour tous ces moments passés ensemble depuis si longtemps. J'ai déjà hâte que tu rentres à Tours...et cette fois j'aurai plus de thèse à écrire (normalement !). A **Justine**, pour ton soutien, ton écoute et tes p'tits mots...tu ne peux pas savoir à quel point ils ont pu être salvateurs pour moi. Tu seras une psychomotricienne formidable, tes patients ont de la chance ! A **Matoche**, pour ta compréhension et ton amitié même dans mes moments d'égarement les plus sévères. T'es vraiment une meuf au top et tu ne le sais pas assez ! A **Bubu**, pour ton soutien, toutes nos discussions et celles à venir. J'ai hâte que tu rentres (à Tours, c'est bien ça ?). A **Lou**, pour ton amitié qui, malgré les vagues du lycée, n'a pas changé depuis le primaire et m'est précieuse. A **Cam**, pour ton calme et ton humour en toute circonstance. A **Marty**, pincé ultime, merci pour ces séances de sport orléanaises et pour tout le reste. A **Ju**, pour ton amitié malgré la distance et nos appels annuels ! Vivement qu'on vienne te voir. A **Ben**, pour tes déclarations au petit matin qui font toujours aussi plaisir. A **Gwen**, pour ton style qui ne se discute plus ! A **Badia**, pour ces discussions jusqu'au bout de la nuit et pour le père Fouras ! A **Alexandre**, pour tes mots qui ont résonné si juste. Et à vous tous mes p'tits crabes, **Louise, Luce, Renaud, Morgane, Salomé, Didou, Loune, Paulo, Alexis, Maha, Manon, Christophe**.

A mes nanas de Thom-Thom, **Clem, Laureen** et (encore et toujours) toi ma **Claire**, merci pour ces deux années de folie (enfin plus la deuxième que la première) et cette amitié sans faille. Déjà 11 ans ! Et dire qu'on se demandait où on serait à 30 ans...

A **Bertille**, merci pour cet humour toujours aussi douteux mais qui me fait toujours autant rire ! Et surtout merci d'être l'amie que tu es, pour ta présence, pour tes râleries, pour tous ces appels, week-ends, vacances et les futur(e)s à venir. Surtout restes la même, t'es la best !

A **Céline**, pour tous ces moments d'externat partagés, ces soirées à discuter et toutes celles à venir.

A **Horty**, pour ces moments de l'externat à discuter sur le canapé et tous nos week-ends et vacances passés ensemble depuis.

A **Juliette**, pour ta présence malgré la distance et pour ce fameux printemps de Bourges !

A **Astrid**, pour ces longues discussions du coin de la rue post-sport. On n'aura rien lâché meuf ! Et à **Diane, Paul** et **Poupou**, pour notre club des 5 de la d4.

A **mes colocs préférés**, merci pour cette année au Manoir qui restera la plus belle de mon internat et pour tous ces moments sur notre super canapé, une affaire négociée avec succès ! Merci pour le vélo et le canoë et pour votre présence, dans les bons comme dans les mauvais moments.

A **Némo**, merci Jack d'avoir enrichi ma culture musicale avec si bon goût et d'avoir essayé de faire de moi une grimpeuse malgré mon incapacité à monter plus de deux prises ! Sans toi (et tes bruits de bouche douteux) rien n'aurait été pareil.

A mon **Elli**, ma co-interne, ma coloc, mon amie, merci pour toutes ces discussions, ces fous-rires, ta douceur, ta capacité à manier 3 langues à la fois, toutes les fringues que tu m'as prêtées...et surtout...merci pour ces « o $\Omega$  » qui me réchauffent toujours autant le cœur ! « *ELAPANAYIAMOU* » <3  
A **Clément**, merci de nous forcer à rester calme en toutes circonstances, pour ton sens aigu du timing, tes discussions philosophiques avec les chats, tes coupes de cheveux toujours parfaites et tes principes avec les croutons. Surtout ne change rien !

A **Chloé**, merci pour ton rire, tes histoires incroyables et pour ta participation au sapin de Noël ! Malgré la distance, rien ne change.

A **Marie**, pour ce semestre à Orléans, cette fameuse pâte à tartiner qui remonte le moral à coup sûr et à ces discussions qui vont toujours plus loin (surtout au coin du poêle) !

A **Mathilde**, pour cet internat passé ensemble, nos p'tits verres, les cours de sport et pour la suite.

A **ma promo, Paul** (après l'externat, l'internat !), **Hardy, Maximilien, Felix, Nicolas**, pour avoir constitué la meilleure promo de tous les temps et pour avoir fait preuve de tant de solidarité.

A la **CUMP**, pour votre accueil post-confinement. A **Hélène**, pour avoir accepté de continuer la Loire à vélo malgré mon vélo, pour avoir été une présidente de l'ATIPIC parfaite et pour le reste. A **Aude** et **Sarah**, pour votre accueil à Daumezon et vos bons conseils. A **Aline** pour ces semaines de co-internat et pour la suite. A **PE** pour m'avoir entraînée dans la forêt de Fleury-les-Aubrais, et à **Amaury** pour ses bons petits plats.

Et aux deux petites

A **Meriadec**, pour ta présence pendant notre semestre à la CPU ado et de m'avoir permis de doubler ma première garde à Daumezon, merci Doc !

Et enfin et surtout,

A **Justine**, ma Ju, ma co-thésarde, mon binôme d'internat, ma coloc, mon amie.

Merci pour tous ces moments forts en émotion, ces fous rires, ces imitations que tu fais à la perfection (ou presque !) et pour toutes ces références de films que je n'ai jamais.

Merci pour ton intelligence, ton sens du détail et ta détermination à aller au bout des choses qui sont source d'inspiration pour moi !

Merci pour ton soutien infaillible et ces regards qui suffisent.

Je suis chanceuse d'avoir croisé ta route (ils ne savent pas ce qu'ils ont raté à Clermont-Ferrand) !

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes

de cette Faculté,

de mes chers condisciples

et selon la tradition d'Hippocrate,

je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes  
Maîtres, je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre  
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs  
si j'y manque.

## Résumé

---

**Introduction** : Le trouble de la personnalité borderline (TPB) est un trouble fréquent dont la prévalence médiane est estimée autour de 10% à l'adolescence. Ceci entraîne une sollicitation fréquente des services de soin d'urgence par ces jeunes patients. Plusieurs modalités psychothérapeutiques ont prouvé leur efficacité dans la prise en charge de ce trouble et le programme d'entraînement métacognitif pour les patients avec TPB (B-MCT) de S. Moritz a démontré qu'il était faisable, acceptable et présentait une efficacité significative dans la prise en charge des patients adultes avec TPB.

**Objectifs** : Cette étude est une évaluation des pratiques professionnelles, prospective et monocentrique, ayant comme objectif principal d'explorer l'acceptabilité et la faisabilité de ce groupe d'entraînement aux habiletés métacognitives (B-MCT), adapté à une population de 6 adolescents présentant des traits de personnalité borderline émergents. L'objectif secondaire de cette étude consistait à évaluer l'évolution clinique des patients en ayant bénéficié.

**Matériel et méthodes** : Les adolescents auxquels le groupe a été proposé présentaient des traits de personnalité et un score élevé au BPQ lors d'une évaluation pédopsychiatrique aux urgences dans le cadre d'une tentative de suicide. L'acceptabilité et la faisabilité ont été évaluées par le taux d'attrition, l'auto-questionnaire de satisfaction CSQ-8 et qualitativement. L'évolution de la symptomatologie a été mesurée par la passation d'auto-questionnaires (BPQ, YSR et WEMWBS), d'un hétéro-questionnaire à destination des parents (CBCL) et du taux de sollicitation des services d'urgence avant l'initiation du groupe, à la fin du groupe et à 3 mois de la fin du groupe, ainsi que par un questionnaire aux thérapeutes individuels des patients.

**Résultats** : L'acceptabilité et la faisabilité du groupe sont évaluées comme satisfaisantes par les patients et leur évolution clinique, bien que variable, est en faveur d'une amélioration psychique globale pour la majorité.

**Conclusion** : Ce mode d'accompagnement psychothérapeutique métacognitif groupal nous paraît prometteur dans la prise en charge de ces adolescents souffrant de traits de personnalité émotionnellement labile émergents. Ces résultats préliminaires sont encourageants mais des études complémentaires de validation de ce protocole adapté aux adolescents et sur un échantillon plus large avec groupe contrôle sont nécessaires pour en évaluer l'impact sur le plan clinique.

**Mots clés** : Trouble de personnalité borderline, Adolescent, Psychothérapie de groupe, Entraînement métacognitif

**Introduction:** Borderline Personality Disorder (BPD) is a common disorder with a median prevalence estimated around 10% during adolescence. It leads to frequent requests to the emergency departments by these young patients. Several psychotherapies have proven their effectiveness in the treatment of this disorder and the Borderline – Metacognitive Training for patients with BPD (B-MCT) by S. Moritz has demonstrated that it was feasible, acceptable and had significant effectiveness in the caring of adult patients with BPD.

**Aims:** This study is a prospective, single-center evaluation of professional practice, with the primary aim of exploring the acceptability and feasibility of the Borderline – MetaCognitive Training (B-MCT), adapted to a population of 6 adolescents with emerging borderline personality traits. The secondary objective of this study was to evaluate the clinical evolution of the patients who benefited from it.

**Material and methods:** The adolescents who attended this group had borderline personality traits and a high BPQ score during a child psychiatric assessment on the emergency department for a suicide attempt. Acceptability and feasibility were assessed by attrition rate, CSQ-8 satisfaction self-questionnaire and a qualitative evaluation. The evolution of symptomatology was measured by self-questionnaires (BPQ, YSR and WEMWBS), a hetero-questionnaire for parents (CBCL) and the rate of emergency services requests before the initiation of the group, at the end of the group and 3 months after the end of the group, as well as a questionnaire to the patient's individual therapists.

**Results:** Acceptability and feasibility of the group are evaluated as satisfactory by the patients, and their clinical evolution, although variable, is in favor of an overall psychological improvement for the majority of participants.

**Conclusion:** This group-based metacognitive psychotherapeutic approach seems promising for adolescents with emerging borderline personality traits. These preliminary results are encouraging, but further validation studies are needed to assess this protocol's adaptation to adolescents as well as its clinical impact, involving a larger sample with a control group.

**Key-words:** Borderline personality disorder, Adolescent, Group psychotherapy, Metacognitive training

## Table des matières

---

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>Aspects théoriques</b> .....	<b>3</b>
<b>I) Historique du trouble de personnalité borderline et du concept d'état limite</b> .....	<b>3</b>
<b>II) Phénoménologie du Trouble de la Personnalité Borderline : classifications et approche à l'adolescence</b> .....	<b>6</b>
A) Les définitions du Trouble de la Personnalité Borderline selon les classifications .....	6
B) Trouble de la Personnalité Borderline à l'adolescence : d'une approche catégorielle vers une approche dimensionnelle. ....	12
C) Vers un concept de « <i>crise borderline à l'adolescence</i> » ?.....	15
<b>III) Aspects cliniques et psychopathologiques du trouble de la personnalité limite à l'adolescence</b> .....	<b>16</b>
A) Épidémiologie du TPB à l'adolescence .....	16
B) Aspects cliniques du TPB .....	17
C) Hypothèses étiopathogéniques et psychopathologiques.....	19
D) Comorbidités et diagnostics différentiels à l'adolescence .....	27
E) Mesures d'investigations .....	27
<b>IV) Prise en charge</b> .....	<b>28</b>
A) Abord pharmacologique.....	28
B) Abord psychothérapeutique .....	29
C) Le développement de l'intervention précoce comme maître mot de la recherche autour de la prise en charge du TPB à l'adolescence. ....	31
D) Les programmes d'intervention précoce pour les adolescents avec traits de TPB émergents ....	33
E) La place du Good Psychiatric Management pour Adolescents (GPM-A) dans la prise en charge des adolescents avec TPB.....	33
F) Transition vers notre étude.....	34
<b>Étude clinique</b> .....	<b>35</b>
<b>I) Objectifs</b> .....	<b>35</b>
<b>II) Matériel et Méthodes</b> .....	<b>36</b>
A) Description de l'étude .....	36
B) Description de la population d'étude .....	36
C) Déroulement de la procédure et recueil des données cliniques .....	37
D) Support du programme .....	41
E) Choix des questionnaires comme critère de jugement .....	44
F) Analyses statistiques .....	48
G) Aspects éthiques .....	48
<b>III) Résultats</b> .....	<b>48</b>
A) Caractéristiques de la population de l'étude .....	48
B) Résultats d'analyse .....	54
<b>IV) Discussion</b> .....	<b>73</b>
<b>Conclusion</b> .....	<b>78</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>79</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>89</b>
<b>Annexe 1 : Avis favorable du comité d'éthique</b> .....	<b>89</b>
<b>Annexe 2 : Auto-questionnaire BPQ</b> .....	<b>90</b>
<b>Annexe 3 : Autoquestionnaire YSR</b> .....	<b>91</b>
<b>Annexe 4 : Hétéro-questionnaire CBCL</b> .....	<b>92</b>

<b>Annexe 5 : Autoquestionnaire WEMWBS .....</b>	<b>93</b>
<b>Annexe 6 : Autoquestionnaire CSQ-8.....</b>	<b>94</b>
<b>Annexe 7 : Évaluation quantitative des retours des psychothérapeutes .....</b>	<b>95</b>
<b>Annexe 8 : Courrier d'information à destination des adolescents .....</b>	<b>96</b>
<b>Annexe 9 : Courrier d'information à destination des parents .....</b>	<b>97</b>
<b>Annexe 10 : Lettre d'information à la recherche à destination des parents.....</b>	<b>98</b>
<b>Annexe 11 : Flyer .....</b>	<b>99</b>
<b>Annexe 12 : Protocole de gestion du risque suicidaire.....</b>	<b>100</b>

## **Table des Figures**

Figure 1 : Modèle à trois facteurs de Sanislow et al (2000).....	18
Figure 2 : Prévention et stratégies d'intervention précoce pour le Trouble de la Personnalité Borderline utilisant les données actuellement disponibles.....	32
Figure 3 : Le nouveau paradigme du "Clinical High At Risk Mental State" (CHARMS) dans le contexte de la stadification clinique. Les formes représentent les différents types de symptômes.....	32
Figure 4 : Diagramme de flux .....	555
Figure 5 : Présentation Heatmap de la satisfaction et sa légende.....	58
Figure 6 : Courbes représentatives de l'évolution clinique de chaque patient de T0 à T2 .....	700
Figure 7 : Cartes de chaleur de l'évolution des scores de chaque sous-catégorie des échelles BPQ, CBCL, WEMBS et YSR .....	722

## **Table des Tableaux**

Tableau 1 : Présentation tabulaire des temps de mesures .....	39
Tableau 2 : Présentation tabulaire des indicateurs de mesures .....	40
Tableau 3 : Données administratives concernant les adolescents du groupe .....	49
Tableau 4 : Données socio-familiales et scolaires chez les adolescents du groupe .....	49
Tableau 5 : Antécédents de traumatismes psychologiques chez les adolescents du groupe .....	50
Tableau 6 : Antécédents et troubles comorbides.....	52
Tableau 7 : Description clinique de la population ayant bénéficié du groupe .....	533
Tableau 8 : Récapitulatif des indicateurs cliniques à T0, T1 et T2, soit avant et après la participation des adolescents au groupe de métacognition .....	666
Tableau 9 : Récapitulatif des indicateurs cliniques ciblés par le groupe thérapeutique à T0, T1 et T2, soit avant et après la participation des adolescents au groupe de métacognition. Scores standardisés sur 10.....	666

## **Abréviations**

APA : Association Américaine de Psychiatrie  
BPQ : Borderline Personality Questionnaire  
CAT : Thérapie Cognitive et Analytique  
CBCL : Child Behaviour CheckList  
CFTMEA : Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent  
CIM : Classification Internationale des Maladies  
CMP : Centre Médico-Psychologique  
CSQ-8 : Consumer Satisfaction Questionnaire – 8  
DBT : Dialectal Behavior Therapy - Thérapie Comportementale Dialectique  
DSM : Manuel Diagnostique et Statistique  
ECR : Essai Contrôlé Randomisé  
ERT : Emotion Regulation Training – Entraînement à la Régulation Emotionnelle  
MBT : Mentalisation Based Therapy – Thérapie Basée sur la Mentalisation  
NICE : Nationale Institute for Health and Clinical Excellence  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
SFT : Schémas Focused Therapy – Thérapie Centrée sur les Schémas  
TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale  
TFP : Transfert Focused Therapy – Thérapie Centrée sur le Transfert  
TP : Trouble de la personnalité  
TPB : Trouble de la Personnalité Borderline  
TPEL : Trouble de la Personnalité Emotionnellement Labile  
TPL : Trouble de Personnalité Limite  
TS : Tentative de Suicide  
WEMWBS : Echelle de Bien-Etre Mental de Warwick-Edinburgh  
YSR : Young Self Report

## Introduction

---

Le Trouble de Personnalité Emotionnellement Labile (TPEL) ou Trouble de Personnalité Borderline (TPB) représente un enjeu majeur de santé publique. Sa prévalence dans la population générale française est d'environ 2 %, il touche 10% des patients en soins ambulatoires psychiatriques et 20% des patients hospitalisés dans des services de psychiatrie adulte (1) (2) (3). Dans la population adolescente, la prévalence du TPB est estimée à 10%. Elle s'élève entre 11 et 22% parmi les patients adolescents suivis en ambulatoire et de 33 à 49% parmi ceux hospitalisés en unités psychiatriques pour adolescents (4) (5) (6).

Ce trouble qui peut émerger durant l'enfance et l'adolescence est généralement diagnostiqué pour la première fois au début de l'âge adulte. Son évolution caractéristique consiste en une augmentation de sa fréquence à la puberté, atteignant son point culminant à la fin de l'adolescence et déclinant ensuite progressivement tout en conservant un impact fonctionnel à l'âge adulte.

Sur le plan économique, le TPB représente une importante partie des dépenses de santé en psychiatrie de l'adolescent. Chez l'adulte, le coût médical direct moyen au cours de l'année précédant le traitement est évalué à quatorze mille euros par patient (7) (8).

Il est estimé que le taux de mort par suicide chez les patients adultes avec TPB varie entre 0 et 10% (9) (10). Il est important de distinguer les Tentatives de Suicide (TS) (81,1 % chez les patients souffrant de TPB ayant déjà un antécédent) (11) et les comportements auto-dommageables non suicidaires (65 à 80 % des patients avec TPB) (12). Ces comportements auto-dommageables non suicidaires connaissent un pic chez ces patients au début et au milieu de l'adolescence (13). Ce trouble est donc lié à des comportements auto-agressifs fréquents, répétitifs et sévères au cours de la vie. Il est important de noter que la recherche sur ce sujet retrouve une association significative entre les diagnostics de troubles de la personnalité (TP) et la mort par suicide, mais c'est avec le TPB que cette association semble être la plus forte.

Actuellement, on observe dans les services d'urgences pédiatriques une augmentation des consultations pour TS avec chez ces patients la présence de symptômes prodromiques faisant évoquer un TP émergent (14) (15). Ces prises en charge et le nombre de sollicitation des services hospitaliers et ambulatoires par ces patients, sont coûteux tant économiquement qu'en

terme d'épuisement des équipes de soins, et en font un véritable problème de santé publique à l'adolescence.

Cependant, à ce jour, bien que des interventions efficaces soient disponibles pour les adultes, celles destinées aux adolescents présentant des traits de TPB restent encore insatisfaisantes. Or ce stade du développement neurocognitif est une période clé pour intervenir précocement sur leur symptomatologie. C'est pourquoi il est important de noter que le peu d'études sur les interventions spécifiquement destinées aux adolescents présentant des traits de TPB émergents semble en partie dû aux constats controversés sur la validité et la stabilité dans le temps de ce trouble à l'adolescence.

Il existe au niveau international quelques programmes spécifiquement axés sur la prise en charge des adolescents souffrant de TPB émergents, mais ceux-ci ne sont pas réalisables actuellement sur le plan logistique au Centre Médico-Psychologique (CMP) Clocheville du CHRU de Tours dans lequel nous travaillons.

Après avoir fait ce constat, nous avons donc choisi d'évaluer la pratique d'un Programme d'Entraînement Métacognitif pour patients avec TPB (B-MCT) mis en place au CMP adulte La Chevalerie du Centre Universitaire de Psychiatrie de Tours.

Ce programme, initialement développé par Steffen Moritz à destination des adultes souffrant de TPB, a montré son efficacité clinique dans cette population (16) (17) (18). Il a donc été adapté à la population adolescente reçue au CMP de l'hôpital pédiatrique Clocheville de Tours. C'est un programme thérapeutique basé sur les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) qui se concentre notamment sur le travail en métacognition des styles de pensées automatiques sources de souffrance et des biais cognitifs spécifiques aux patients atteints de TPB. L'une des principales cibles d'intervention de ce groupe est donc le développement chez les jeunes patients en ayant bénéficié, de stratégies de résolution de problèmes relationnels et de gestion de la régulation émotionnelle et de l'impulsivité.

L'idée initiale ayant motivé la mise en place de cette prise en charge était d'intervenir précocement dans le développement de la symptomatologie borderline chez les adolescents afin de tenter de prévenir la construction d'un TPB ou de favoriser la rémission de celui-ci si déjà constitué.

Notre travail de thèse a donc pour but d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité de ce groupe thérapeutique chez des patients adolescents présentant des traits de personnalité borderline.

## Aspects théoriques

---

### I) Historique du trouble de personnalité borderline et du concept d'état limite

Le terme de borderline est employé dès la fin du XIXe siècle, mais sa définition va significativement changer au cours du temps jusqu'à l'actuelle qui date des années 1980.

La première évocation du terme borderline prend racine dans la littérature médicale anglo-saxonne grâce à C. Hugues en 1884 qui écrivait : « *l'état frontière ou borderline de la folie comprend de nombreuses personnes qui passent leur vie entière auprès de cette ligne, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre* » (19). Par la suite, à partir du milieu du XXème siècle, grâce au courant américain marqué par la psychanalyse, ce terme va s'enrichir et se développer.

Le concept d'état limite naît, quant à lui, grâce à Stern (1938), psychanalyste américain, qui caractérise les patients « *borderline* » comme étant dans une « *idéalisation et une dévalorisation des proches et de l'analyste, et ayant des difficultés à faire face aux situations stressantes* ». Il décrit ceux-ci comme utilisant des mécanismes de défense projectifs ainsi que le clivage (20).

Plusieurs psychanalystes vont ensuite développer le concept de l'état limite avec comme principale idée que ces patients seraient des cas frontières avec la psychose (21) (22). Les terminologies utilisées dans cette même idée se développent : « *schizophrénies latentes* » de Bleuler, « *schizonévroses* » de Ey, « *schizophrénie ambulatoire* » de Zilboorg ou encore « *schizophrénies pseudo-névrotiques* » de Hoch et Polatin (23).

Puis les conceptualisations autour de l'état limite évoluent : la personnalité « *as-if* » de Deutsch dans les années 40 centrée sur le « *manque d'authenticité* » (24), succédée par le concept de « *faux-self* » et de « *perturbation du holding maternel* » de Winnicott dans les années 60 (25). En 1947, Schmideberg parle d'« *instabilité de façon stable* » pour décrire ces patients et en 1953, Knight propose des critères objectifs du « *borderline state* » ou « *état limite* » (26) (27).

Ainsi, le concept d'état limite s'inscrit initialement dans une approche psychanalytique psychodynamique reposant sur une représentation structurelle du psychisme, entre les entités nosographiques « *psychose* » et « *névrose* » (28).

C'est finalement en 1950 que Eisentein initie l'idée que des symptômes psychotiques peuvent survenir en dehors d'une psychose (6).

C'est alors que par la suite, deux auteurs psychanalytiques vont avoir une importance particulière dans le développement du concept d'état limite.

Tout d'abord Kernberg (1967), psychanalyste autrichien, qui a considéré que l'état limite était une organisation stable et spécifique de la personnalité de type névrotique, s'en distinguant cependant par l'expression pulsionnelle ainsi que par les mécanismes de défense utilisés par les patients. Pour lui, en découlaient donc des relations d'objet pathologiques spécifiques, différentes de celles de la névrose (29) (30).

Puis Bergeret, en 1975, qui définit finalement l'état limite comme une absence de structuration psychique et donc une entité pathologique « *indépendante à la fois des névroses et des psychoses* », étant une « *lignée psychopathologique originale* », une « *maladie du narcissisme* ». C'est de cette façon que l'« *organisation limite de la personnalité* » devient donc une entité clinique à part entière et ne se définit plus par défaut des entités nosographiques « *psychose* » et « *névrose* ». Elle devient ainsi une conception dynamique, permettant de ne plus les envisager isolément mais bien l'une par rapport à l'autre, autour d'un enjeu : la limite (limite du Moi et limite entre réalité psychique et réalité extérieure) (28).

A la fin des années 1960, dans le contexte du mouvement de remédicalisation de la psychiatrie, des études cliniques et empiriques vont aboutir à la construction de critères diagnostiques pour le TPB. Ceux-ci sont proposés en 1980 par le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, 3e édition, de l'Association Américaine de Psychiatrie (DSM-III) (27) (31) et n'ont quasiment pas évolué depuis, à l'exception de l'ajout, dès le DSM-IV, de symptômes paranoïdes ou dissociatifs (32) (33).

Dans les années 1980, ce sont finalement les travaux de Gunderson, psychiatre américain, qui ont marqué la littérature autour du TPB, favorisant la transformation du concept d'état limite en un trouble validé empiriquement et accepté internationalement au-delà des approches psychanalytiques (34). Ses études ont conduit à identifier six caractéristiques qui permettent de diagnostiquer de façon efficace le TPB dès le premier entretien : « *la présence d'émotions intenses - dépressives ou hostiles, des antécédents de comportements impulsifs, une relative inadaptation sociale, des expériences psychotiques brèves, un relâchement de la pensée dans des situations non structurées et des relations oscillant entre une superficialité transitoire et une dépendance intense* » (34) (35).

Par la suite en 1990, l'OMS publie la Classification Internationale des Maladies 10<sup>ème</sup> édition (CIM-10), qui décrit quant à elle un « *Trouble de Personnalité Emotionnellement Labile* », associant deux sous-types : impulsif et borderline, correspondant aux caractéristiques du TPB décrites dans le DSM-IV (36). La nouvelle version de la CIM-11, publiée en 2022, ne fait désormais plus ce distinguo et décrit un « *état limite* » ou « *trouble de personnalité borderline* », dont la définition est la même que celle du TPB dans le DSM-V (37).

### **Chez les adolescents :**

L'intérêt pour le TPB à l'adolescence est relativement récent, bien que les premiers cas aient été décrits en 1958 (19), car ce n'est que dans les années 1970 que Masterson a étendu ce concept au champ de l'adolescence (38). Il voyait ce trouble comme l'aboutissement d'un cumul d'événements survenus durant l'enfance et ayant entraîné des sentiments intenses d'abandon, une difficulté de séparation à la figure maternelle et un échec à progresser à travers les différentes étapes du processus de séparation-individuation (39).

Les premières études de validation empirique chez les adolescents sont apparues dans les années 1990 et n'ont cessé de croître depuis. Le diagnostic pour les adolescents entre dans la 4e version du DSM en 1994 mais la CIM-10, publiée en 1990, ne reconnaît quant à elle aucun trouble de la personnalité en dessous de l'âge de 18 ans. Sa nouvelle version, la CIM-11, publiée en 2022, ne fait plus de précision concernant un âge minimum pour poser un diagnostic de trouble de la personnalité.

Quant à la CFTMEA (Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent), née en 2002 et dont la dernière version est parue en 2020, elle contient un chapitre « Pathologies Limites de l'Enfant », dont la sous-catégorie « Dysharmonies Evolutives » est décrite comme correspondant à la définition du Trouble de Personnalité Emotionnellement Labile de la CIM-10 (40) (41).

Sur le plan sémantique, nous tenons à préciser que dans ce travail nous partirons du principe que le terme « *émotionnellement labile* » est la traduction française du terme « *borderline* », et nous utiliserons donc les termes TPEL et TPB de façon équivalente, en référence à la définition DSM-V.

Nous avons décidé de ne pas utiliser le terme de Trouble de Personnalité Limite car dans la définition psychodynamique de ce trouble, celui-ci est décrit comme un fonctionnement intrapsychique complexe dont le Trouble de Personnalité Borderline n'est qu'une des expressions symptomatiques comportementales décrites (bien que majoritaire).

## II) Phénoménologie du Trouble de la Personnalité Borderline : classifications et approche à l'adolescence

### A) Les définitions du Trouble de la Personnalité Borderline selon les classifications

L'approche initiale des Troubles de la Personnalité s'est faite sur un mode catégoriel qui consiste à classer les différents tableaux cliniques en catégories distinctes, statistiquement validées selon un seuil pathologique. L'objectif premier de cette approche étant donc de permettre une fidélité diagnostique entre différents observateurs.

Actuellement, et selon ce qui est annoncé par le groupe de travail de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), l'approche psychiatrique tend vers un changement de paradigme, s'éloignant de la catégorisation et de la fidélité inter-juge pour tendre vers une « *validation de l'objet psychiatrique en soi* », c'est-à-dire définir un concept pour ensuite vérifier sa cohérence avec la clinique observée, soit sa « validité » (42). Dans cette logique, les différentes classifications tendent à se tourner vers une approche plus dimensionnelle des troubles, qu'elles associent dans leurs dernières versions à l'approche catégorielle initiale. Celle-ci repose sur l'idée qu'il existe un continuum entre le normal et le pathologique (43).

### *1. Selon le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-V)*

La définition du TPB selon le modèle catégoriel reste inchangée entre le DSM-IV et le DSM-V et pose le diagnostic lorsque le sujet présente cinq des neuf critères suivants depuis une durée d'au moins une année :

- Des efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés.
- Des relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.
- Une perturbation de l'identité ; une instabilité marquée et persistante de l'image de soi ou de la notion de soi.
- Une impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (par exemple : dépenses, sexualité, conduite automobile dangereuse).
- La répétition de gestes ou de menaces suicidaires ou d'automutilations.
- Une instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur.
- Un sentiment chronique de vide.
- Une colère intense et inappropriée ou une difficulté à contrôler sa colère.
- La survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

La nouvelle approche dimensionnelle du DSM-V propose désormais également un système multi-dimensionnel alternatif en annexe, permettant de réfléchir et de diagnostiquer les troubles de personnalité de façon différente. Cette approche permet donc de définir le TPB selon les critères suivants (44) :

- Une altération modérée à sévère du fonctionnement de la personnalité caractérisée par des difficultés dans au moins deux des quatre domaines suivants : l'identité, l'autonomie, l'empathie et l'intimité.
- La présence d'au moins quatre traits de personnalité pathologiques parmi sept dont au moins l'impulsivité, la prise de risques ou l'hostilité. Les sept critères étant : la labilité émotionnelle, l'anxiété, l'insécurité liée à la séparation, la dépressivité de l'humeur, l'impulsivité, la prise de risques et l'hostilité.

Le DSM-V précise dans sa définition concernant l'âge d'apparition des troubles de la personnalité que « ces altérations du fonctionnement de la personnalité et l'expression des traits de personnalité sont relativement stables dans le temps, ayant débuté au plus tard à

l'adolescence ou au début de l'âge adulte ». Ces symptômes doivent être stables pendant au moins un an pour pouvoir poser le diagnostic de TPB à l'adolescence (44).

## 2. Selon la Classification Internationale des Maladies (CIM-11)

La onzième Classification Internationale des Maladies Mentales (CIM-11) a été publiée en 2022 par l'OMS. Elle adopte également une approche dimensionnelle, associant à chaque « *trait de personnalité important* », une intensité « *légère* », « *modérée* » ou « *sévère* » (37).

