

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2016

2016 TOU3 1514

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Marc HENRY

le 21 Mars 2016

**ANOREXIE MENTALE DE L'ADOLESCENTE ET TROUBLES DE LA
PERSONNALITE : RESULTATS PRELIMINAIRES D'UNE ETUDE
OBSERVATIONNELLE PROSPECTIVE**

Directeur de thèse : Docteur Franck HAZANE

JURY

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD, Président

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS, Assesseur

Monsieur le Professeur Philippe BIRMES, Assesseur

Madame le Docteur Laure MESQUIDA, Assesseur

Madame le Docteur Anne-Hélène MONCANY, Suppléant

Monsieur le Docteur Franck HAZANE, Invité

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2015

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	M. PASCAL	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN JP
Professeur Honoraire	M. BAYARD	Professeur Honoraire	M. GERAUD G.
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE	Professeur Honoraire	M. PLANTE P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL JF

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTÉ	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. BUGAT Roland (C.E)	Cancérologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CARRIE Didier	Cardiologie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL Michèle	Réanimation Médicale
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. FRAYSSE Bernard (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. LANG Thierry	Bio-statistique Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MONROZIES Xavier	Gynécologie Obstétrique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
M. MOSCOVICI Jacques	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh	Gériatrie	P.U.	
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie	M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE Bernard (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------	--

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie	M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAMONTIN Bernard (C.E)	Thérapeutique	M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Toxicologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. GLOCK Yves	Chirurgie Cardio-Vasculaire	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROSTAING Lionel (C.E).	Néphrologie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SALVAYRE Robert (C.E)	Biochimie		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	M. BES Jean-Claude	Histologie - Embryologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	Mme CAUSSE Elisabeth	Biochimie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOUI Fabrice	Médecine Légale
Mme DUGUET Anne-Marie	Médecine Légale	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	M. GASQ David	Physiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. JALBERT Florian	Stomatologie et Maxillo-Faciale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	M. LAHARRAGUE Patrick	Hématologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
Mme LE TINNIER Anne	Médecine du Travail	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	Mme LEOBON Céline	Cytologie et histologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LEPAGE Benoit	Bio-statistique
M. MONTOYA Richard	Physiologie	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRERE Marie-Françoise	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RAGAB Janie	Biochimie	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	M. TKACZUK Jean	Immunologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie		
M. TAFANI Jean-André	Biophysique		
M. TREINER Emmanuel	Immunologie		
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement		
M. TRICOIRE Jean-Louis	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT Christian	Biologie Cellulaire		

M.C.U.

M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BRILLAC Thierry
Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko

Dr BISMUTH Michel
Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Jean-Philippe Raynaud,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Vous nous avez guidé tout au long de l'internat et nous vous remercions grandement de la confiance que vous nous avez accordé durant notre formation ainsi que pour la réalisation de cette étude. Nous avons apprécié la qualité de votre enseignement et votre disponibilité tout au long de notre parcours. C'est avec grand plaisir que nous continuerons à travailler dans votre service.

Nous tenons à vous présenter notre gratitude et notre respect.

Monsieur le Professeur Philippe Birmes,

Nous vous remercions de votre présence et de l'intérêt que vous portez à cette thèse. Nous vous sommes reconnaissant concernant votre implication et votre dévouement dans l'organisation et la mise en place de notre formation durant l'internat.

Nous tenons à vous présenter notre gratitude et notre respect.

Monsieur le Professeur Christophe Arbus,

Nous vous remercions de votre présence et de l'intérêt que vous portez à cette thèse. Nous avons grandement apprécié votre regard clinique concernant la description du noyau mélancolique lors de notre stage à l'UF4. Nous vous sommes reconnaissant de votre disponibilité.

Nous tenons à vous présenter notre gratitude et notre respect.

Madame le Docteur Laure Mesquida,

Nous te remercions grandement de ta disponibilité concernant la mise en place du protocole de l'étude et de l'intérêt que tu portes à cette thèse. Nous avons pu grandement bénéficier à plusieurs reprises de ta vision clinique et de la qualité de ton enseignement. C'est avec grand plaisir que nous continuerons à travailler dans le service.

Nous tenons à te présenter notre gratitude et notre respect.

Madame le Docteur Anne-Hélène Moncany,

Nous te remercions grandement de l'intérêt que tu portes à ce travail de thèse. Nous avons grandement apprécié de travailler avec toi et de bénéficier de la qualité de ton enseignement au début de notre internat. Ta disponibilité envers nous reste un exemple dont nous nous inspirerons.

Nous tenons à te présenter notre gratitude et notre respect.

Monsieur le Docteur Franck Hazane,

Tu nous as fait l'honneur de diriger ce travail de thèse. Nous te remercions de la confiance que tu nous as accordée très tôt, de ton accompagnement et de ta disponibilité constante au travers de toutes les étapes de ce travail de thèse. La justesse de ton enseignement et de ta pratique restent un modèle pour nous.

Nous tenons à te présenter notre gratitude et notre respect.

Merci à Alice d'être toujours présente à mes côtés, pour son soutien.

A Mona et tous ses sourires,

A mes parents et ma famille.

A tous mes amis, d'Amiens et d'ailleurs : Julien, Groguy, Mehdi, David, Nico et Anto, qui ont toujours été là.

Aux différents co-internes et médecins avec qui j'ai eu la chance de travailler.

A toutes les équipes de soin que j'ai croisé au cours de mon internat : des urgences, du CMP de Carbonne, de l'UF4, de la Villa Ancely, de la Guidance Infantile, de l'HDJ des Grands et de l'UF5. Travailler avec vous a été la plus grande chance que j'ai eue au cours de l'internat.

1 Table des matières

INTRODUCTION :	8
PREMIERE PARTIE : DEFINITIONS	13
1 PRINCIPAUX SYSTEMES DE CLASSIFICATION DES PATHOLOGIES MENTALES :	13
1.1 DSM :	13
1.1.1 <i>Descriptif du DSM :</i>	13
1.1.2 <i>Système catégoriel :</i>	14
1.1.3 <i>Système multiaxial :</i>	14
1.2 LA CIM-10 :	14
2 TROUBLES DE CONDUITES ALIMENTAIRES (TCA) :	15
2.1 ANOREXIE MENTALE (AM) :	15
2.1.1 <i>Critères DSM-IV-TR :</i>	17
2.1.2 <i>Evolution diagnostique avec la mise à jour du DSM 5 :</i>	17
2.1.3 <i>Critères de la CIM-10 :</i>	19
2.2 BOULIMIE NERVEUSE (BN) :	20
2.2.1 <i>Critères DSM-IV-TR de la BN :</i>	21
2.2.2 <i>Evolution diagnostique avec la mise à jour du DSM 5 :</i>	22
3 TROUBLES DE LA PERSONNALITE (TP) :	23
3.1 DÉFINITION :	23
3.2 CRITERES DIAGNOSTIQUES GENERAUX DES TP SELON LE DSM-IV-TR :	24
3.3 TROUBLES DE LA PERSONNALITE SPECIFIQUES :	26
3.3.1 <i>Trouble de la personnalité Evitant :</i>	26
3.3.2 <i>Trouble de la personnalité Dépendant :</i>	26
3.3.3 <i>Trouble de la personnalité Obsessionnelle Compulsive :</i>	27
3.3.4 <i>Trouble de la personnalité Borderline (TPB) :</i>	27
3.4 EVOLUTION DIAGNOSTIQUE AVEC LA MISE A JOUR DU DSM 5 :	29
DEUXIEME PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	30
INTRODUCTION :	30
1 EPIDÉMIOLOGIE DE L'ANOREXIE MENTALE :	31
1.1 PRÉVALENCE DE L'ANOREXIE MENTALE :	33
1.2 INCIDENCE DE L'ANOREXIE MENTALE :	33

1.3	MORBI-MORTALITE ET DEVENIR DE L'ANOREXIE MENTALE :	34
1.4	FACTEURS PRONOSTIQUES DE L'ANOREXIE MENTALE :	35
2	COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES DES TCA :	36
2.1	COMORBIDITES DES TCA ET DES TROUBLES DE L'AXE I :	38
2.1.1	<i>Comorbidités des TCA et des Troubles de l'Humeur (TH) :</i>	38
2.1.2	<i>Comorbidité entre TCA et Troubles Anxieux (TA) :</i>	40
2.1.3	<i>Comorbidité avec l'Etat de Stress Post Traumatique (ESPT) :</i>	42
2.1.4	<i>Comorbidités entre TCA et les Troubles Liés à une Substance (SUD) :</i>	44
2.1.5	<i>TCA et comportements suicidaires, et auto-agressifs :</i>	45
2.1.6	<i>TCA et comorbidités de l'axe I chez l'adolescent :</i>	47
2.2	COMORBIDITES DES TCA ET TROUBLES DE L'AXE II (TP) :	48
2.2.1	<i>Comorbidités TCA et TP chez l'adulte :</i>	48
2.2.2	<i>Comorbidités TCA et TP chez l'adolescent :</i>	50
2.3	ANALYSE SPECIFIQUE DES MECANISMES ET DE L'INTRICATION ENTRE TCA ET TP :	54
2.3.1	<i>Modèles de comorbidités entre TCA et TP :</i>	54
2.3.2	<i>Impact des TP sur la présentation et le devenir des TCA :</i>	56
2.3.3	<i>TCA et traits de personnalité :</i>	57
2.3.4	<i>Des troubles de la personnalité spécifiques au TCA ?</i>	59
2.3.5	<i>Prévalence des TCA chez les patients présentant un TP borderline :</i>	65
2.4	STABILITE DES TROUBLES TCA :	70
2.4.1	<i>Instabilité entre les deux sous-types d'AM :</i>	71
2.4.2	<i>Instabilité entre les diagnostics TCA :</i>	71
2.5	STABILITE DES TRAITS DE PERSONNALITE CHEZ LES PATIENTS TCA :	75
3	D'UN POINT DE VUE PSYCHODYNAMIQUE : PROCESSUS ADOLESCENT, TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES ET FONCTIONNEMENT LIMITE :	77
3.1	ADOLESCENCE : PROBLEMATIQUE GENERALE :	77
3.2	FONCTIONNEMENT LIMITE ET ADOLESCENCE :	80
3.2.1	<i>Chez l'adolescent :</i>	82
3.2.2	<i>Liens entre fonctionnement limite et trouble de la personnalité borderline à l'adolescence :</i>	83
3.3	LIEN ENTRE FONCTIONNEMENT LIMITE A L'ADOLESCENCE ET TCA :	84
3.3.1	<i>Fonctionnement psychique « inhibé » et TCA :</i>	85
3.3.2	<i>Fonctionnement psychique « floride » et TCA :</i>	86
4	CONCLUSION DE LA REVUE DE LA LITTERATURE MEDICO-SCIENTIFIQUE :	88