La CIM-11 identifie spécifiquement un « *état limite* » ou « *trouble de personnalité borderline* » caractérisé par un mode envahissant d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, et une impulsivité marquée, comme indiqué par cinq (ou plus) des éléments suivants :

- Efforts frénétiques pour éviter un abandon réel ou imaginaire.
- Un modèle de relations interpersonnelles instables et intenses, qui peut être caractérisé par des hésitations entre idéalisation et dévaluation, généralement associé à la fois à un fort désir et à une peur de la proximité et de l'intimité.
- Perturbation de l'identité, se manifestant par une image de soi ou un sens de soi nettement et constamment instable.
- Une tendance à agir de manière imprudente dans des états d'affect négatif élevé, conduisant à des comportements potentiellement autodestructeurs (par exemple, comportement sexuel à risque, conduite imprudente, consommation excessive d'alcool ou de substances, hyperphagie boulimique).
- Épisodes récurrents d'automutilation (par exemple, tentatives ou gestes de suicide, automutilation).
- Instabilité émotionnelle due à une réactivité marquée de l'humeur. Les fluctuations de l'humeur peuvent être déclenchées soit de manière interne (par exemple, par nos propres pensées), soit par des événements externes. En conséquence, l'individu éprouve des états d'humeur dysphoriques intenses, qui durent généralement quelques heures mais peuvent durer jusqu'à plusieurs jours.
- Sentiments chroniques de vide.

- Colère intense inappropriée ou difficulté à contrôler la colère se manifestant par de fréquentes manifestations de colère (par exemple, crier, lancer ou casser des objets, se battre physiquement).
- Symptômes dissociatifs transitoires ou caractéristiques de type psychotique (par exemple, brèves hallucinations, paranoïa) dans des situations de forte excitation affective.

Selon la CIM-11, il existe d'autres manifestations du TPB, qui ne peuvent pas toutes être présentes chez un individu ou à un même moment. La classification les définit de la façon suivante :

- Une vision de soi comme inadéquate, mauvaise, coupable, dégoûtante et méprisable.
- Une expérience de soi profondément différente et isolée des autres ; un sentiment douloureux d'aliénation et de solitude omniprésente.
- Une prédisposition à l'hypersensibilité au rejet ; problèmes pour établir et maintenir des niveaux de confiance cohérents et appropriés dans les relations interpersonnelles ; mauvaise interprétation fréquente des signaux sociaux.

Cette classification définit donc le trouble de la personnalité comme : « la présence de perturbations dans différents aspects du soi et des relations interpersonnelles ». Elle rapporte que « le trouble de la personnalité se caractérise par des problèmes de fonctionnement des aspects du soi (identité, estime de soi, exactitude de l'image de soi, auto-direction), et/ou un dysfonctionnement interpersonnel (capacité à nouer et à entretenir des relations étroites et mutuellement satisfaisantes, capacité à comprendre le point de vue des autres et à gérer les conflits dans les relations) qui ont persisté sur une longue période (soit 2 ans ou plus). »

Elle ajoute que « *ce trouble est manifeste dans des schémas de cognition, d'expérience émotionnelle, d'expression émotionnelle et de comportement qui sont inadaptés (inflexibles ou mal régulés) ainsi que dans tout un éventail de situations personnelles et sociales* ».

Pour finir, la CIM-11 précise que « les schémas de comportement caractérisant le trouble ne sont pas appropriés pour le stade de développement et ne peuvent pas s'expliquer principalement par des facteurs sociaux ou culturels, y compris un conflit socio-politique » et que « ce trouble est associé à une détresse importante ou à une déficience significative dans les domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou d'autres domaines de fonctionnement importants » (37).

Elle ne précise pas si le trouble de personnalité peut être diagnostiqué avant l'âge de 18 ans, là où la CIM-10 indiquait qu'il fallait que le patient ait au moins cet âge pour pouvoir poser ce diagnostic (37).

### *3. Selon la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFMTEA)*

Dans la sixième édition de la CFMTEA, publiée en 2020, les auteurs ont pris le parti d'inclure la dimension psychopathologique qui sous-tend l'approche du clinicien. Ainsi, cette classification intègre certains apports consensuels de la démarche psychodynamique pédopsychiatrique et s'organise en deux axes : l'axe clinique et celui des facteurs associés (conditions d'environnement familial, social, événements de vie et facteurs organiques), dans une logique d'approche pluridimensionnelle du patient (40).

Ainsi, elle définit les « pathologies limites de l'enfant » comme « s'exprimant à travers des manifestations très diversifiées, variables d'un cas à l'autre et qui peuvent se modifier dans le cours de l'évolution ». Elle précise que « beaucoup se présentent sous l'aspect dominant de troubles de la personnalité qui occupent une place originale entre troubles névrotiques et organisation psychotique » et les définit de façon générale comme :

- Des défauts précoces d'étayage d'où résultent des failles et des distorsions dans l'organisation de la vie mentale ; cependant l'enfant met en œuvre des capacités adaptatives notables, en s'appuyant sur des fonctionnements en faux-self.
- Des défaillances portant sur l'abord du champ transitionnel et sur les supports de la pensée : en découle une dominance des expressions par le corps et par les agirs.
- Des atteintes portées au travail de séparation et à l'élaboration de la position dépressive : elles ne permettent pas l'intégration des angoisses dépressives ; elles entraînent une extrême vulnérabilité à la perte d'objet ; néanmoins, l'enfant accède à une différenciation soi/non-soi où se marque l'écart vis-à-vis des psychoses.
- Des failles narcissiques constantes : elles peuvent inclure une représentation de soi inacceptable, au point de porter atteinte au sentiment d'identité ; à titre défensif, l'enfant est souvent conduit à développer des réactions de prestance qui mènent à des affrontements répétitifs avec le milieu.

Elle précise « qu'en dépit de ces composantes péjoratives, des ouvertures de type névrotique se dessinent, mais sans permettre un véritable affrontement aux conflits de désir et d'identification. En résulte une hétérogénéité structurelle, soutenue par des clivages, de sorte que, d'un côté, se développent des capacités d'adaptation, tandis que, sur un autre versant, persistent des modalités archaïques de symbolisation et de fonctionnement mental » (40).

A partir de cette définition psychopathologique et clinique des états limites, la CFMTEA définit 4 sous-catégories principales de regroupements syndromiques : les dysharmonies évolutives, les pathologies limites avec prédominance des troubles de la personnalité, les pathologies limites avec prédominance schizotypique et les pathologies limites avec prédominance comportementale.

Nous définirons ici les deux sous-types qui correspondent le mieux à la symptomatologie décrite pour le Trouble de Personnalité Borderline :

- Les dysharmonies évolutives, définies par la CFMTEA comme correspondant à la définition du TPEL de la CIM-10 et décrites de la façon suivante :
  - Des troubles à symptomatologie variable et dont les traits et mécanismes caractéristiques s'inscrivent dans une perturbation évolutive multifactorielle d'instauration précoce, toujours avant six ans, qui entraîne un développement dysharmonique.
  - Les troubles du langage, de la psychomotricité, des fonctions cognitives se présentent principalement comme des dysharmonies fonctionnelles en rapport avec des défauts d'investissement, des insuffisances d'apprentissage, des modes d'échanges inadaptés avec l'environnement mais ils peuvent progressivement conduire à une restriction durable des potentialités.
  - Les troubles de la personnalité pris dans ce processus s'expriment principalement par l'insécurité de fond, l'immaturation, l'existence d'angoisses dépressives et de séparation liées aux difficultés d'individuation. La composante dépressive tient une place importante, qu'elle s'exprime ouvertement ou qu'elle soit recouverte par des troubles dominants des conduites.
- Les pathologies limites avec prédominance des troubles de la personnalité, définies par la CFMTEA comme correspondant aux « *Autres troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels* » de la CIM- 10 et décrites comme :

- Des troubles dont la symptomatologie, variable d'un cas à l'autre et dans son évolution, ne compromet pas toujours l'adaptation familiale, scolaire ou sociale. Les aspects psychopathologiques répondent aux critères généraux des organisations limites.
- Les traits les plus caractéristiques associent :
  - La souffrance dépressive avec l'incapacité à recevoir une aide, l'avidité sans possibilité de comblement ;
  - Les sentiments de moindre valeur, les défauts dans la régulation de l'estime de soi ;
  - Les angoisses de séparation, de perte, d'abandon, parfois des attaques de panique ;
  - Les retards du développement affectif, les tendances régressives, les conduites de dépendance.

B) Trouble de la Personnalité Borderline à l'adolescence : d'une approche catégorielle vers une approche dimensionnelle.

### 1. Définition des concepts de « Personnalité » et « d'Adolescence ».

Le terme de personnalité provient du mot latin « *persona* » qui désigne le masque de l'acteur dans le théâtre antique, interface entre l'acteur, son rôle et le public. Allport définit en 1937 la personnalité comme « *l'organisation dynamique des traits qui déterminerait un mode de fonctionnement typique, habituel d'une personne, mais qui serait aussi une cause explicative des comportements de l'individu* ». Puis en 1994, l'OMS en donne la définition suivante : « *une modalité structurée de pensée, sentiment ou comportement qui caractérise le type d'adaptation et le style de vie d'un sujet et qui résulte de facteurs constitutionnels, de son développement et de son expérience sociale* ».

L'agencement de ces différents facteurs constitue les modalités relationnelles interpersonnelles de la personne, une façon de percevoir le monde et de se penser dans son environnement. Le terme de personnalité désigne donc ce qu'il y a de relativement permanent et stable dans le fonctionnement psychologique du sujet (45).

L'adolescence est définie comme « débutant quand la puberté est déclenchée et se poursuivant jusqu'à l'acquisition de l'indépendance et de l'autonomie, signe de l'entrée dans l'âge adulte. Il s'agit d'une période de la vie marquée par de profonds bouleversements :

transformation du corps et accès à la sexualité génitale, mouvement psychique correspondant à la deuxième phase du processus de séparation-individuation, déplacement des relations familiales vers les relations avec les pairs » (46).

Du fait de ces bouleversements, on retrouve physiologiquement pendant cette période une impulsivité, une recherche identitaire et une fragilité narcissique ainsi que des mécanismes de défense tels que le clivage ou des mises en acte. Ainsi l'angoisse, la dépression et les conduites d'abus de substances peuvent faire partie d'un tableau classique descriptif de l'adolescence (47).

## *2. Concept de Trouble de Personnalité à l'adolescence et validité du diagnostic.*

La personnalité devient un trouble quand les traits qui la caractérisent deviennent rigides, créant chez les individus un mode de fonctionnement peu adaptable, à l'origine d'un sentiment de détresse et de souffrance psychologique. Ces traits doivent être suffisamment durables et déviants de ce qui est culturellement attendu chez un individu pour être caractérisés comme un trouble. Comme vu plus haut, l'étude des troubles de personnalité peut se faire selon deux approches : catégorielle ou dimensionnelle (48).

Initialement, certaines études ont démontré que l'on pouvait rencontrer les critères diagnostiques du TPB chez les adolescents, avec un diagnostic reproductible entre différentes équipes, assurant ainsi un consensus sur l'objectivité du trouble (49).

Cependant, l'évolution du paradigme de la réflexion psychiatrique, d'une recherche d'objectivation du trouble vers une recherche de validité de celui-ci (soit sa cohérence avec la clinique observée), entraînerait une franche remise en question de la place du diagnostic de TPB chez l'adolescent selon l'APA (50) (42). En effet, plusieurs études retrouvent des résultats fragiles, questionnant la validité du trouble à l'adolescence (faible validité, faible stabilité et faible valeur prédictive du trouble dans le temps) (51) (54). Et suite à la définition du concept d'adolescence décrit plus haut, et le constat que ce processus physiologique peut finalement présenter de nombreux points communs avec les caractéristiques cliniques du TPB, cela interroge (55).

Se pose alors légitimement la question de parler de TPB à cet âge de la vie : est-ce réellement un trouble ou une simple exacerbation des manifestations physiologiques de l'adolescence (« *la crise d'adolescence* ») ? Faut-il plutôt le considérer comme un indicateur

de détresse et de dysfonctionnement développemental et non comme un syndrome cohérent stable et différenciable ? (56)

Actuellement, il n'existe pas de consensus sur la définition du TPB à l'adolescence, certains privilégiant les critères symptomatiques des classifications et d'autres les critères psychodynamiques autour de la personnalité limite.

De plus, malgré des résultats prometteurs quant aux similitudes du TPB chez l'adulte et chez l'adolescent, il est constaté que l'hétérogénéité clinique est plus grande à l'adolescence, à critères diagnostiques identiques (57).

Ainsi le diagnostic catégoriel du trouble est régulièrement questionné et son annonce à l'adolescence est controversée (5).

### *3. Évolution vers l'âge adulte et stabilité du diagnostic.*

Le diagnostic de TPB, qu'il soit établi chez l'adulte ou chez l'adolescent, semble peu stable au cours du temps (58). Avec une approche catégorielle, la stabilité du diagnostic de TPB est évaluée comme modeste, tant chez l'adolescent que chez l'adulte. Cependant avec une approche dimensionnelle elle est retrouvée comme modérée (59) (61) et l'utilisation d'outils dimensionnels permet d'ailleurs de retrouver une continuité diagnostique plus importante entre l'adolescence et l'âge adulte (62) (63) (64). C'est pourquoi, à la période de l'adolescence lors de laquelle les critères diagnostiques du TPB sont très hétérogènes (frontières mal définies, se recouvrant fréquemment avec d'autres troubles) (51) (60) (65) (66), l'approche dimensionnelle paraît plus adaptée pour intellectualiser et réfléchir la personnalité (63) (67).

Il est cependant à noter que même si la stabilité du diagnostic catégoriel de TPB entre l'adolescence et l'âge adulte est peu satisfaisante, la rémission de celui-ci ne veut pas dire qu'il ne persiste pas un impact fonctionnel chez ces patients à l'âge adulte. En effet, il a été objectivé que ceux-ci présentent un risque accru de difficultés en grandissant (trouble de l'usage de substances, troubles de l'humeur, difficultés dans les relations interpersonnelles, niveaux de détresse, de douleur et taux de mortalité plus élevés avec plus de sollicitation des services de soin et de pathologies somatiques) (68) (69) (70) (71).

Face à ces observations, se développe une réflexion psychopathologique développementale en faveur d'un développement hétérotypique du TPB entre l'adolescence et l'âge adulte. L'étude de Stepp et al. de 2012 décrit le TPB comme débutant par des comportements majoritairement extériorisés à l'adolescence, puis évoluant au cours du développement et des

interactions avec l'environnement, vers une symptomatologie plus internalisée à l'âge adulte pouvant être considérée comme une rémission du diagnostic catégoriel (72) (72) (73) (74) (71).

C'est pourquoi Channen et al en 2020 retrouvent que plus de la moitié (52 à 57%) de la variation caractéristique du TPB peut-être attribuée à une « *tendance limite* » invariante sous-jacente, entraînant une fluctuation phénotypique du trouble en réponse aux influences situationnelles. (75) Ainsi, cette méta-analyse récente recommande de ne plus considérer comme controversé le diagnostic de TPB à l'adolescence, considérant que sa définition à ce stade du développement est aussi imparfaite qu'à l'âge adulte au vu du polymorphisme symptomatologique qui caractérise ce trouble, et des résultats tout de même encourageants des études de fiabilité et de validité de ce trouble à l'adolescence (76) (77).

### C) Vers un concept de « *crise borderline à l'adolescence* » ?

Nous nous retrouvons donc entre la crainte de la stigmatisation en posant un diagnostic de TPB à l'adolescence dont la stabilité dans le temps est incertaine et les recommandations de poser ce diagnostic, au vu de son polymorphisme symptomatique identique à l'âge adulte, afin de proposer une prise en charge spécifique appropriée et prévenir le risque d'évolution vers un phénotype plus intériorisé à l'âge adulte en cas de TPB.

C'est pourquoi M.Robin, psychiatre pour adolescents, propose dans le livre « *Trouble de la Personnalité Borderline à l'adolescence* » dirigé par M.Corcoc, A.Pham Scottez et M. Speranza (42), l'évolution vers un concept de « *Crise Borderline à l'adolescence* », évitant la réduction de ces manifestations cliniques à leurs deux extrêmes : un processus totalement psychopathologique, ou à l'inverse un processus totalement social, « *la crise d'adolescence* ». Elle propose ainsi d'en dégager des « *aspects graduels* », dans une logique dimensionnelle qui semble, comme décrit plus haut, bien adaptée à cette population.

Elle présente donc une modélisation de sa réflexion sur un modèle somatique, celui de la pression artérielle – hypertension artérielle – hypertension artérielle maligne. Ainsi elle renvoie à l'idée que « *coexistent à la fois des processus cliniques durables (pression normale ou hypertension) et des processus aigus survenant à des moments cliniques précis, qui sont descriptibles en soi, mais sont des épiphénomènes d'un processus sous-jacent* » (42). Elle soumet ainsi l'idée que la crise borderline à l'adolescence, description comportementale

ponctuelle, puisse être à la fois une expression phénotypique d'un état limite sous-jacent ou l'expression comportementale d'autres processus intra-psychiques ne relevant pas de ce fonctionnement. Cette approche permet donc de proposer une prise en charge adaptée, centrée sur le fonctionnement borderline phénotypique, tout en permettant aux processus intra-psychiques du patient de continuer à se développer, en dehors d'un diagnostic catégoriel établi. Elle fait ainsi coïncider les recommandations des dernières études de poser le mot de « *borderline* » avec les patients et leur famille, tout en maintenant une certaine prudence sur l'évolution (75).

### III) Aspects cliniques et psychopathologiques du trouble de la personnalité limite à l'adolescence

#### A) Épidémiologie du TPB à l'adolescence

En Europe, la prévalence du trouble à l'adolescence est évaluée, selon les études, entre 6% et 18% en population générale, ce qui est largement supérieur à celle décrite chez l'adulte (2%) (75).

Elle suit un pic en début d'adolescence (12-13 ans) suivi d'une augmentation de la prévalence en fin d'adolescence (78).

Selon les études Françaises, le sex-ratio de la personnalité borderline adolescente varie de 1 dans les populations générales (79), à 1 garçon pour 3 filles en population clinique (57,80). En effet, on distingue entre 31 et 61 % de filles avec TPB en hospitalisation versus 0 à 39 % de garçons (49).

Les adolescents ayant une personnalité émotionnellement labile représenteraient plus de 50% des adolescents hospitalisés en psychiatrie (57) (81).

Plus largement, des études décrivent que le degré de souffrance et de dysfonctionnement global chez les adolescents présentant un TBP a un retentissement majeur fonctionnel sur le plan sociales, scolaires, professionnelles ou judiciaires d'où cette importance en santé publique (82) (53).

## B) Aspects cliniques du TPB

En général, le tableau clinique de ce trouble de la personnalité débute à l'adolescence, et souvent de façon très bruyante : surmortalité, tentative de suicide itératives et graves, automutilations, épisodes psychotiques aigus transitoire, conduites impulsives et addictives.

Cette symptomatologie bruyante externalisée est souvent au premier plan mais elle masque une symptomatologie internalisée sous-jacente : expression d'une identité de soi diffuse, sentiment de vide persistant, lutte pour éviter l'abandon, fluctuation rapide de l'humeur (83).

Ce tableau clinique est retrouvé au travers des différentes classifications citées ci-dessus. Nous avons sélectionné deux modèles, un chez l'adulte et un chez l'adolescent qui nous paraissent pertinents.

### **Chez l'adulte :**

Le modèle à trois facteurs de Sanislow et al. (2000), s'appuyant sur une approche dimensionnelle, est considéré actuellement comme une référence chez l'adulte dans la conceptualisation clinique du TPB (33) (84) (85). Il représente ce trouble en trois facteurs, reflétant ainsi l'hétérogénéité de la structure psychique des patients souffrant de TPB. Ces trois facteurs sont les traits de personnalité (dimension de perturbation des relations interpersonnelles), les comportements symptomatiques (dimension de dysrégulation comportementale) et les symptômes internalisés (dimension de dysrégulation émotionnelle) (cf Figure 1).

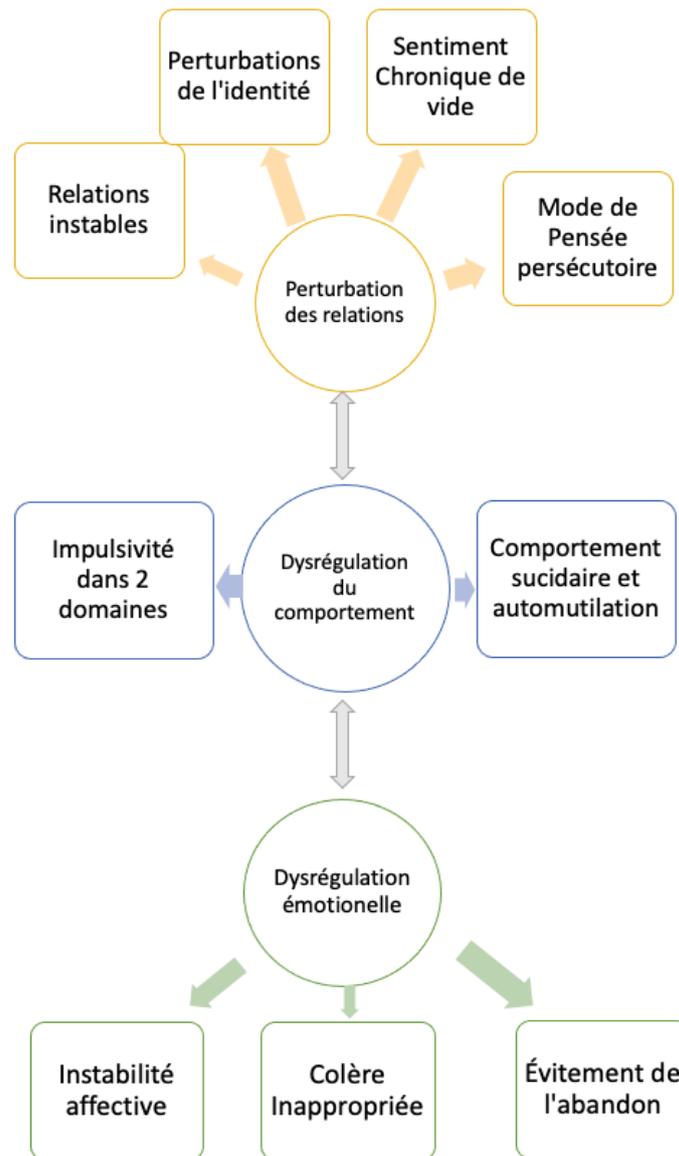


Figure 1 : Modèle à trois facteurs de Sanislow et al (2000)

**Chez l'adolescent :**

Chez les adolescents l'étude française du Réseau EURNET-BPD a permis de mettre en évidence deux axes cliniques : une dimension tournée vers l'intérieur qui regroupe l'évitement de l'abandon, les troubles de l'identité, le sentiment chronique de vide et les idéations paranoïdes, représentant le manque de cohésion de l'expérience de soi. Et une deuxième dimension, tournée vers l'extérieur, comprenant les colères inappropriées, l'impulsivité, la suicidalité, les automutilations et les difficultés dans les relations interpersonnelles (86).

## C) Hypothèses étiopathogéniques et psychopathologiques

Les hypothèses concernant l'étiopathogénie de ce trouble sont très diverses, associant des facteurs environnementaux pendant l'enfance, des aspects sociaux et culturels, des vulnérabilités génétiques et neuro-développementales ainsi que des vulnérabilités individuelles. L'ensemble de ces facteurs semble étroitement intriqué mais les études dans ce domaine souffrent, la plupart du temps, de limitations méthodologiques notables.

### 1. Facteurs de risque environnementaux

#### a. Théorie de l'attachement

John Bowlby définit l'attachement comme « le lien affectif et social développé par une personne envers quelqu'un d'autre qui se développe à partir de la répétition des expériences de satisfaction ». Selon lui, la capacité à établir une relation sécurisante et stable se développe précocement quand l'enfant met en œuvre des comportements visant à obtenir l'attention de sa figure d'attachement. Il décrit en 1973 les modèles internes opérant (MIO) qui sont construits à partir de premières expériences sélectives et, en particulier, de la disponibilité de la mère à répondre en cas de danger. Lorsque la figure d'attachement n'est pas en mesure de répondre aux besoins de l'enfant et d'établir une base sécurisante, celui-ci développe ce que l'on appelle des « stratégies d'attachement secondaire » (87). Il peut donc avoir des stratégies différenciées en fonction de ses figures d'attachement. La réponse au stress de l'enfant par la figure d'attachement est fondamentale pour qu'il puisse acquérir la possibilité de surmonter des situations angoissantes et ainsi réguler ses émotions (88). Un attachement de mauvaise qualité dans l'enfance pourrait donc affecter l'image de soi, l'établissement de relations interpersonnelles et la gestion des émotions. Il constitue donc un facteur de vulnérabilité au développement d'un TPB à l'âge adulte (89).

Le facteur prédictif le plus puissant d'apparition du trouble est le retrait de communication de la mère et son absence de réponse face aux relances d'attachement de l'enfant (90).

Trois styles d'attachement sont décrits initialement par Bowlby, caractérisant la qualité des interactions et de la satisfaction des besoins affectifs : l'attachement sécurisé, l'attachement évitant (ou craintif ou détaché) et l'attachement préoccupé (ou anxieux ou ambivalent-résistant). En 1988, Main et Salomon décrivent un quatrième attachement : le désorganisé.

L'étude de l'observation de ces styles d'attachement a ensuite été réalisée par Ainsworth en 1985 lors d'une expérience appelée « la situation étrange » (91).

Malgré la diversité des protocoles de recherche et des mesures utilisées, il semble que les personnes présentant un TPB ont pour la majorité d'entre elles un attachement insécuré (3/4), voire désorganisé (92) (93). Nous devons tout de même noter que l'attachement désorganisé ne prédit pas nécessairement l'apparition d'un TPB (94) (95) (90) (1) (96) (97) (98) (99) (90) (86) (96) (90) (100).

Nous savons que les relations d'attachement de l'enfant ont un rôle important à jouer dans l'acquisition des capacités sociocognitives. Ainsi, des perturbations précoces de l'attachement constituent des facteurs de risque de développer un TPB (101). C'est à l'adolescence que ces processus d'attachement sont particulièrement mis en tension. À ce titre, les réponses apportées par les adultes (famille, pédagogues, soignants, représentants de la justice) à cette période du développement sont primordiales dans la consolidation de la personnalité, d'autant plus chez les patients présentant des styles d'attachements déjà fragiles.

En conclusion, les liens précoces dans la dynamique familiale parent-enfant constituent un mode d'attachement qui peut, si insécuré ou désorganisé, être un facteur de risque de développer un TPB. Le manque de soin par le « caregiver » est à lui seul associé à un mode d'attachement insécuré et la proportion d'attachements désorganisés est particulièrement importante chez les enfants maltraités (102).

#### b. Traumatismes et adversité dans l'enfance

D'un point de vue cognitiviste, le traumatisme psychique correspond à un événement susceptible d'entraîner la mort, impliquant des menaces de mort et pouvant entraîner des lésions corporelles majeures sur le sujet ou ses proches.

La conception du traumatisme psychique selon Freud, donc dans une approche psychodynamique, diffère. Il le décrit comme apparaissant en deux temps : un premier événement, extérieur au sujet, qui va exercer son pouvoir traumatique par le biais d'un second événement. Ainsi, pour lui, une situation devient traumatique quand des événements refoulés sont réactivés, venant ainsi déborder les processus défensifs du sujet (55). Autrement dit, un événement peut faire traumatisme, en fonction de la façon dont l'individu a résolu ses premiers conflits psychiques. Ainsi, d'un point de vue psychodynamique, on reconnaît deux types d'événements traumatiques : « *les situations ou événements qui entrent en résonance avec les désirs ou craintes fantasmatiques actuels du sujet* » et « *les événements de nature ou d'intensité tels qu'ils débordent les capacités adaptatives du Moi du sujet* ».

Bernstein distingue cinq types de traumatismes infantiles (103): les abus émotionnels, les abus physiques, les abus sexuels, les négligences émotionnelles ainsi que les négligences physiques.

Les études retrouvent que cette notion de traumatisme serait un facteur de risque de développer un TPB, sans distinction entre les hommes et les femmes (104) (105).

### c. Dynamique familiale

Comme vu plus haut, les théories psychanalytiques de l'attachement ont pointé l'importance des dysfonctionnements relationnels très précoces, en mettant historiquement l'accent sur le lien mère-enfant.

Dans cette partie, nous avons choisi d'aborder les dynamiques familiales à risque de développer un TPB selon trois axes : la continuité du lien, la relation enfant-caregiver et les facteurs environnementaux familiaux négatifs durant l'enfance.

#### **Continuité du lien enfant - « caregiver »**

Historiquement, les séparations parents-enfants sont le premier facteur identifié dans la structuration d'une personnalité borderline (106). Il est décrit que les séparations et ruptures précoces des liens, ainsi qu'une expérience prolongée de perte sont les principaux facteurs de risque de développer un TPB et que ceux-ci se multiplient entre eux (106).

Ainsi, il est décrit que des séparations de plus d'un mois avant l'âge de 5 ans sont associées à l'apparition de symptômes de TPB à l'adolescence (68), que la relation d'objet à l'âge adulte est d'autant plus pathologique que la séparation a lieu précocement et que 19 % des adolescents borderline ont été séparés d'un de leur parent pendant plus de 12 mois avant l'âge d'1 an (86).

Plusieurs études prouvent que la fréquence de l'interruption du lien mère-enfant vers l'âge de 9 mois, période d'élaboration des processus de séparation individuation, viendrait profondément perturber ce processus (107) (38) (108).

Enfin, plus les substituts maternels sont nombreux (surtout si ceux-ci sont malveillants), plus l'enfant est à risque de développer une relation d'objet pathologique (109). En ce sens, les placements familiaux sont identifiés comme facteurs de risque de TPB (d'après les recherches menées au sein du Réseau EURNET, 10% des adolescents avec TPB ont un parcours de placement) (86) (41).

### **Qualité du lien enfants- « caregiver »**

Dans les études sur les dynamiques familiales de patients souffrant de TPB, il est décrit que les parents se montreraient plus contrôlants, les mères étant décrites comme surprotectrices et les pères se distinguant par leur absence et leur rigidité (110). D'autres études étayaient ces propos sur la qualité insuffisante des interactions parents-enfant, notamment dans la promotion de l'autonomie (111).

### **La question de la maltraitance**

La maltraitance, qu'elle soit liée à de la violence physique ou à des abus sexuels, touche une partie non négligeable des adolescents souffrant de TPB, soit environ 1 sur 5. La violence verbale intra-familiale quant à elle, est encore plus fréquente, et concerne plus d'un tiers des adolescents avec TPB (86) (112) (113) (114).

Les résultats obtenus à partir des données au sein du réseau EURNET montrent une différence très significative entre les adolescents présentant un TPB et les cas contrôles concernant les 5 types de traumatismes infantiles. Tout d'abord, les négligences ou abus émotionnelles, sont les dimensions les plus retrouvées chez les adolescents avec TPB. Les abus verbaux, quant à eux, exposent également à une augmentation du risque de développer un TPB à l'âge adulte puisqu'une augmentation de 50% de la symptomatologie de TPB pouvait être attribuée à un contexte de violences verbales.

La négligence intellectuelle est la moins impliquée dans l'apparition d'un TP à l'adolescence, cependant le manque de cadre et de contenance apparaît comme la négligence la plus associée à l'émergence de traits de fonctionnement borderline.

Les abus physiques et sexuels concernent tous deux 20% du groupe d'adolescents avec TPB dans l'étude et parmi eux, 92% gardent un contact régulier avec l'agresseur physique, orientant vers une grande proximité physique et / ou affective de l'abuseur (intrafamilial ou amical). Ceci contraste avec les adolescents du groupe contrôle ayant rapporté ce même type d'abus, semblant donc être plutôt des actes isolés ou que l'entourage des « caregivers » a pu favoriser la protection (92) (115).

### **Facteurs environnementaux intra-familiaux négatifs durant l'enfance**

On retrouve de multiples événements de la vie intra-familiale, qui, si vécus comme négatifs et non étayés par un lien d'attachement de qualité, sont des facteurs de risque de développer un TPB. Ainsi, la discontinuité du lien, comme vu ci-dessus (placement, changement de cadre de vie, séparation parentale) (41), les sources de préoccupations concernant la santé parentale

(maladie grave, deuil) ou le fonctionnement familial (configuration, cohésion, conflits) peuvent participer à la construction d'une personnalité pathologique (116) (117) (118).

Les études ciblent particulièrement la pathologie psychiatrique parentale comme un facteur de risque important. En effet, plusieurs résultats congruents montrent que la majorité des adolescents présentant des traits de TPB ont au moins un parent touché par une pathologie psychiatrique (119) (41) (120) et dans les données des recherches menées au sein du réseau EURNET, 25% des adolescents avec TPB rapportent un antécédent de tentative de suicide chez l'un de leurs parents (86). Parmi le spectre des pathologies psychiques parentales, trois sont particulièrement retrouvées : la dépression, le trouble de l'usage de substances psychoactives et le trouble de personnalité antisociale.

#### d. Aspects sociaux et culturels

Ces aspects semblent jouer un rôle significatif dans le développement du trouble, dont la prévalence varie considérablement d'un pays à l'autre (121).

Par exemple, il a été objectivé qu'un faible statut socio-économique semble être un facteur de risque indépendant de développer un TP à l'adolescence (122).

Il a également été reconnu le rôle puissant des influences sociales, en particulier des groupes de pairs, sur le développement d'un TP. Ceci s'intègre dans l'observation d'un changement dans la nature de l'adolescence depuis la fin du XXe siècle (123), retrouvant une diminution de moitié de l'activité des jeunes avec leur famille au profit de leurs pairs (124). Or les études suggèrent que la vulnérabilité chez les adolescents de développer un TPB est façonnée par des expériences pré-adolescentes d'intimidation, de rejet par les pairs (125) et de violence dans les fréquentations entre adolescents (126), associées à un faible étayage amical proche (117) (127).

De plus, les adolescents sont soumis à des exigences sociales et cognitives (notamment scolaires) accrues, dans une fenêtre critique où leur développement neuronal affecte leur capacité à réguler leurs émotions et à prendre des décisions (*cf partie Neuroimagerie*) (128) (129) (130) (131) (132).

### e. Facteurs de risque psychologiques

Les troubles de la cognition sociale et de la mentalisation semblent être associés au TPB. Ainsi certaines études retrouvent que les adolescents présentant ce trouble ressentiraient les émotions négatives plus intensément. Ils auraient également tendance à présenter une hypersensibilité dans l'évaluation des expressions du visage, les interprétant plus souvent que la normale comme négatives alors que celles-ci peuvent être neutres, voire positives (133) (136). Cependant les résultats des études sont contradictoires. Certaines rapportent au contraire une sensibilité similaire (137) voire inférieure (138) aux expressions émotionnelles d'autrui suggérant une inhibition de la conscience émotionnelle et de l'expression des émotions (alexithymie) (139).

Dans les deux cas ceci est source de difficultés dans les relations interpersonnelles.

## 2. Facteurs de risque neuroscientifiques

### a. Facteurs de risque génétiques

Il a été démontré que les caractéristiques du TPB à l'âge adulte ont une héritabilité estimée entre 42 à 69% (140–143) et des études de cohorte d'adolescents jumeaux retrouvent une tendance à une héritabilité accrue entre 14 et 18 ans (144) (146).

Jusqu'à présent aucun gène spécifique du TPB n'a été identifié même si des gènes potentiels sont en cours d'étude (TPH, 5 HT2a, 5HT2c, gène de la monoamine oxydase), qui seraient en faveur d'une anomalie sérotoninergique (147) (148) (149) (150) (151).

En 2011, une étude a montré que les enfants et les adolescents âgés de 9 à 15 ans portant la région promotrice du gène du transporteur de la sérotonine (5HTTL PR), présentaient les niveaux les plus élevés de caractéristiques du TPB (152). Ce gène a été étudié pour son association à la dépression (153), à la dysrégulation émotionnelle et à l'impulsivité (154).

### b. Facteurs de risque neurobiologiques

Dans le TPB, on constate une dérégulation de l'axe-hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS). Ceci s'explique par le fait qu'un stress chronique précoce entraîne une activation chronique de cet axe, source d'un hypercortisolisme permanent qui induit un rétrocontrôle négatif altérant la libération physiologique de cortisol en réponse au stress (145) (146). On retrouve donc que la réponse cortisolémique aux stress psychosociaux chez les adultes atteints

de TPB est supprimée ou retardée. (147) (151). Ces résultats ont également été retrouvés chez des adolescents qui s'automutilent (152). Ainsi ces épisodes d'hyper et d'hypocortisolisme en réponse au stress reflèteraient des moments différents de la dérégulation du processus de stress chez les patients avec TPB (157).

Des études suggèrent également que l'ocytocine, neuropeptide impliqué dans la régulation de la cognition sociale et de la mentalisation, est un modulateur clé de l'attachement pathologique chez les patients adultes avec TPB (158). Ainsi il mériterait des explorations plus approfondies pour ses implications thérapeutiques potentielles, ainsi que chez l'adolescent (159) (160).

### c. Facteurs de risque en neuroimagerie

#### Structurelle :

Les études les plus robustes en imagerie structurelle chez des patients adultes atteints de TPB retrouvent des anomalies dans les zones cérébrales fronto-lobiques (volumes réduits de l'amygdale, de l'hippocampe, du cortex orbitofrontal (OFC) et du cortex cingulaire antérieur (ACC)), or celles-ci jouent un rôle clé dans la régulation des émotions et le traitement des informations sociales (161). A l'adolescence, les études sont plus contradictoires mais retrouvent une corrélation entre les modifications de ces structures et l'impulsivité, l'automutilation non suicidaire et les caractéristiques de tempérament des adolescents avec TPB (162) (169).

Des études d'imageries cérébrales chez les adolescents avec TPB ont également montré des modifications de l'organisation des tissus du fornix et du fasciculus longitudinal supérieur, mais ceci n'est pas retrouvé chez les adultes atteints de TPB, ce qui conduit à supposer qu'il existe une altération transitoire de la connectivité cérébrale dans le développement du TPB (170) (171).

Physiologiquement à l'adolescence, il existe une synaptogénèse importante, suivie à l'âge adulte d'un élagage synaptique, conduisant à la mise en place de réseaux cérébraux efficaces. A ce stade du développement, les cortex préfrontal et temporal supérieur, zones qui sont impliquées dans la mentalisation et la régulation des affects, subissent des réorganisations structurelles majeures. Ainsi, les expériences négatives à cette période de la maturation cérébrale peuvent avoir de graves conséquences développementales (172) (117) (173). En effet, il est constaté que, même si les études peuvent être contradictoires (175) (117), les adolescents avec TPB ont tendance à présenter une hypermentalisation (« *processus socio-cognitif amenant*

*l'individu à inférer de façon exagérée quant aux états mentaux d'autrui »), source des difficultés interpersonnelles observées (174).*

#### Fonctionnelle :

Chez les adultes avec TPB, les études en neuro-imagerie fonctionnelle (IRMf) suggèrent que des troubles de la connectivité entre différentes zones cérébrales (cortex frontal médial, OFC, amygdale, hippocampe, cortex cingulaire postérieur, cortex insulaire) peuvent sous-tendre les caractéristiques typiques du TPB (176). Une étude chez les adolescents souffrant d'automutilations non suicidaires à répétition a retrouvé les mêmes résultats, avec une hyperréactivité de l'amygdale. Il n'existe pas encore d'étude en IRMf centrée sur les adolescents souffrant de TPB (167).

### *3. Facteurs de risque intrinsèques*

Des découvertes ont permis de nuancer le rôle de l'environnement dans l'origine du TPB mettant en exergue le poids des facteurs biologiques. En ce sens, le modèle diathèse-stress a été théorisé en 1993 par Linehan (177) puis développé par d'autres auteurs (84) (178) (180). Ainsi la littérature a mis en évidence une vulnérabilité individuelle (sensibilité, réactivité émotionnelle, impulsivité, tempérament) (181) (182) (183) (184) (140) (180) (185) qui s'exprime d'autant plus lorsqu'elle est confrontée à des événements notables dans l'enfance (186) (181).

Les études ne retrouvent aucune modification des interactions en fonction du sexe biologique de l'enfant, en revanche on retrouve une prépondérance féminine chez les adolescents avec TPB (185).

En conclusion, une interaction gène-environnement semble être à l'origine du développement du TPB : l'exposition à un environnement à risque chez un patient présentant une vulnérabilité génétique à développer ce trouble favorise sa constitution, (155) et la présence de gènes à risque favorisent la probabilité de confrontation à cet environnement prédisposant.

#### *4. Facteurs de protection*

Un mode d'attachement sécure est un facteur protecteur pour l'apparition d'un TPEL (98).

Ceci est cohérent avec l'opinion de Bowlby (1969/1982) selon laquelle l'attachement sécurisant est au cœur du développement de la personnalité. Cet effet protecteur est en partie dû à la capacité d'identifier et d'exprimer ses émotions (156).

#### *D) Comorbidités et diagnostics différentiels à l'adolescence*

Selon l'étude menée par l'EURNET-BPD (157), le TPB est souvent associé aux comorbidités suivantes :

- Dépression (71,4%)
- Anorexie (40,2%)
- Boulimie (32,9%)
- Abus d'alcool (23,5%)
- Trouble de l'usage de substances (8,2%).

Il est également fréquemment associé à d'autres TP, principalement le TP obsessionnel-compulsif (35,3%) ainsi que le TP antisociale (22,4%), qui est d'ailleurs plus fréquemment retrouvé chez les garçons que chez les filles souffrant de TPB (158).

Il est à noter que la présence d'un TDAH comorbide d'un TPB à l'adolescence constitue un marqueur de sévérité car cela influence la présentation clinique des adolescents avec des scores d'impulsivité bien plus élevés, notamment de type attentionnelle et cognitive (86) (159). Ainsi, il pourrait exister un sous-groupe de patients souffrant de TPB avec une trajectoire développementale plus marquée depuis l'enfance, orientant vers l'hypothèse d'un sous-type neurodéveloppemental associant TPB et TDAH (160).

#### *E) Mesures d'investigations*

##### *1. Questionnaires objectifs*

Des échelles d'auto-évaluation largement utilisées chez les adultes ont également été employées sur des échantillons d'adolescents. Parmi elles on retrouve le SCID -II Personality Questionnaire (SCID-II-PQ) (161) (162), le Borderline Personality Questionnaire (BPQ) (162) (164), le Mc Lean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD) (165) et l'international Personality disorder Examination Screening Questionnaire (IPDE-SQ)

(166), ainsi que des mesures de la gravité des symptômes tels que la Borderline Symptom list (BSL) (167) (168). Spécifiquement pour les enfants et les adolescents, il existe les auto et hétéro-questionnaires de la Borderline Personality Features Scales for Children (BPFS) (169).

Toutes ces échelles ont été validées et ont montré des propriétés psychométriques bonnes à satisfaisantes. Il est important de préciser que malgré l'utilité de ces tests à des fins de dépistage chez les adolescents, ils ne se substituent pas au diagnostic clinique qui reste indispensable.

## 2. Tests qualitatifs (TAT et RORSCHACH)

Cette approche qualitative psychodynamique permet d'évaluer le fonctionnement psychique d'un individu et d'affiner son diagnostic. Elle est composée de deux épreuves conjointes : le Rorschach et le TAT, théorisées initialement chez l'adulte par Anzieu, qui s'attachent à la connaissance du développement psychique dans un abord projectif (170).

Ces épreuves sont utilisées chez les adolescents, elles permettent un repérage de l'organisation de leur personnalité (psychose, névrose, fonctionnement limite) en mettant à jour leurs mouvements psychiques spécifiques et en permettant d'entrevoir la manière de traiter leur problématique (conflits pulsionnels, clivage, lutte contre la dépression, narcissisme, angoisse de perte d'objet), en les évaluant dans un continuum du normal au pathologique.

Les travaux sur ces tests projectifs ont permis des avancées sur les critères diagnostiques, notamment dans la description psychodynamique des fonctionnements limites.

## IV) Prise en charge

Selon les recommandations APA 2001 et NICE 2009, la prise en charge des adolescents souffrant de TPB doit se faire en ambulatoire. En pratique, il arrive que des prises en charge hospitalières soient réalisées en cas de crise mais il faut noter que « *la prise en charge à court terme du risque suicidaire par une hospitalisation est contredite par l'absence de données d'efficacité et par le risque de régression des patients* » (171) (159).

### A) Abord pharmacologique

Selon les recommandations du NICE (2009), aucun médicament n'a d'indication spécifique dans le traitement du TPB. De plus au vu de la problématique des patients et de leur instabilité, l'observance du traitement peut être difficile à obtenir et nécessite donc qu'une bonne alliance thérapeutique soit mise en place pour introduire une chimiothérapie (172).

Cependant, les crises et les comorbidités entraînées par certains symptômes peuvent nécessiter l'utilisation de thérapeutiques qui sont globalement les mêmes à l'adolescence qu'à l'âge adulte : les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, les neuroleptiques, les thymorégulateurs, voire en cas de crise les benzodiazepines, utilisées avec une grande prudence du fait du risque d'addiction dans cette population. Ces traitements peuvent apporter des améliorations cliniques ponctuelles qui se montrent cependant rarement durables (172).

## B) Abord psychothérapeutique

La psychothérapie demeure le traitement de fond des troubles de la personnalité, à l'adolescence comme à l'âge adulte. Son indication doit tenir compte des attentes du patient, de son potentiel émotionnel, cognitif et culturel ainsi que de ses capacités d'adaptation (3).

Certaines études, plutôt de théorie psychanalytique, recommandent une intervention bifocale (voire multifocale) dans le TPB. Celle-ci est décrite comme associant une psychothérapie de soutien assurée par le médecin prescripteur qui est également le coordonnateur de la prise en charge, avec une psychothérapie plus spécifique centrée sur la problématique.

L'approche psychothérapeutique groupale chez les patients avec TPB leur permet entre autre de prendre conscience, grâce à l'étayage thérapeutique et la guidance émotionnelle des pairs, des conséquences générées par leurs difficultés de perception des affects et leurs stratégies de communication inadaptées (théorie de l'hypermentalisation, cf *Facteurs de risque en neuroimagerie*). Ceci est d'autant plus important à l'adolescence, période dans laquelle le lien avec le groupe de pairs est privilégié, et où l'abord groupal permet un médiateur identificatoire transversal, et non plus transgénérationnel (173).

Parmi les psychothérapies spécifiques destinées aux adolescents, trois types ont fait preuve de leur efficacité clinique. Il s'agit de la Thérapie Cognitive Analytique (CAT), la Thérapie Basée sur la Mentalisation pour Adolescents (MBT-A) et la Thérapie Dialectique Comportementale pour Adolescents (DBT-A) (132).

<b>CAT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thérapie intégrative et transdiagnostique, d'inspiration à la fois psychanalytique et cognitivo-comportementale.</li> <li>- Thérapie individuelle brève, de 16 à 24 semaines</li> <li>- Première thérapie individuelle testée dans un ECR pour le TPB chez les adolescents : efficacité associée à une récupération plus rapide dans le TPB mais celle-ci ne se maintiendrait pas après 2 ans.</li> <li>- Tend actuellement à se développer en Europe (4) (55) (174).</li> </ul>
<b>MBT-A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thérapie d'inspiration psychodynamique</li> <li>- S'appuie sur la théorie de l'attachement, en postulant que l'attachement désorganisé entraîne un déficit des capacités de mentalisation (4) (99).</li> <li>- Associe une thérapie individuelle (MBT-A) à une thérapie familiale mensuelle (MBT-F), clé de son adaptation à une population adolescente (175).</li> <li>- Organisée en 4 phases (évaluation, initiale, intermédiaire et finale)</li> <li>- Durée d'environ un an (175).</li> <li>- Significativement plus efficace que le traitement habituel pour réduire l'automutilation et la dépression (175).</li> </ul>
<b>DBT-A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thérapie d'inspiration cognitivo-comportementaliste, intégrant la philosophie Zen (176),(172).</li> <li>- S'appuie sur le modèle transactionnel suivant : le TPB émerge quand il existe des difficultés d'ajustement entre l'enfant et son environnement, source d'un déficit d'acquisition de capacités de régulation émotionnelle.</li> <li>- Associe une TCC individuelle (4), un groupe multi-famille (adolescents et leurs parents), un soutien téléphonique pour les adolescents et / ou leurs parents et une supervision d'équipe (172).</li> <li>- 12 à 16 semaines + 4 en fonction des adaptations, avec possibilité de renouvellement (177) (175) (176).</li> <li>- Deux études françaises ont réalisé des études pilotes évaluant cette psychothérapie pour des adolescents avec TPB (176) (172).</li> </ul> <p>La plus récente évalue l'acceptabilité et la faisabilité d'un groupe multi-familles sur le module TCD intitulé « <i>Tolérance à la détresse</i> » chez des adolescents souffrant d'un TPB diagnostiqué ou de troubles de la régulation émotionnelle, associé à une thérapie individuelle (172).</p>

D'autres psychothérapies sont utilisées dans cette population mais n'ont pas fait preuve de leur efficacité. La Thérapie Centrée sur le Transfert (TFP), qui analyse les réactions transférentielles du thérapeute avec le patient afin d'appréhender ses relations d'objet pathologiques, (175) qui n'a pas encore été évaluée dans un essai clinique randomisé. La Thérapie des Schémas (SFT), basée sur les TCC et analysant les schémas dysfonctionnels des patients construits suite aux expériences de non-complément de leurs besoins spécifiques de l'enfance (159).

Malgré des résultats significatifs encourageants, la littérature récente reste encore prudente pour conclure à l'efficacité de ces interventions chez l'adolescent souffrant de TPB car les ECR réalisés présentent une faible robustesse scientifique (75) (178).

C) Le développement de l'intervention précoce comme maître mot de la recherche autour de la prise en charge du TPB à l'adolescence.

Les dernières méta-analyse autour du TPB à l'adolescence soutiennent l'importance d'une intervention précoce, dès les premières manifestations cliniques de TPB, sans attendre d'observer tous les critères cliniques d'un éventuel diagnostic catégoriel (75). Ainsi, une psychothérapie ciblée sur l'attachement et les relations interpersonnelles serait indiquée dès les premiers signes de TPB à l'adolescence afin d'accompagner les patients à modifier leurs modèles opérants internes et donc à améliorer leurs troubles (93).

En ce sens, dès 2008, Channen et al. proposent un modèle dimensionnel de « *stadification clinique* » (associant la détresse clinique, la psychopathologie concomitante et la question du diagnostic) pour attribuer à chaque stade des approches préventives ciblées croissantes en fonction des facteurs de risque observés. (76) Celles-ci vont d'universelles (population générale) à sélectives (sous-groupes populationnels à risque moyen), jusqu'à des interventions indiquées, ou traitement précoce (individus à haut risque de TPB ou présentant des symptômes a minima). Cette approche induit donc la nécessité de définir un seuil pour la détection précoce du TPB à l'adolescence (75). (Cf Figure 3)

Dans cette idée, Mc Gorry et al. ont établi en 2018 (179) le « *Métadiagnostic de l'Etat Mental Clinique à Haut Risque (CHARMS)* », approche transdiagnostique psychiatrique, incluant une pathologie de la personnalité sévère. Le but est d'identifier les adolescents en détresse psychique, même si celle-ci reste inférieure aux seuils diagnostiques, afin d'intervenir précocement sur cette évolution hétérotypique qui pourrait entraîner des effets délétères sur leur développement et l'apparition de troubles constitués (179) (75). (Cf Figure 4)

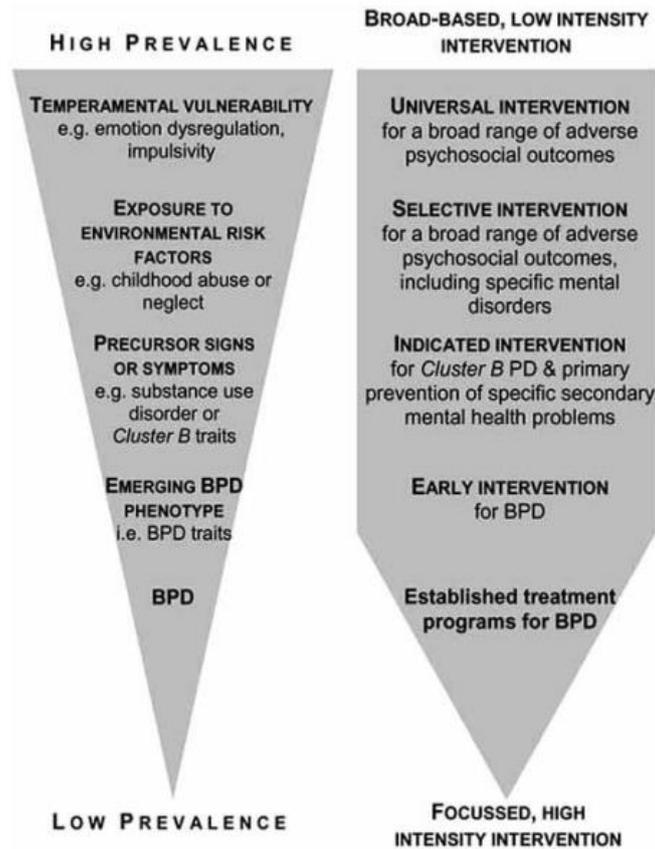


Figure 2 : Prévention et stratégies d'intervention précoce pour le Trouble de la Personnalité Borderline utilisant les données actuellement disponibles.

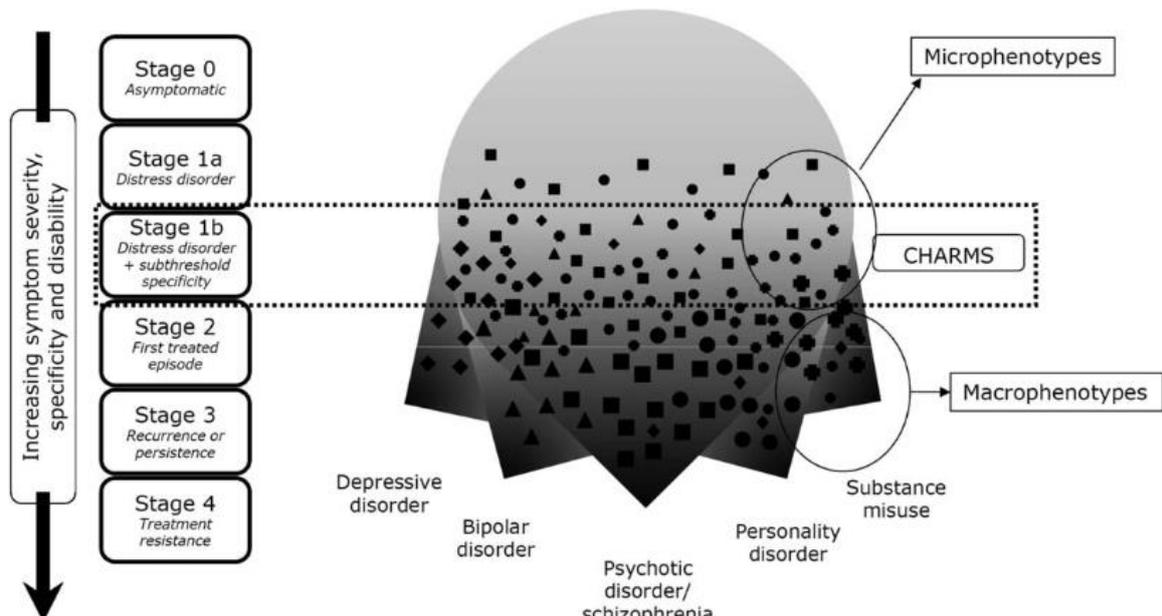


Figure 3 : Le nouveau paradigme du "Clinical High At Risk Mental State" (CHARMS) dans le contexte de la stadification clinique. Les formes représentent les différents types de symptômes.

D) Les programmes d'intervention précoce pour les adolescents avec traits de TPB émergents

<b>HYPE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programme de prévention et d'intervention précoce pour adolescents de 15 à 25 ans, souffrant de traits de TPB émergents ou de TPB constitués</li> <li>- Critères d'inclusion larges (deux ou trois critères de TPB)</li> <li>- Programme d'intervention globale articulant services ambulatoires et hospitaliers, ainsi qu'un programme de réhabilitation psycho-sociale et une psychothérapie individuelle basée sur la CAT en 16 à 24 <u>sessions</u> (71) (5) (5).</li> <li>- Soins dispensés par une équipe de proximité (calendrier et les lieux d'intervention flexibles), qui bénéficie d'une supervision régulière (5).</li> <li>- A montré une amélioration plus rapide de la symptomatologie et un maintien de ses effets à 2 ans, par rapport au groupe contrôle (159)</li> </ul>
<b>STEPPS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programme de prévention, basé sur la DBT et donc une approche systémique.</li> <li>- Construit en deux phases : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Un groupe d'introduction aux habiletés de base durant 20 semaines.</li> <li>○ Puis un programme de groupe avancé, sur un an, à raison de deux interventions mensuelles.</li> </ul> </li> <li>- L'objectif est que l'entourage (professionnels, amis proches, famille) accèdent avec le patient à un langage commun, l'idée principale étant d'éviter le clivage (159).</li> </ul>
<b>ERT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programme néerlandais adapté du STEPPS (180).</li> <li>- Intervention psychothérapeutique groupale basée sur les TCC, dans une approche systémique.</li> <li>- Travail d'un projet ainsi de formation professionnelle (71).</li> <li>- 17 séances complémentaire du traitement habituel.</li> </ul>

E) La place du Good Psychiatric Management pour Adolescents (GPM-A) dans la prise en charge des adolescents avec TPB

Les programmes et traitements efficaces dans le TPB décrits ci-dessus sont rarement disponibles à l'échelle internationale du fait des difficultés à les mettre en place. Effectivement les psychothérapies décrites nécessitent toutes une formation intensive spécialisée et les programmes, des moyens humains et logistiques importants. C'est pourquoi il est nécessaire

d'évaluer si des interventions moins complexes pourraient être développées et généralisables à travers les systèmes de santé (75).

C'est à la fois dans cette dynamique d'approche plus généraliste et dans l'idée d'une approche plus précoce que le GPM a été développé par Gunderson et Links en 2014 (35). Il a montré une efficacité équivalente à la TCD sur le TPB à l'âge adulte et ne nécessite qu'une seule journée de formation pour les cliniciens ayant une formation préalable en santé mentale (181). Il met l'accent sur la psychoéducation, la médicalisation du trouble et les activités de développement de la vie quotidienne en intégrant des idées de la DBT, de la MBT et de la TFP.

C'est pourquoi en 2021,(182), ont proposé d'étendre le GPM aux adolescents souffrant de traits de TPB (GPM-A). L'idée étant que, cette approche nécessitant peu de temps de formation et de ressources, elle soit une intervention primaire et précoce chez les adolescents dès leurs premiers symptômes, sans se substituer aux thérapies plus spécialisées intervenant sur des troubles plus sévères. Aucune étude n'a encore été réalisée pour prouver l'efficacité du GPM-A (182).

#### F) Transition vers notre étude

En conclusion, bien que des programmes de traitement du TPB à l'adolescence aient été développés dans plusieurs pays, leur efficacité reste fragile et ils ont tendance à se montrer spécialisés et complexes à mettre en place, tant en termes de besoins logistiques, que de formation et de moyens humains. Ceci limite donc leur évolutivité entre les systèmes de santé, ce qui entrave le développement des interventions pour les adolescents souffrant de TPB. De plus, les études récentes sont en faveur d'une promotion d'interventions plus précoces, dans une logique de dérivation des trajectoires psychopathologiques des adolescents, afin d'en limiter les complications à l'âge adulte.

En ce sens, nous avons donc décidé de tester l'acceptabilité et la faisabilité d'un programme d'entraînement à la métacognition chez de jeunes adolescents présentant des traits de TPB émergents, afin d'articuler ces exigences d'intervention précoce et de recherche autour de programmes universalisables, celui-ci étant déjà mis en place dans plusieurs pays à destination de populations adultes souffrant de TPB et ne nécessitant pas une formation intensive.

## Étude clinique

---

### I) Objectifs

L'objectif principal de cette évaluation de pratique professionnelle était d'étudier la faisabilité et l'acceptabilité d'un groupe d'entraînement aux habiletés métacognitives (16) (18) pour les adolescents présentant des traits de personnalité borderline émergents, configuré en dix séances, mis en place au CMP Clocheville.

Pour cela, nous avons choisi comme critères de jugement principaux :

- Une mesure de l'acceptabilité du programme pour les patients en ayant bénéficié par un auto-questionnaire : le Consumer Satisfaction Questionnaire-8 (CSQ-8) (*cf annexe 6*).
- Une mesure de la faisabilité par une évaluation qualitative des retours des patients ainsi que par le taux d'attrition.
- Une mesure de la conformité au protocole à travers la mesure du temps passé en séance, le taux de présence aux séances et le nombre de questionnaires remplis.

Les objectifs secondaires étaient de collecter des données préliminaires sur l'évolution des traits de personnalité borderline émergents, l'évolution clinique générale des patients et de leur bien-être mental, perçus par eux-mêmes et leurs parents, avant et après le groupe et à 3 mois de la fin du groupe.

Nous avons également souhaité évaluer l'évolution de leur investissement dans leurs soins individuels selon leurs psychothérapeutes ainsi que leurs récurrences de sollicitations des services d'urgence pour des motifs psychiatriques entre le début et la fin du groupe, ainsi qu'à 3 mois de la fin du groupe.

Nous avons évalué nos critères de jugement secondaires par :

- Une analyse de l'évolution des scores à l'auto-questionnaire Borderline Personality Questionnaire (BPQ) (*cf annexe 2*).
- Une analyse de l'évolution des scores à l'auto-questionnaire Young Self Report (YSR) (*cf annexe 3*).
- Une analyse de l'évolution des scores à l'hétéro-questionnaire Child Behaviour Checklist (CBCL) (*cf annexe 4*).

- Une analyse de l'évolution des scores à l'auto-questionnaire Echelle de Bien-Etre Mental de Warwick Edinburgh (WEMWBS) (*cf annexe 5*).
- Une mesure des récurrences de recours aux services d'urgences pédiatriques du CHRU de Clocheville pour motif psychiatrique.
- Une évaluation quantitative et qualitative des retours des psychothérapeutes individuels des patients (pédopsychiatres et psychologues) sur l'évolution de leur prise en charge (*cf annexe 7*).

## II) Matériel et Méthodes

### A) Description de l'étude

Il s'agit d'une évaluation de pratique professionnelle, prospective et monocentrique. Les patients auxquels le groupe a été proposé sont tous passés par une sollicitation des services d'urgence pédiatriques de l'hôpital Clocheville du CHRU de Tours pour le motif « Tentative de suicide ».

L'inclusion des patients auxquels le groupe a été proposé a eu lieu entre juillet et octobre 2022.

Les patients ont participé au groupe thérapeutique de novembre 2022 à mars 2023 et une réévaluation individuelle a eu lieu en mai 2023.

### B) Description de la population d'étude

#### **Critères d'inclusion**

Les participants devaient être :

- Des patients préadolescents-adolescents âgés de 11 à 15 ans 3 mois.
- Accueillis aux urgences pédiatriques de l'hôpital Clocheville du CHRU de Tours pour une tentative de suicide ou des automutilations avec intentionnalité létale.
- Présentant des traits de personnalité borderline émergents, dépistés à l'aide de l'auto-questionnaire standardisé Borderline Personality Questionnaire (BPQ), avec un score minimum  $\geq 49$  et / ou une évaluation par le psychiatre clinicien l'ayant reçu aux urgences en faveur de traits de TPB émergents malgré un score  $< 49$  au BPQ.
- Étant scolarisés en milieu ordinaire.
- Affiliés à un régime de sécurité sociale.