5	PROBLEMATIQUE ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE :	96
TROISIEME PARTIE : MATERIEL ET METHODE		
1	OBJECTIFS DE L'ÉTUDE :	98
1.1	OBJECTIF PRINCIPAL :	98
1.2	OBJECTIF SECONDAIRE :	98
2	SCHÉMA DE LA RECHERCHE :	98
3	CRITÈRES D'INCLUSION :	98
4	CRITÈRES DE NON INCLUSION :	99
5	PROCÉDURE DE L'ÉTUDE :	99
6	DESCRIPTION DES OUTILS DE MESURE :	102
6.1	EATING ATTITUDES TEST : EAT-26 :	102
6.1.1	<i>Présentation :</i>	102
6.1.2	<i>Validation de la version anglaise :</i>	104
6.1.3	<i>Validation de la version francophone :</i>	104
6.1.4	<i>Intérêt concernant notre étude :</i>	104
6.2	M.I.N.I. KID 2.0	105
6.2.1	<i>Présentation :</i>	105
6.2.2	<i>Validation :</i>	107
6.2.3	<i>Intérêt concernant notre étude :</i>	108
6.3	SCID II :	109
6.3.1	<i>Présentation :</i>	109
6.3.2	<i>Questionnaire SCID II :</i>	111
6.3.3	<i>Passation du questionnaire :</i>	111
6.3.4	<i>Passation de l'entretien semi-structuré :</i>	112
6.3.5	<i>Intérêt concernant notre étude :</i>	114
7	DÉROULEMENT PRATIQUE DE L'ÉTUDE :	117
7.1	PRESENTATION :	117
7.2	PASSATION :	118
8	EXPLOITATION DES DONNEES ET ANONYMISATION :	119
8.1	TRAITEMENT STATISTIQUE :	119

QUATRIÈME PARTIE : RÉSULTATS	121
1 PRESENTATION DE LA POPULATION :	121
1.1 MODALITES D'INCLUSION :	122
1.2 CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES PATIENTES :	123
1.3 CARACTERISTIQUES CLINIQUES DES PATIENTES :	124
1.3.1 <i>Antécédents personnels et familiaux</i> :	125
1.3.2 <i>Prise en charge initiale</i> :	126
2 RÉSULTATS DES ÉVALUATIONS D'INCLUSIONS :	129
2.1 SCORE EAT-26 :	129
2.2 COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES A L'INCLUSION :	129
2.2.1 <i>Mini-KID et axe I du DSM-IV-TR</i> :	129
2.2.2 <i>SCID II et axe II du DSM-IV-TR</i> :	132
2.3 RELATION ENTRE TP ET CONDUITES ALIMENTAIRES :	135
2.3.1 <i>Comparaison entre différents sous-groupes de patients</i> :	135
3 RESULTATS PRELIMINAIRES DE L'ÉVALUATION PROSPECTIVE :	136
3.1 ÉVOLUTION DES PRINCIPALES CARACTERISTIQUES :	136
3.2 ÉVOLUTION DES CONDUITES ALIMENTAIRES :	136
3.3 ÉVÉNEMENTS INTERCURRENTS ET MODALITE DE PRISE EN CHARGE :	137
3.4 ÉVOLUTION DES COMORBIDITES DE L'AXE I :	137
3.5 CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL ET ÉVOLUTION DES COMORBIDITES DE L'AXE II :	139
3.6 CRITERE DE JUGEMENT SECONDAIRE :	139
3.7 ÉVOLUTION DIMENSIONNELLE DES TRAITS DE PERSONNALITE :	140
3.7.1 <i>Evolution des traits de personnalité Evitant</i> :	141
3.7.2 <i>Evolution des traits de personnalité Obsessionnel Compulsif</i> :	142
3.7.3 <i>Evolution des traits de personnalité Borderline</i> :	144
3.7.4 <i>Interaction entre traits de personnalité borderline et traits de personnalité obs. compulsif</i> :	145
CINQUIÈME PARTIE : DISCUSSION GÉNÉRALE	148
1 DISCUSSION DES RESULTATS :	148
1.1 RESULTATS PRINCIPAUX :	148
1.1.1 <i>Concernant l'évolution des traits de personnalité</i> :	148
1.1.2 <i>Concernant l'évaluation initiale</i> :	150
1.2 AUTRES RESULTATS :	152

1.2.1	<i>Relation entre traits de personnalités et conduites alimentaires :</i>	152
1.2.2	<i>Evolution des patientes :</i>	153
1.2.3	<i>Comobidités de l'axe I :</i>	153
2	FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE :	157
2.1	MOYENS ET METHODE :	157
2.1.1	<i>Protocole d'étude :</i>	157
2.1.2	<i>Facteurs de non inclusion et biais de confusion :</i>	157
2.1.3	<i>Mesure des troubles et choix des outils :</i>	159
2.1.4	<i>Dimension éthique :</i>	163
2.2	DEROULEMENT PRATIQUE DE L'ETUDE ET ANALYSE DES RESULTATS :	164
2.2.1	<i>Population explorée et biais de sélection :</i>	164
2.2.2	<i>Composition de la cohorte :</i>	165
2.2.3	<i>Effectif de la cohorte et puissance statistique :</i>	165
2.2.4	<i>Déroulement de l'étude et mesure des troubles :</i>	166
2.2.5	<i>Sur le plan du recueil des données :</i>	169
2.2.6	<i>Positionnement éthique :</i>	169
3	PERSPECTIVES D'OUVERTURE :	170
3.1	COMPARAISON DE NOS TRAVAUX :	170
3.2	LIMITES CONCERNANT LES POSSIBILITES ANALYTIQUES :	174
3.3	TCA ET SYSTEME DE CLASSIFICATION DES MALADIES :	175
3.4	INTERET ET CONSEQUENCES CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DES TCA :	179
3.5	PERSPECTIVES DE RECHERCHE :	180
3.5.1	<i>Possibilités de modifications du protocole actuel :</i>	180
3.5.2	<i>Perspectives de recherches ultérieures :</i>	181
	CONCLUSION :	182
	BIBLIOGRAPHIE	184
	ANNEXES	193

Introduction :

L'anorexie mentale (AM) est une pathologie spécifique au sein des différentes pathologies psychiatriques : c'est un trouble présentant une prévalence beaucoup plus importante chez le sexe féminin : La majorité des études font état d'un sex ratio de 9 femmes pour 1 homme environ. C'est une pathologie qui apparaît de façon prépondérante au cours du processus adolescent, avec un âge de début caractéristique autour de 15/16 ans et de 18/19 ans, deux périodes clefs dans le processus d'autonomisation des adolescents par rapport à leurs parents [1]. Il est à noter que, contrairement à de nombreuses autres pathologies de cette tranche d'âge, l'anorexie mentale apparaît comme un trouble assez caractéristique, constitué d'une triade peu polymorphe dans sa présentation clinique.

L'anorexie mentale est un trouble dont la prévalence n'est pas simple à évaluer : elle oscille dans les études entre 0.1 à 0.5% pour la population féminine des 16-25 ans [1].

Un des éléments importants reste un pronostic réservé, avec un pourcentage de patientes qui récupèrent complètement somme toute modeste : Une étude de 1994 de Herzog et al. montre une bonne récupération (poids sensiblement dans les zones de la normalité, retour des règles) à 4 ans concernant 44% des patientes, 24% des patientes conservent une majorité des symptômes et 28% se trouvaient dans une phase intermédiaire entre ces 2 états [2].

L'anorexie mentale est le trouble psychiatrique pour lequel la mortalité est la plus élevée : ainsi dans la plupart des études de suivis au long cours, on rapporte 5% de décès, pour moitié due au suicide et pour moitié due aux complications de la dénutrition.

Enfin il est à noter l'importance des comorbidités relevées dans la majorité des études concernant les patients présentant une anorexie mentale : on retrouve plusieurs comorbidités tant sur le plan de l'axe I (TOC ; Troubles de l'humeur) que sur le plan de l'axe II avec de nombreux troubles de la personnalité comorbides (troubles du cluster C ; troubles de la personnalité borderline principalement).

Lors de notre expérience en tant qu'interne dans le service de la Villa Ancely au CHU de TOULOUSE (SUPEA), spécialisé dans la prise en charge des troubles des conduites alimentaires (TCA) de

l'adolescent, nous avons pu être témoin de l'importante disparité des situations cliniques, des anamnèses, et enfin de l'organisation psychopathologique sous-jacente de ces adolescents.

Ce stage a aussi été l'occasion pour nous de découvrir un abord de la pathologie psychique adolescente sous un versant plus psychodynamique, développemental. Cet abord a soulevé plusieurs interrogations :

- Comment rendre compte de situations cliniques semblant malgré tout très différentes, chez des patientes qui présentent cependant un certain nombre de symptômes cliniques identiques ?
- Quels outils et classifications diagnostiques utiliser pour rendre compte au mieux de ces disparités ?
- Enfin, comment rendre compte du processus dynamique d'interaction entre adolescence -qui implique notamment la constitution d'une personnalité stable-, personnalité et TCA, tout en utilisant des outils diagnostics reconnus par la littérature médico-scientifique ?

Cette interaction est complexe à analyser : nous pouvons souligner que de nombreux facteurs influent sur l'évolution des TCA : le processus adolescent, les perturbations psychiques normales et pathologiques qu'il peut induire (troubles de l'humeur ; rigidification de certains traits de personnalité pathologiques), les importantes comorbidités psychiatriques liées aux TCA, et enfin l'impact de la modification de l'Indice de Masse Corporelle (IMC), avec ses conséquences à la fois psychique, mais aussi neuro-endocrinologiques et hormonales.

Nous avons pu rencontrer une organisation psychopathologique très différente et variée, en partie rendue compte dans le DSM-IV-TR et le DSM 5 par l'intermédiaire du terme « comorbidités » : des troubles et des symptômes qui, dans un mode de compréhension plus psychodynamique, pourraient s'apparenter à des moyens de défenses face à des problématiques que l'anorexie mentale permet, par un bénéfice secondaire inconscient et indirect, d'éviter.

De ce constat et du questionnement qui en découle est né l'envie d'essayer de percevoir certains symptômes chez ces adolescentes, non uniquement comme de simples comorbidités, mais comme des troubles faisant partie intégrante du sujet traversant une phase de remaniement physique et psychique majeure (l'adolescence).