### **Critères de non-inclusion**

- Les patients résidants hors département 37 principalement, pour des problématiques logistiques.
- Les personnes s'étant opposées à l'inclusion dans le groupe.

### **Nombre de sujets attendus**

Le nombre de sujets attendus était de douze patients maximum afin d'effectuer le groupe d'entraînement aux habiletés métacognitives. Ce nombre était néanmoins dépendant du nombre d'admissions aux urgences pédiatriques de l'hôpital Clocheville pour passage à l'acte suicidaire entre juillet 2022 et octobre 2022.

### **C) Déroulement de la procédure et recueil des données cliniques**

Lors d'une admission aux urgences pédiatriques pour un passage à l'acte auto-agressif avec intentionnalité létale, le psychiatre d'astreinte aux urgences pédiatriques réalisait un entretien d'évaluation pédopsychiatrique classique auquel il ajoutait le renseignement par le patient d'un auto-questionnaire standardisé : le Borderline Personality Questionnaire (BPQ).

Si le patient présentait un score  $\geq$  à 49 à l'auto-questionnaire BPQ et / ou si le psychiatre dépistait des traits de personnalité émotionnellement labile émergents chez lui malgré un score  $<$  49, une proposition leur était faite de participer au groupe thérapeutique étudié.

S'ils acceptaient, deux autres auto-questionnaires standardisés leurs étaient proposés lors d'une consultation individuelle avec les thérapeutes conduisant le groupe : l'inventaire d'autoévaluation pour adolescents (Young Self Report - YSR) et l'échelle de bien-être mental de Warwick-Edimbourg (WEMWBS). Ainsi qu'un hétéro-questionnaire à destination de leurs parents ou représentants légaux : l'inventaire de comportement des enfants (Child Behaviour Checklist - CBCL).

A l'occasion de cet entretien étaient recensées toutes les données sociodémographiques et cliniques listées dans le *Tableau 3*.

Lors de cette consultation individuelle pré-groupe parents-adolescents au Centre Médico-Psychologique (CMP) de Clocheville, étaient explicités aux adolescents et à leurs parents les objectifs thérapeutiques du groupe ainsi que son déroulement (*cf annexe 8-9-10*). A cette occasion, il leur était également délivré un flyer (*cf annexe 11*) présentant le groupe

thérapeutique ainsi qu'un protocole de gestion du risque suicidaire en cas d'idées suicidaires formulées au cours du groupe (*cf annexe I2*).

Suite à leur accord pour participer au groupe et à l'évaluation de celui-ci par cette étude, un contact était pris avec leur psychothérapeute (psychologue ou pédopsychiatre) pour les informer de leur inclusion dans ce groupe thérapeutique, complémentaire de leurs prises en charge individuelles.

Le groupe thérapeutique s'est tenu sur 10 séances, de deux heures chacune, de novembre 2022 à mars 2023. Une 11<sup>ème</sup> séance a été proposée aux adolescents avec leurs familles afin de réaliser une restitution du groupe aux parents. Les auto-questionnaires YSR, BPQ et WEMWBS ont à nouveau été remplis à la 10<sup>ème</sup> séance (T1), complétés par l'auto-questionnaire CSQ-8. L'hétéro-questionnaire CBCL a été complété par les parents lors de la 11<sup>ème</sup> séance de restitution (T1).

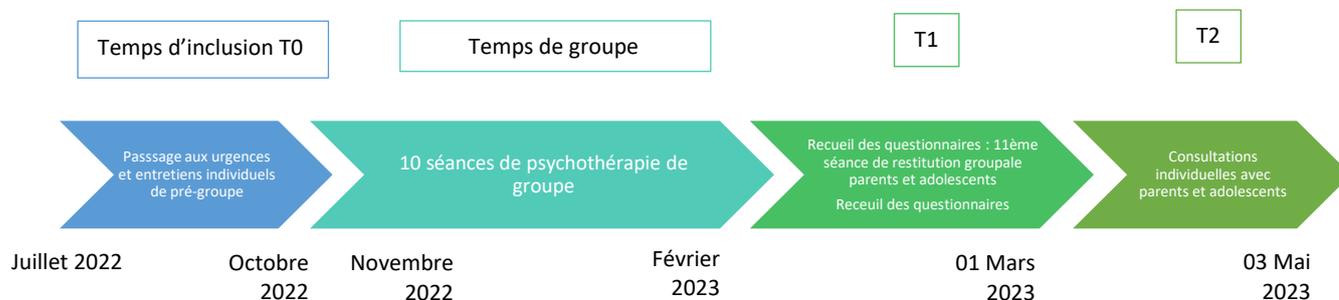
Enfin, les patients et leurs parents ont à nouveau été reçus en entretien individuel à 3 mois de la fin du groupe (T2) par les thérapeutes l'ayant mené, afin d'évaluer leur évolution clinique à distance et de remplir à nouveau les 3 auto-questionnaires BPQ, YSR et WEMWBS ainsi que l'hétéro-questionnaire CBCL.

Entre T1 et T2, des entretiens téléphoniques ou en présentiels ont été réalisés avec les psychothérapeutes des patients ayant bénéficié du groupe dans sa totalité afin de réaliser une évaluation qualitative de l'évolution de leur investissement dans leurs soins individuels et quantitative par la passation d'un questionnaire semi-structurés de 5 questions avec des réponses sous forme d'échelles de Likert à destination de ces praticiens.

Une analyse du nombre de passages aux urgences pour motifs psychiatriques de chaque patient a également été effectuée à T1 et à T2.

## 1. Design de l'étude

Figure 5 : Frise chronologique illustrant la temporalité de l'étude



## 2. Temps de mesures

Tableau 1 : Présentation tabulaire des temps de mesures

	<u>TEMPS DE MESURES</u>		
<u>Instruments</u>	Avant le groupe (T0)	Après le groupe (T1)	A 3 mois de la fin du groupe (T2)
BPQ	X	X	X
YSR	X	X	X
CBCL	X	X	X
WEMWBS	X	X	X
CSQ-8		X	
Questionnaire semi-structuré d'acceptabilité		X	
Récidive des passages aux urgences pour motifs psychiatriques	X	X	X
Questionnaire semi-structuré d'évaluation de la prise en charge individuelle du patient			X

### 3. Les indicateurs de mesures

Tableau 2 : Présentation tabulaire des indicateurs de mesures

Mesure	Définition	Source de données
<b>Évaluation de base</b>		
<b>Caractéristiques socio-démographiques et cliniques</b>	<p style="text-align: center;"><b>Variables recherchées :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Sexe</li> <li>-Âge</li> <li>-Age de début des troubles</li> <li>-Antécédents familiaux psychiatriques</li> <li>-Troubles psychiatriques</li> <li>-Co morbides</li> <li>-Antécédents de passages aux urgences pédiatriques pour un motif psychiatrique</li> <li>-Niveau de scolarité avec aménagement scolaire ou non</li> <li>-Lieu de vie (domicile parental, famille d'accueil, foyer)</li> <li>-Données socio-familiales des patients</li> </ul>	Base de données du protocole
<b>Résultats de l'objectif primaire</b>		
<b>Faisabilité</b>	<p style="text-align: center;">Proportion de patients passant à l'étape du consentement à participer au groupe + Taux d'attrition</p>	<p style="text-align: center;">Base de données du protocole + 10<sup>ème</sup> séance du groupe et 11<sup>ème</sup> séance de restitution aux parents (T1) + Entretien du patient à la fin de l'étude à 3 mois (T2)</p>
<b>Conformité</b>	<p style="text-align: center;">Temps passé en séance : complétée ou non + Nombre de séances réalisées + Nombre de questionnaires complétés</p>	Base de données du protocole
<b>Acceptabilité</b>	CSQ-8	10 <sup>ème</sup> séance du groupe (T1)
<b>Résultats des objectifs secondaires</b>		
<b>Évolution de la symptomatologie de TPEL</b>	BPQ	<p style="text-align: center;">10<sup>ème</sup> séance du groupe (T1) + Entretien individuel à T0 et à T2</p>
<b>Évolution clinique générale</b>	YSR et CBCL	<p style="text-align: center;">10<sup>ème</sup> séance du groupe et 11<sup>ème</sup> séance de restitution aux parents (T1) + Entretiens individuels à T0 et à T2</p>
<b>Évolution du bien-être mental</b>	WEMWBS	<p style="text-align: center;">10<sup>ème</sup> séance du groupe (T1) + Entretiens individuels à T0 et à T2</p>
<b>Récidive des passages aux urgences</b>	Nombre de passages aux urgences pédiatriques du CHRU Clocheville pour motif psychiatrique par patients à T1 et T2	Base de données du protocole
<b>Évaluation de l'évolution de la prise en charge individuelle du patient par son psychothérapeute</b>	<p style="text-align: center;">Questionnaire quantitatif semi-structuré de 5 questions avec des réponses mesurées par échelles de Likert + Évaluation qualitative des retours des psychothérapeutes</p>	Entretien téléphonique avec le psychothérapeute traitant à T2, soit à 3 mois de la fin du groupe

## D) Support du programme

### 1. *Déroulement du groupe et programme*

Ce programme se compose de dix séances de deux heures chacune, à raison d'une séance par semaine, et d'une onzième séance avec les adolescents et leurs parents pour une restitution du contenu global et des observations groupales des thérapeutes aux parents.

Il est fondé sur le Groupe d'Entraînement à la Métacognition pour les patients atteints de Troubles de la Personnalité Borderline développé par Steffen Moritz en 2013, validé et largement utilisé chez les patients adultes (16) (18). Nous avons obtenu l'accord du Professeur S.Moritz pour l'utilisation de son programme dans une population adolescente.

Nous avons adapté son programme à cette population, et le groupe a été animé par deux internes en quatrième année de DESC de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent formées à l'éducation thérapeutique en 40h (formation reconnue par l'Agence Régionale de la Santé) et une psychologue clinicienne du Centre Universitaire de Pédopsychiatrie de Tours.

Ce programme tend à accompagner les adolescents à prendre conscience de leurs comportements répétitifs les enfermant dans un mode « *action-réaction* », sous-tendus par leurs traits de personnalité en cours de construction, et à les accompagner à développer leurs propres stratégies fonctionnelles protectrices en s'appuyant sur la métacognition.

La prise en charge groupale leur permet de bénéficier d'un accueil de leur singularité au sein d'un groupe thérapeutique, permettant le contact avec les pairs sécurisé par la médiation d'un thérapeute, particulièrement enrichissant à ce stade du développement et se voulant un facteur de protection du développement des inférences exagérées des états mentaux d'autrui, observées dans le TPB (cf partie *Facteurs de risque en neuroimagerie*).

La première séance a consisté en une séance de présentation, de mise en place du règlement intérieur groupal et d'introduction à la métacognition.

La deuxième séance « *Styles d'attribution* » travaillait les dimensions suivantes du TPB : l'impulsivité, les difficultés dans les relations interpersonnelles et les difficultés avec l'image de soi.

La troisième séance « *Ruminations et pensée catastrophe* » abordait quant à elle les dimensions d'impulsivité, d'instabilité affective, le sentiment de colère intense et les difficultés dans les relations interpersonnelles. Ceci a été élaboré dans le programme de S.Moritz en partant de la réflexion suivante : pour les patients ayant un TPEL, les ruminations peuvent

accroître des états émotionnels intenses et désagréables, la colère et l'agressivité peuvent donc être particulièrement renforcées. De plus, les comportements dysfonctionnels (de type auto-agressifs) peuvent être une conséquence des ruminations. Ainsi par contraste avec la dépression, la rumination dans le TPEL semble se concentrer sur la colère et les difficultés interpersonnelles. (cf *Manual French B-MCT*)

Les quatrième et septième séances « *Théorie de l'esprit 1 et 2* » travaillaient les dimensions de difficultés dans les relations interpersonnelles ainsi que le vécu abandonnique et l'impulsivité.

La cinquième séance, séance bilan de mi-parcours, consistait à se remémorer les notions abordées précédemment, afin que les patients puissent mieux se les approprier. Ce temps a également permis de les questionner sur les potentielles améliorations de la conduite du groupe, un temps plus long de partage d'expériences et de préparer le temps de séparation constitué par les vacances scolaires de Noël.

La sixième séance « *Découvrir le positif* » s'intéressait également au travail de l'image de soi ainsi qu'aux difficultés dans les relations interpersonnelles.

La huitième séance « *Estime de soi* » était centrée sur le travail de la perturbation de l'image de soi dans le TPB et la neuvième séance « *Sauter aux conclusions* » travaillait les dimensions impulsives et de difficultés dans les relations interpersonnelles également.

La séance « *Humeur* » du protocole initial de Steffen Moritz n'a pas été réalisée car nous avons trouvé plus judicieux de réaliser une séance récapitulative à mi-parcours non initialement inclus dans le protocole plutôt que rajouter des notions supplémentaires avant les vacances scolaires.

La dixième et dernière séance a constitué en une séance bilan de rappel des différentes notions élaborées depuis l'initiation du groupe, de partage d'expérience, de retour sur le vécu du groupe et de renseignement des quatre auto-questionnaires par les patients.

Ainsi, dans ce groupe les dimensions du TPB majoritairement travaillées étaient par ordre décroissant : les difficultés dans les relations interpersonnelles (5 séances), l'impulsivité (4 séances), la perturbation de l'image de soi (3 séances), l'instabilité affective (1 séance), le vécu abandonnique (1 séance) et le sentiment de colère intense (1 séance).

Nous avons construit les séances en tenant compte des processus agissant dans les groupes afin de les mobiliser au profit d'un travail thérapeutique. Pour cela, en début de première séance, nous avons établi un règlement de vie intérieure au groupe (joint en annexe), coconstruit avec les patients et cosigné par la totalité des membres du groupe, soignants inclus. Ceci avait pour

but de les mobiliser dans une forme d'engagement, de « *faire groupe* » et de respecter et discuter les demandes de chacun des participants.

Nous avons également attaché une importance particulière aux temps d'accueil et de fin de séance afin de préparer ces temps de transition, particulièrement importants au vu de la problématique présentée par les adolescents reçus. Il en était de même en cas d'absentéisme de l'un des pairs ou de l'un des soignants. Ce cadre thérapeutique était pour nous le garant de l'espace psychique groupal.

Nous avons choisi pour la réalisation de ce groupe une salle de taille contenante, soit de 14,5 m<sup>2</sup> pour 13 personnes, avec une fenêtre disposant d'un dispositif anti-suicide. La salle était épurée afin de favoriser la concentration et disposait principalement d'un écran pour les diapositives, d'un ordinateur et d'un paper board utilisé au cours des séances. Les participants s'asseyaient en cercle sur des chaises, et étaient placés au début de chaque séance par les thérapeutes, afin de favoriser la dynamique groupale au profit de potentiels sous-groupes.

## *2. Adaptation du programme de S. Moritz*

En nous appuyant sur les écrits de Piaget, nous avons considéré que les adolescents accueillis se trouvaient à un stade de développement psychoaffectif leur permettant d'accéder aux notions abordées.

Le programme B-MCT a donc été adapté à cette population adolescente de la façon suivante :

- Le contenu des séances et des supports visuels a été allégé.
- Les exemples ont été adaptés à des situations de vie adolescentes, soit en milieu scolaire, social adolescent ou familial.
- Il a été au maximum introduit des références en rapport avec leurs objets culturels.
- Des jeux de rôle avec des petits scénarii ont été proposés afin de favoriser l'attention et la régulation émotionnelle par la mise en mouvement.

Nous avons essayé d'être attentifs à proposer une formalité plutôt ludique, différente du milieu scolaire, afin de favoriser l'investissement dans cette proposition thérapeutique.

## E) Choix des questionnaires comme critère de jugement

### 1. *Questionnaires pour nos critères de jugement principaux*

#### **Le CSQ-8 : Client Satisfaction Questionnaire**

La plupart des études concernant la satisfaction des enfants et adolescents se basent uniquement sur des mesures utilisant les réponses parentales (183). Dans cette étude, nous avons souhaité faire participer les adolescents pour évaluer leur propre satisfaction.

Le CSQ-8 est un outil de référence pour évaluer la satisfaction des patients à l'égard des soins. Il fait partie d'un nombre limité de mesures de satisfaction normalisées qui ont été largement utilisées dans les services de santé mentale (184) et a été validé dans une population adulte (185).

Il s'agit d'un auto-questionnaire de 8 questions évaluant la satisfaction des soins grâce à des échelles de Likert. Une version canadienne-française est parue en 1987 (186) (185), retrouvant de bonnes qualités psychométriques soit un degré de cohérence interne élevé avec un coefficient de Cronbach ( $\alpha$ ) à 0,92 pour une population de 126 adultes âgés de 19 à 67 ans (185).

Une étude de 2011 faite par des Suisses s'est penchée sur les qualités psychométriques de la version francophone du CSQ-8 sur une population d'enfants et d'adolescents âgés de plus de 10 ans (moyenne d'âge 13,71 ans pour 583 patients). Les qualités psychométriques sont ressorties relativement bonnes avec notamment une consistance interne (coefficient de Cronbach) à 0,925 donc excellente (187).

Nous avons donc choisi cette échelle pour l'évaluation de la satisfaction des adolescents de l'étude.

### 2. *Questionnaires pour nos critères de jugement secondaires*

#### **Le BPQ : Borderline Personality Questionnaire**

Pour pouvoir mesurer la présence et l'évolution de la symptomatologie borderline des patients du groupe, nous nous sommes posé la question de l'échelle psychométrique à utiliser. Comme vu dans la partie *Mesures d'investigations*, il en existe plusieurs : une partie d'entre eux mesurant uniquement les traits de TPB et l'autre partie s'inscrivant dans des tests de dépistage plus larges des troubles de la personnalité (163). L'étude de Chanen et al. publiée en

2008, s'est attachée à les comparer chez l'adulte (MSI-BPD, BPQ, SCID-II) et a retrouvé que le BPQ présentait les propriétés psychométriques les plus intéressantes, associant les fiabilité test-retest (ICC = 0,92) et cohérence interne (coefficient  $\alpha$  de Cronbach = 0,92) les plus élevées. L'étude de validation du BPQ par Poreh et al., publiée en 2006 (163), confirmait également que c'était un test fiable avec une fiabilité de ses sous-échelles généralement satisfaisante.

Concernant son utilisation à l'adolescence, sa comparaison dans cette population avec d'autres tests, a confirmé qu'il y présentait également les meilleures propriétés psychométriques (4) et la validation de sa version française également (cohérence interne élevée avec  $\alpha = 0,84$  ; bonne fidélité test-retest avec  $r = 0,77$ ) (188).

Le cut-off proposé pour cette échelle de dépistage en faveur d'un diagnostic de TPB à l'adolescence est un score supérieur ou égal à 49, même si celui-ci est à prendre avec précaution du fait du petit effectif de patients dans l'étude le déterminant (164).

Nous avons donc décidé d'utiliser le BPQ comme échelle de dépistage du TPB chez les patients adolescents de notre étude. C'est un auto-questionnaire de 80 items, avec des réponses en oui/non pour chacun d'eux, regroupés en l'évaluation de neuf dimensions du trouble : l'impulsivité, l'instabilité affective, le vécu abandonnique, les difficultés dans les relations interpersonnelles, les difficultés dans l'image de soi, les velléités auto-agressives (tentatives de suicide et auto-mutilations), le sentiment de vide, le sentiment de colère intense et les états quasi-psychotiques.

### **Le YSR (Young Self Report) et la CBCL (Child Behaviour CheckList).**

L'inventaire d'auto-évaluation pour adolescents (YSR) d'Achenbach et Rescorla est un auto-questionnaire qui permet d'explorer de façon exhaustive les comportements adaptatifs et les difficultés émotionnelles et comportementales des adolescents. C'est une échelle conçue pour les jeunes âgés de 11 à 18 ans (189) (190). Les qualités psychométriques de la version française sont satisfaisantes (cohérence interne avec  $\alpha$  de 0,55 à 0,95 ; stabilité test-retest avec  $r = 0,67$  à 0,91) (191) (189) (191).

La CBCL, l'hétéro-questionnaire à destination des parents d'enfants / adolescents âgés de 6 à 18 ans, est construite de manière semblable et la majorité de ses items sont les mêmes que ceux du YSR. Elle explore les mêmes dimensions cliniques et repose sur l'observation parentale sur les six derniers mois. Elle a été conçue en 1960 (109) (191) et la version française montre des fiabilités test-retest, inter-juges et interculturelles satisfaisantes avec une bonne validité

prédictive et une cohérence interne élevée de la majorité des facteurs évalués ( $\alpha$  de 0,71 à 0,92) (192) (189) (193) (194).

Ces deux échelles comportent 113 items, concernant la manière habituelle de l'enfant / adolescent d'âge scolaire de se comporter, avec des réponses sur une échelle à 3 niveaux : « *pas vrai* », « *parfois ou peu vrai* », « *très ou souvent vrai* ». La durée de complétion de ces questionnaires est de 20 à 40 minutes.

L'analyse de ces questionnaires propose deux versions :

- Une version initiale rassemblant les manifestations psychologiques des enfants / adolescents sur un modèle en huit catégories : *anxiété-dépression, retrait-dépression, plaintes somatiques, problèmes socio-relacionnels, problèmes de la pensée, problèmes attentionnels, comportements transgressifs, comportements agressifs, autres troubles.*
- Une version révisée, développée en 2001, proposant un modèle en six catégories orientées sur les classifications du DSM-IV puis V : *problèmes dépressifs, problèmes anxieux, plaintes somatiques, problèmes attentionnels / d'hyperactivité, problèmes oppositionnels avec provocations, problèmes de conduites.*

L'analyse propose également une évaluation plus large en deux échelles :

- Les troubles internalisés, soit les symptômes émotionnels affectant le sujet lui-même, rassemblant les catégories *anxiété-dépression, retrait-dépression, plaintes somatiques, problèmes socio-relacionnels.*
- Les troubles externalisés, soit les comportements du sujet affectant les personnes extérieures à lui, rassemblant les catégories *comportements transgressifs, comportements agressifs, problèmes oppositionnels avec provocations, problèmes de conduites.*

Enfin, il existe donc pour chaque questionnaire (YSR et CBCL) un score total, somme des scores de tous les éléments cliniques problématiques rapportés et décrits ci-dessus, normé en fonction de l'âge et du sexe de chaque patient.

Ces deux échelles permettent donc un dépistage en population générale des enfants à risque de présenter des troubles émotionnels et du comportement (195). Elles présentent également l'avantage de procéder par « *classification des problèmes* », ce qui évite de se trouver d'emblée dans une démarche purement quantitative d'étiquetage d'un « *trouble / diagnostic* » mais

permet un dépistage des manifestations cliniques pouvant être présentes à un seuil infra-diagnostique (196) (197).

Dans notre étude, nous avons donc décidé d'utiliser le modèle en cinq catégories orientées sur le DSM-V pour évaluer l'évolution de l'état thymique des patients, ainsi que les scores des troubles internalisés, externalisés et scores totaux. L'intérêt de la passation concomitante de ces deux échelles par les adolescents et leurs parents était également de comparer le regard parental et le vécu interne de chaque adolescent et d'observer si ces vécus concordaient.

### **L'échelle de bien être mental de Warwick – Edinburgh (WEMWBS)**

Cet auto-questionnaire a été développé en 2007 pour évaluer et suivre l'évolution du bien être psychologique des individus entre 13 et 74 ans, dans le but d'évaluer des projets de soin et programmes de santé publique visant à améliorer le bien-être mental. Il est construit en 14 items, avec des réponses sous forme d'échelle de Likert (*1: jamais, 2: rarement, 3: quelque fois, 4: souvent, 5: tout le temps*), donnant un score total de 14 à 70. Sa durée de passation est de 5 minutes.

Pour analyser le WEMWBS, il est possible d'utiliser une méthode comparative à d'autres échelles ou une méthode statistique de comparaison à la population générale. Nous avons donc opté pour la seconde (198), à partir d'échantillons de populations issus du Royaume-Unis, et retrouvant les fourchettes de score suivantes : un état de bien-être mental faible pour un score strictement inférieur à 43, un état de bien-être mental modéré pour un score entre 43 et 60 et un état de bien-être mental élevé pour un score strictement supérieur à 60 (198).

Le WEMWBS possède de bonnes propriétés sur le plan psychométrique par rapport aux autres échelles disponibles pour mesurer le bien-être mental des adolescents âgés de 13 à 16 ans. (194) (199) Sa traduction française a été validée en 2016 (200) avec une bonne consistance interne ( $\alpha = 0,85$  à  $0,89$ ) et une fidélité test-retest satisfaisante (201).

Cette échelle n'a pas été développée pour suivre le changement au niveau individuel ou dans un contexte clinique (194), mais l'étude l'évaluant montrait qu'elle s'y avérait sensible (202). Ainsi, au vu de ces résultats, l'université de Warwick a précisé son utilisation à l'échelle de l'évolution individuelle. Elle conclut que tout changement individuel est significatif à partir d'un minimum de 3 points et un maximum de 8 points d'évolution (202) et nous avons donc décidé d'utiliser le WEMWBS à titre individuel pour évaluer l'évolution du ressenti clinique de bien-être des patients ayant bénéficié du groupe étudié (194).

Il faut noter que pour évaluer l'impact d'un soin avec l'échelle WEMWBS, il est recommandé de comparer un groupe de 30 personnes minimum afin d'établir une évolution significative, ce qui n'était pas le cas de notre étude.

#### F) Analyses statistiques

Nous avons réalisé uniquement des analyses statistiques descriptives sans test de significativité en raison du faible échantillon de notre étude.

Nous avons réalisé l'ensemble de nos statistiques grâce au logiciel Excel pour évaluer les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients inclus dans le groupe. Nous avons utilisé des représentations tabulaires et de cartes de chaleur pour illustrer nos résultats.

#### G) Aspects éthiques

Le protocole est en conformité avec les principes d'éthique établis par la 18ème Assemblée Médicale Mondiale (Helsinki 1964) et par les amendements établis lors des 29ème (Tokyo 1975), 35ème (Venise 1983), 41ème (Hong Kong 1989), 48ème (Somerset West 1996), 52ème (Edinburg 2000), 53ème (Washington 2002), 55ème (Tokyo), 59ème (Seoul) et révisée lors de la 64ème Assemblée Médicale Mondiale (Fortaleza, Brésil, Octobre 2013).

Nous sommes en règle vis-à-vis de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) depuis le 08/09/2022. Notre numéro CNIL est le 2022\_096.

Par ailleurs, le groupe d'éthique d'aide à la recherche clinique pour les protocoles de recherche non soumis au comité de protection des personnes de Tours a donné un avis favorable à notre projet le 10/02/2023 (*cf annexe 1*).

### III) Résultats

#### A) Caractéristiques de la population de l'étude

La population de l'étude est composée de 6 adolescents d'un âge médian de 14 ans et 6 mois lors de l'inclusion. Ce sont 6 filles dont deux se sentent transgenres au moment de l'initiation du groupe. L'âge moyen de l'arrivée de leurs ménarches est de 11 ans et 7 mois (*Tableau 3*).

**Tableau 3 : Données administratives concernant les adolescents du groupe**

<b>Caractéristiques</b>	<b>N = 6<sup>1</sup></b>
<b>SEXE</b>	
<b>Féminin</b>	6 (100%)
<b>GENRE</b>	
<b>Féminin</b>	4 (67%)
<b>Masculin</b>	2 (33%)
<b>Age à l'inclusion</b>	14.50 (14.00, 15.00)
<b>Âge des ménarches</b>	11,5 (10.00, 13.00)
<b><sup>1</sup>n (%) ; Median (Range)</b>	

Sur les six patients, quatre ont des parents séparés et l'un a perdu son père biologique, décédé d'une pathologie somatique.

L'un des patients vit dans un foyer dans le cadre d'un placement judiciaire. Les autres vivent au domicile familial. Tous les patients de l'étude sont scolarisés en milieu ordinaire au moment de l'inclusion et l'un d'entre eux bénéficie d'une scolarité aménagée avec un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) (*Tableau 4*).

**Tableau 4 : Données socio-familiales et scolaires chez les adolescents du groupe**

<b>Caractéristiques</b>	<b>N = 6<sup>1</sup></b>
<b>Parents unis</b>	1 (17%)
<b>Parents séparés</b>	4 (83%)
<b>Parents veufs ou inconnus</b>	1 (17%)
<b>Adoption</b>	0 (0%)
<b>Antécédent de placement</b>	1 (17%)
<b>Scolarité ordinaire</b>	6 (100%)
<b>Scolarité aménagée</b>	1 (17%)
<b><sup>1</sup>n (%) ; Median (Range)</b>	

Concernant les antécédents traumatiques (*Tableau 5*), la totalité des patients de notre étude rapporte au moins un antécédent de vécu d'adversité au cours de sa vie. Trois patients déclarent avoir subi des violences sexuelles, soit la moitié de la population de l'étude, deux déclarent

avoir subi des violences physiques et deux déclarent avoir subi des violences psychologiques ou émotionnelles intra et/ou extrafamiliales.

Cinq patients sur six déclarent avoir subi du harcèlement scolaire.

Et un patient rapporte avoir subi le deuil de son père biologique dans l'enfance.

**Tableau 5 : Antécédents de traumatismes psychologiques chez les adolescents du groupe**

<b>Caractéristiques</b>	<b>N = 6<sup>a</sup></b>
<b>Antécédents rapportés de traumatismes tout confondus / adversité dans l'enfance</b>	6 (100%)
<b>Antécédents rapportés de violences sexuelles</b>	3 (50%)
<b>Antécédents rapportés de violences physiques</b>	2 (33%)
<b>Antécédents rapportés de violences psychologiques et / ou émotionnelles</b>	2 (33%)
<b>Antécédents rapportés de harcèlement scolaire</b>	5 (83%)
<b>Antécédents rapportés de deuil</b>	1 (17%)
<i><sup>a</sup>n (%) ; Median (Range)</i>	

Concernant les antécédents psychiatriques en général (*Tableau 6*), la moitié des patients de l'étude présentent des antécédents psychiatriques personnels avant la puberté. Il est à noter que l'on ne retrouve pas d'antécédent de diagnostic de Trouble Stress Post-Traumatique dans les antécédents de la base de données, malgré les antécédents de traumatismes allégués.

On ne retrouve pas d'antécédent de troubles externalisés dans l'enfance des patients, mais trois d'entre eux présentent un trouble du neurodéveloppement et un patient présente un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxio-dépressive à la suite de la séparation parentale dans l'enfance. Parmi les troubles du neurodéveloppement recensés, on retrouve des troubles des apprentissages (Trouble du Langage écrit ou dyslexie/dysorthographe pour deux patients), un trouble des apprentissages sans précision et un trouble du langage sans précision.

Aucun patient ne présente un trouble de l'usage de substances psychoactives même si certains déclarent avoir essayé le tabac, l'alcool et le cannabis à visée récréative et expérimentale.

Chez 33% des patients, soit 2 patients sur 6, il existe un trouble internalisé au moment de l'inclusion, à type de Refus Scolaire Anxieux, Anxiété Sociale ou Trouble du Comportement Alimentaire.

Le nombre d'hospitalisation minimum par patient est de 1 hospitalisation et le nombre maximum d'hospitalisation par patient est de 15 hospitalisations (médiane 3,5) avant l'initiation du groupe.

De la même façon, le nombre de passages aux urgences pour motifs psychiatriques minimum par patient est de 1 et le nombre maximum est de 22 (médiane 4) avant le début du groupe.

Concernant les antécédents psychiatriques familiaux, nous avons relevé les antécédents au premier et deuxième degré, à savoir les parents, la fratrie et les grands-parents. La totalité des patients de l'étude présentent des antécédents psychiatriques familiaux, à savoir :

- Chez les parents : un diagnostic de schizophrénie, des antécédents de passage à l'acte auto-agressifs, des diagnostics de troubles anxiodépressifs.
- Dans la fratrie : des troubles anxiodépressifs, des troubles des apprentissages, un diagnostic de Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité, des troubles émotionnels de l'enfance et un diagnostic de Bipolarité.
- Chez les grands-parents : des troubles anxio-dépressifs récurrents et des troubles de l'usage de substances psychoactives.

Un patient parmi la population de notre étude n'avait pas de suivi pédopsychiatrique ou psychologique en cours au moment de l'inclusion. Cette personne avait seulement réalisé une consultation psychologique avant le groupe et d'une consultation après le groupe.

Les 6 patients ayant bénéficié du groupe recevaient tous une médication : trois patients bénéficiaient d'un traitement de fond et trois d'un traitement symptomatique (Cyamémazine ou Hydroxyzine). Les traitements de fond observés chez les trois patients étaient de type Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) (Fluoxétine ou Sertraline) et deux d'entre eux avaient un traitement neuroleptique de deuxième génération associé (Aripiprazole ou Risperidone).

**Tableau 6 : Antécédents et troubles comorbides**

<b>Caractéristiques</b>	<b>N = 6<sup>1</sup></b>
<b>Antécédent personnel avant la puberté</b>	4 (67%)
<b>Antécédent de trouble externalisé</b>	0 (0%)
<b>Antécédent de trouble internalisé</b>	0 (0%)
<b>Antécédent de Trouble Stress Post-Traumatique</b>	0 (0%)
<b>Trouble du neurodéveloppement</b>	3 (50%)
<b>Consommation de substance psychoactive</b>	0 (0%)
<b>Trouble externalisé comorbide</b>	6 (100%)
<b>Trouble internalisé comorbide</b>	3 (50%)
<b>Nombre de comorbidités tout confondu</b>	1.50 (0.00, 3.00)
<b>Antécédent psychiatrique familial au premier et deuxième degrés</b>	3 (50%)
<b>Traitement actuel</b>	6 (100%)
<b>Suivi individuel</b>	5 (83%)
<b>Nombre d'hospitalisations avant le groupe</b>	3.5 (1.0, 15.0)
<b>Nombre de passages aux urgences pour motif psychiatrique</b>	4.0 (1.0, 22.0)
<b><sup>1</sup>n (%); Median (Range)</b>	

Les dimensions cliniques de notre population d'inclusion (*Tableau 7*) sont décrites à partir des symptômes rapportés par les patients à travers les auto-questionnaires complétés à T0 (BPQ, YSR).

Les scores de chaque sous-catégorie des questionnaires ont tous été standardisés afin qu'ils soient tous à la même échelle. Pour cela, l'étendue des valeurs possibles de chaque item a été ramenée de 0 à 10 afin de pouvoir comparer les différents items entre eux. Les sous-catégories symptomatiques de chaque test psychométrique ont donc été considérées comme significatives à partir d'un score standardisé supérieur ou égal à 5.

L'âge médian du début des troubles ressenti par les adolescents est de 8 ans et 6 mois et l'âge médian de début des troubles repéré par les parents est de 11 ans et 6 mois.

La totalité des patients présentent les caractéristiques cliniques suivantes : une instabilité affective, un sentiment de vide et un syndrome anxieux.

La grande majorité d'entre eux (n=5) rapporte également un vécu abandonnique, une altération de l'image de soi, un sentiment de colère intense, un syndrome dépressif, et des comportements d'autolyse et d'automutilations.

Quatre patients sur six évoquent également des symptômes cognitifs (déficit attentionnel et problème d'hyperactivité).

Les catégories cliniques principales présentes chez la majorité, voire la totalité, des patients sont les difficultés émotionnelles, relationnelles, cognitives, d'humeur et d'image de soi.

Tableau 7 : Description clinique de la population ayant bénéficié du groupe

<b>Caractéristiques des adolescents</b>	<b>N = 6<sup>1</sup></b>
<b>Age de début des troubles pour les adolescents</b>	8.50 (5.00, 12.00)
<b>Age de début des troubles pour les parents</b>	11.50 (5.00, 14.00)
<b>CONDUITES</b>	
<b>Trouble oppositionnel avec provocation</b>	3 (50%)
<b>Trouble des conduites</b>	0 (0%)
<b>Consommations de substances psychoactives</b>	0 (0%)
<b>Tentatives de suicide et automutilations</b>	5 (83%)
<b>Impulsivité</b>	1 (17%)
<b>EMOTIONS</b>	
<b>Colère intense</b>	5 (83%)
<b>États quasi-psychotiques</b>	3 (50%)
<b>Instabilité affective</b>	6 (100%)
<b>Sentiment de vide</b>	6 (100%)
<b>Sentiment d'abandon</b>	5 (83%)
<b>HUMEUR</b>	
<b>Syndrome anxieux</b>	6 (100%)
<b>Syndrome dépressif</b>	5 (83%)
<b>RELATIONNEL</b>	
<b>Relations sociales dysfonctionnelles</b>	3 (50%)
<b>COGNITIF</b>	
<b>Déficit attentionnel et problème d'hyperactivité</b>	4 (67%)
<b>SOMATIQUE</b>	
<b>Problématiques somatiques</b>	1 (17%)
<b>NARCISSISME</b>	
<b>Trouble de l'image de soi</b>	5 (83%)
<sup>1</sup> Median (Range); n (%)	

## B) Résultats d'analyse

### 1. Résultats de l'objectif primaire

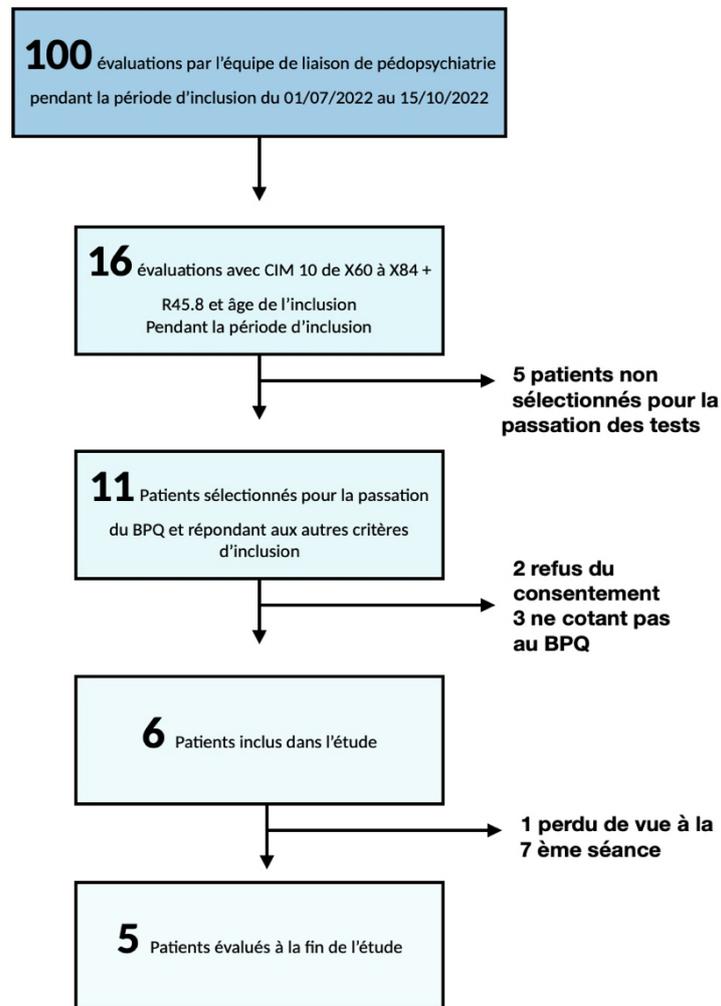
#### a. Faisabilité

Sur les 100 patients évalués par l'équipe de pédopsychiatrie de liaison pendant notre période de recrutement, 16 présentaient les critères nécessaires pour pouvoir bénéficier du groupe thérapeutique. Onze patients ont été sélectionnés par l'équipe de pédopsychiatrie de liaison après observation de traits de fonctionnement émotionnellement labile. Sur ces 11 patients, deux représentants légaux ont refusé une participation au groupe, l'un freiné par la temporalité des troubles de son enfant et l'autre par des difficultés à inclure son enfant dans les soins de façon générale. Trois autres des 11 patients sélectionnés ne présentaient pas un score au BPQ en faveur de traits de fonctionnement émotionnellement labile (score < 40).

Nous avons donc inclus 6 patients dans notre étude après avoir obtenu leur accord et celui de leurs représentants légaux. Un patient a été perdu de vue à la septième séance du groupe, dans un contexte de situation sociale complexe, entravant sa capacité à s'investir dans les soins en général (taux d'attrition de 0,17, soit 1 patient sur les 6 ayant participé au groupe, perdu de vue).

Par conséquent sur les 8 patients présélectionnés et ayant un score supérieur à 49 au BPQ, 6 ont accepté de passer l'étape du consentement à bénéficier du groupe, soit 75% ce qui est relativement satisfaisant.

Figure 4 : Diagramme de flux



- *Retours des patients sur la faisabilité en général*

La psychothérapie de groupe :

Le travail en groupe a été dans son ensemble bien apprécié. Un seul patient a relevé que le contenu du programme aurait été autant bénéfique en thérapie individuelle qu'en thérapie de groupe, bien qu'il ait apprécié le fait d'être en groupe.

La plupart ont relevé la bienveillance du groupe, l'écoute d'autrui, la rupture de la solitude face à leur situation, la rencontre d'autrui, la reconnaissance de difficultés similaires partagées par les pairs. Certains patients sont d'ailleurs restés en contact par les réseaux sociaux après le groupe.

Nous avons constaté une réelle cohésion groupale et les adolescents n'ont pas partagé leurs expériences au sein du groupe avec leurs parents. Ceci a été rapporté par tous les adolescents et leurs parents à la onzième séance.

#### L'organisation des séances :

Lors de leurs retours oraux à T1 et T2, les patients nous ont suggéré de répartir le programme sur l'année scolaire entière, d'une part pour alléger le contenu des séances et d'autre part afin d'avoir plus de temps pour assimiler les concepts traités en séance.

Enfin, ils ont pu demander que les séances soient raccourcies afin de favoriser le maintien de leur concentration.

#### Le contenu :

Le contenu du programme a convenu aux patients et était selon eux en rapport avec les problématiques qu'ils rencontraient.

#### La forme :

Les patients ont trouvé que le mode de présentation avec les diapositives était « *trop scolaire* ». Ils ont notifié l'importance que ce temps et ce lieu thérapeutiques soient bien différenciés de ce qu'ils connaissent à l'école ou dans leur foyer. Ils ont beaucoup investi les jeux de rôle (scénettes théâtrales), les activités et réflexions interactives et les supports d'image.

#### Temporalité dans leur prise en charge :

La plupart des patients (n=3) ont relevé oralement le fait que ce groupe arrivait à temps dans leur prise en charge individuelle, seul un a précisé qu'il aurait apprécié qu'il intervienne plus tôt dans son parcours.

#### La faisabilité globale :

La plupart des patients (n=3) ne se sont pas positionnés sur la difficulté à se déplacer pour venir aux séances du groupe. La majorité des patients (n=4) a été plutôt satisfaite du nombre de participants au groupe dont un patient se disant « très satisfait ». La plupart des patients (n=3) ne se sont pas positionnés sur la difficulté à remplir les questionnaires demandés, les 2 autres en revanche ont trouvé cela difficile. La plupart des patients (n=3) étaient plutôt en accord pour dire que les échelles d'évaluation leur semblaient adaptées à leurs problèmes. La plupart des

patients (n=3) étaient plutôt en désaccord sur l'horaire du groupe, qui était non adapté pour leur emploi du temps selon eux.

Pour rappel, ces données étaient recueillies sur les auto-questionnaires recensés à T1, soit à la fin de la dernière séance. Lors des entretiens réalisés à T2, soit à 3 mois de la fin du groupe, on retrouve une discordance de ressenti car les patients rapportent pour la totalité (n=5) que l'horaire et le jour étaient plutôt convenables. Il est intéressant de relever cette discordance de ressenti entre la fin de la dernière séance, probablement difficile pour les patients dont le vécu de séparation peut être compliqué du fait de leurs angoisses abandonniques, et l'évaluation à 3 mois. En effet, lors de cette consultation à distance du groupe thérapeutique, la réalisation du programme dans le discours des adolescents paraissait plus acceptable et faisable qu'au travers de nos échelles.

Le discours parental entre T1 et T2 était quant à lui relativement identique et en faveur d'une intervention jugée très satisfaisante.

- *Retours des soignants sur la faisabilité en général*

Tout d'abord, lors de la proposition de ce projet de thèse aux professionnels de l'équipe de liaison de pédopsychiatrie, la totalité des soignants semblait favorable à la mise en place de ce recrutement. Tous ont trouvé faisable de distribuer un questionnaire au cours de leur évaluation aux urgences. Ils ont précisé que seul un questionnaire était faisable (le BPQ), la distribution de CBCL, YSR et WEMWBS étant trop fastidieuse en sus de la charge clinique habituelle.

Ensuite, pour les soignants du groupe, plusieurs points ont été relevés. Les thérapies de groupe mettent en jeu la relation de l'individu aux autres sur la base de dynamique sociale et relationnelle propre à la vie du groupe. Le groupe est apparu comme un espace contenant et rassurant pour les adolescents. Il est un lieu d'échanges d'expériences passées enrichissantes évoquant l'école ou le groupe de pairs, partagé par tous. Les adolescents ont été extrêmement bienveillants entre eux.

De la même façon, lors de la 11e séance de restitution avec les parents et adolescents, il a été permis aux parents d'échanger autour de leurs préoccupations entre eux et de sentir qu'ils n'étaient pas seuls à rencontrer des difficultés avec leurs enfants. Ils ont tous relaté qu'aucun de leurs adolescents ne leur avait transmis ce qu'il se passait dans le groupe. Les retours de leur propre histoire étaient intéressants et ont permis d'initier une réflexion groupale parentale.

La proportion de 3 soignants pour 6 soignés a paru adaptée aux soignants du groupe, notamment afin de pouvoir gérer les tentatives de mise à mal du cadre thérapeutique énoncé initialement (demandes incessantes d'aller aux toilettes hors moment de pause, automutilations avec provocations en « miroir », relation duelle privilégiée et exclusive, fugue, manifestations psychosomatiques au cours des séances). Le nombre de soignant a permis que ces situations puissent bénéficier de l'attention particulière d'un soignant, afin que la poursuite du programme thérapeutique et la réflexion groupale autour de ces situations puisse se faire avec les deux autres soignants.

### b. Acceptabilité

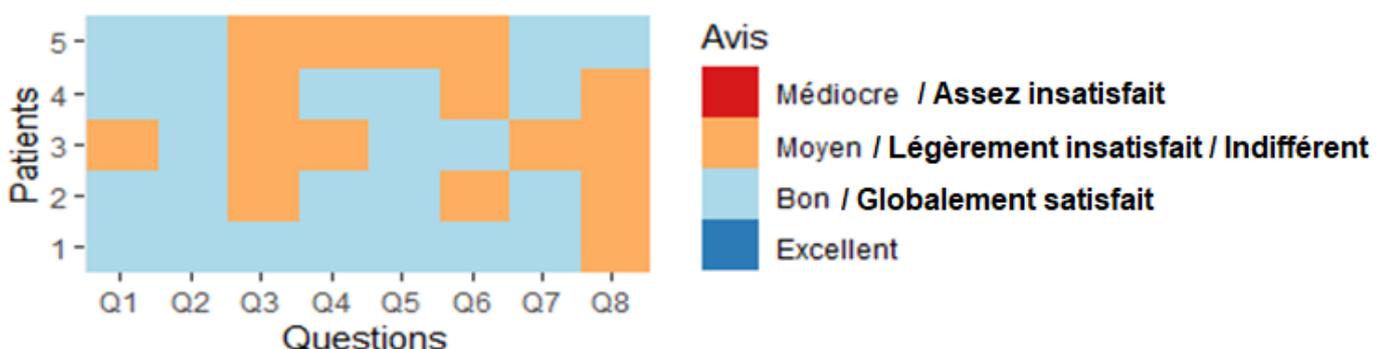
La totalité des patients ont obtenu le type de prestation qu'ils souhaitaient. La majorité (n=4) a trouvé la qualité des soins relativement bonne. Deux patients sur cinq ont trouvé que le programme les a aidés à faire face de façon plus efficace à leurs problèmes. La plupart d'entre eux (n=3) recommanderaient le programme à un ami.

La satisfaction globale des patients est assez satisfaisante puisque 60 % des réponses sont cotées comme « bonnes », en revanche la plupart des patients (n=4) ne réitéreraient pas ce même programme s'ils étaient à nouveau dans le besoin.

Aucune des réponses au questionnaire CSQ-8 ne rapporte qu'un patient ait été « très insatisfait » d'un item.

Les retours oraux lors de la onzième séance de restitution ainsi que la consultation individuelle à 3 mois, étaient globalement bons. Tous les patients semblaient satisfaits et sans regret d'avoir participé à ce groupe et aucun d'entre eux n'a relevé d'effet délétère sur son évolution. La totalité des patients disent en garder le souvenir d'une « bonne expérience ».

Figure 5 : Présentation Heatmap de la satisfaction et sa légende



### c. Conformité

Le groupe thérapeutique avec les adolescents seuls était constitué de 10 séances. Une onzième séance de restitution avec les adolescents et leurs parents a été proposée trois semaines après la fin de la dixième séance. Enfin un entretien individuel, avec l'adolescent et son parent, a été proposé à 3 mois de la fin du groupe thérapeutique (T2).

Les 10 séances avec les adolescents duraient deux heures et une pause de 10 à 15 min était souvent proposée au bout d'une heure et demie. Seules deux séances ont été faites sans pause et ont été vécues comme trop chargées par les patients.

Lorsque les patients étaient présents, ils ont tous suivi les séances du début à la fin.

Nous avons établi ensemble, thérapeutes et patients, un règlement commun en début de groupe et la majorité des patients l'ont respecté. Les consignes enfreintes portaient essentiellement sur la demande faite de prévenir des absences éventuelles en amont des séances.

Parmi les six patients, deux ont honoré toutes les séances. Un patient a été absent quatre fois et un autre deux fois. Les deux autres patients restants ont été absents une fois chacun. Ainsi, cinq séances au total ont été réalisées en groupe complet.

A T1, soit à la 11e séance de restitution aux parents, deux adolescents et leur famille étaient absents. A T2, seul un adolescent et son parent ne se sont pas présentés à l'entretien individuel.

Hormis le patient perdu de vue, les cinq autres patients ont rempli tous les questionnaires à T1 et T2. Les parents ont également rempli tous les questionnaires (seul un parent sur les deux membres du couple parental pour chaque adolescent). Le questionnaire CBCL à T1 et T2 n'a pas été rempli par le représentant légal du patient perdu de vue.

Nous avons appelé tous les pédopsychiatres et/ou psychologues référents des adolescents. Tous ces professionnels ont rempli nos questionnaires et nous ont fait un retour sur l'évolution de leur patient dans leur suivi individuel, durant la période de la psychothérapie de groupe. (*cf critères de jugement secondaires*).

## 2. Résultats de l'étude de l'objectif secondaire, soit évolution clinique des adolescents

### a. Analyse quantitative

- *Analyse quantitative T0-T1*

#### **BPQ :**

Entre T0 et T1, une partie des patients présentent une diminution de leur score au BPQ (n=2) mais la majorité (n=3) présentent une augmentation, signe d'une majoration de leur symptomatologie. On constate néanmoins une diminution globale du score brut moyen au BPQ dans le groupe entre T0 et T1.

En se concentrant sur les sous-catégories du BPQ particulièrement traitées lors des séances du groupe de métacognition (soit les difficultés dans les relations interpersonnelles, l'impulsivité, la perturbation de l'image de soi, l'instabilité affective, le vécu abandonnique et le sentiment de colère intense), on constate que le score pondéré moyen de chacune d'entre elles a tendance à s'améliorer, sauf celui des difficultés dans les relations interpersonnelles. On constate effectivement dans cette catégorie une aggravation pour trois patients sur cinq et une stabilisation chez deux autres patients.

Concernant l'impulsivité, seul un patient diminue son score, deux le stabilisent et un autre l'augmente.

La perturbation de l'image de soi, qui est significativement présente à l'initiation du groupe comme vu dans le chapitre « *Description de la population* », s'améliore chez deux patients sur cinq entre T0 et T1 et se stabilise pour l'un d'entre eux.

Il en est de même pour l'instabilité affective.

Quant au vécu abandonnique, on retrouve une aggravation chez trois patients sur cinq et seul l'un d'entre eux rapporte une amélioration.

Enfin, c'est le sentiment de colère intense qui semble le plus s'apaiser entre T0 et T1, avec une amélioration chez quatre patients sur cinq et une stabilisation chez le cinquième patient.

### **WEMWBS :**

A l'initiation du groupe, les cinq patients analysés présentaient un état de bien-être mental faible, avec un score moyen sur les six patients à T0 de 38,6 sur 70.

Entre T0 et T1, deux patients ont rapporté un bien-être mental amélioré (dont un avec l'augmentation minimale significative de 3 points), deux un bien-être mental aggravé et un patient a gardé un score stable.

Finalement à T1, soit lors de la dernière séance du groupe de métacognition, un patient présentait un score de bien-être mental modéré et les quatre autres un score de bien-être mental faible.

### **YSR :**

A l'initiation du groupe, tous les patients rapportaient une symptomatologie anxieuse significativement présente dans leur auto-questionnaire et plus largement des comportements internalisés significativement présents. Et quatre patients sur les cinq analysés rapportaient une symptomatologie dépressive.

Lors de la dernière séance du groupe, soit à T1, la majorité des patients analysés (n=3) rapportaient une aggravation de la symptomatologie dépressive et deux d'entre eux rapportaient une amélioration. Concernant la symptomatologie anxieuse, le même nombre rapportait une aggravation de la symptomatologie (n=3), un patient une amélioration et un présentait un score stable.

Au total, trois des patients présentaient une aggravation des comportements internalisés et deux une amélioration lors de la dernière séance du groupe.

### **CBCL :**

A l'initiation du groupe, selon les échelles remplies par les parents, la majorité d'entre eux (n = 3) repéraient des troubles internalisés chez leurs enfants, dont trois sur cinq avec une symptomatologie dépressive et deux sur cinq une symptomatologie anxieuse. Il est également à noter que trois parents sur cinq rapportaient à T0 une symptomatologie de Trouble Oppositionnel avec Provocation chez leur enfant.

Suite au groupe, quatre parents sur cinq notaient une amélioration de l'état général de leur enfant avec une amélioration du score global de la CBCL. Seul un parent sur cinq notait une aggravation de l'état général de son enfant mais celui-ci restait à un score non significatif cliniquement.

Il est important de noter que tous les parents notaient une amélioration de la symptomatologie dépressive de leur enfant à T1 et que trois parents sur cinq rapportaient une amélioration de la symptomatologie anxieuse.

Au total, la majorité des parents (n = 3) observaient une amélioration des troubles internalisés de leurs enfants, un parent observait une aggravation (tout en restant à un score infra-clinique) et un parent une stabilisation.

### **Récidive des passages aux urgences pédiatriques pour motif psychiatrique entre T0 et T1 :**

Sur les six patients du groupe, quatre d'entre eux n'ont pas reconsulté aux urgences pour un motif psychiatrique entre T0 et T1.

Un patient a consulté quatre fois aux urgences durant le groupe pour les mêmes motifs à chaque passage, soit « *idées suicidaires* » et/ou « *scarifications* » et/ou « *tentative de strangulation* ». A chaque passage ce patient a passé une nuit aux urgences, sans transfert en unité d'hospitalisation.

Et le patient perdu de vue à la septième séance a consulté une fois lorsqu'il suivait encore les séances du groupe pour des « *propos suicidaires dans un contexte de frustration* ».

### **Évaluation quantitative de l'évolution de la prise en charge individuelle des patients entre T0 et T1 :**

Nous avons interrogé les thérapeutes accompagnant les patients qui ont bénéficié du groupe. Il est à noter comme précisé plus haut qu'un des patients ne bénéficiait pas d'un suivi régulier et que le thérapeute accompagnant le patient perdu de vue, l'a également perdu de vue à la même période que celle où il a arrêté le groupe.

Nous avons donc recueilli les témoignages de quatre thérapeutes, deux psychiatres et deux psychologues, qui ont rapporté un score moyen à l'échelle que nous leur avons proposé de 15,75 sur les 25 points maximums, soit un score moyen au-dessus de la moyenne, allant plutôt en faveur d'une amélioration de l'investissement des patients dans les soins.

- *Analyse quantitative T0-T1-T2*

Cette analyse visait à évaluer l'évolution de la symptomatologie des patients dans le temps et l'évolution ou maintien des éventuels effets du groupe thérapeutique dans le temps.

**BPQ :**

A trois mois de la fin du groupe, la majorité des patients (n=3) rapporte une amélioration de la symptomatologie émotionnellement labile avec une diminution de leur score entre T1 et T2. Les deux autres patients rapportent une aggravation sur cette même période avec un score augmenté.

Il est cependant à noter que si nous comparons les scores entre l'initiation du groupe, soit à T0, et à 3 mois de la fin de celui-ci, soit à T2, deux patients présentent une amélioration (une baisse) de leur score, deux présentent une aggravation (une hausse) et l'un d'entre eux reste stable.

Globalement le score brut total moyen au BPQ diminue progressivement de T0 à T2 (*Tableau 9*), ce qui se montre plutôt favorable d'une diminution progressive de la symptomatologie émotionnellement labile, débutée entre T0 et T1 et qui se poursuit entre T1 et T2.

En se concentrant sur les sous-catégories du BPQ principalement ciblées par le groupe thérapeutique de métacognition (pour rappel : les difficultés dans les relations interpersonnelles, l'impulsivité, la perturbation de l'image de soi, l'instabilité affective, le vécu abandonnique et le sentiment de colère intense), nous avons constaté qu'entre T1 et T2, tous les scores moyens de celles-ci s'améliorent ou restent stables, sauf les scores moyens de l'instabilité affective et du sentiment de colère intense qui augmentent (*Tableau 10*).

Ainsi plus globalement, entre T0 et T2, le score standardisé moyen s'améliore pour toutes ces dimensions sauf pour les difficultés dans les relations interpersonnelles et l'instabilité affective qui présentent une légère augmentation (*Tableau 10*).

### **WEMWBS :**

A T2, soit à 3 mois de la fin du groupe, la majorité des patients ont continué à augmenter leur score à l'échelle de bien-être mental (n=4) par rapport à T1. Seul un patient a côté un score plus bas à T2 qu'à la fin du groupe à T1.

Globalement entre T0 et T2, tous les patients sauf un (n=4) rapportent améliorer leur bien-être mental, dont 3 de plus des 3 points significatifs minimum. A T2, soit à 3 mois de la fin du groupe, deux patients ont un état de bien-être mental modéré (score  $\geq 43$ ) et trois un état de bien-être mental faible.

De T0 à T2, le score brut moyen global augmente au cours du temps, en faveur d'une amélioration du bien-être mental.

### **YSR :**

Entre T1 et T2, la majorité des patients améliorent leur score brut total au YSR (n=4), signe d'une amélioration symptomatologique globale pour la majorité d'entre eux.

En comparant les scores totaux entre T0 et T2, trois patients rapportent une amélioration de leur symptomatologie globale et deux rapportent une aggravation avec une augmentation de leur score au YSR. Cependant de T0 à T2, le score brut total moyen au YSR diminue au cours du temps, en faveur d'une amélioration symptomatologique globale.

Si l'on s'intéresse aux sous-catégories, on observe les évolutions suivantes : concernant la symptomatologie dépressive, entre T1 et T2 la majorité des patients rapportent une amélioration de leur symptomatologie (n=4), et si l'on observe l'évolution entre T0 et T2, il en est de même avec 4 patients sur 5 diminuant leur score de symptomatologie dépressive.

Concernant la symptomatologie anxieuse, l'évolution est similaire avec une majorité de patients (n=4) diminuant leur score entre T0 et T2, ainsi qu'entre T1 et T2 (3 patients diminuant leur score et 2 le stabilisant).

Ainsi, entre T1 et T2 la majorité des patients rapportent une diminution des comportements internalisés (n=4) et il est important de noter qu'entre T0 et T2, ce sont tous les patients qui rapportent une diminution de leurs comportements internalisés.

### **CBCL :**

Entre T1 et T2, soit entre la fin du groupe et 3 mois plus tard, tous les parents rapportent une poursuite de l'amélioration symptomatologique globale, avec des scores totaux à la CBCL diminués.

En comparaison avec l'initiation du groupe, soit T0, la majorité des parents (n=4) rapportent une amélioration globale de leur enfant, sauf 1 parent qui rapporte un score légèrement augmenté à T2. En ce sens, le score total pondéré moyen est nettement diminué entre T0 et T2.

Si l'on s'intéresse aux sous-catégories, entre T1 et T2, 4 parents sur 5 rapportent une amélioration de la symptomatologie dépressive chez leur enfant et tous rapportent une amélioration de la symptomatologie anxieuse. Plus globalement, entre T0 et T2, selon tous les parents, la symptomatologie dépressive de leur enfant s'améliore et pour 4 parents sur 5 il en est de même pour la symptomatologie anxieuse.

Ainsi, et de façon cohérente, entre T1 et T2, et entre T0 et T2, les parents notent tous une diminution des comportements internalisés chez leurs enfants.

Concernant la symptomatologie de Trouble Oppositionnel avec Provocation notée chez 3 parents sur 5 à l'initiation du groupe, à T2, aucun d'entre eux n'a rapporté un score significatif au questionnaire.

### **Récidive des passages aux urgences pédiatriques pour motif psychiatrique entre T1 et T2 :**

Sur les six patients du groupe, quatre d'entre eux n'ont pas été admis pour un motif psychiatrique aux urgences pédiatriques entre T1 et T2.

Un patient a été admis deux fois aux urgences pour des idées suicidaires et scarifications superficielles entre T1 et T2 et un autre patient a été orienté à la fin de l'entretien de réévaluation à T2 aux urgences pédiatriques par les thérapeutes de l'étude pour des idées suicidaires.

**Tableau 8 : Récapitulatif des indicateurs cliniques à T0, T1 et T2, soit avant et après la participation des adolescents au groupe de métacognition**

	<b>Score brut total moyen initial – T0</b>	<b>Score brut total moyen à la fin du groupe – T1</b>	<b>Score brut total moyen à 3 mois de la fin du groupe – T2</b>
<b>BPQ</b>	55,6	54	51
<b>WEMWBS</b>	38,6	35,8	40,8
<b>YSR</b>	115,8	125,4	102
<b>CBCL</b>	66,3	46	30,6

**Tableau 9 : Récapitulatif des indicateurs cliniques ciblés par le groupe thérapeutique à T0, T1 et T2, soit avant et après la participation des adolescents au groupe de métacognition. Scores standardisés sur 10.**

	<b>Score standardisé moyen initial – T0</b>	<b>Score standardisé moyen à la fin du groupe – T1</b>	<b>Score standardisé moyen à 3 mois de la fin du groupe – T2</b>
<b>Difficultés dans les relations interpersonnelles</b>	5,6	6,7	6,0
<b>Impulsivité</b>	3,3	2,6	2,6
<b>Perturbation de l'image de soi</b>	7,4	7,1	6,9
<b>Instabilité affective</b>	9,3	9,2	9,4
<b>Vécu abandonnique</b>	6,8	6,6	6,6
<b>Sentiment de colère intense</b>	7,3	6	7

b. Analyse qualitative des trajectoires personnelles de chaque patient.

**Patient n°1 :**

A l'entretien individuel de T2, le patient 1 nous a rapporté aller globalement mieux, ce qui était confirmé par son parent, malgré un épisode aigu de conflit amical, réactivant une symptomatologie plus aiguë mais mieux gérée selon lui : « *Le groupe m'a mieux aidé à comprendre ce qui se passait quand j'allais mal* ». Le patient a pu expliquer que « *ça a commencé à aller mieux pendant le groupe* ».