A notre sens, et après une certaine exploration bibliographique, peu d'études peuvent rendre compte de ce constat clinique, autrement que par la description de la présence de troubles « comorbides » chez certaines adolescentes anorexiques. Plusieurs modèles de compréhension des interactions entre les troubles de la personnalité (TP) et les troubles des conduites alimentaires (TCA) ont notamment pu être mis en avant, mais aucun ne prennent en compte la notion de symptôme défensif, ou de processus adolescent dans leur description.

Nous avons pu, au cours de notre exploration bibliographique, nous rendre compte de l'importante instabilité des différents troubles alimentaires au cours du suivi. Ainsi, au sein des TCA, plus de la moitié des patients présentent une évolutivité importante de leur trouble, qui les fait basculer d'un diagnostic à un autre. Certains patients présentant une anorexie restrictive peuvent présenter au cours du suivi une évolution vers l'anorexie avec conduites de purge, puis enfin vers une clinique proche de celle de la boulimie.

Ces évolutions semblent acceptées par la communauté scientifique médicale : nous détaillerons ce point dans le chapitre « Revue de la littérature ». Nous pouvons cependant nous interroger sur la question de cette évolutivité des diagnostics au sein du groupe global des TCA, car il est à noter que les comorbidités entre ces différents diagnostics sont très différentes, avec pour les troubles de la personnalité une prévalence de troubles de la personnalité du cluster B (en tout particulier trouble de la personnalité borderline) qui augmente depuis l'anorexie restrictive (très peu de cas) à la boulimie. Si les traits de personnalité sont censés par définition être relativement stables au cours du temps, nous pouvons nous interroger sur deux points :

- L'instabilité des diagnostics TCA (et donc des comorbidités des troubles de personnalité associés) est décrite en population adulte. Qu'en est-il chez les patientes adolescentes, qui débutent le plus souvent leur pathologie TCA durant cette période ?
- Quelles places donner à l'instabilité diagnostique et à la variation importante de traits de personnalité au sein du processus adolescent ? Quel peut être l'impact de la pathologie TCA sur l'organisation de la personnalité de ces patientes ?

Durant notre stage, nous avons pu constater, chez certaines patientes anorexiques, une évolutivité rapide de la symptomatologie, d'une anorexie mentale vers une clinique semblant

s'apparenter plus à ce que l'on nommerait, dans le DSM-IV-TR et le DSM 5, comme un trouble de la personnalité borderline.

Sur un plan psychodynamique, nous pourrions comprendre le « symptôme anorexique » que ces patientes présentent au début du suivi, comme une certaine défense face à la problématique adolescente, et comme une lutte et un refus inconscient de faire face à une réactualisation des conflits œdipiens, à la nécessité *imposée par le corps* de s'autonomiser et de s'individualiser des parents.

Le suivi spécifique mis en place autour du symptôme anorexique pourrait alors permettre, au bout d'un temps plus ou moins long, de révéler des fragilités du moi à un niveau narcissique.

Le symptôme anorexique permettrait d'éviter l'effondrement narcissique sous-jacent, par l'intermédiaire de la négation des conflits adolescents.

En effet, de nombreux auteurs ont insisté et fait lien concernant les symptômes anorexiques et les conséquences indirectes qu'ils peuvent induire : régression psychique avec ré-activation d'un lien infantile aux parents ; perte ou arrêt de l'apparition des caractères sexuels secondaires, et négation de la ré-activation des processus œdipiens.

Cette « défense » est bien sur attaquée par l'entourage parental, puis généralement dans un second temps médical, avec la pose d'une limite sur un plan somatique et psychiatrique, conduisant parfois à l'hospitalisation, pouvant aller jusqu'à la renutrition parentérale.

Pour certaines adolescentes, il nous semblerait que le symptôme anorexique soit plus « un moyen » de verbaliser une souffrance psychique diffuse, qui conduit souvent à un accès au soin. Ainsi, une prise en charge psychiatrique permettrait le plus souvent à l'adolescente, suite à la mise en place d'un cadre de suivi contenant, d'exprimer une psychopathologie plus complexe, pouvant s'apparenter en terme DSM à un trouble de la personnalité.

A notre connaissance, il n'existe aucune étude quantitative (encore moins chez les adolescentes) ayant pu mettre en évidence cette particularité chez certaines patientes anorexiques, que nous avons pu constater sur un plan empirique.

Nous avons donc décidé de mettre en place une étude prospective, utilisant des outils standardisés permettant des diagnostics du DSM-IV-TR, afin de tenter de rendre compte de l'apparition de troubles de la personnalité au cours du temps.

Première partie : Définitions

Afin de décrire les principaux troubles dont il est question dans cette thèse et dans la littérature internationale, nous proposons un rapide descriptif de ces pathologies telles qu'elles sont définies communément au sein de la communauté médico-scientifique actuelle.

Pour débiter ce descriptif, il convient d'abord de préciser comment se présentent et s'organisent les différentes nosographies avant de pouvoir dans un second décrire et s'intéresser aux pathologies et à leurs modalités de présentation, les modèles d'interactions etc.

1 Les principaux systèmes de classification des pathologies mentales :

Il existe différents systèmes de classification des pathologies mentales. Afin de rester synthétique, nous présenterons les deux principaux systèmes nosographiques les plus utilisés en recherche ainsi qu'en pratique clinique courante : le DSM (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*) et la CIM-10 (*Classification internationale des Maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé*)

1.1 DSM :

1.1.1 Descriptif du DSM :

Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (ou *DSM* en anglais) est un ouvrage de référence publié par la Société américaine de psychiatrie (*American Psychiatric Association ; A.P.A.*). Il permet une catégorisation et une description de différents troubles pouvant définir des maladies psychiatriques, de façon catégorielle et athéorique.

Le DSM a été progressivement élaboré aux Etats-Unis afin de proposer une uniformisation des diagnostics, tentant de mettre à distance les distorsions importantes entre les différentes écoles de pensées autour de la question diagnostique et étiologique des troubles mentaux dans leur ensemble.

Ce système nosographique s'est construit selon un modèle athéorique : il ne propose qu'une description objective sémiologique des différents troubles, sans vouloir avancer d'éventuelles causes physiopathologiques ou encore étiologiques.

Cet outil s'est progressivement imposé comme l'outil diagnostique de référence, du moins dans son usage pour la recherche, permettant un descriptif clinique fiable et reproductible.

1.1.2 Système catégoriel :

Le *DSM-IV-TR* est un système de classification catégoriel. Les catégories sont des descriptifs types, et un patient possédant une approximation proche de ce descriptif est dit comme possédant ce trouble.

1.1.3 Système multiaxial :

Le *DSM-IV-TR* propose de façon systématique une approche axiale des sujets décrits. Il retient pour cela cinq axes d'analyse incluant :

- Axe I : Les troubles majeurs cliniques (*par exemple : épisode dépressif majeur, schizophrénie, anorexie mentale*)
- Axe II : Les troubles de la personnalité et le retard mental
- Axe III : Aspects médicaux ponctuels et troubles physiques
- Axe IV : Facteurs psychosociaux et environnementaux
- Axe V : Échelle d'évaluation globale du fonctionnement

1.2 La CIM-10 :

La CIM-10 est la 10^{ème} version de la *Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexe*, éditée par l'OMS. C'est un système de classification globale des maladies, dont les maladies psychiatriques ne constituent qu'un chapitre (chapitre V).

Son développement a pour but « *de permettre l'analyse systématique, l'interprétation et la comparaison des données de mortalité et de morbidité recueillies dans différents pays ou régions* ».

à des époques différentes ». La 10^{ème} version a été publiée en 1993, et est mise à jour de façon annuelle.

Sur le plan de la psychiatrie, elle permet un descriptif des pathologies comme le DSM, mais ne propose pas de système multiaxial comme le fait ce dernier. Si la majeure partie des diagnostics semblent similaires entre DSM et CIM-10, il existe néanmoins des différences spécifiques.

La 11^{ème} version de la CIM est attendue pour 2018.

2 Troubles de conduites alimentaires (TCA) :

Les troubles des conduites alimentaires représentent un ensemble de diagnostics différents, qui possèdent d'étroites relations entre eux. Dans le DSM-IV-TR, il existe 3 diagnostics distincts :

- L'anorexie mentale (AM), avec sous-type restrictif (AM-R) et sous-type avec conduite de purges (AM-BP).
- La Boulimie Nerveuse (BN), avec sous-type avec vomissements / prises de purgatifs et sous-type sans vomissement / prise de purgatif.
- Les troubles des conduites alimentaires non spécifiés (TCA-Nos).

Le DSM 5, paru en 2015 en France et en 2013 aux Etats-Unis, a sensiblement changé l'organisation de cette catégorie diagnostique, maintenant nommée *Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments* ; tant sur le plan des diagnostics principaux (cf. plus bas) que sur le plan du regroupement d'autres diagnostics (*Pica, Mérycisme, Restrictions ou évitement de l'ingestion d'aliments, Accès hyperphagiques*).

2.1 Anorexie Mentale (AM) :

L'anorexie mentale est une pathologie psychiatrique identifiée et décrite de façon précise pour la première fois de façon quasi simultanée par Lasègue et par Gull, chez des jeunes femmes à la fin du 19^{ème} siècle.

Le terme d'anorexie mentale est utilisé pour la première fois par Huchard en 1883, dans son « Traité des névroses ».

La description sémiologique clinique reste par la suite assez stable au cours du temps : elle repose sur la « triade des 3 A » : Anorexie, Amaigrissement, Aménorrhée.

Les symptômes que l'on peut retrouver associés sont assez nombreux : dysmorphophobie concernant certaines parties du corps, intérêt pour les aliments, la cuisine, comportement ritualisé sur le plan alimentaire, ruminations et obsessions alimentaires.

Il est parfois retrouvé des symptômes d'hyperactivité associée, des conduites de purges (prise de médicaments laxatifs ou diurétiques, vomissements provoqués).

Ces symptômes qui caractérisent le comportement anorexique (qui correspond à une actuelle restriction alimentaire volontaire) peuvent s'associer à des crises boulimiques, décrites comme étant des crises durant lesquelles le sujet ingère des quantités importantes d'aliments, de façon irrépressible et impulsive. Ces crises s'accompagnent d'un sentiment de perte de contrôle et de culpabilité important, et peuvent être suivies de comportements compensatoires. Ces crises boulimiques peuvent apparaître au cours de la pathologie anorexique, ou dès le début des troubles.