Son parent notait qu'il était « *mieux, plus posé, plus calme, ne se scarifie plus, n'a plus d'idées suicidaires* » et que désormais « *il arrive à exprimer ses angoisses* ». Il notait que son enfant n'avait jamais exprimé sa réticence à venir au groupe mais n'a jamais souhaité lui en parler.

Le thérapeute du patient n°1 a pu nous rapporter « *un raisonnement moins manichéen du patient dans les relations familiales* », « *un passage d'une position passive/défensive à une capacité plus active* », l'observation d'une réduction des passages à l'acte auto-agressifs et des scarifications ainsi qu'un « *meilleur investissement de la relation aux adultes et dans les groupes de pairs* » avec l'installation « *d'une triangulation possible dans la relation* ». Il nous a précisé que le traitement du patient avait été changé durant le groupe thérapeutique.

**Patient n°2 :**

Lors de l'entretien individuel de T2, le patient 2 nous a également rapporté aller mieux, malgré un sentiment « *d'isolement de [son] groupe d'amis depuis quinze jours* ». Il nous a expliqué que ses « *vagues émotionnelles [étaient] moins importantes qu'avant* ». Il a pu dire être « *content du groupe* » mais « *ne pas s'en rappeler le contenu* ».

Son parent rapportait observer « *une nette amélioration avec plus de capacités de concentration* ». Il précisait que son enfant n'avait pas souhaité lui parler du contenu des séances du groupe.

Le thérapeute du patient a pu nous rapporter « *une nette amélioration de l'état psychique du patient depuis son hospitalisation et sa prise en charge globale* ». Il a précisé « *ne pouvoir conclure que c'est la participation du patient au groupe thérapeutique seul qui a permis cette évolution positive, mais que celui-ci a pu y contribuer* ». Le thérapeute « *a pu avancer que le groupe thérapeutique a pu contribuer à aider le patient à prendre conscience des dysfonctionnements sources de son mal-être, à prendre du recul face à ceux-ci et effectuer les*

*réaménagements nécessaires*”. Il a observé que cela a pu “*aider le patient à travailler et prendre de la distance face à ses mécanismes ruminatifs, la configuration groupale lui permettant une identification à ses pairs et un partage avec ceux-ci*”.

### **Patient n°3 :**

A l’entretien de T2, le patient rapportait « *aller mieux* » et le mettait en lien avec « *le retour du soleil* ». Il rapportait avec « *moins d’idées suicidaires* » et lui et son parent précisaient l’absence de nécessité de solliciter les urgences depuis 6 semaines (patient aux antécédents de 13 admissions aux urgences pour motif psychiatrique sur l’année 2022 et 4 admissions sur l’année 2023). Concernant le groupe, le patient a pu dire « *je gère mieux les ruminations* », « *ça m’a permis d’aller vers d’autres personnes* ».

Le parent du patient confirmait l’évolution clinique positive récente et un meilleur investissement dans ses soins et la reprise d’activités. Il notait que son enfant « *venait avec plaisir aux séances* ».

Le thérapeute du patient a pu nous rapporter que son patient présenté « *une amélioration de ses facultés métacognitives* ».

### **Patient n°4 :**

A l’entretien de T2, le patient s’est peu exprimé mais a dit aller « *comme il y a 3 mois* ». Il a pu dire concernant le groupe « *y avoir repensé et avoir parlé de certains moyens [stratégies de gestion émotionnelle et comportementale vues dans le groupe] à des amis* ».

Son parent ne notait pas de franche évolution de son état psychique, il pouvait dire de son enfant qu’il avait « *un jardin secret gigantesque* » et avait « *mis en place des stratégies pour faire penser que ça va* ». Il est à noter que les échelles du patient et de son parent depuis T0, YSR et CBCL, retrouvaient cette différence de ressenti sur le vécu du patient.

Suite à l’évaluation clinique de cet entretien, la décision a été prise d’accompagner le patient aux urgences pour une hospitalisation devant la présence d’idées suicidaires. Ceci était cohérent avec les scores présentés aux auto-questionnaires par le patient qui se sont dégradés au cours du temps entre T0, T1 et T2 (notamment au BPQ et au WEMWBS).

Le patient n’avait pas de suivi régulier avec un thérapeute.

### **Patient n°5 :**

A l'entretien de T2, le patient nous a dit « *aller mieux* ». Il a pu nous expliquer « *réfléchir plus à mes émotions, à comment les autres peuvent penser, je me mets à leur place au lieu de me mettre en colère* ». Il nous a dit « *s'être senti moins seul* » du fait du groupe (« *ça m'a rassuré d'être plusieurs dans la même situation* »), et que celui-ci « *l'a aidé* ».

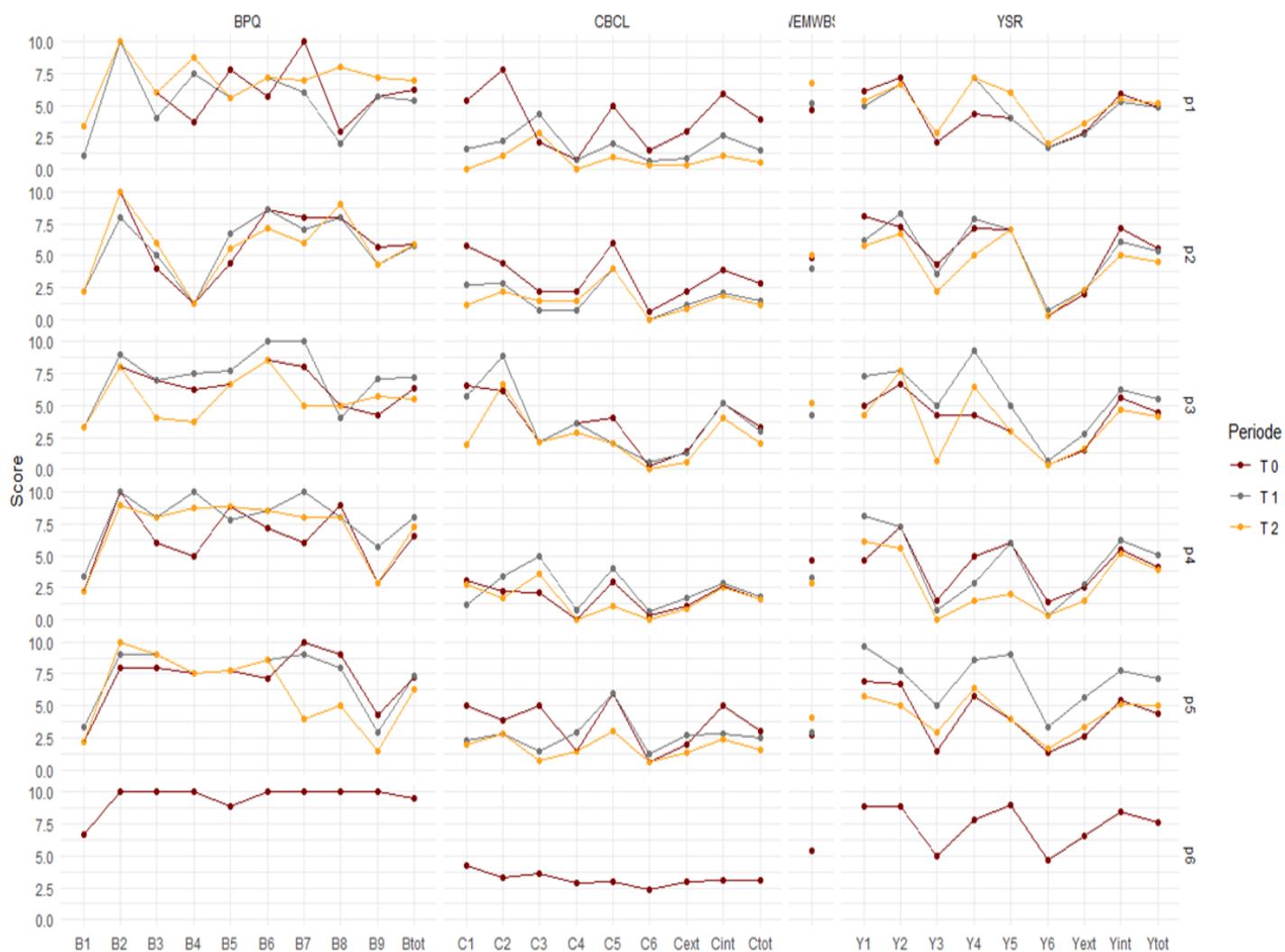
Son parent a confirmé le trouver « *plus calme* », « [il] *s'énerve moins* ». Il a pu dire que le patient « *n'a rien voulu nous dire [à ses parents]* » concernant le contenu du groupe mais qu'il « *y allait avec bon cœur* ».

Le thérapeute du patient a rempli notre questionnaire mais n'avait pas d'observation clinique récente, le patient n'étant pas revenu en consultation. Cependant, le thérapeute a pu nous rapporter une « *diminution des idées suicidaires et des passages à l'acte* » sur ses dernières consultations. Le patient nous a confirmé avoir décidé d'arrêter ses soins car « *je vais mieux, j'arrive mieux à me gérer* ».

Ces évolutions décrites ne peuvent bien sûr pas être attribués au groupe thérapeutique dans une relation de cause à effet mais elles apportent une lecture qualitative de l'évolution clinique de chaque patient.

L'évolution clinique quantitative individuelle est modélisée par la Figure 6 ci-dessous.

**Figure 6 : Courbes représentatives de l'évolution clinique de chaque patient de T0 à T2**



<b>p1</b> : patient 1	<b>B1</b> : Impulsivité	<b>C1</b> : Problèmes dépressifs	<b>Y1</b> : Problèmes dépressifs
<b>p2</b> : patient 2	<b>B2</b> : Instabilité affective	<b>C2</b> : Problèmes anxieux	<b>Y2</b> : Problèmes anxieux
<b>p3</b> : patient 3	<b>B3</b> : Vécu abandonnique	<b>C3</b> : Plaintes somatiques	<b>Y3</b> : Plaintes somatiques
<b>p4</b> : patient 4	<b>B4</b> : Difficultés dans les relations interpersonnelles	<b>C4</b> : Problèmes attentionnels / Hyperactivité	<b>Y4</b> : Problèmes attentionnels / Hyperactivité
<b>p5</b> : patient 5	<b>B5</b> : Perturbation de l'image de soi	<b>C5</b> : Problèmes oppositionnels avec provocations	<b>Y5</b> : Problèmes oppositionnels avec provocations
<b>p6</b> : patient 6	<b>B6</b> : Tentatives de suicide / automutilations	<b>C6</b> : Problèmes des conduites	<b>Y6</b> : Problèmes des conduites
	<b>B7</b> : Sentiment de vide	<b>Cext</b> : comportements externalisés	<b>Yext</b> : comportements externalisés
	<b>B8</b> : Sentiment de colère intense	<b>Cint</b> : comportements internalisés	<b>Yint</b> : comportements internalisés
	<b>B9</b> : Etats quasi-psychotiques	<b>Ctot</b> : score total à la CBCL	<b>Ytot</b> : score total au YSR
	<b>Btot</b> : score total au BPQ		

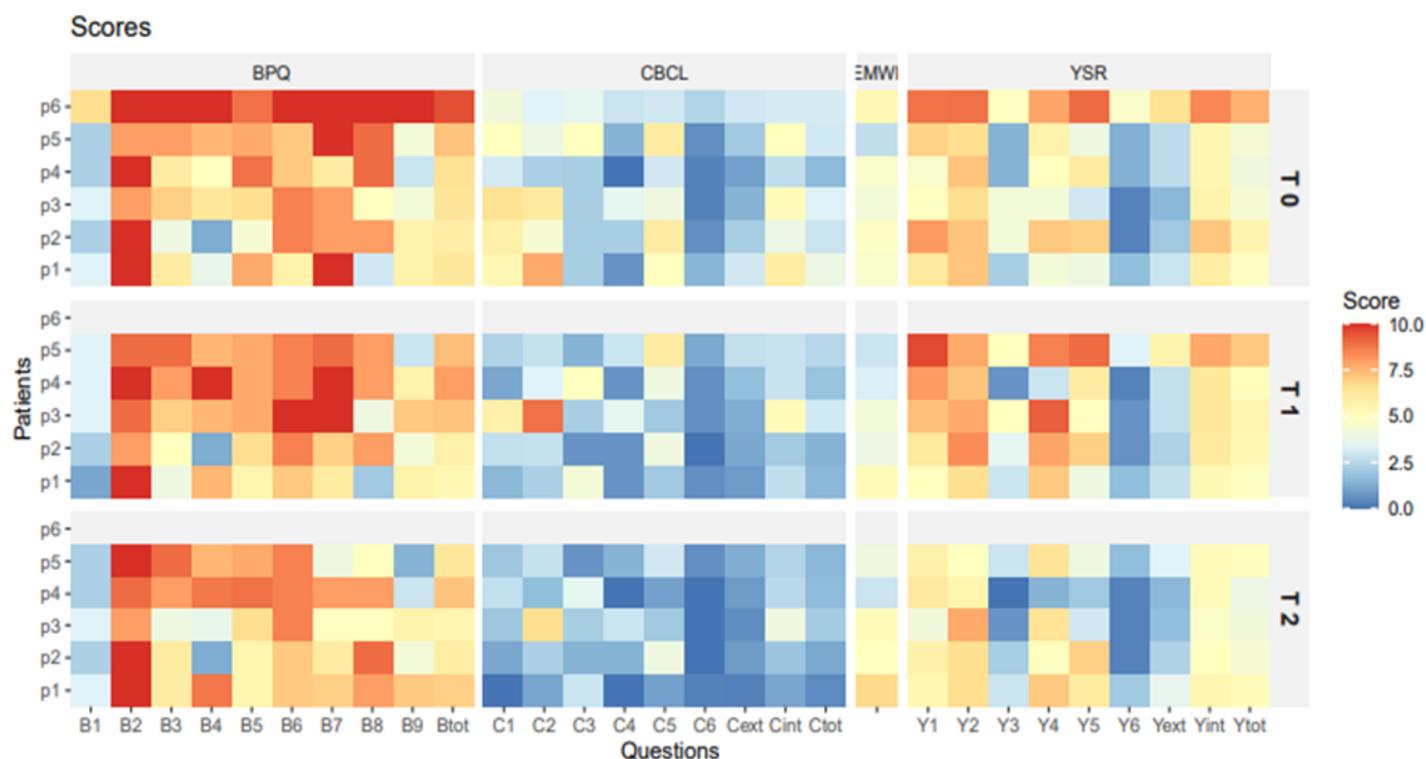
- c. Conclusion des résultats secondaires, soit de l'évolution clinique des patients avant, après et à 3 mois du groupe de métacognition.

Avec ces cartes de chaleur (ou Heat-Map) nous bénéficions d'une vision globale de l'évolution clinique des patients entre T0, T1 et T2, selon les résultats aux auto et hétéro-questionnaires standardisés à la même échelle allant de 0 à 10.

Ainsi plus les résultats s'approchent de 0 pour le BPQ, la CBCL et le YSR moins le patient présente de symptômes et plus les résultats s'approchent de 10 au WEMWBS, plus le patient présente un bien-être mental élevé.

On constate qu'au cours du temps, les couleurs de la carte de chaleur du WEMWBS ont tendance à se réchauffer, là où elles semblent avoir tendance à se refroidir pour la CBCL, le YSR et le BPQ. Ceci confirme et nous permet une modélisation visuelle de l'apaisement global de la symptomatologie des patients au cours du temps entre l'initiation du groupe et la fin de celui-ci, jusqu'à la dernière évaluation à 3 mois.

**Figure 7 : Cartes de chaleur de l'évolution des scores de chaque sous-catégorie des échelles BPQ, CBCL, WEMBS et YSR**



<b>p1</b> : patient 1	<b>B1</b> : Impulsivité	<b>C1</b> : Problèmes dépressifs	<b>Y1</b> : Problèmes dépressifs
<b>p2</b> : patient 2	<b>B2</b> : Instabilité affective	<b>C2</b> : Problèmes anxieux	<b>Y2</b> : Problèmes anxieux
<b>p3</b> : patient 3	<b>B3</b> : Vécu abandonnique	<b>C3</b> : Plaintes somatiques	<b>Y3</b> : Plaintes somatiques
<b>p4</b> : patient 4	<b>B4</b> : Difficultés dans les relations interpersonnelles	<b>C4</b> : Problèmes attentionnels / Hyperactivité	<b>Y4</b> : Problèmes attentionnels / Hyperactivité
<b>p5</b> : patient 5	<b>B5</b> : Perturbation de l'image de soi	<b>C5</b> : Problèmes oppositionnels avec provocations	<b>Y5</b> : Problèmes oppositionnels avec provocations
<b>p6</b> : patient 6	<b>B6</b> : Tentatives de suicide / automutilations	<b>C6</b> : Problèmes des conduites	<b>Y6</b> : Problèmes des conduites
	<b>B7</b> : Sentiment de vide	<b>Cext</b> : comportements externalisés	<b>Yext</b> : comportements externalisés
	<b>B8</b> : Sentiment de colère intense	<b>Cint</b> : comportements internalisés	<b>Yint</b> : comportements internalisés
	<b>B9</b> : Etats quasi-psychotiques	<b>Ctot</b> : score total à la CBCL	<b>Ytot</b> : score total au YSR
	<b>Btot</b> : score total au BPQ		

#### IV) Discussion

Cette étude est la troisième étude française évaluant la faisabilité et l'acceptabilité d'un groupe thérapeutique spécifique destiné à une population adolescente souffrant de traits de personnalité borderline émergents (176) (172).

##### **A propos de la méthodologie de l'étude :**

Un des points forts de cette étude est qu'elle réalise un recueil prospectif des données cliniques de la population étudiée sur 7 mois, avec une évaluation avant l'initiation, à la fin et à 3 mois du groupe.

En outre, dans une perspective d'approche globale, elle réalise une évaluation complète de l'évolution clinique associant des évaluations qualitatives des vécus des adolescents et des parents ainsi que des auto et des hétéro-questionnaires quantitatifs.

Il est également important de noter que la majorité des questionnaires utilisés se sont montrés pertinents tant sur le plan scientifique que clinique (BPQ, CBCL, YSR).

Ces questionnaires sont en effet validés, reconnus dans la communauté scientifique internationale comme significativement représentatifs et largement utilisés.

De plus, nous avons constaté d'une part une bonne congruence entre les résultats des questionnaires et la clinique des patients, et d'autre part que la comparaison des auto et hétéro-questionnaires reflétait bien la clinique systémique familiale observée.

Les limites de cette étude sont en premier lieu le faible effectif populationnel, qui ne permet pas que les résultats soient représentatifs.

Il existe par ailleurs un biais de sélection des patients. En effet, ceux-ci ont été recrutés dans un contexte de crise aux urgences ce qui pourrait faire suspecter une cotation plus élevée des auto-questionnaires BPQ initiaux. Cette limite peut être nuancée par le fait que les pédopsychiatres des urgences ont fourni un avis clinique en faveur d'une inclusion dans ce groupe, en aveugle du score des patients au BPQ.

Nous devons également relever que l'étude s'est déroulée sur une période plutôt hivernale (T0-T1), or deux patients nous ont rapporté qualitativement avoir perçu une amélioration de leur bien-être mental du fait d'une majoration de l'ensoleillement à T2. Il ne peut donc être

exclu que l'évaluation finale en mai n'entraîne pas un biais de confusion. Ce questionnement pourrait être renforcé par le fait que deux familles aient signalé leur interrogation quant à une éventuelle amélioration psychique de leur enfant en lien avec la fin de l'année scolaire.

Enfin, le questionnaire rédigé pour interroger les praticiens référents de chaque adolescent (pédopsychiatre ou psychologue), a été élaboré sur des éléments de pratique clinique courante par les réalisateurs de l'étude et n'a fait l'objet d'aucune validation scientifique stricte. Ceci conduit à un biais dans l'évaluation de l'adhésion thérapeutique des patients et aurait nécessité l'utilisation d'une échelle validée, type Working Alliance Inventory (204).

### **A propos du groupe :**

Les résultats de l'étude montrent que ce groupe thérapeutique, aménagé spécifiquement pour une population adolescente, est faisable et acceptable. Effectivement, la majorité des patients se sont dit satisfaits et en ont fait un retour positif. Il est à noter également que cette satisfaction était partagée par leurs parents.

Par ailleurs, sur la période s'étalant de T0 à T2, la grande majorité des adolescents présente une amélioration clinique et leur fréquentation des services d'urgence pour des motifs psychiatriques a nettement diminué. Ces résultats sont prometteurs bien que statistiquement non significatifs.

Grâce aux retours de tous les participants confondus, soignants et soignés, cette étude a permis de mettre en lumière plusieurs pistes d'amélioration de l'acceptabilité de ce groupe thérapeutique.

### **Temporalité**

Les adolescents ont pu faire part de leur difficulté à maintenir leur attention et leur disponibilité psychique sur des séances de deux heures. De même, les thérapeutes ont constaté une baisse de la concentration ainsi qu'une agitation comportementale plus marquée chez les adolescents après chaque temps de pause. Aussi, il paraîtrait plus efficient que ce groupe soit conduit sur une durée plus longue (d'une année scolaire hors temps de vacances), à raison d'une intervention hebdomadaire, d'une durée plus courte (environ une heure), pour optimiser la qualité de leur participation.

En ce sens, il semblerait pertinent que le contenu d'une séance du programme adulte soit donc réparti sur plusieurs séances dans le programme adolescent afin de favoriser les temps d'échange et permettre une meilleure internalisation des concepts abordés.

De plus, au vu des bienfaits observés de l'effet thérapeutique groupal à l'adolescence, il nous apparaît profitable que les premières séances du groupe soient centrées, en se basant sur le partage d'expérience entre adolescents, sur le repérage des fonctionnements individuels et l'appropriation du raisonnement thérapeutique cognitivo-comportemental (grille d'analyse fonctionnelle SECCA de Jean Cottraux (203). Ceci nous semble être un préalable indispensable pour préparer l'entrée dans le programme d'entraînement métacognitif B-MCT à proprement parler.

### Nombre de participants

Les adolescents se sont montrés satisfaits du nombre de patients accueillis sur le groupe mais ont pu critiquer celui des soignants, qu'ils trouvaient trop important (pour rappel trois soignants pour six adolescents). Cependant, au vu de la problématique de ces adolescents, pouvant se montrer particulièrement instables, notamment dans des dynamiques groupales, les soignants ont pensé que le rapport d'un soignant pour deux adolescents était nécessaire pour permettre la poursuite du programme thérapeutique tout en maintenant la sécurisation psychique de chacun.

Il ne nous semble donc pas pertinent de modifier le nombre de participants dans le groupe ni le ratio soignants-soignés.

### Media

Les adolescents ont pu nous faire des retours concernant les supports théoriques écrits sur diapositives, et malgré leur épuration par les thérapeutes du groupe en comparaison au support initial, ceux-ci étaient jugés « trop » scolaires. A contrario, ils se sont montrés très réceptifs à l'utilisation de supports audio-visuels (image, bande dessinée, représentation photographique, courte vidéo) et lors de la mise en place innovante de jeux de rôle / scénettes de théâtre. Il pourrait donc être envisagé d'autres objets de médiation tels que des jeux ou la majoration de mises en scène afin de favoriser la mise en mouvement et aborder la théorie métacognitive de manière plus ludique. Le but étant de se détacher du cadre scolaire ou familial et de construire une meilleure adhésion thérapeutique.

### Suivi individuel complémentaire

Le seul patient de cette étude qui ne bénéficiait pas d'un suivi individuel régulier ante et per groupe, est le seul dont l'état psychique s'est dégradé au cours du temps.

Il apparaît donc primordial que la participation à ce groupe thérapeutique s'accompagne d'un suivi pédopsychiatrique et / ou psychologique individuel. Celui-ci est en effet indispensable pour permettre un suivi personnel, auquel le groupe ne se substitue pas, ainsi qu'un accompagnement des mouvements pouvant être générés par la psychothérapie groupale.

L'idée étant que la métacognition travaillée dans le groupe nourrisse le travail psychothérapeutique individuel.

### Transitions : temps d'accueil et de fin de séance

Il est important de souligner que les adolescents se sont montrés qualitativement satisfaits des temps d'accueil et de fin de séance, dont la forme a été protocolisée avec eux à l'initiation du groupe. Ces problématiques sont particulièrement importantes dans cette population, les temps de transition (notamment de séparation) pouvant être source de réactivation d'angoisses. En ce sens, chaque absence de pair a été soit anticipée, soit expliquée brièvement lors des séances afin de favoriser la sécurisation interne de chacun.

A ce propos, la dernière séance du groupe a été marquée par l'apport d'une pâtisserie réalisée par une des adolescentes, belle preuve que la séparation semble avoir été assez travaillée pour bien se dérouler !

Cela conforte l'importance de la mise en place d'un contrat de soin et de règles de vie intra-groupales, réfléchis avec les patients, modalités préalables indispensables à la prise en charge des adolescents souffrant de TPB (cf partie *Prise en charge*).

### **Perspectives :**

Selon les études les plus récentes autour du TPB à l'adolescence (4), il est essentiel de cibler les profils à risque pour intervenir précocement (approches graduées en fonction du stade clinique) (211), sans attendre la pose d'un diagnostic catégoriel pour initier une prise en charge ciblée.

Or, comme les concepts abordés dans le groupe sont accessibles à l'adolescence à partir de 12 ans (d'après les stades de développement psychoaffectif de Piaget), il nous semblerait important de réfléchir la poursuite du travail de recherche en le pensant dans une démarche plus

préventive et donc de le proposer à des adolescents présentant des symptômes de TPB, sans attendre une situation de crise comme réalisé dans cette étude.

Cette idée est renforcée par les retours qualitatifs des patients à T2, qui ont pu nous dire que la participation à ce groupe dans la temporalité de leur prise en charge était ajustée ou trop tardive, mais jamais trop précoce.

Ainsi, il pourrait être envisagé d'utiliser le B-MCT comme un moyen de prévention indiquée, chez des adolescents présentant de premiers symptômes de TPB, permettant ainsi de réfléchir l'extension de son utilisation vers des structures de soin de première ligne.

De surcroît, il faut noter que ce Groupe d'Entraînement aux Habiletés Métacognitives développé par S.Moritz ne requiert pas de formation spécialisée intensive, au contraire des psychothérapies ayant fait preuve de leur efficacité chez les adolescents avec traits de TPB émergents, évoquées dans la partie théorique *Prises en charge*.

Ainsi, il semble pouvoir être une bonne alternative devant les difficultés constatées à étendre les programmes d'intervention précoces à destination de cette population du fait de leur coût logistique, humain et de formation.

Enfin, comme vu dans la partie théorique, la qualité du lien aux parents est fondatrice dans la construction de la personnalité d'un enfant. Il a été repéré que dans certains systèmes familiaux à risque, les périodes développementales critiques que sont les premiers mois après la naissance et l'adolescence, peuvent réactiver des fragilités parentales (4). C'est pourquoi un des facteurs communs de toutes les thérapies adaptées aux adolescents avec TPB est l'inclusion des parents dans le processus psychothérapeutique. En ce sens, pour poursuivre le développement du B-MCT aux adolescents, il paraîtrait pertinent d'y inclure les parents. Eux-mêmes ont pu nous faire remarquer lors de la séance de restitution groupale à T1 que si le groupe avait duré plus longtemps ils auraient souhaité pouvoir être reçus, afin de bénéficier d'outils de compréhension de leurs adolescents.

Ainsi s'ajoute une réflexion autour de l'adjonction d'un groupe parents ou multi-famille dans cette psychothérapie pour permettre une meilleure intégration des concepts métacognitifs dans la dynamique transactionnelle familiale. Ceci permettrait de mieux accompagner les parents dans le repérage et la réponse aux situations de crises avec leurs enfants, prévenant ainsi la sur-sollicitation de leurs capacités d'ajustement.

## Conclusion

---

L'adolescence est une période singulière au cours de laquelle la recherche de limites, l'impulsivité, les expériences dépressives et d'angoisse sont fréquentes. Cette clinique bruyante ne doit, ni être prise à tort pour des manifestations pathologiques, ni être sous-estimée. Ainsi une approche dimensionnelle des manifestations pour repérer les jeunes à risque de développer un TPB est en cours de construction, afin d'intervenir le plus précocement possible.

Le développement de stratégies de prise en charge adaptées pour ces adolescents présentant des traits de personnalité borderline est donc actuellement un enjeu majeur de santé publique au vu de la fréquence et de l'impact de cette symptomatologie.

Les résultats de notre étude montrent une acceptabilité et une faisabilité du groupe d'Entraînement à la MétaCognition (B-MCT) de S.Moritz, adapté à cette population d'adolescents (B-MCT-A), satisfaisantes pour les patients et leurs parents.

Enfin, nous avons observé que leur évolution clinique tend vers un apaisement global de la symptomatologie de traits de personnalité borderline entre l'initiation du groupe et la dernière évaluation, à trois mois de sa fin.

Ce travail de thèse s'est donc inscrit dans la recherche actuelle de l'APA autour d'une approche plus dimensionnelle de la validation des troubles de la personnalité et de la problématique majeure du retentissement fonctionnel des symptômes sur nos patients, au-delà de toute classification.

Cette vision nous semble essentielle dans une population adolescente, pour laquelle il est primordial de tenter de prévenir la construction d'un trouble de la personnalité à l'âge adulte.

Ceci s'intègre dans la réflexion autour d'une recherche de déviation des trajectoires pathogènes, s'inscrivant dans la vision que nous avons de notre travail de futures pédopsychiatres, qui vise à accompagner au mieux les patients et leurs familles afin de limiter l'impact fonctionnel de leurs difficultés à l'âge adulte.

En conclusion de cette étude pilote, dont les résultats sont prometteurs, il nous semble indispensable d'ouvrir sur deux nouveaux axes : la réalisation d'une étude de validation de l'adaptation du programme B-MCT à une population adolescente présentant des traits de personnalité borderline émergents (B-MCT-A) puis l'évaluation de son efficacité par un essai contrôlé randomisé le comparant au traitement habituel proposé.

## Bibliographie

---

1. Lenzenweger MF, Loranger AW, Korff L, Neff C. Detecting personality disorders in a nonclinical population. Application of a 2-stage procedure for case identification. *Arch Gen Psychiatry*. avr 1997;54(4):345-51.
2. Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry*. 15 juin 2002;51(12):936-50.
3. Allilaire JF. Troubles limites et personnalité « border-line » : comment les reconnaître et les traiter ? *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. oct 2012;196(7):1349-60.
4. Sharp C, Fonagy P. Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence--recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *J Child Psychol Psychiatry*. déc 2015;56(12):1266-88.
5. Chanen AM, McCutcheon L. Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence. *Br J Psychiatry Suppl*. janv 2013;54:s24-29.
6. Kaess M, Brunner R, Chanen A. Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*. oct 2014;134(4):782-93.
7. Hörz S, Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Ten-Year Use of Mental Health Services by Patients With Borderline Personality Disorder and With Other Axis II Disorders. *PS*. juin 2010;61(6):612-6.
8. Feenstra DJ, Hutsebaut J, Laurensen EMP, Verheul R, Busschbach JJV, Soeteman DI. The burden of disease among adolescents with personality pathology: quality of life and costs. *J Pers Disord*. août 2012;26(4):593-604.
9. Paris J, Zweig-Frank H. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*. déc 2001;42(6):482-7.
10. Paris J. Half in love with easeful death: the meaning of chronic suicidality in borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry*. févr 2004;12(1):42-8.
11. Links PS, Kolla NJ, Guimond T, McMain S. Prospective risk factors for suicide attempts in a treated sample of patients with borderline personality disorder. *Can J Psychiatry*. févr 2013;58(2):99-106.
12. Brickman LJ, Ammerman BA, Look AE, Berman ME, McCloskey MS. The relationship between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder symptoms in a college sample. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2014;1:14.
13. Wedig MM, Silverman MH, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G, Zanarini MC. Predictors of suicide attempts in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Psychol Med*. nov 2012;42(11):2395-404.
14. Madigan S, Korczak DJ, Vaillancourt T, Racine N, Hopkins WG, Pador P, et al. Comparison of paediatric emergency department visits for attempted suicide, self-harm, and suicidal ideation before and during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. mai 2023;10(5):342-51.
15. Santé publique France. Point épidémiologique national mensuel N°17. 2022.
16. Schilling L, Moritz S, Köther U, Nagel M. Preliminary Results on Acceptance, Feasibility, and Subjective Efficacy of the Add-On Group Intervention Metacognitive Training for Borderline Patients. *J Cogn Psychother*. 2015;29(2):153-64.
17. Steffen Moritz\*, Lisa Schilling\*, Lena Jelinek & Ulf Köther. Entraînement Métacognitif pour les patients souffrant d'un trouble de Personnalité Borderline (B- MCT). 2013
18. Schilling L, Moritz S, Kriston L, Krieger M, Nagel M. Efficacy of metacognitive training for patients with borderline personality disorder: Preliminary results. *Psychiatry Res*. avr 2018;262:459-64.
19. Guelfi, J.-D., Robin, M., and Lamas, C. (2011). États-limites et personnalité borderline. *EMC - Psychiatr*. 37-395 - A - 10.
20. Gunderson JG. Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *Am J Psychiatry*. mai 2009;166(5):530-9.
21. Russel, Ira. The borderland of insanity - Digital Collections - National Library of Medicine. The National Library of Medicine believes this item to be in the public domain. EU; 1884. 16 p. (Medicine

in the Americas, 1610-1920).

22. Bergeret J. La dépression et les états limites, Paris, Payot.1975.
23. Vassilis Kapsambelis. Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte [Internet]. Troisième édition. 2018. 1216 p. (quadriges manuels).
24. Galiana-Mingot É. Quelques préalables théorico-cliniques à la conceptualisation lacanienne des suppléances. Du « comme si » d'Helene Deutsch à la « prépsychose » de Moritz Katan. Recherches en psychanalyse. 2010;9(1):132-56.
25. Winnicott, D.W. (1960). Distorsion du Moi en fonction du vrai et du faux "self". In *Processus de Maturation Chez l'enfant. Développement Affectif et Environnement*, (Paris: Payot), pp. 115-131.
26. Green A. (1990). La folie privée, Paris, Gallimard, Folio.
27. Granger B., Karaklic D. (2012). Les Borderlines, Paris, Odile Jacob.
28. Corcos, Pham-cottez et Sperenza. Préface. Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence. Paris.2013.
29. Pulman B. Revue française de Psychanalyse, juil.-sept. 1993, LVII (3) : Différences culturelles. Homme. 1994;34(131):156-8.
30. Kernberg O. Borderline personality organization. J Am Psychoanal Assoc. juill 1967;15(3):641-85.
31. Guelfi JD. DSM-III Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Masson édition. Broché; 1983. 535 p.
32. American Psychiatric. DSM IV Soins primaires: POD. Elsevier Masson; 2008. 272 p.
33. McGlashan TH, Grilo CM, Sanislow CA, Ralevski E, Morey LC, Gunderson JG, et al. Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: toward a hybrid model of axis II disorders. Am J Psychiatry. mai 2005;162(5):883-9.
34. Gunderson JG. Borderline personality disorder: A clinical guide. Arlington, VA, US: American Psychiatric Association; 2001. 329 p. (Borderline personality disorder: A clinical guide).
35. John G. Gunderson, M.D., With Paul S. Links, M.D., F.R.C.P.C. APA - Handbook of Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder. Editorial Reviews. 2014.
36. Organization WH. CIM-10/ICD-10 : Classification internationale des maladies. Dixième révision. Chapitre V(F), Troubles mentaux et troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Organisation mondiale de la Santé. 1994.
37. CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité. 2019
38. Masterson JF. Treatment of the adolescent with borderline syndrome. A problem in separation-individuation. Bull Menninger Clin. janv 1971;35(1):5-18.
39. Masterson JF. The borderline adolescent: an object relations view. Adolesc Psychiatry. 1978;6:344-59.
40. Misès R, Bursztejn C, Botbol M, Golse B, Portelli C. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent - R2020: Correspondances et transcodage - CIM10. Presses de l'EHESP. 2020.
41. Ludolph PS, Westen D, Misle B, Jackson A, Wixom J, Wiss FC. The borderline diagnosis in adolescents: Symptoms and developmental history. The American Journal of Psychiatry. 1990;147(4):470-6.
42. corcos, pham-cottez et sperenza. Chapitre 23. État limite, personnalité borderline, ou crise borderline à l'adolescence ? Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence. 2013. p. 375-87. (Psychothérapies).
43. Christian Widakowich \*, Laurence Van Wettere, Fabrice Jurysta, Paul Linkowski, Philippe Hubain E. L'approche dimensionnelle *versus* l'approche catégorielle dans le diagnostic psychiatrique : aspects historiques et épistémologiques. EM-Consult. 2013.
44. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
45. Guelfi. Manuel de psychiatrie. Troisième. 2012.
46. Marcelli D, Braconnier A. Adolescence et psychopathologie. 8e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2013. (Collection Les âges de la vie).
47. Block MJ, Westen D, Ludolph P, Wixom J, Jackson A. Distinguishing female borderline adolescents from normal and other disturbed female adolescents. Psychiatry. févr 1991;54(1):89-103.

48. Amad A, Geoffroy P, Vaiva G, Thomas P. [Personality and personality disorders in the elderly: Diagnostic, course and management.]. *L'Encephale*. 24 oct 2012;39.
49. Miller AL, Muehlenkamp JJ, Jacobson CM. Fact or fiction: diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clin Psychol Rev*. juill 2008;28(6):969-81.
50. Dimensional approaches in diagnostic classification: Refining the research agenda for DSM-V. Arlington, VA, US: American Psychiatric Association; 2008. 136 p. (Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF, Wittchen HU, Sirovatka PJ, Regier DA. Dimensional approaches in diagnostic classification: Refining the research agenda for DSM-V.).
51. Robin M, Reichtman R. Un changement de paradigme au sein du DSM ? Le cas de la personnalité borderline à l'adolescence. *L'Évolution Psychiatrique*. 1 janv 2014;79(1):95-108.
52. Bondurant H, Greenfield B, Tse SM. Construct validity of the adolescent borderline personality disorder: a review. *Can Child Adolesc Psychiatr Rev*. août 2004;13(3):53-7.
53. Westen D, Shedler J, Durrett C, Glass S, Martens A. Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV axis II diagnoses and an empirically derived alternative. *Am J Psychiatry*. mai 2003;160(5):952-66.
54. Sharp C, Romero C. Borderline personality disorder: a comparison between children and adults. *Bull Menninger Clin*. 2007;71(2):85-114.
55. Auffret A, Lenoir P, Gauvreau C, Brunault P. Trouble de personnalité limite à l'adolescence : quelle réalité clinique ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. oct 2017;65(6):368-80.
56. Becker DF, Grilo CM, Edell WS, McGlashan TH. Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorders in hospitalized adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. déc 2000;157(12):2011-6.
57. Becker DF, Grilo CM, Edell WS, McGlashan TH. Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: comparison with hospitalized adults. *Am J Psychiatry*. déc 2002;159(12):2042-7.
58. Biskin RS, Paris J, Renaud J, Raz A, Zelkowitz P. Outcomes in Women Diagnosed With Borderline Personality Disorder in Adolescence. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. août 2011;20(3):168-74.
59. Zanarini MC, Frankenburg FR, Weingeroff JL, Reich DB, Fitzmaurice GM, Weiss RD. The course of substance use disorders in patients with borderline personality disorder and Axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study. *Addiction*. févr 2011;106(2):342-8.
60. Chanen AM, Jackson HJ, McGorry PD, Allot KA, Clarkson V, Yuen HP. Two-Year Stability of Personality Disorder in Older Adolescent Outpatients. *Journal of Personality Disorders*. déc 2004;18(6):526-41.
61. Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, McGlashan TH, Morey LC, Sanislow CA, et al. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications. *J Pers Disord*. oct 2005;19(5):487-504.
62. Chabrol H, Chouicha K, Montovany A, Callahan S, Duconge E, Sztulman H. [Personality disorders in a nonclinical sample of adolescents]. *Encephale*. 2002;28(6 Pt 1):520-4.
63. Chabrol H, Chouicha K, Montovany A, Callahan S. [Symptoms of DSM IV borderline personality disorder in a nonclinical population of adolescents: study of a series of 35 patients]. *Encephale*. 2001;27(2):120-7.
64. Winograd G, Cohen P, Chen H. Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008;49(9):933-41.
65. Bornoalova MA, Hicks BM, Iacono WG, McGue M. Stability, change, and heritability of borderline personality disorder traits from adolescence to adulthood: a longitudinal twin study. *Dev Psychopathol*. 2009;21(4):1335-53.
66. Cohen P, Chen H, Gordon K, Johnson J, Brook J, Kasen S. Socioeconomic background and the developmental course of schizotypal and borderline personality disorder symptoms. *Dev Psychopathol*. 2008;20(2):633-50.
67. Chabrol H, Chouicha K, Montovany A, Callahan S, Duconge E, Sztulman H. [Personality disorders in a nonclinical sample of adolescents]. *Encephale*. déc 2002;28(6 Pt 1):520-4.
68. Crawford TN, Cohen PR, Chen H, Anglin DM, Ehrensaft M. Early maternal separation and the trajectory of borderline personality disorder symptoms. *Dev Psychopathol*. 2009;21(3):1013-30.
69. Cailhol L, Jeannot M, Rodgers R, Guelfi JD, Perez-Diaz F, Pham-Scottéz A, et al. Borderline

- personality disorder and healthcare service use among adolescents. *J pers disord.* 2013;27(2):252-9.
70. Chen EY, Brown MZ, Harned MS, Linehan MM. A comparison of borderline personality disorder with and without eating disorders. *Psychiatry Res.* 30 nov 2009;170(1):86-90.
71. Sharp C, Fonagy P. Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence--recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *J Child Psychol Psychiatry.* déc 2015;56(12):1266-88.
72. Stepp SD, Burke JD, Hipwell AE, Loeber R. Trajectories of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder symptoms as precursors of borderline personality disorder symptoms in adolescent girls. *J Abnorm Child Psychol.* janv 2012;40(1):7-20.
73. Eaton NR, Krueger RF, Keyes KM, Skodol AE, Markon KE, Grant BF, et al. Borderline personality disorder co-morbidity: relationship to the internalizing-externalizing structure of common mental disorders. *Psychol Med.* mai 2011;41(5):1041-50.
74. James LM, Taylor J. Revisiting the structure of mental disorders: Borderline personality disorder and the internalizing/externalizing spectra. *British Journal of Clinical Psychology.* 2008;47(4):361-80.
75. Chanen AM, Nicol K, Betts JK, Thompson KN. Diagnosis and Treatment of Borderline Personality Disorder in Young People. *Curr Psychiatry Rep.* 25 avr 2020;22(5):25.
76. Chanen A, Jovev M, McCutcheon L, Jackson H, Mcgorry P. Borderline Personality Disorder in Young People and the Prospects for Prevention and Early Intervention. *Current Psychiatry Reviews.* 1 févr 2008;4:48-57.
77. Miller AL, Muehlenkamp JJ, Jacobson CM. Fact or fiction: diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clin Psychol Rev.* juill 2008;28(6):969-81.
78. Chabrol H, Montovany A, Chouicha K, Callahan S, Mullet E. Frequency of Borderline Personality Disorder in a Sample of French High School Students. *Can J Psychiatry.* 1 nov 2001;46(9):847-9.
79. Chabrol, Montovany, Ducongé, Kallmeyer, Mullet E, Leichsenting. Factor Structure of the Borderline Personality Inventory in Adolescents. *European Journal of Psychological Assessment.* 1 janv 2004;20:59-65.
80. Grilo CM, Becker DF, Fehon DC, Walker ML, Edell WS, McGlashan TH. Gender differences in personality disorders in psychiatrically hospitalized adolescents. *Am J Psychiatry.* août 1996;153(8):1089-91.
81. Grilo CM, Becker DF, Edell WS, McGlashan TH. Stability and change of DSM-III-R personality disorder dimensions in adolescents followed up 2 years after psychiatric hospitalization. *Compr Psychiatry.* 2001;42(5):364-8.
82. Levy K, Becker D, Grilo C, Mattanah J, Garnet K, Quinlan D, et al. Concurrent and Predictive Validity of the Personality Disorder Diagnosis in Adolescent Inpatients. *The American journal of psychiatry.* 1 nov 1999;156:1522-8.
83. American Psychiatric Publishing, Guelfi, Julien-Daniel - Livres. DSM-IV TR - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Quatrième. 2000.
84. Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM. A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychol Bull.* mai 2009;135(3):495-510.
85. Sanislow CA, Grilo CM, Morey LC, Bender DS, Skodol AE, Gunderson JG, et al. Confirmatory factor analysis of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Am J Psychiatry.* févr 2002;159(2):284-90.
86. Speranza M, Revah-Levy A, Cortese S, Falissard B, Pham-Scottet A, Corcos M. ADHD in adolescents with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry.* 30 sept 2011;11:158.
87. Main M. Cross-Cultural Studies of Attachment Organization: Recent Studies, Changing Methodologies, and the Concept of Conditional Strategies. *Human Development.* 8 janv 2010;33(1):48-61.
88. Lyons-Ruth K, Yellin C, Melnick S, Atwood G. Expanding the concept of unresolved mental states: hostile/helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. *Dev Psychopathol.* 2005;17(1):1-23.
89. Hughes DA, Baylin J. *Brain-Based Parenting: The Neuroscience of Caregiving for Healthy Attachment.* W. W. Norton & Company; 2012. 272 p.
90. Lyons-Ruth K. Contributions of the mother-infant relationship to dissociative, borderline, and

conduct symptoms in young adulthood. *Infant Ment Health J.* 2008;29(3):203-18.

91. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Oxford, England: Lawrence Erlbaum; 1978. 391 p. (Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation).

92. Pham-Scottez A, Speranza M. Chapitre 2. Méthodologie du Réseau de Recherche Européen EURNET-BPD. Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence. Paris. 2013.

93. Chapitre 18. L'attachement impossible ? Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence. Paris. 2013.

94. Agrawal HR, Gunderson J, Holmes BM, Lyons-Ruth K. Attachment studies with borderline patients: a review. *Harv Rev Psychiatry.* 2004;12(2):94-104.

95. Dozier M, Stovall-McClough KC, Albus KE. Attachment and psychopathology in adulthood. In: *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 2nd ed. New York, NY, US: The Guilford Press; 2008. p. 718-44.

96. Nickell AD, Waudby CJ, Trull TJ. Attachment, parental bonding and borderline personality disorder features in young adults. *J Pers Disord.* avr 2002;16(2):148-59.

97. Meyer B, Pilkonis PA, Proietti JM, Heape CL, Egan M. Attachment styles and personality disorders as predictors of symptom course. *J Pers Disord.* oct 2001;15(5):371-89.

98. Deborde AS, Miljkovitch R, Roy C, Dugré-Le Bigre C, Pham-Scottez A, Speranza M, et al. Alexithymia as a mediator between attachment and the development of borderline personality disorder in adolescence. *J Pers Disord.* oct 2012;26(5):676-88.

99. Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* déc 2009;166(12):1355-64.

100. Kobak R, Zajac K, Smith C. Adolescent Attachment and Trajectories of Hostile-Impulsive Behavior: Implications for the Development of Personality Disorders. *Dev Psychopathol.* 2009;21(3):839-51.

101. Sharp C, Fonagy P. Social cognition and attachment-related disorders. In: *Social cognition and developmental psychopathology*. New York, NY, US: Oxford University Press; 2008. p. 271-302.

102. Pickreign Stronach E, Toth SL, Rogosch F, Oshri A, Manly JT, Cicchetti D. Child Maltreatment, Attachment Security, and Internal Representations of Mother and Mother-Child Relationships. *Child Maltreat.* 1 mai 2011;16(2):137-45.

103. Bernstein DP, Fink L. Childhood trauma questionnaire: a retrospective self-report : manual. Orlando: Psychological Corporation; 1998. 68 p.

104. Corcos M, Lamas C. États limites à l'adolescence : psychopathologie et clinique analytique. In: *Les troubles limites chez l'enfant et l'adolescent*. Toulouse. 2012.

105. Johnson Dawn M. Gender differences in borderline personality disorder: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study.

106. Bradley SJ. The relationship of early maternal separation to borderline personality in children and adolescents: a pilot study. *Am J Psychiatry.* avr 1979;136(4A):424-6.

107. Mahler MS. A study of the separation-individuation process and its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. *Psychoanal Study Child.* 1971;26:403-24.

108. Masterson JF, Rinsley DB. The borderline syndrome: the role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *Int J Psychoanal.* 1975;56(2):163-77.

109. Westen D, Ludolph P, Silk K, Kellam A, Gold L, Lohr N. Object relations in borderline adolescents and adults: developmental differences. *Adolesc Psychiatry.* 1990;17:360-84.

110. Zweig-Frank H, Paris J. Parents' emotional neglect and overprotection according to the recollections of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* mai 1991;148(5):648-51.

111. Macfie J, Strimpfel JM. Parenting and the Development of Borderline Personality Disorder. In: Sharp C, Tackett JL, éditeurs. New York, NY: Springer New York; 2014

112. Grilo CM, Sanislow C, Fehon DC, Martino S, McGlashan TH. Psychological and behavioral functioning in adolescent psychiatric inpatients who report histories of childhood abuse. *Am J Psychiatry.* avr 1999;156(4):538-43.

113. Atlas JA. Association between history of abuse and borderline personality disorder for hospitalized adolescent girls. *Psychol Rep.* déc 1995;77(3 Pt 2):1346.

114. Goldman SJ, D'Angelo EJ, DeMaso DR, Mezzacappa E. Physical and sexual abuse histories

among children with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. déc 1992;149(12):1723-6.

115. Chapitre 10. Traumas, trop mal(heureux). Les automutilations comme une solution chez l'adolescent borderline. *Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence*. Paris. p. 141-58. (Psychothérapies).

116. Wertz J, Caspi A, Ambler A, Arseneault L, Belsky DW, Danese A, et al. Borderline Symptoms at Age 12 Signal Risk for Poor Outcomes During the Transition to Adulthood: Findings From a Genetically Sensitive Longitudinal Cohort Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. oct 2020;59(10):1165-1177.e2.

117. Winsper C, Hall J, Strauss VY, Wolke D. Aetiological pathways to Borderline Personality Disorder symptoms in early adolescence: childhood dysregulated behaviour, maladaptive parenting and bully victimisation. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2017;4:10.

118. Chapitre 20. Dynamique familiale et expériences traumatiques. De quel traumatisme parle-t-on ? In: *Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence* [Internet]. Paris: Dunod; 2013 [cité 26 sept 2023]. p. 303-30. (Psychothérapies).

119. Goldman SJ, D'Angelo EJ, DeMaso DR. Psychopathology in the families of children and adolescents with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. déc 1993;150(12):1832-5.

120. White CN, Gunderson JG, Zanarini MC, Hudson JI. Family studies of borderline personality disorder: a review. *Harv Rev Psychiatry*. 2003;11(1):8-19.

121. Fonagy P, Luyten P. A multilevel perspective on the development of borderline personality disorder. In: *Developmental psychopathology: Maladaptation and psychopathology*, Vol 3, 3rd ed. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons, Inc.; 2016. p. 726-92.

122. Cohen P. Child development and personality disorder. *Psychiatr Clin North Am*. sept 2008;31(3):477-93.

123. Coleman JC. *The Nature of Adolescence*. 4<sup>e</sup> éd. Routledge; 2011

124. Pierre Escofet. *Le microcosme juvénile Sociabilité adolesante, école et violences* [Internet]. Infolio. 2012. 720 p.

125. Wolke D, Schreier A, Zanarini MC, Winsper C. Bullied by peers in childhood and borderline personality symptoms at 11 years of age: a prospective study. *J Child Psychol Psychiatry*. août 2012;53(8):846-55.

126. Reuter T, Sharp C, Temple J, Babcock J. The relation between borderline personality disorder features and teen dating violence. *Psychology of Violence*. 1 avr 2015;5:163-73.

127. McQuade JD. ADHD Symptoms, Peer Problems, and Emotion Dysregulation as Longitudinal and Concurrent Predictors of Adolescent Borderline Personality Features. *J Atten Disord*. 1 nov 2022;26(13):1711-24.

128. Cicchetti D, Rogosch FA. A developmental psychopathology perspective on adolescence. *J Consult Clin Psychol*. févr 2002;70(1):6-20.

129. Steinberg L. Risk taking in adolescence: what changes, and why? *Ann N Y Acad Sci*. juin 2004;1021:51-8.

130. Steinberg L. Risk taking in adolescence: New perspectives from brain and behavioral science. *Current Directions in Psychological Science*. 2007;16(2):55-9.

131. Steinberg L. A Social Neuroscience Perspective on Adolescent Risk-Taking. *Dev Rev*. mars 2008;28(1):78-106.

132. Fonagy P, Speranza M, Luyten P, Kaess M, Hessels C, Bohus M. ESCAP Expert Article: borderline personality disorder in adolescence: an expert research review with implications for clinical practice. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. nov 2015;24(11):1307-20.

133. Von Ceumern-Lindenstjerna IA, Brunner R, Parzer P, Mundt C, Fiedler P, Resch F. Initial orienting to emotional faces in female adolescents with borderline personality disorder. *Psychopathology*. 2010;43(2):79-87.

134. Lawrence KA, Chanen AM, Allen JS. The effect of ostracism upon mood in youth with borderline personality disorder. *J Pers Disord*. oct 2011;25(5):702-14.

135. Jovev M, Green M, Chanen A, Cotton S, Coltheart M, Jackson H. Attentional processes and responding to affective faces in youth with borderline personality features. *Psychiatry Res*. 30 août 2012;199(1):44-50.

136. Von Ceumern-Lindenstjerna IA, Brunner R, Parzer P, Mundt C, Fiedler P, Resch F. Attentional bias in later stages of emotional information processing in female adolescents with borderline

personality disorder. *Psychopathology*. 2010;43(1):25-32.

137. Jovev M, Chanen A, Green M, Cotton S, Proffitt T, Coltheart M, et al. Emotional sensitivity in youth with borderline personality pathology. *Psychiatry Res*. 15 mai 2011;187(1-2):234-40.

138. Robin M, Pham-Scott A, Curt F, Dugre-Le Bigre C, Speranza M, Sapinho D, et al. Decreased sensitivity to facial emotions in adolescents with Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Res*. 30 déc 2012;200(2-3):417-21.

139. Waller E, Scheidt CE. Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A study comparing the TAS-20 with non-self-report measures of alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research*. 1 sept 2004;57(3):239-47.

140. Chanen AM, Kaess M. Developmental Pathways to Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 1 févr 2012;14(1):45-53.

141. Distel MA, Trull TJ, Derom CA, Thiery EW, Grimmer MA, Martin NG, et al. Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychol Med*. sept 2008;38(9):1219-29.

142. Kendler KS, Myers J, Reichborn-Kjennerud T. Borderline personality disorder traits and their relationship with dimensions of normative personality: a web-based cohort and twin study. *Acta Psychiatr Scand*. mai 2011;123(5):349-59.

143. Torgersen S, Lygren S, Oien PA, Skre I, Onstad S, Edvardsen J, et al. A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry*. 2000;41(6):416-25.

144. Bornoalova MA, Hicks BM, Iacono WG, McGue M. Longitudinal twin study of borderline personality disorder traits and substance use in adolescence: developmental change, reciprocal effects, and genetic and environmental influences. *Personal Disord*. janv 2013;4(1):23-32.

145. Wertz J, Caspi A, Ambler A, Arseneault L, Belsky DW, Danese A, et al. Borderline Symptoms at Age 12 Signal Risk for Poor Outcomes During the Transition to Adulthood: Findings From a Genetically Sensitive Longitudinal Cohort Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1 oct 2020;59(10):1165-1177.e2.

146. Bornoalova MA, Hicks BM, Iacono WG, McGue M. Stability, Change, and Heritability of Borderline Personality Disorder Traits from Adolescence to Adulthood: A Longitudinal Twin Study. *Dev Psychopathol*. 2009;21(4):1335-53.

147. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *Lancet*. 1 janv 2011;377(9759):74-84.

148. Zaboli G, Gizatullin R, Nilsonne A, Wilczek A, Jönsson EG, Ahnemark E, et al. Tryptophan hydroxylase-1 gene variants associate with a group of suicidal borderline women. *Neuropsychopharmacology*. sept 2006;31(9):1982-90.

149. Ni X, Bismil R, Chan K, Sicard T, Bulgin N, McMMain S, et al. Serotonin 2A receptor gene is associated with personality traits, but not to disorder, in patients with borderline personality disorder. *Neurosci Lett*. 20 nov 2006;408(3):214-9.

150. Ni X, Chan D, Chan K, McMMain S, Kennedy JL. Serotonin genes and gene-gene interactions in borderline personality disorder in a matched case-control study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 1 févr 2009;33(1):128-33.

151. Ni X, Sicard T, Bulgin N, Bismil R, Chan K, McMMain S, et al. Monoamine oxidase a gene is associated with borderline personality disorder. *Psychiatr Genet*. juin 2007;17(3):153-7.

152. Hankin BL, Barrocas AL, Jenness J, Oppenheimer CW, Badanes LS, Abela JRZ, et al. Association between 5-HTTLPR and Borderline Personality Disorder Traits among Youth. *Front Psychiatry*. 2011;2:6.

153. Caspi A, Hariri AR, Holmes A, Uher R, Moffitt TE. Genetic sensitivity to the environment: the case of the serotonin transporter gene and its implications for studying complex diseases and traits. *Am J Psychiatry*. mai 2010;167(5):509-27.

154. Wagner S, Baskaya O, Lieb K, Dahmen N, Tadić A. The 5-HTTLPR polymorphism modulates the association of serious life events (SLE) and impulsivity in patients with Borderline Personality Disorder. *J Psychiatr Res*. sept 2009;43(13):1067-72.

155. Distel MA, Middeldorp CM, Trull TJ, Derom CA, Willemsen G, Boomsma DI. Life events and borderline personality features: the influence of gene-environment interaction and gene-environment correlation. *Psychol Med*. avr 2011;41(4):849-60.

156. Gergely G, Watson JS. The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: the

development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *Int J Psychoanal.* déc 1996;77 ( Pt 6):1181-212.

157. Stéphan P, Nezelof S. Chapitre 6. La consommation de substances, entre remède et poison. Une chance pour débiter un parcours thérapeutique ? Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence. Paris. 2013. p. 73-84. (Psychothérapies).

158. Cailhol L, Speranza M, Rodgers R, Guelfi JD, Pham-Scottet A, Corcos M. Chapitre 4. Interaction avec les troubles cliniques associés (Axe I). Fréquence, impact sur le fonctionnement et influence des traumatismes infantiles. Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence. Paris. 2013. p. 57-63. (Psychothérapies).

159. Cailhol L, Gicquel L, Raynaud JP. Trouble de la personnalité Borderline chez l'adolescence.

160. Speranza M, Revah-Levy A, Pham-Scottet A. Chapitre 7. Identification d'un sous-type neurodéveloppemental de trouble de la personnalité borderline. Intérêt de l'exploration de la symptomatologie TDAH. Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence. Paris. 2013. p. 85-99. (Psychothérapies).

161. Gibbon Miriam Spitzer Robert L Williams Janet B W. User's Guide for the Structured Clinical Interview for Dsm-IV Axis II Personality Disorders: Scid-II - First, Michael B.; Gibbon, Miriam; Spitzer, Robert L.; Williams, Janet B. W.; Benjamin, Lorna Smith: American Psychiatric Press. 1997.

162. Chanen AM, Jovev M, Djaja D, McDougall E, Yuen HP, Rawlings D, et al. Screening for borderline personality disorder in outpatient youth. *J Pers Disord.* août 2008;22(4):353-64.

163. Poreh AM, Rawlings D, Claridge G, Freeman JL, Faulkner C, Shelton C. The BPQ: a scale for the assessment of borderline personality based on DSM-IV criteria. *J Pers Disord.* juin 2006;20(3):247-60.

164. Henze R, Barth J, Parzer P, Bertsch K, Schmitt R, Lenzen C, et al. [Validation of a screening instrument for borderline personality disorder in adolescents and young adults - psychometric properties and association with the patient's self-esteem]. *Fortschr Neurol Psychiatr.* juin 2013;81(6):324-30.

165. Zanarini MC, Vujanovic AA, Parachini EA, Boulanger JL, Frankenburg FR, Hennen J. A screening measure for BPD: the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *J Pers Disord.* déc 2003;17(6):568-73.

166. Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A, Berger P, Buchheim P, Channabasavanna SM, et al. The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry.* mars 1994;51(3):215-24.

167. Mehlum L, Tørmoen AJ, Ramberg M, Haga E, Diep LM, Laberg S, et al. Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* oct 2014;53(10):1082-91.

168. Bohus M, Kleindienst N, Limberger MF, Stieglitz RD, Domsalla M, Chapman AL, et al. The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology.* 2009;42(1):32-9.

169. Sharp C, Mosko O, Chang B, Ha C. The cross-informant concordance and concurrent validity of the Borderline Personality Features Scale for Children in a community sample of boys. *Clin Child Psychol Psychiatry.* juill 2011;16(3):335-49.

170. Michelle Emmanuelli, Catherine Azoulay. Les épreuves projectives À l'adolescence ; approche psychanalytique. 2001. 308 p.

171. National Institute for Health and Care Excellence Guidance Borderline personality disorder: recognition and management. NICE. 2009.

172. Jan M, Cardinal P, Speranza M. Acceptabilité et faisabilité d'un module TCD-A multi-familles « tolérance à la détresse » proposé à des adolescents ayant un trouble de la personnalité borderline ou des troubles de la régulation émotionnelle. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.* 1 juin 2023;71(4):167-77.

173. Chapitre 19. L'émotion non advenue. Alexithymie, anxiété et dépression chez les adolescents borderline. Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence. Paris. 2013. p. 287-301. (Psychothérapies).

174. Ryle A, Leighton T, Pollock P. Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder: The model and the method. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc; 1997. 187 p. (Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder: The model and the method).