Les critères diagnostiques varient en fonction des différentes classifications internationales.

Nous retiendrons pour la courante définition les critères actuellement utilisés au sein du DSM-IV-TR, puisque la très grande majorité des études disponibles utilisaient cette version. De plus, les outils diagnostiques utilisés dans cette thèse ont été conçus avec l'aide du DSM-IV-TR, et permettent la cotation de diagnostics dans cette version de la classification, car ni la version DSM 5, ni les outils n'étaient mis à jours lors de la rédaction du protocole de l'étude décrite ci-dessous. Nous préciserons cependant les modifications des critères diagnostiques dans la mise à jour du DSM 5.

L'anorexie mentale est donc un trouble catégorisé dans le DSM comme faisant partie de l'axe I.

2.1.1 Critères DSM-IV-TR :

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

- A : Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (p. ex., perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85 % du poids attendu).
- B : Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.
- C : Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur.
- D : Chez les femmes post-pubères, aménorrhée c.à.d. absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs, (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple œstrogènes).

Sous-Type restrictif (« restricting type ») : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

Sous-Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs (« binge eating/purging type ») : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.à.d. laxatifs, diurétiques, lavements).

2.1.2 Evolution diagnostique avec la mise à jour du DSM 5 :

Dans la dernière version du DSM, qui a été publiée en 2013 aux Etats Unis, nous retrouvons plusieurs modifications sur les critères de l'anorexie mentale :

En premier la disparition du critère quantitatif pur de poids (De poids inférieur à 85% du poids attendu, ou IMC < 17.5kg/m², on passe à une définition plus large : « *Est considéré comme*

significativement bas un poids inférieur à la norme minimale ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur au poids minimal attendu »).

Le critère A requiert un poids corporel significativement bas, cependant, il est précisé dans le DSM 5 que ce critère de poids, en particulier pour les enfants et les adolescents, apparaît difficile à préciser car « *l'intervalle correspondant à un poids normal peut varier selon les individus, et plusieurs poids définissant la maigreur ont été publiés* ».

Pour les adolescents, le DSM précise qu'il n'apparaît pas possible de déterminer des normes strictes à partir desquelles le poids d'un adolescent est considéré comme significativement bas.

Les auteurs insistent sur le critère d'un indice de masse corporelle (*IMC*, calculé par le poids du sujet divisé à deux reprises de façon consécutive par la taille en mètre : unité en kg/m²) inférieur au 5^{ème} percentile, même si « *des enfants et des adolescents avec un IMC au-dessus de ce repère peuvent être perçus significativement en sous-poids* ». Il est précisé que « *le clinicien doit à la fois prendre en compte les abaques, la morphologie, les antécédents pondéraux et les perturbations physiologiques de la personne* ».

Enfin, si le sujet a précédemment rempli tous les critères de l'AM, et que le critère A n'est plus présent pendant une période prolongée, mais que le critère B ou C persiste, le sujet est dit en « *rémission partielle* ». Si tous les critères ont disparu de façon prolongée, le sujet est dit en « *rémission complète* ».

Deuxièmement, nous retrouvons la disparition du critère D : il n'y a plus de nécessité pour les femmes post-pubères de présenter une aménorrhée pour coter le trouble selon le DSM 5, alors que ce critère apparaissait nécessaire pour le DSM-IV-TR.

Ces modifications se sont faites devant la constatation sur la majorité des études de prévalence qu'une importante frange de la population clinique présentant des troubles pouvant s'apparenter de façon proche à un TCA important (que ce soit AM ou BN) étaient classées dans les TCA non spécifiés, alors que leur présentation semble grandement faire évoquer une évolution ultérieure vers l'AM ou la BN.

Certains auteurs avaient insisté sur la modification des critères du DSM-IV-TR mettant en avant que le groupe des TCA-NOS présentait une souffrance parfois importante et similaire aux pathologies TCA principales.

2.1.3 Selon les critères de la CIM-10 :

La classification internationale des maladies, 10^e révision (CIM-10) est une liste de classifications médicales codant notamment les maladies, signes, symptômes, circonstances sociales et causes externes de maladies ou de blessures, publiée par l'organisation mondiale de la santé (OMS).

Le chapitre V est réservé à la classification des maladies psychiatriques. Elle est organisée comme pour le DSM de façon catégorielle, mais ne permet pas de cotation multiaxiale. Pour l'AM, nous retrouvons les critères suivant :

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

- A : Poids corporel inférieur à la normale de 15 % (perte de poids ou poids normal jamais atteint, ou index de masse corporelle de Quetelet inférieur ou égal à 17,5). Chez les patients pré-pubères, prise de poids inférieure à celle qui est escomptée pendant la période de croissance.
- B : La perte de poids est provoquée par le sujet par le biais d'un évitement des « aliments qui font grossir », fréquemment associé à au moins une des manifestations suivantes : des vomissements provoqués, l'utilisation de laxatifs, une pratique excessive d'exercices physiques, l'utilisation de « coupe-faim » ou de diurétiques.
- C : Une psychopathologie spécifique consistant en une perturbation de l'image du corps associée à l'intrusion d'une idée surinvestie : la peur de grossir. Le sujet s'impose une limite de poids inférieure à la normale, à ne pas dépasser.
- D : Présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique avec aménorrhée chez la femme (des saignements vaginaux peuvent toutefois persister sous thérapie hormonale substitutive, le plus souvent dans un but contraceptif), perte d'intérêt sexuel et impuissance chez l'homme. Le trouble peut s'accompagner d'un taux élevé d'hormone de croissance ou de cortisol, de modifications du métabolisme périphérique de l'hormone thyroïdienne et d'anomalies de la sécrétion d'insuline.

- E : Quand le trouble débute avant la puberté, les manifestations de cette dernière sont retardées ou stoppées (arrêt de la croissance ; chez les filles, absence de développement des seins et aménorrhée primaire ; chez les garçons, absence de développement des organes génitaux). Après la guérison, la puberté se déroule souvent normalement ; les règles n'apparaissent toutefois que tardivement.

Diagnostic différentiel : le trouble peut s'accompagner de symptômes dépressifs ou obsessionnels, ainsi que de traits de personnalité faisant évoquer un trouble de la personnalité ; dans ce cas, il est parfois difficile de décider s'il convient de porter un ou plusieurs diagnostics. On doit exclure toutes les maladies somatiques pouvant être à l'origine d'une perte de poids chez le sujet jeune, en particulier une maladie chronique invalidante, une tumeur cérébrale et certaines maladies intestinales comme la maladie de Crohn et les syndromes de malabsorption.

2.2 Boulimie Nerveuse (BN) :

Même si notre étude ne s'intéresse pas directement à la boulimie nerveuse, nous proposons de décrire les critères habituellement utilisés pour déterminer ce trouble car les variations diagnostiques au sein de la catégorie des TCA sont importantes, et il nous apparaît utile de pouvoir se référer à cette définition afin de pouvoir comprendre les relations entre AM et BN.

La boulimie a été décrite à plusieurs reprises, principalement dans un premier temps en relation avec l'AM, chez ces patientes qui présentaient par ailleurs des crises de boulimies (AM-BP).

C'est Russell, en 1979, qui décrit le premier l'évolution vers la boulimie pour une petite cohorte de patiente anorexiques.

Russell proposait 3 critères diagnostiques :

- Des pulsions irrésistibles et impérieuses à manger avec excès
- Une peur pathologique de devenir gros
- Un évitement de la prise de poids par l'utilisation des purgatifs ou des vomissements (ou les deux)

Il s'agit d'accès boulimiques, qui consistent en l'ingurgitation massive et rapide d'une quantité importante de nourriture, associée à un sentiment de perte de contrôle. Il s'agit le plus souvent d'aliments riches en calories, ingérés de façon rapide et anarchique.

Le sentiment de honte et de culpabilité dominent le plus souvent la fin de crise, avec souvent l'apparition de vomissements provoqués.

La fréquence des accès peut être variable, soit régulière soit par épisode, voire parfois de façon quasi-continue.

2.2.1 Critères DSM-IV-TR de la BN :

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

- A : Survenue récurrente de crises de boulimie (« binge eating »).

Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :

1. Absorption, en une période de temps limitée, d'une grande quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances.
2. Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité de ce que l'on mange).

- B : Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments, jeûne, exercice physique excessif.
- C : Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant 3 mois.

- D : L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.
- E : Le trouble de survient pas exclusivement pendant les périodes d'anorexie mentale.

Sous-types :

- Type avec vomissements ou prise de purgatifs (« purging type ») :

Pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.

- Type sans vomissements ni prise de purgatifs (« nonpurging type ») :

Pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a présenté d'autres comportements compensatoires inappropriés, tels que le jeûne ou l'exercice physique, mais n'a pas eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.

2.2.2 Evolution diagnostique avec la mise à jour du DSM 5 :

La version DSM 5 ne présente que peu de différences pour la catégorisation de la boulimie nerveuse. Nous retiendrons principalement la disparition des deux sous-types, puisque le sous-type « sans vomissement ni prise de purgatifs » n'a que très peu été exploré dans la littérature internationale.

A noter la diminution de la fréquence nécessaire des crises boulimiques et des comportements compensatoires qui passent de 2 fois par semaine pendant 3 mois dans le DSM-IV-TR à une fois par semaine pendant 3 mois dans le DSM 5.

3 Les troubles de la personnalité (TP) :

3.1 Définition :

Un trouble de la personnalité désigne, selon la définition retenue dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM), un mode durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, qui est envahissant et rigide, qui apparaît au début de l'adolescence ou de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui est source d'une souffrance ou d'une altération de fonctionnement.

Les troubles de la personnalité sont notés sur l'axe 2 du *DSM-IV-TR* de l'Association américaine de psychiatrie.

Selon l'OMS : les troubles de la personnalité comprennent des modalités de comportement profondément enracinées et durables, consistant en des réactions inflexibles à des situations personnelles et sociales de nature très variée.

Ils représentent des déviations extrêmes ou significatives des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui, par rapport à celles d'un individu moyen dans une culture donnée.

De tels types de comportements sont en général stables et englobent de multiples domaines du comportement et du fonctionnement psychologique souvent mais pas toujours associés à une souffrance subjective et à une altération du fonctionnement et des performances sociales d'intensité variables.

3.2 Critères diagnostiques généraux des TP selon le DSM-IV-TR :

- A : Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu.

Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants :

1. La cognition (c'est-à-dire la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements).
 2. L'affectivité (c'est-à-dire la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle).
 3. Le fonctionnement interpersonnel.
 4. Le contrôle des impulsions.
- B : Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses.
 - C : Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
 - D : Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.
 - E : Les manifestations ou la conséquence d'un autre trouble mental ne rendent pas mieux compte de ce mode.
 - F : Ce mode durable n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple d'une drogue donnant lieu à abus ou un médicament) ou d'une affection médicale générale (par exemple un trauma crânien).

Il est à noter que, pour ces classifications, le diagnostic de trouble de la personnalité ne peut s'appliquer aux enfants et adolescents, car ils imposent dans leur définition un critère d'âge strict supérieur à 18 ans.

Cependant, devant la constatation chez un certain nombre de patients adolescents de certains symptômes faisant fortement évoquer un diagnostic de trouble de la personnalité (en raison de leur caractère durable (au moins un an) et envahissant), il a secondairement été proposé que ce diagnostic puisse être posé en population adolescente.

Ces symptômes ne doivent pas pouvoir être mieux expliqués par un trouble de l'axe I, ou encore un trouble développemental.

Il existe, au sein du DSM IV TR, plusieurs troubles de la personnalité spécifiques : ils sont eux-mêmes organisés en groupes ou clusters, de la manière suivante :

Groupe A :

- Trouble de la personnalité paranoïaque
- Trouble de la personnalité schizoïde
- Trouble de la personnalité schizotypique

Groupe B :

- Trouble de la personnalité antisociale
- Trouble de la personnalité borderline
- Trouble de la personnalité histrionique
- Trouble de la personnalité narcissique

Groupe C :

- Trouble de la personnalité évitante
- Trouble de la personnalité dépendante
- Trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive

Nous proposons la description selon le DSM-IV-TR des principaux TP retrouvés de façon comorbide avec les TCA : il s'agit des TP du cluster C et du TP borderline.

3.3 Troubles de la personnalité spécifiques :

3.3.1 Trouble de la personnalité Évitant :

Mode général d'inhibition sociale, de sentiments de ne pas être à la hauteur et d'hypersensibilité au jugement négatif d'autrui qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :

1. Le sujet évite les activités sociales professionnelles qui impliquent des contacts importants avec autrui par crainte d'être critiqué, désapprouvé ou rejeté ;
2. Réticence à s'impliquer avec autrui à moins d'être certain d'être aimé ;
3. Est réservé dans les relations intimes par crainte d'être exposé à la honte et au ridicule ;
4. Crainte d'être critiqué ou rejeté dans les situations sociales ;
5. Est inhibé dans les situations interpersonnelles nouvelles à cause d'un sentiment de ne pas être à la hauteur ;
6. Se perçoit comme socialement incompetent, sans attrait ou inférieur aux autres ;
7. Est particulièrement réticent à prendre des risques personnels ou à s'engager dans de nouvelles activités par crainte d'éprouver de l'embarras ;

3.3.2 Trouble de la personnalité Dépendant :

Besoin général et excessif d'être pris en charge qui conduit à un comportement soumis et "collant" et à une peur de la séparation, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. Le sujet a du mal à prendre des décisions dans la vie courante sans être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui ;
2. A besoin que d'autres assument les responsabilités dans la plupart des domaines importants de sa vie ;
3. A du mal à exprimer un désaccord avec autrui de peur de perdre son soutien ou son approbation. (NB : ne pas tenir compte d'une crainte réaliste de sanctions) ;
4. A du mal à initier des projets ou à faire des choses seul (par manque de confiance en son propre jugement ou en ses propres capacités plutôt que par manque de motivation ou d'énergie) ;

5. Cherche à outrance à obtenir le soutien et l'appui d'autrui, au point de faire volontairement des choses désagréables ;
6. Se sent mal à l'aise ou impuissant quand il est seul par crainte exagérée d'être incapable de se débrouiller ;
7. Lorsqu'une relation proche se termine, cherche de manière urgente une autre relation qui puisse assurer les soins et le soutien dont il a besoin ;
8. Est préoccupé de manière irréaliste par la crainte d'être laissé à se débrouiller seul.

3.3.3 Trouble de la personnalité Obsessionnelle Compulsive :

Mode général de préoccupation par l'ordre, le perfectionnisme et le contrôle mental et interpersonnel, aux dépens d'une souplesse, d'une ouverture et de l'efficacité, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :

1. Préoccupation par les détails au point que le but principal de l'activité est perdu de vue ;
2. Perfectionnisme qui entrave l'achèvement des tâches ;
3. Dévotion excessive pour le travail et la productivité à l'exclusion des loisirs et des amitiés ;
4. Est trop consciencieux, scrupuleux et rigide sur des questions de morale et d'éthique ou de valeurs (sans que cela ne soit expliqué par une appartenance religieuse ou culturelle) ;
5. Incapacité de jeter des objets usés, sans utilité ou sans valeur sentimentale ;
6. Réticence à déléguer des tâches ou à travailler avec autrui à moins que les autres se soumettent exactement à sa manière de faire les choses ;
7. Se montre avare avec l'argent qui doit être thésaurisé en vue de catastrophes futures ;
8. Se montre rigide et têtu ;

3.3.4 Trouble de la personnalité borderline (TPB) :

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

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

3.4 Evolution diagnostique avec la mise à jour du DSM 5 :

Avec la mise à jour du DSM 5, il est apparu une nouvelle façon de diagnostiquer et d'évaluer les traits de personnalité : en plus de la méthode catégorielle (qui est quasiment identique avec la classification du DSM-IV-TR), il est présenté un *Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM 5* permettant « d'assurer la continuité avec la pratique clinique actuelle tout en introduisant une nouvelle approche destinée à pallier les nombreux défauts de l'approche traditionnelle des troubles de la personnalité ». Ce modèle permet de décrire les altérations du fonctionnement de la personnalité et par des traits de personnalité pathologiques, et permet le diagnostic d'un trouble de la personnalité spécifié par des traits (TP-ST) lorsque l'on considère qu'un trait est présent mais que les critères de l'un des troubles spécifiques isolés ne sont pas remplis.

Sur le plan des diagnostics catégoriels, concernant les TP décrits plus haut, le DSM 5 ne rapporte pas de modifications par rapport à la version précédente.

Deuxième partie : revue de la littérature

Dans cette partie, nous allons reprendre de façon synthétique les données existantes sur le plan de la recherche médicale concernant la problématique de l'anorexie mentale et des TCA en général et de l'intrication constatée avec d'autres pathologies comorbides, en particulier les troubles de la personnalité, à la fois dans les populations adultes et adolescentes.

Introduction :

Nous avons choisi de séparer la revue de littérature concernant les populations adultes d'une part et adolescentes d'autre part : cette distinction nous apparaît primordiale car, à notre sens, il s'agit dans le cadre de l'anorexie mentale, de deux populations distinctes.

L'anorexie mentale est une pathologie qui se déclare principalement durant la période de l'adolescence [1]. Il est généralement considéré, dans la littérature internationale, que l'anorexie mentale de l'adulte n'est qu'une résurgence d'une pathologie ayant débuté à l'adolescence. Certains auteurs ont pu expliquer un début d'anorexie mentale en population d'âge adulte comme le résultat d'une réaction pathologique au démarrage de certains processus typiquement adolescents de façon plus tardive, à un âge adulte.

De la même façon, nous pouvons nous interroger sur la stabilité des diagnostics TCA au cours du temps, notamment en fonction de l'âge du sujet. Sur un plan longitudinal, on ne retrouve que peu d'études s'intéressant à la stabilité d'un diagnostic (*par exemple Anorexie mentale ; Boulimie nerveuse*) au sein des TCA au cours du temps. La classification DSM des TCA dans l'axe I et des TP dans l'axe II a eu pour conséquence dans la recherche de dichotomiser ces troubles, de renseigner leur co-occurrence comme « comorbidité » alors que certains auteurs ont plaidé pour une possibilité de décrire tous ces éléments de façon intégrative, ou encore de proposer des classifications de personnalités spécifiques aux TCA.

Ces différents points seront abordés de même dans un chapitre spécifique de cette revue de la littérature.

L'instabilité des diagnostics au sein des TCA est un élément décrit par quelques études en population adulte, et nous apparaît primordial dans la compréhension globale des sujets TCA. Cela n'a été qu'indirectement documenté en population adolescente (généralement dans les études à grande échelle pronostique), le plus souvent sans claire distinction en fonction de l'âge des patients. Il nous apparaît comme hypothèse que l'instabilité démontrée en population adulte TCA « chronique » (c.a.d. évoluant depuis déjà plusieurs années) puisse être identique voir accentuée en population adolescente, dont le « symptôme » TCA, tout comme les éventuelles comorbidités avec des TP, peuvent parfois prendre des fonctions importantes au sein du processus adolescent, processus avant tout dynamique et évolutif.

Nous reprendrons donc dans cette partie de revue de la littérature les dernières données concernant l'anorexie mentale en population adulte, en population adolescente, la relation entre troubles de la personnalité et TCA, l'impact de l'instabilité diagnostique des TCA dans cette relation, les principaux axes de recherche permettant de détailler et d'expliquer la relation entre TP et TCA, et enfin une partie concernant les aspects théoriques (le plus souvent psychodynamiques) pouvant en partie expliquer certaines constatations faites à la suite de cette revue de littérature.

1 Epidémiologie de l'anorexie mentale :

La prévalence et l'incidence de l'anorexie mentale ont été explorées dans de nombreuses études. Ce sujet présente certaines difficultés : en effet, les résultats peuvent grandement différer en fonction de plusieurs éléments :

1. Principalement les populations étudiées :

Il existe à la fois des disparités en fonction du niveau de développement socio-économique des populations étudiées, du mode de recrutement des populations (l'identification des populations cibles étudiées peut grandement varier d'une étude à l'autre), de l'intégration du sexe masculin ou non dans ces populations, enfin du mode de recrutement même des populations.

Nous pouvons rappeler le biais de « Berkson » [3] pouvant avoir un grand impact sur ces études : les populations « cliniques » présentent un risque plus important d'avoir de multiples pathologies associées que les personnes atteintes en population générale : il y a une probabilité d'être plus

malade lorsque l'on demande un soin (population clinique) que lorsque l'on n'en demande pas (population générale). De plus, l'anorexie mentale étant une maladie relativement rare, les tailles d'échantillons diffèrent grandement entre une population générale (peu de cas donc nécessité d'un grand échantillon exploré) et une population clinique (peu de cas généralement disponibles, donc petit échantillon exploré). Certains auteurs insistent aussi sur la difficulté d'explorer une maladie parfois cachée, peu mise en avant et pour laquelle la demande d'aide et de soin est généralement peu présente [4].