175. Weiner AS, Ensink K, Normandin L. Psychotherapy for Borderline Personality Disorder in Adolescents. *Psychiatr Clin North Am.* déc 2018;41(4):729-46.
176. Garny De La Rivière S, Houinou Ebo B, Naepels B, Segard V, Gueant A, Rey N, et al. Adaptation de la thérapie comportementale dialectique aux adolescents francophones, une expérience pilote auprès d'adolescentes avec dépression et trouble de personnalité limite. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.* 1 févr 2017;65(1):5-13.
177. Rathus JH, Miller AL. Dialectical Behavior Therapy Adapted for Suicidal Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior.* juin 2002;32(2):146-57.
178. Jørgensen MS, Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Faltinsen E, Todorovac A, Simonsen E. Psychological therapies for adolescents with borderline personality disorder (BPD) or BPD features— A systematic review of randomized clinical trials with meta-analysis and Trial Sequential Analysis. *PLOS ONE.* 14 janv 2021;16(1):e0245331.
179. McGorry PD, Hartmann JA, Spooner R, Nelson B. Beyond the « at risk mental state » concept: transitioning to transdiagnostic psychiatry. *World Psychiatry.* juin 2018;17(2):133-42.
180. Schuppert HM, Giesen-Bloo J, van Gemert TG, Wiersema HM, Minderaa RB, Emmelkamp PMG, et al. Effectiveness of an emotion regulation group training for adolescents--a randomized controlled pilot study. *Clin Psychol Psychother.* 2009;16(6):467-78.
181. Camus F. Doctorat en Médecine [Thèse d'exercice de médecine]. [Tours]: Francois Rabelais; 2022.
182. Ilagan GS, Choi-Kain LW. General psychiatric management for adolescents (GPM-A) with borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology.* 1 févr 2021;37:1-6.
183. Marriage K, Petrie J, Worling D. Consumer satisfaction with an adolescent inpatient psychiatric unit. *Can J Psychiatry.* déc 2001;46(10):969-75.
184. Kelly PJ, Kyngdon F, Ingram I, Deane FP, Baker AL, Osborne BA. The Client Satisfaction Questionnaire-8: Psychometric properties in a cross-sectional survey of people attending residential substance abuse treatment. *Drug and Alcohol Review.* 2018;37(1):79-86.
185. Sabourin S, Perusse D, Gendreau P. Les qualités psychométriques de la version canadienne-française du questionnaire de la satisfaction du consommateur de services psychothérapeutiques (QSC-8 et QSC-18B). *Can j behav sci.* 1989;21(2):147-59.
186. Sabourin S, Pérusse D, Gendreau P. Les qualités psychométriques de la version canadienne-française du Questionnaire de Satisfaction du Consommateur de services psychothérapeutiques (QSC-8 et QSC-18B). [The psychometric qualities of the Canadian-French version of the Client Satisfaction Questionnaire for psychotherapeutic services (CSQ-8 and CSQ-18B)]. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement.* 1989;21(2):147-59.
187. Kapp C, Perlini T, Baggio S, Stéphan P, Rojas-Urrego A, Rengade CE, et al. Qualités psychométriques du Consumer satisfaction questionnaire (CSQ-8) et du Helping alliance questionnaire (HAQ). *Santé Publique.* 2014;26(3):337-44.
188. Larivière, erg. N, Pérusse F, David P. Traduction et validation du questionnaire de dépistage Borderline Personality Questionnaire. *Can J Psychiatry.* mars 2021;66(3):306-12.
189. Achenbach TM. *Manual for Child Behavior Checklist 4-18, 1991 Profile.* Burlington, VT: Univ Vermont/Dept Psychiatry; 1991. 288 p.
190. Achenback, Thomas M. *Manual for the Youth Self-Report and 1991.* Univ of VT Dept o Psychiatry. 209 p.
191. Achenbach TM, Rescorla LA. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: an integrated system of mult-informant assessment.* Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
192. Fombonne E, Chehnan F, Carradec AM, Achard S, Navarro N, Reis S. Le Child Behavior Checklist: un instrument pour la recherche en psychiatrie de l'enfant. *Psychiatr psychobiol.* 1988;3(6):409-18.
193. Fombonne E. Parent reports on behaviour and competencies among 6-11-year-old French Children. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* oct 1992;1(4):233-43.
194. Vermeersch S, Fombonne E. Child behavior Checklist: Preliminary results of the standardization of the French version. 1 janv 1997;45:615-20.
195. Martine Bouvard. *Échelles et questionnaires d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent. Volume 1. Livre.* Masson. 2008.

196. Achenbach TM. The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. *Psychological Monographs: General and Applied*. 1966;80(7):1-37.
197. Achenbach TM, Edelbrock CS. The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*. 1978;85(6):1275-301.
198. Tennant R, Hiller L, Fishwick R, Platt S, Joseph S, Weich S, et al. The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health Qual Life Outcomes*. 27 nov 2007;5:63.
199. Clarke A, Friede T, Putz R, Ashdown J, Martin S, Blake A, et al. Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): Validated for teenage school students in England and Scotland. A mixed methods assessment. *BMC Public Health*. 21 juin 2011;11(1):487.
200. Trousselard M, Steiler D, Dutheil F, Claverie D, Canini F, Fenouillet F, et al. Validation of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) in French psychiatric and general populations. *Psychiatry Research*. 17 août 2016;245.
201. Trousselard M, Steiler D, Dutheil F, Claverie D, Canini F, Fenouillet F, et al. Validation of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) in French psychiatric and general populations. *Psychiatry Research*. 17 août 2016;245.
202. Maheswaran H, Weich S, Powell J, Stewart-Brown S. Evaluating the responsiveness of the Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS): Group and individual level analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*. 27 déc 2012;10(1):156.
203. Cottraux J. *Les Psychothérapies Cognitives et Comportementales*.
204. Paap D., Karel Y, Vehagen A., Dijkstra P. Geertzen J., Pool G. The Working Alliance Inventory's Measurement Properties: A Systematic Review. 2022.

## Annexes

### Annexe 1 : Avis favorable du comité d'éthique



**GROUPE ETHIQUE D'AIDE A LA RECHERCHE CLINIQUE POUR LES PROTOCOLES DE  
RECHERCHE NON SOUMIS AU COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES  
ETHICS COMMITTEE IN HUMAN RESEARCH**

#### AVIS

**Responsable de la recherche : Dr Chrystèle BODIER / Dr Ugo FERRER CATALA / Justine COUSIN et  
Alix RICHARD**

**Titre du projet de recherche : Etude de faisabilité d'un groupe d'entraînement aux habilités  
métacognitives chez des adolescents présentant des traits de personnalité émotionnellement labile**

**N° du projet : 2022 044**

**Le groupe éthique d'aide à la recherche clinique donne un avis**

- FAVORABLE**
- DÉFAVORABLE**
- SURSIS A STATUER**
- DÉCLARATION D'INCOMPÉTENCE**

**au projet de recherche n° 2022 044**

**A Tours, le 10/02/2023**

**Dr Béatrice Birmelé  
Présidente du Groupe Ethique Clinique**

## Annexe 2 : Auto-questionnaire BPQ

### QUESTIONNAIRE POUR LES ADOLESCENTS

**Consignes:** Svp, **encerclez la réponse** qui, selon vous, décrit le mieux votre état habituel (depuis les deux dernières années ou plus) pour chaque énoncé. Sur la **FEUILLE RÉPONSE**, encerclez la lettre **V** si vous pensez que l'énoncé est **vrai** et la lettre **F** si vous pensez que l'énoncé est **faux**. Il n'y a aucune bonne ou mauvaise réponse ni aucun piège dans les questions. SVP, répondez le plus honnêtement et spontanément possible à chacun des items.

**SVP** répondez à chacune des **questions, même s'il peut parfois vous être difficile de choisir une réponse.**

1	Je fais souvent les choses sans y avoir bien pensé.
2	Je deviens souvent déprimé ou anxieux de façon soudaine et inattendue.
3	Les gens me quittent souvent.
4	Mes amis me déçoivent rarement.
5	Je me sens inférieur aux autres personnes.
6	J'ai menacé de me faire mal dans le passé.
7	Je ne crois pas avoir les habiletés nécessaires pour faire quoi que ce soit de ma vie.
8	Je me mets rarement en colère envers les autres personnes.
9	Je me sens parfois comme si je n'étais pas réel.
10	Je n'aurai pas de relation sexuelle avec quelqu'un à moins de le connaître depuis un certain temps.
11	Je me sens parfois anxieux ou irritable, puis je deviens triste quelques heures plus tard.
12	Lorsque les gens près de moi meurent ou me quittent, je me sens abandonné.
13	J'ai tendance à surestimer la possibilité d'une amitié, pour me rendre compte plus tard que ça ne fonctionnera pas.
14	Si j'étais davantage comme les autres personnes, je me sentrais mieux avec moi-même.
15	J'ai déjà volontairement tenté de me blesser sans chercher à me tuer.
16	En général, ma vie est plutôt ennuyante.
17	Je suis fréquemment impliqué dans des bagarres.
18	J'ai parfois l'impression que les autres personnes cherchent à me nuire.
19	Mes amis m'ont déjà dit que mes humeurs changent très rapidement.
20	J'ai peur de passer du temps seul.
21	Les personnes qui semblent dignes de confiance me déçoivent souvent.
22	J'ai déjà fait une tentative de suicide dans le passé.
23	J'ai souvent l'impression que je n'ai rien à offrir aux autres.



## Annexe 4 : Hétéro-questionnaire CBCL

### Echelle d'hétéro-évaluation par les parents CBCL (Child Behaviour Check List, 6-18 ans)

Les parents répondent à une liste de questions sur le comportement de leur enfants, questions qui cernent les traits psychopathologiques comportementaux ou émotionnels (agressivité, hyperactivité, anxiété et dépression, non compliance)

**Numéro de patient :**

**Date :**

Voici une liste de descriptions qui concernent les enfants. Pour chaque item qui concerne votre enfant **maintenant** ou au cours des **2 dernières semaines**, entourez le **2** si l'item est **très vrai** ou **souvent vrai**. Entourez le **1** si l'item est **à peu près vrai** ou **parfois vrai** pour l'enfant. Si l'item n'est **pas vrai** pour votre enfant, entourez le **0**. Répondez à chaque question le mieux que vous pouvez même si certaines questions paraissent ne pas s'appliquer à votre enfant.

	<b>Pas vrai</b>	<b>Parfois vrai</b>	<b>Très vrai</b>
1. A des comportements trop jeunes pour son âge	0	1	2
2. A des allergies ( <i>décrivez</i> ) :	0	1	2
3. Conteste ou contredit souvent	0	1	2
4. A de l'asthme	0	1	2
5. Se comporte comme un enfant du sexe opposé	0	1	2
6. Fait caca dans sa culotte	0	1	2
7. Se vante, est prétentieux (se)	0	1	2
8. Ne peut pas se concentrer ou maintenir son attention longtemps	0	1	2
9. Ne peut pas se débarrasser de certaines pensées, est obsédé(e) par certaines pensées ( <i>décrivez</i> ) :	0	1	2
10. Ne peut pas rester assis(e) tranquille, remue beaucoup, toujours en train de bouger	0	1	2
11. S'accroche aux adultes, est trop dépendant(e)	0	1	2
12. Se plaint de se sentir seul(e)	0	1	2
13. Embrouillé(e), confus(e)	0	1	2
14. Pleure souvent	0	1	2
15. Cruel(le) avec les animaux	0	1	2
16. Cruel(le), dominateur(trice), méchant(e), envers les autres	0	1	2
17. Rêvasse ou semble perdu(e) dans ses pensées	0	1	2
18. Se fait mal délibérément ou a fait des tentatives de suicide	0	1	2

Annexe 5 : Auto-questionnaire WEMWBS

**Echelle de bien-être mental de Warwick-Edinburgh  
(WEMWBS)**

© NHS Health Scotland, University of Warwick and University of Edinburgh (2006)  
et Nicolas Franck (2013) pour la traduction, tous droits réservés

**Les affirmations ci-dessous concernent vos sensations et vos pensées. Cochez la case qui correspond le mieux à votre vécu durant les deux dernières semaines.**

Nom \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

VECU	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Tout le temps
Je me suis senti(e) optimiste quant à l'avenir	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) utile	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) détendu(e)	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) intéressé(e) par les autres	1	2	3	4	5
J'ai eu de l'énergie à dépenser	1	2	3	4	5
J'ai bien résolu les problèmes auxquels j'ai été confronté	1	2	3	4	5
Ma pensée était claire	1	2	3	4	5
J'ai eu une bonne image de moi	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) proche des autres	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) confiant(e)	1	2	3	4	5
J'ai été capable de prendre mes propres décisions	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) aimé(e)	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) intéressé(e) par de nouvelles choses	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) joyeux(se)	1	2	3	4	5

## Annexe 6 : Auto-questionnaire CSQ-8

### Questionnaire de satisfaction du client

CSQ-8, de C. Attkisson, 1979; Traduction: O.Charnbon, 1992.

Ayez la gentillesse de nous aider à améliorer notre programme, s'il vous plaît, en répondant aux 8 questions suivantes. Nous sommes intéressés à connaître votre opinion sincère, qu'elle soit positive ou négative. S'il vous plaît, répondez à toutes les questions. Nous accueillerons aussi avec joie vos commentaires et suggestions. Merci beaucoup, nous apprécions réellement votre aide.

#### **Encercler votre réponse:**

1. Comment évaluez-vous la qualité du soin que vous avez reçu?

4	3	2	1
excellente	bonne	moyenne	médiocre

2. Avez-vous obtenu le type de prestations que vous vouliez?

1	2	3	4
non, absolument pas	non, pas vraiment	oui, globalement	oui, tout à fait

3. A quel point notre programme a-t-il satisfait vos besoins?

4	3	2	1
A peu près tous mes besoins ont été satisfaits	La plupart de mes besoins ont été satisfaits	Seuls quelques uns de mes besoins ont été satisfaits	Aucun de mes besoins n'a été satisfait

4. Si un de vos amis avait besoin d'une aide similaire, lui recommanderiez-vous notre programme?

1	2	3	4
non, absolument pas	non, je ne pense pas	oui, pense	oui, absolument

5. A quel point êtes-vous satisfait de l'ensemble de l'aide que vous avez reçu?

1	2	3	4
assez insatisfait	indifférent ou légèrement insatisfait	globalement satisfait	très satisfait

6. Les soins que vous avez reçus vous ont-ils aidé à faire face de façon plus efficace à vos problèmes?

4	3	2	1
oui, ils m'ont beaucoup aidé	oui, ils m'ont un peu aidé	non, ils ne m'ont pas aidé	non, ils semblent avoir aggravé les choses

7. D'une manière globale et générale, à quel point êtes-vous satisfait des soins que vous avez reçus?

4	3	2	2
très satisfait	globalement satisfait	indifférent ou légèrement insatisfait	assez insatisfait

## Annexe 7 : Évaluation quantitative des retours des psychothérapeutes

**Questionnaire d'évaluation de l'impact du groupe d'entraînement aux habiletés métacognitives pour les adolescents présentant des traits de personnalité borderline émergents sur leur suivi individuel, selon leur pédopsychiatre ou leur médecin traitant.**

**1. Le / La patient(e) est venu(e) vous voir plus souvent en consultation après le groupe**

- pas du tout d'accord
- plutôt en désaccord
- ni en désaccord, ni d'accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord

**2. Le / La patient(e) vous semble avoir de meilleures capacités d'insight après avoir bénéficié de ce groupe**

- pas du tout d'accord
- plutôt en désaccord
- ni en désaccord ni d'accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord

**3. Le / La patient(e) se montre plus acteur/rice et investi(e) dans sa prise en charge depuis le groupe**

- pas du tout d'accord
- plutôt en désaccord
- ni en désaccord, ni d'accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord

**4. Le / La patient(e) vous a semblé mis en difficultés par le groupe**

- pas du tout d'accord
- plutôt en désaccord
- ni en désaccord, ni d'accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord

**5. L'alliance thérapeutique vous semble meilleure avec ce / cette patient(e) suite au groupe**

- pas du tout d'accord
- plutôt en désaccord
- ni en désaccord, ni en accord
- plutôt d'accord
- tout à fait d'accord



**PÔLE PSYCHIATRIE-ADDICTOLOGIE**  
**CENTRE UNIVERSITAIRE DE PÉDOPSYCHIATRIE**  
Centre d'Excellence Autisme et Troubles du Neurodéveloppement  
Chef de service : **Professeur Frédérique BONNET-BRILHAULT**



**Pr F. BONNET-BRILHAULT**  
Professeur des Universités – Praticien  
Hospitalier

Secrétariat : 02.47.47.84.12  
pedopsy.chefdeservice@chu-tours.fr

Dr T. GARGOT  
Dr M. GUIDOTTI  
Chefs de Clinique des Universités - Assistants  
des Hôpitaux

Dr A. AUFFRET  
Dr C. BODIER  
Dr D. DEFRESNE  
Dr U. FERRER CATALA  
Dr A. GATEAU  
Dr P. GLORIOSO  
Dr E. HOUY-DURAND  
Dr N. LIMOUSIN  
Dr J. MALVY  
Dr A. PERROT  
Dr L. THIBAUT  
Dr G. TRIPI  
Praticiens Hospitaliers

Dr J. BALESTRA  
Dr I. BAUWENS  
Dr P. BOURDON  
Dr C. LATASTE  
Dr M. WISSOCQ  
Praticiens Attachés

Mme P. CHAUVIN  
M. R. CLAIRE  
Mme K. GUINOISEAU  
Cadres de santé  
M. P. RABATE  
Cadre socio-éducatif  
 **Hôpital de Jour**  
Secrétariat : 02.47.47.88.47  
pedopsy.hdj@chu-tours.fr

**Consultations Externes &  
Explorations Fonctionnelles**  
Secrétariat : 02.34.38.94.35  
pedopsy.cs.externes@chu-tours.fr  
Secrétariat : 02.47.47.47.75  
pedopsy.explo@chu-tours.fr

**Centre de Ressources Autisme**  
Secrétariat « Enfants » : 02.47.47.86.46  
secretariat.enfant@cra-centre.org  
Secrétariat « Adultes » : 02.18.37.05.46  
secretariat.adulte@cra-centre.org

**Équipe d'accompagnement**  
Secrétariat : 02.47.47.60.94  
pedopsy.dada@chu-tours.fr

**Plateforme de Coordination et  
d'Orientation 37 (PCO 37)**  
pco37@chu-tours.fr

**Consultations  
Médico Psychologiques**  
Secrétariat : 02.47.47.53  
pedopsy.cmp@chu-tours.fr

**Équipe Hospitalière de Liaison en  
Pédopsychiatrie**  
ehlp@chu-tours.fr

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'un travail visant à améliorer la prise en charge des enfants et adolescents ayant été admis aux urgences pédiatriques de l'hôpital Clocheville pour un passage à l'acte auto-agressif, nous vous proposons de remplir ces différents questionnaires.

Trois questionnaires sont à remplir par vous et un par vos parents (ou aidant principal le cas échéant).

Une aide par un tiers est bien sûr autorisée si des difficultés de compréhension sont rencontrées. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses.

Par la suite, il est possible que vous et vos parents soyez recontactés par des internes en médecine dans le cadre d'un travail de recherche encadré par le Centre Universitaire de Pédopsychiatrie du CHRU de Tours portant sur l'évaluation d'une prise en charge au sein d'un groupe d'éducation thérapeutique pour les adolescents, visant à améliorer leurs différents symptômes et leur qualité de vie. Cette étude est validée par la CNIL, Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Si vous avez des questions concernant ces questionnaires ou l'étude, n'hésitez pas à en parler à l'Équipe Hospitalière de Liaison en Pédopsychiatrie qui vous prend en charge actuellement.

Docteur C. BODIER  
Responsable du CMP

Professeur F. BONNET-BRILHAULT  
Chef de service

Docteur U. FERRER CATALA  
Responsable de la psychiatrie de liaison

Justine COUSIN  
Interne en pédopsychiatrie

Alix RICHARD  
Interne en pédopsychiatrie



**PÔLE PSYCHIATRIE-ADDICTOLOGIE**  
**CENTRE UNIVERSITAIRE DE PÉDOPSYCHIATRIE**  
Centre d'Excellence Autisme et Troubles du Neurodéveloppement  
Chef de service : **Professeur Frédérique BONNET-BRILHAULT**



**Pr F. BONNET-BRILHAULT**  
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Secrétariat : 02.47.47.84.12  
pedopsy.chefdeservice@chu-tours.fr

Dr T. GARGOT  
Dr M. GUIDOTTI  
Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

Dr A. AUFFRET  
Dr C. BODIER  
Dr D. DEFRESNE  
Dr U. FERRER CATALA  
Dr A. GATEAU  
Dr P. GLORIOSO  
Dr E. HOUY-DURAND  
Dr N. LIMOUSIN  
Dr J. MALVY  
Dr A. PERROT  
Dr L. THIBAUT  
Dr G. TRIPI  
Praticiens Hospitaliers

Dr J. BALESTRA  
Dr I. BAUWENS  
Dr P. BOURDON  
Dr C. LATASTE  
Dr M. WISSOCQ  
Praticiens Attachés

Mme P. CHAUVIN  
M. R. CLAIRE  
Mme K. GUINDOISEAU  
Cadres de santé  
M. P. RABATE  
Cadre socio-éducatif  
 **Hôpital de Jour**  
Secrétariat : 02.47.47.88.47  
pedopsy.hd@chu-tours.fr

**Consultations Externes & Explorations Fonctionnelles**  
Secrétariat : 02.34.38.94.35  
pedopsy.cs.externes@chu-tours.fr  
Secrétariat : 02.47.47.47.75  
pedopsy.explo@chu-tours.fr

**Centre de Ressources Autisme**  
Secrétariat « Enfants » : 02.47.47.86.46  
secretariat.enfant@cra-centre.org  
Secrétariat « Adultes » : 02.18.37.05.46  
secretariat.adulte@cra-centre.org

**Équipe d'accompagnement**  
Secrétariat : 02.47.47.60.94  
pedopsy.dada@chu-tours.fr

**Plateforme de Coordination et d'Orientation 37 (PCO 37)**  
pco37@chu-tours.fr

**Consultations Médico Psychologiques**  
Secrétariat : 02.47.47.47.53  
pedopsy.cmp@chu-tours.fr

**Équipe Hospitalière de Liaison en Pédopsychiatrie**  
ehlp@chu-tours.fr

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'un travail visant à améliorer la prise en charge des enfants et adolescents ayant été admis aux urgences pédiatriques de l'hôpital Clocheville pour un passage à l'acte auto-agressif, nous vous proposons de remplir ces différents questionnaires.

Trois questionnaires sont à remplir par votre enfant et un par vous, parents (ou aidant principal le cas échéant).

Une aide par un tiers est bien sûr autorisée si des difficultés de compréhension sont rencontrées. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses.

Par la suite, il est possible que vous soyez recontactés par des internes en médecine dans le cadre d'un travail de recherche encadré par le Centre Universitaire de Pédopsychiatrie du CHRU de Tours portant sur l'évaluation d'une prise en charge au sein d'un groupe d'éducation thérapeutique pour les adolescents, visant à améliorer leurs différents symptômes et leur qualité de vie. Cette étude est validée par la CNIL, Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Si vous avez des questions concernant ces questionnaires ou l'étude, n'hésitez pas à en parler à l'Équipe Hospitalière de Liaison en Pédopsychiatrie qui vous prend en charge actuellement.

Docteur C. BODIER  
Responsable du CMP

Professeur F. BONNET-BRILHAULT  
Chef de service

Docteur U. FERRER CATALA  
Responsable de la psychiatrie de liaison

Justine COUSIN  
Interne en pédopsychiatrie

Alix RICHARD  
Interne en pédopsychiatrie

**LETTRE D'INFORMATION DE LA RECHERCHE**  
Version à destination des parents

**Etude de faisabilité d'un groupe d'entraînement aux habiletés métacognitives  
chez des adolescents présentant des traits de personnalité émotionnellement  
labile.**

**Coordonnateur de la recherche :**

*COUSIN Justine et RICHARD Alix*

*Internes en Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*

*Hôpital Clocheville, 49 Bd Béranger - 37000 Tours - Bât. C25*

*Téléphone : 02.47.47.47.53 - 02.47.47.84.86*

Madame, Monsieur,

Votre enfant a été invité à participer à une recherche intitulée **Groupe d'entraînement aux habiletés métacognitives**

Cette recherche ne comporte aucun risque ni contrainte pour lui. Cette étude entre dans le cadre d'une recherche n'impliquant pas la personne humaine, du fait de la réutilisation de données collectées dans le cadre du soin et du suivi clinique de votre enfant. Le fait de participer à cette recherche ne changera donc pas sa prise en charge. Néanmoins, en l'absence d'opposition, un traitement de ses données de santé pourra être mis en œuvre.

Prenez le temps de lire les informations contenues dans ce document et de poser toutes les questions qui vous sembleront utiles à sa bonne compréhension. Vous pouvez prendre le temps nécessaire pour décider si vous souhaitez vous opposer à ce que les données qui concernent votre enfant soient utilisées dans le cadre de cette recherche.

**QUE SE PASSERA-T-IL SI MON ENFANT PARTICIPE À LA RECHERCHE ?**

Si vous ne vous opposez pas à la participation de votre enfant à cette recherche, les données le concernant seront recueillies et traitées afin de répondre à l'objectif suivant : *Le groupe d'entraînement aux habiletés métacognitives proposé à votre enfant est-il faisable et acceptable dans le cadre de sa prise en charge ?*

Ces données seront conservées jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche. Pour obtenir les publications ou les résultats globaux de la recherche, vous pouvez contacter le coordonnateur de cette recherche.



## Annexe 12 : Protocole de gestion du risque suicidaire



**PÔLE PSYCHIATRIE-ADDICTOLOGIE**  
**CENTRE UNIVERSITAIRE DE PÉDOPSYCHIATRIE**  
Centre d'Excellence Autisme et Troubles du Neurodéveloppement  
Chef de service : **Professeur Frédérique BONNET-BRILHAULT**



**Pr F. BONNET-BRILHAULT**  
Professeur des Universités – Praticien  
Hospitalier

Secrétariat : 02.47.47.84.12  
pedopsy.chefdeservice@chu-tours.fr

Dr T. GARGOT  
Dr M. GUIDOTTI  
Chefs de Clinique des Universités -  
Assistants des Hôpitaux

Dr A. AUFFRET  
Dr C. BODIER  
Dr D. DEFRESNE  
Dr U. FERRER CATALA  
Dr A. GATEAU  
Dr P. GLORIOSO  
Dr E. HOUY-DURAND  
Dr N. LIMOUSIN  
Dr J. MALVY  
Dr A. PERROT  
Dr L. THIBAUT  
Dr G. TRIFI  
Praticiens Hospitaliers

Dr J. BALESTRA  
Dr I. BAUWENS  
Dr P. BOURDON  
Dr C. LATASTE  
Dr M. WISSOCQ  
Praticiens Attachés

Mme P. CHAUVIN  
M. R. CLAIRE  
Mme K. GUINOISEAU  
Cadres de santé  
M. P. RABATE  
Cadre socio-éducatif

**Hôpital de Jour**  
Secrétariat : 02.47.47.88.47  
pedopsy.hdj@chu-tours.fr

**Consultations Externes &  
Explorations Fonctionnelles**

Secrétariat : 02.34.38.94.35  
pedopsy.cs.externes@chu-tours.fr  
Secrétariat : 02.47.47.47.75  
pedopsy.explo@chu-tours.fr

**Centre de Ressources  
Autisme**

Secrétariat « Enfants » : 02.47.47.86.46  
secretariat.enfant@cra-centre.org  
Secrétariat « Adultes » : 02.18.37.05.46  
secretariat.adulte@cra-centre.org

**Équipe d'accompagnement**

Secrétariat : 02.47.47.60.94  
pedopsy.dada@chu-tours.fr

**Plateforme de Coordination  
et d'Orientation 37 (PCO 37)**

pco37@chu-tours.fr

**Consultations  
Médico Psychologiques**

Secrétariat : 02.47.47.47.53  
pedopsy.cmp@chu-tours.fr

**Équipe Hospitalière de  
Liaison en Pédopsychiatrie**

ehlp@chu-tours.fr

### **Protocole de gestion du risque suicidaire dans le cadre de l'étude de faisabilité d'un groupe d'entraînement aux habiletés métacognitives chez des adolescents présentant des traits de personnalité émotionnellement labile.**

Dans le cadre du groupe d'éducation thérapeutique proposé à ces adolescents ayant déjà au moins un antécédent de tentative de suicide, il est indispensable qu'un protocole de gestion de la crise suicidaire soit construit, permettant ainsi de prévenir le risque de récurrence au décours ou durant une séance du groupe.

En cas d'expression d'idées et / ou d'intentions suicidaires durant l'une des séances du groupe par l'un des adolescents, celui-ci sera reçu en consultation individuelle à la fin de la séance de groupe par l'une des deux internes en Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent menant l'étude, pour une évaluation des idées suicidaires avec évaluation du Risque Urgence Dangerosité (RUD) et réalisation d'un entretien de désamorçage de la crise afin d'établir une conduite à tenir.

**En cas de RUD faible** : un entretien de désamorçage sera proposé et un lien fait avec les parents ou accompagnants principaux du patient afin de discuter avec eux une conduite à tenir pour aider l'adolescent à s'apaiser.

Un contact sera également pris avec le pédopsychiatre ou le médecin traitant de l'adolescent pour l'informer et rapprocher le prochain rendez-vous de suivi si nécessaire.

**En cas de RUD modéré ou élevé**, non amélioré par un entretien de désamorçage, l'adolescent sera accompagné aux urgences pédiatriques de l'hôpital Clocheville pour une prise en charge pédopsychiatrique par l'Équipe Hospitalière de Pédopsychiatrie de Liaison.

Leurs parents ou accompagnants principaux en seront informés, ainsi que leur pédopsychiatre ou médecin traitant.

**Docteur C. BODIER**  
Responsable du CMP

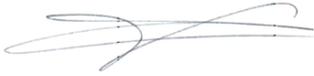
**Professeur F. BONNET-BRILHAULT**  
Chef de service

**Docteur U. FERRER CATALA**  
Responsable de la psychiatrie de liaison

**Justine COUSIN**  
Interne en pédopsychiatrie

**Alix RICHARD**  
Interne en pédopsychiatrie

**Vu, les Directeurs de Thèse**

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, sweeping initial letter followed by a horizontal line and a small vertical stroke.A handwritten signature in black ink, featuring a large, stylized initial letter with a horizontal line and a small vertical stroke.

**Vu, le Doyen  
De la Faculté de Médecine de Tours  
Tours, le**

**COUSIN Justine**  
**RICHARD Alix**

**Pages : 102**  
**Tableaux : 9**  
**Figures : 7**

### **Résumé :**

**Introduction :** Le trouble de la personnalité borderline (TPB) est un trouble fréquent dont la prévalence médiane est estimée autour de 10% à l'adolescence. Ceci entraîne une sollicitation fréquente des services de soin d'urgence par ces jeunes patients. Plusieurs modalités psychothérapeutiques ont prouvé leur efficacité dans la prise en charge de ce trouble et le programme d'entraînement métacognitif pour les patients avec TPB (B-MCT) de S. Moritz a démontré qu'il était faisable, acceptable et présentait une efficacité significative dans la prise en charge des patients adultes avec TPB.

**Objectifs :** Cette étude est une évaluation des pratiques professionnelles, prospective et monocentrique, ayant comme objectif principal d'explorer l'acceptabilité et la faisabilité de ce groupe d'entraînement aux habiletés métacognitives (B-MCT), adapté à une population de 6 adolescents présentant des traits de personnalité borderline émergents. L'objectif secondaire de cette étude consistait à évaluer l'évolution clinique des patients en ayant bénéficié.

**Matériel et méthodes :** Les adolescents auxquels le groupe a été proposé présentaient des traits de personnalité et un score élevé au BPQ lors d'une évaluation pédopsychiatrique aux urgences dans le cadre d'une tentative de suicide. L'acceptabilité et la faisabilité ont été évaluées par le taux d'attrition, l'auto-questionnaire de satisfaction CSQ-8 et qualitativement. L'évolution de la symptomatologie a été mesurée par la passation d'auto-questionnaires (BPQ, YSR et WEMWBS), d'un hétéro-questionnaire à destination des parents (CBCL) et du taux de sollicitation des services d'urgence avant l'initiation du groupe, à la fin du groupe et à 3 mois de la fin du groupe, ainsi que par un questionnaire aux thérapeutes individuels des patients.

**Résultats :** L'acceptabilité et la faisabilité du groupe sont évaluées comme satisfaisantes par les patients et leur évolution clinique, bien que variable, est en faveur d'une amélioration psychique globale pour la majorité.

**Conclusion :** Ce mode d'accompagnement psychothérapeutique métacognitif groupal nous paraît prometteur dans la prise en charge de ces adolescents souffrant de traits de personnalité émotionnellement labile émergents. Ces résultats préliminaires sont encourageants mais des études complémentaires de validation de ce protocole adapté aux adolescents et sur un échantillon plus large avec groupe contrôle sont nécessaires pour en évaluer l'impact sur le plan clinique.

**Mots clés :** Trouble de personnalité borderline, Adolescent, Psychothérapie de groupe, Entraînement métacognitif

### **Jury :**

Président du Jury : Professeur Frédérique BONNET-BRILHAULT  
Directeurs de thèse : Docteur Chrystèle BODIER  
Docteur Ugo FERRER CATALA  
Membres du Jury : Professeur Vincent CAMUS  
Docteur Xavier ANGIBAULT  
Docteur Jérôme GRAUX

Date de soutenance : 13 octobre 2023