2. Les modifications des critères diagnostiques au cours du temps (DSM-III-R ; DSM-IV-TR et même DSM 5) :

Elles rendent difficile la mesure de l'évolution de la prévalence et de l'incidence de cette pathologie au cours du temps : nous prendrons pour exemple l'évolution du critère de poids : qui passe « *d'une perte de poids de 25% du poids normal (DSM III)* », à « *un poids inférieur à 85% du poids attendu (DSM-IV-TR)* », et enfin « *un poids inférieur à la norme minimale ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur au poids normal minimal attendu (DSM 5)* » [5]. Dans le DSM 5, d'autres critères ont été modifiés et rendront difficilement la comparaison avec les études antérieures (cf. partie Définitions 2.1.2)

3. L'augmentation de la communication autour des TCA :

Cette évolution, depuis une trentaine d'années, tant en population générale (campagnes de sensibilisation) qu'en population médicale (formation des médecins généralistes par exemple) peut aussi avoir impacté la prévalence de l'anorexie mentale, qui est plus reconnue qu'auparavant.

4. Types de mesures en fonction des études :

Il peut être renseigné la prévalence de l'anorexie mentale durant la vie entière, ou au moment de l'évaluation, ce qui ne correspond pas aux mêmes types de résultats finaux.

Enfin ces données sont variables en fonction de la méthode d'évaluation de l'anorexie mentale en elle-même : questionnaire en screening préalable ou non, entretien directif ou non, etc.

1.1 Prévalence de l'anorexie mentale :

Dans toutes les études, la prédominance féminine est importante avec des taux d'environ 9 patients de sexe féminin sur 10. L'âge de survenue se situe principalement sur deux périodes : vers 15/16 ans et autour de 18/19 ans [1].

Dans sa revue de littérature de 2013, Roux rapporte que la prévalence des différentes études varie en fonction de l'âge de la population explorée [5].

Globalement, l'anorexie mentale reste une pathologie psychiatrique rare : les taux de prévalence varient entre 0 et 2%. Les chiffres augmentent lorsque la population est plus âgée. Cette augmentation de la prévalence pouvant s'expliquer par le fait que le diagnostic en lui-même peut-être découvert de façon plus ou moins tardive, parfois à l'âge adulte, même s'il débute dans la majorité des cas à l'adolescence.

Ainsi, Ackard et al. ont pu montrer dans une population de plus de 4000 adolescents d'environ 14 ans une prévalence de 0,04% [6]. Chez des femmes plus âgées finlandaises d'une population de jumeaux, d'environ 28 ans, on retrouve une prévalence vie entière chiffrée à environ 2.2% [7], cette prévalence assez élevée peut cependant s'expliquer par la population étudiée (les jumeaux ont plus de risques de complications périnatales, facteur de risque de développement d'une AM).

En 2006 dans une revue de la littérature portant les années 1930 à 1999, Hoek décrit dans les différentes études explorées un taux de prévalence compris entre 0 et 0,9% [8].

1.2 Incidence de l'anorexie mentale :

Il existe actuellement une certaine polémique à la fois scientifique et sociétale concernant une augmentation importante de l'incidence de l'anorexie mentale au cours du temps. Roux rappelle cependant que cette évolution est très difficile à mettre en évidence devant les biais auxquels sont soumises les études d'incidence concernant l'AM (cf. plus haut). Ainsi plusieurs études rapportent principalement une augmentation de l'incidence de l'AM entre les années 1950 et 1970-1980, puis une stabilisation de ce taux autour de 1,2 cas pour 100000 habitants [8]. Ce taux varie entre les différentes populations étudiées (générale ; clinique ; hospitalisée). Ainsi, en population

générale, deux études ont retrouvé une incidence plus importante : entre 109 et 270 cas pour 100000 habitants dans la classe d'âge la plus exposée (10-24 ans) [7], [9].

En population clinique de ville, les études retrouvent des taux d'incidence entre 4,2 à 8.3 pour 100000 habitants[10], [11].

1.3 Morbi-mortalité et devenir de l'anorexie mentale :

Le devenir des patientes présentant une AM a pu être évalué sur plusieurs études. La durée de l'évolution diffère encore une fois en fonction des types de populations étudiées : elle peut aller de 1,7 ans à 3 ans en population générale, à plus de 4 ans dans les populations cliniques [9], [12], [13].

De nombreux auteurs ont pu proposer des études à long terme, prospectives, afin d'évaluer l'évolution de l'AM au long cours : ainsi Herzog et al. retrouvent un pourcentage de bonne récupération pour 44% des patientes à 4 ans, 24% conservant des symptômes, et 28% des patientes se situant avec quelques troubles résiduels persistants. Ils ne retrouvent plus à 7 ans de suivi que 33% de patients avec une bonne évolution [2], [14].

En 2002, Steinhausen a proposé une revue de la littérature concernant le devenir des patientes présentant des TCA : 119 études longitudinales sont explorées, totalisant un nombre de 5590 patients dont 784 adolescents. En moyenne, près de la moitié des patients ayant été soignés sont guéris (ils ne présentent plus de symptôme à la sortie de l'étude), 34% présentent une amélioration significative, 21% des patients présentent un TCA chronique et 5% sont décédés [12]. L'auteur précise cependant une grande disparité dans les études : tant sur les critères diagnostiques que sur les critères convenant d'une amélioration.

Selon Harris et coll., l'AM semble être une des pathologies psychiatriques présentant un risque de mort prématurée le plus important, après les troubles liés à l'usage d'une substance [15]. Plusieurs méta-analyses ont tenté de préciser le taux standardisé de surmortalité lié à l'AM. Les taux retrouvés sont variables, en fonction du type d'études répertoriées et des populations étudiées. Arcelus et al. retrouvent dans sa méta-analyse un taux de surmortalité de 5,86 pour un suivi moyen de 14 ans [16]. Une étude suédoise regroupant plus de 6000 sujets a pu retrouver que la

surmortalité chez les patientes anorexiques adultes évaluées était 6,8 fois plus importante qu'en population générale [17]. Enfin, dans sa revue de littérature, Steinhausen retrouve un taux de mortalité concernant l'AM de 5%.

En population adolescente, chez 1118 sujets suédois hospitalisés pour une AM, Lindblad et al. ont retrouvé une diminution de la mortalité au cours du temps. Dans cette étude, les complications somatiques de l'AM devançaient le suicide comme cause de surmortalité [18]. Les données sont parfois contradictoires : ainsi, Wentz et coll. ne retrouvent aucun décès après 18 ans de suivi dans sa cohorte de 50 patientes [19].

Si les études retrouvent le plus souvent une surmortalité concernant l'AM, il apparaît plus difficile d'en expliquer les causes. Roux rappelle qu'il n'est que très rarement retrouvé l'AM comme cause directe de décès pour ces patients [5].

Les études semblent cependant montrer que la surmortalité constatée soit liée à un taux de suicide plus important, ainsi qu'aux complications somatiques de la dénutrition aiguë et/ou chronique. Patton, dans une étude regroupant 460 patients présentant un TCA, retrouve une surmortalité en moitié due au suicide après 10 ans de suivi [20]. Le risque de décès par suicide était plus important dans le groupe de patients avec hospitalisations répétées et avec un poids faible au début de la maladie. Sullivan évalue la cause du décès pour 54% des cas suite aux complications somatiques de la dénutrition, et 27% au suicide [21]. Papadopoulos et al. retrouvent comme principal facteur associé à une mortalité moindre un âge plus bas lors du début de la prise en charge [17].

1.4 Facteurs pronostiques de l'anorexie mentale :

Certains facteurs pronostiques concernant l'évolution de l'AM ont pu être évoqués : nous retiendrons comme facteurs de mauvais pronostic un poids initial bas, la présence de vomissements, le peu ou l'absence de réponse au traitement initial, ainsi que la présence de comorbidités psychiatriques importantes (notamment les TP) [22]. Dans sa méta-analyse, Steinhausen remarque que la bonne évolution de l'AM semble dépendre de plusieurs facteurs : notamment l'âge de début de l'AM durant l'adolescence, et une bonne réponse au traitement initial [12]. La présence de vomissements apparaît dans la plupart des études relevée comme

facteur de mauvais pronostic. Cependant, les données ne sont pas toujours facilement évaluables, les éléments retrouvés pouvant grandement différer en fonction des études.

L'auteur de cette méta-analyse a pu rendre compte dans certaines études de la présence de comorbidités, notamment des troubles anxieux, des troubles de l'humeur, ainsi que la présence de TP (la présence de TP borderline n'est cependant pas individualisée). Steinhausen ne mentionne pas de cross-over au sein des diagnostics TCA (passage d'un diagnostic TCA à un autre) pour ces études.

2 Comorbidités psychiatriques des TCA :

Dans cette seconde partie de notre revue de la littérature, nous nous proposons de reprendre les données médico-scientifiques concernant les comorbidités psychiatriques liées à l'AM et aux autres TCA.

L'AM apparaît comme une pathologie psychiatrique aux contours diagnostiques précis, ayant subi des modifications dans les principaux systèmes de classification au cours du temps (cf. partie définitions). Elle se distingue des autres pathologies psychiatriques par une certaine stéréotypie des présentations cliniques, tout du moins concernant les critères principaux du DSM.

Marcelli précise que la stéréotypie clinique, l'âge de début et la prévalence du sexe féminin de cette pathologie tranchent avec le reste de la pathologie psychiatrique adolescente [1].

Pour autant, si la présentation clinique peut être décrite comme « classique », de nombreux auteurs et praticiens insistent sur l'important polymorphisme des situations rencontrées, tant au niveau psychopathologique, sur le plan du fonctionnement familial, sur le plan du devenir ou encore du niveau de fonctionnement ultérieur.

Sur le plan de la recherche médicale, les chercheurs utilisent principalement pour rendre compte de cet actuel polymorphisme psychopathologique la notion de comorbidité, telle que définie par le DSM. Ainsi certains patients présenteront, en plus de l'AM, d'autres troubles comorbides, que ce soit de l'axe I (*Trouble Obsessionnel Compulsif* par exemple) ou de l'axe II (*Trouble de la personnalité*). Cette façon d'élaborer la complexité psychopathologique du sujet présente une certaine capacité descriptive, permettant une classification des patients en sous-groupes, et la mise en place de travaux de recherche qui sont beaucoup plus facilement généralisables dans le

monde entier (les chercheurs se mettant d'accord sur les définitions des troubles). Il apporte de même certains éléments très utiles au clinicien notamment sur l'évaluation des risques, ou sur le pronostic d'un patient.

Le risque principal de cette organisation artificielle de « troubles » et « d'axes » est cependant de décaler les sujets explorés en recherche et les sujets que nous rencontrons de façon quotidienne dans notre clinique. La description de troubles comorbides à l'anorexie mentale et aux autres TCA ne semblent pas permettre de rendre compte des difficultés globales que peuvent rencontrer les sujets atteints. De nombreux auteurs sont revenus de façon critique sur cette organisation en « axes » diagnostiques pour rendre compte d'un sujet souffrant [23].

Pour Maj, le système de classification des maladies actuel dans la recherche (le DSM), de par son organisation, ne peut que décrire des sujets atteints d'une pathologie « pure », généralement de l'axe I, et des comorbidités. L'auteur insiste sur le fait que la description des difficultés d'un patient de cette manière, fait qu'il est extrêmement difficile de rendre compte, par exemple, de schémas d'adaptation et de réponse non efficaces face à une pathologie « pure », si elle existe [24].

L'auteur cite Cloninger, qui souligne l'apport que peut apporter la recherche neurobiologique dans la compréhension et la délimitation des entités nosologiques que l'on rencontre en psychiatrie [25].

Nous soulignons ces difficultés car, à notre sens, il peut apparaître difficile de rendre compte de certains processus psychopathologiques complexes en recherche clinique. Comme citée dans la partie plus haut, la description de la personnalité normale comme pathologique fait débat, et plusieurs types de descriptions ont été proposés.

De même, le concept même de personnalité dans la psychiatrie de l'adolescent fait débat, puisque les sujets concernés apparaissent comme des êtres en devenir et sont en train, par l'intermédiaire du processus adolescent, d'organiser leur mode de fonctionnement général et de constituer ce qu'on appellera par la suite la personnalité.

Le DSM permet le diagnostic de TP chez l'adolescent avec prudence, retenant comme principe le fait que les troubles doivent être stables sur une période d'au moins 1 an.

Dans notre revue de la littérature, nous proposerons l'analyse des études utilisant principalement le système de classification catégoriel du DSM-IV-TR, puisqu'il est le plus utilisé en recherche clinique. Afin de proposer une vue d'ensemble des travaux de recherches concernant les TCA et leur intrication avec la personnalité des sujets, nous aborderons quelques articles utilisant d'autres moyens descriptifs, ou présentant une analyse plus précise des relations complexes entre les TCA et leurs comorbidités.

Dans les prochaines parties de cette revue de littérature, les critères utilisés pour décrire les pathologies et les comorbidités sont avant tout ceux du DSM-IV-TR (sauf s'il est précisé une autre version). Nous pouvons expliquer cela devant l'importance de la recherche utilisant les critères du DSM-IV-TR : le DSM 5 étant paru il y a peu, il n'existe que peu de données prenant en compte cette nouvelle version du manuel.

Enfin, cela facilitera la comparaison entre les études présentées et nos résultats qui ont été recueillis à l'aide d'outils adaptés du DSM-IV-TR.

2.1 Comorbidités des TCA et des troubles de l'axe I :

2.1.1 Comorbidités des TCA et des Troubles de l'Humeur (TH) :

De nombreuses études concernant les TCA ont permis l'évaluation de leur intrication avec les TH : Godart et al. ont repris en 2007 dans une revue de la littérature exhaustive et critique la relation entre ces différents troubles [26].

Les auteurs ont ainsi repris 55 articles datés de 1985 à 2006, puis en ont sélectionné 25 pour analyse complémentaire, les autres articles ayant été mis de côté devant un certain nombre de biais méthodologiques et de disparités rendant peu aisée la comparaison des résultats.

2.1.1.1 Concernant la comorbidité entre TCA et Episode Dépressif Majeur (EDM) :

Dans cette revue de la littérature, les taux de prévalence et d'incidence d'EDM sont plus élevés chez les patientes TCA que dans les groupes contrôles : on retrouve des taux de prévalence vie-entière pour l'AM-R entre 9,5% et 64,7%, et entre 50 et 71,3% chez les AM-BP.

Dans une étude de suivi au long cours, la prévalence vie entière des EDM chez les patientes AM était de 67,7%, supérieure au groupe contrôle [27]. Il est à noter qu'il s'agit de la seule étude montrant une différence significative sur le taux d'EDM plus important chez les patientes AM-BP que chez les patientes AM-R (les sous types d'AM étant peu explorés dans la majorité des études). En population générale, la prévalence de l'EDM était évaluée entre 2,6 à 4 fois plus fréquent chez les personnes présentant une AM qu'une personne non malade.

2.1.1.2 Comorbidité entre TCA et Trouble bipolaire (TB) :

Godart et al. retrouvent plusieurs études évaluant la prévalence du trouble bipolaire chez les patientes AM entre 0 à 6% des cas, avec plusieurs différences de résultats entre les études, notamment lors du contrôle sur population non TCA. Les auteurs citent une précédente revue de la littérature concernant la comorbidité entre BN et TB, qui a confirmé un lien entre ces deux pathologies [28], ce qui semble moins le cas pour l'AM.

Discussion concernant la comorbidité entre TCA et TH :

Dans la discussion, les auteurs restent prudents quant aux conclusions à tirer de ces résultats : les âges des sujets recrutés varient grandement, ce qui peut induire un biais puisque la fréquence des symptômes dépressifs augmente avec l'âge, tout comme la prévalence des TB. La comparaison des différents TCA sur ces registres de comorbidités est difficile sur ce même point car ces pathologies n'ont pas toutes le même âge moyen de début.

De même, la présence de patients plus ou moins dénutris en fonction des études peut introduire des biais de confusion, puisque la dénutrition est un facteur indépendant de développement de symptômes dépressifs [29].

L'intrication entre les TH et les TCA semble importante, mais complexe : ainsi, s'il est montré que la présence d'un TCA augmente significativement la présence de symptômes dépressifs, il est aussi montré que ces deux pathologies présentes de façon comorbide interagissent entre elles au cours

du suivi : un patient TCA dont l'évolution est positive sur ses symptômes alimentaires présente statistiquement une amélioration synchrone des symptômes dépressifs.

Enfin, les auteurs ont tenté de reprendre la chronologie de l'apparition de ces troubles comorbides : il n'existe que peu d'études pouvant renseigner cette donnée, et les résultats retrouvent la présence d'un EDM prémorbide chez 25% des AM, et pour environ 36% à 61% chez les patientes boulimiques. Encore une fois, ces données sont à interpréter avec prudence devant la différence d'âge de début de ces différents troubles.

2.1.2 Comorbidité entre TCA et Troubles Anxieux (TA) :

Godart et al. ont publié en 2005 une revue de la littérature spécifique concernant la comorbidité entre ces deux catégories diagnostiques. Les auteurs se sont penchés sur 36 articles faisant état d'étude de comorbidité entre TCA et TA [30]. Après sélection selon des critères méthodologiques, les auteurs ont analysé les résultats de 17 études.

Les résultats, malgré le nombre important d'articles, restent parfois contradictoires. Il semblerait que les patientes présentant un TCA aient un risque plus important que la population générale de présenter un TA (taux supérieur vie entière entre 12,7 à 33% selon les études).

Dans les enquêtes d'antécédents de TA vie entière, les patientes AM-R présentent un taux de prévalence entre 33 et 72%, et les patientes AM-BP à 55%.

De façon spécifique :

- Concernant la phobie sociale :

3 études retrouvent une prévalence de phobie sociale entre 24% chez les AM-R et 24-55% chez les AM-BP. Sur ce diagnostic précis, les comparaisons avec les groupes contrôles sont contradictoires, ne concluant pas toujours à une différence significative.

- Concernant le Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC) :

Pour ce trouble, les éléments de recherche semblent plus clairs : les études de devenir ont montré un taux de prévalence chez les patients AM significativement plus élevé que chez les témoins, entre 26 et 31% environ. Une étude avec groupe témoin a rapporté un taux significativement plus élevé chez les AM-R.

- Concernant le Trouble Anxiété Généralisée (TAG) :

Les résultats sont plus contradictoires, mais semblent montrer de façon générale dans les études un taux plus élevé chez les AM. Les études retrouvent des taux entre 5% à 31% de prévalence vie entière pour les AM-R. Une étude a montré un taux significativement plus élevé que chez les témoins. Pour les AM-BP : la prévalence a été évaluée sur une étude à 17%. Ces études ne retrouvent pas toutes des différences significatives par rapport à la population témoin. Néanmoins, en population générale, il semblerait que le TAG était 6,1 fois plus fréquent chez les patients AM que chez les patients non AM.

- Concernant le Trouble Agoraphobie :

Il n'existe que peu de données : une étude retrouve un taux à 20% chez les AM-BP. Une seule étude de suivi retrouve un taux significativement plus élevé qu'en population générale chez les AM : 14,5% contre 3,2% des témoins. Trois autres études ont cependant estimé le taux de prévalence de l'agoraphobie chez les AM entre 0% et 3%.

- Concernant le Trouble Panique :

Les différentes études cliniques ne semblent pas retrouver d'association majeure entre ce trouble et l'AM : chez les AM-R, 3 études retrouvent une prévalence de 4% à 7%, elle a été estimée à 5% chez les AM-BP. Dans tous ces cas, aucune différence significative n'a pu être mise en évidence par rapport à la population contrôle.

- Concernant la Phobie simple :

Les données de recherche semblent disparates, les taux de prévalence sont évalués dans l'AM-R entre 14% des patients ambulatoires à 34% chez des patients hospitalisés. Une étude retrouve une fréquence significativement plus élevée chez les AM-R que pour le groupe contrôle. Pour

l'AM-BP, la prévalence a été estimée à 15%. Une étude en population générale a montré un risque entre 2 à 4 fois plus important pour les AM que pour les personnes saines.

2.1.3 Comorbidité avec l'Etat de Stress Post Traumatique (ESPT) :

Les auteurs ne relèvent que 3 études. Chez les AM-R, le taux de prévalence est retrouvé à 6%, sans différence avec le groupe témoin. Le taux d'ESPT semble plus important chez les patientes présentant des conduites de purges (AM-BP ; BN) que chez les AM-R.

Le taux de prévalence chez les BN est évalué entre 10% à 30%, avec pour la deuxième étude une différence significative avec les témoins. D'autres études semblent être en faveur de ce point : l'étude de la National Women's Study a ainsi reporté un taux de prévalence vie entière et actuel d'ESPT significativement plus important chez les patientes présentant une BN que celles n'en présentant pas (21% contre 4%) [31]. La majorité des événements traumatiques ayant causé l'ESPT rapportés dans cette étude semble être l'abus sexuel et le viol. Les auteurs ne rapportaient pas de cas d'ESPT chez les AM.

L'ensemble des résultats peut être résumé dans la figure 1 [30]:

Figure 1 : Comorbidités AM – TH ; AM --TA et AM -- ESPT selon Godart et al. [30]

	AM-R (%)	AM-BP (%)	BN (%)
Troubles de l’humeur	40	60	50 - 90
Episode Dépressif Majeur	10 - 65,7	0 – 71,3	60 - 70
Trouble bipolaire	0 - 6	0 - 6	0 - 17
Troubles Anxieux	33 - 72	55	41 - 75
Phobie sociale	24 - 55	40	15 - 59
Tb. Obsessionnel compulsif	9 - 62	10 - 66	0 - 43
Tb. Anxiété généralisée	5 - 31	17	10 - 55
Tb. Agoraphobie	0 - 3	20	0 - 17
Tb. Panique	4 - 7	5	0 - 15
Tb. Phobie simple	14 - 34	15	10 - 37
Etat de Stress Post Traumatique	6	NC	10 - 30

Discussion :

Godart reprend dans la discussion de son analyse de la littérature les différents éléments et les différents biais pouvant expliquer la variation importante des taux de prévalence des différents TA chez les patients TCA :

Nous rapporterons de façon globale la disparité des études tant sur le mode de mesure des différents troubles (nombres et types de troubles anxieux explorés), sur le type d’analyse (vie entière ou actuelle), sur la présence d’un groupe contrôle et leurs différences notamment au niveau de l’appariement (poids ; âge ; autres troubles ou non), sur le schéma d’étude en lui-même (étude de devenir, analyse prospective ou rétrospective), et enfin sur la classification des populations étudiées (sous-groupes d’AM ; critères DSM variant en fonction de la date des publications ; population TCA ambulatoire, hospitalisée ou en population générale).

Devant tant de variables pouvant influencer sur les résultats, les auteurs insistent plus sur des tendances que sur de réelles conclusions. La prise en compte de l'âge des patients, l'âge de début des troubles empêche de plus une interprétation fine des données : certains TCA et TA diffèrent dans leurs âges moyens de début, et leur intrication et les taux retrouvés sont donc complexes à analyser.

Nous pouvons cependant souligner certains éléments avec un niveau de preuve semblant plus précis : de façon globale, les taux de prévalence de TA chez les patients AM en population clinique (au minimum 33%) sont supérieurs à ceux de la population générale, d'environ 2 à 4 fois plus en terme de fréquence.

Les données semblent beaucoup plus dispersées pour les patients BN, hormis semble-t-il pour l'ESPT, ou il est rapporté des taux plus importants qu'en population témoin sur plusieurs études.

Une autre donnée importante concerne la fréquence importante de comorbidité entre AM et TOC : en population clinique comme en population générale, la prévalence du TOC chez les TCA est significativement plus élevée que chez leurs témoins.

Les auteurs rapportent certaines limites de cette association : notamment les critères utilisés pouvant se recouper (notamment lors des évaluations utilisant le DSM-III-R qui ne spécifiait pas la limite entre symptômes obsessionnels rentrant dans le cadre de l'AM et ceux du TOC). Enfin, la dénutrition en tant que telle peut intensifier les symptômes obsessionnels [29], [32].

2.1.4 Comorbidités entre TCA et les Troubles Liés à une Substance (SUD) :

La troisième grande catégorie de comorbidités de l'axe I associée aux TCA concerne l'usage et l'abus de substance.

Une revue de la littérature réalisée en 2012 par Nokelby retrouvait 13 articles renseignant la prévalence d'un trouble lié à une substance (*Substance Use Disorder ; SUD*) et un TCA [33]. L'auteur, devant les disparités concernant la mesure des troubles relatifs à l'usage d'une substance, n'a conservé que les études utilisant les critères du DSM-IV-TR pour ce trouble.

Le taux de prévalence du SUD chez les patientes présentant un TCA varie entre 8% à 43%.

Plus précisément, plus de la moitié des études séparant les différents types de TCA retrouvaient des taux de comorbidité avec le SUD significativement plus important pour les BN et les AM-BP que pour les AM-R.

Lorsque les études précisait les drogues explorées, les principales substances étaient le cannabis, la cocaïne et les amphétamines.

En 2008, Jordan et al. ont publié une étude concernant les comorbidités de l'axe I et de l'axe II chez 288 patientes ambulatoires adultes présentant un TCA [34].

Les résultats mettent en évidence un taux plus élevé de SUD chez les patientes BN (49%) que chez les patientes AM (34%). Les patientes présentant une AM-BP avaient significativement plus de SUD (48%) que celles présentant une AM-R (23%). Cependant, ces résultats sont à pondérer car les groupes AM-R et AM-BP sont de petites tailles.

Enfin, nous citerons Mann et al, qui ont réalisé dans une étude récente une analyse du taux de prévalence des SUD chez 290 adolescents consultant pour un TCA selon le DSM 5 en centre spécialisé. Les résultats retrouvés sont du même ordre avec un taux de prévalence vie entière de SUD pour les AM à 24,6% et pour les BN à 48,7% [35].

2.1.5 TCA et comportements suicidaires, et auto-agressifs :

Si les comportements suicidaires et auto-agressifs ne rentrent pas dans la catégorie des troubles de l'axe I, nous incluons ces troubles du comportement dans cette section, car ils ont des conséquences majeures dans les prises en charge des TCA de façon générale. Comme nous l'avons déjà reporté plus haut (cf. partie 1.3), l'AM est une pathologie avec un risque de mortalité élevé, comparée aux autres pathologies psychiatriques et à la population générale.

Kostro et al. ont repris dans une revue de la littérature publiée en 2014 les liens mis en évidence entre TCA et tentatives de suicides (TS) et comportements auto-agressifs (CAA) [36].

Dans l'AM, le risque suicidaire apparaît élevé, avec un taux de décès par suicide pouvant atteindre jusqu'à 25% des décès reportés. Dans une cohorte de patientes AM, Huos et al. retrouvent une fréquence de TS de 28,4% [37].

Les auteurs insistent sur le fait qu'il existe des différences dans les taux de tentatives de suicides présentées par ces patientes anorexiques en fonction du sous-type d'anorexie : on retrouve un antécédent de TS chez 7,4 % de patientes AM-R pour 20 à 30% chez les patientes AM-BP.

Entre les différents diagnostics TCA (principalement entre AM et BN) : il est retrouvé un taux de suicide effectif plus important chez les patientes AM que pour les patientes BN, mais à l'inverse, un taux de TS plus important chez les BN que chez les AM.

Ces données sont rapportées en grande partie en population adulte, mais plusieurs études s'intéressant aux patientes adolescentes rapportent le même effet, qui pourrait même être plus marqué chez les mineurs.

Ainsi il est rapporté un taux de prévalence de TS chez les BN d'environ 25% à 33% selon les études. Certains facteurs semblent augmenter le risque de passage à l'acte suicidaire : le diagnostic comorbide de trouble de la personnalité borderline, de trouble lié à une substance, et l'âge adolescent.

Bordell et al. se sont intéressés au lien spécifique entre risque suicidaire et comorbidités chez les patients TCA. Sur une étude incluant 364 patientes TCA, les auteurs retrouvent que le risque suicidaire est indépendant des comorbidités de l'axe I pour les patientes BN, mais pas pour les patientes AM. L'auteur n'a pas contrôlé le risque suicidaire de ces patientes avec l'axe II, et notamment le trouble de la personnalité borderline [38].

Kostro et al. reprennent aussi les données de la littérature concernant les comportements auto-agressifs sans velléités suicidaires, qui comprennent par exemple les brûlures, coupures intentionnelles, etc.

De même que pour la prévalence des TS, on retrouve des taux de prévalence de comportements auto-agressifs plus importants chez les patientes BN que chez les patientes AM ; de même, ces comportements sont significativement plus présents chez les patientes TCA présentant des conduites de purges (AM-BP ; BN) que chez les patientes n'en présentant pas (AM-R).

Dans les populations TCA, il est rapporté des taux entre 36% et 38% dans 6 études. Chez les adolescents, ce risque semble encore plus marqué avec un taux de 40,8% chez 1432 adolescents TCA suivis sur une période de 9 ans.

Figure 2 : Comorbidités entre TCA --Trouble liés à une substances et TCA – CAA

	AM-R (%)	AM-BP (%)	BN (%)
Tb. Liés à une substance	23	48	49
TS et CAA	7	20 - 30	25 - 33

2.1.6 TCA et comorbidités de l'axe I chez l'adolescent :

Comparativement à la population adulte, il n'existe que peu d'études qui ont exploré les comorbidités de l'axe I chez les patientes anorexiques TCA :

Nous citerons l'étude de Bühren publiée en 2014, qui concerne une cohorte de 172 patientes adolescentes recrutées de façon consécutive sur 5 sites différents, présentant une AM en début de soin ambulatoire ou en hospitalisation [39].

Les diagnostics d'AM étaient effectués par l'intermédiaire d'un entretien semi-structuré spécifique (le SIAB-EX ; *Structured Interview for Anorexic and Bulimic Disorders for DSM-IV and ICD-10*), les éléments dépressifs étaient relevés avec le BDI (*Beck Depression Inventory*) et les autres diagnostics de l'axe I par le K-SADS (*Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*).

81% des patientes présentaient une AM-R, et 19% des patientes une AM-BP.

Les principales comorbidités retrouvaient des troubles de l'humeur et des troubles anxieux :

Il est retrouvé un EDM chez 32% des patientes, et une dysthymie pour 5% des patientes.

11% des patientes présentaient un trouble anxieux, dont 7% de phobie sociale, 3% de trouble obsessionnel compulsif et un cas d'anxiété généralisée et de phobie spécifique.

Au total, 41% des patientes présentaient une comorbidité de l'axe I.

Sur le plan des sous-types d'AM, il existait significativement plus de comorbidités psychiatriques chez les patientes AM-BP que chez les patientes AM-R.

Sur le plan du risque suicidaire : 11,5% des patientes de leur étude rapportaient des idées suicidaires dans les 3 derniers mois.

2.2 Comorbidités des TCA et troubles de l'axe II (TP) :

Les données de la littérature internationale concernant les comorbidités TCA et TP sont nombreuses. Afin d'en proposer une vision globale, nous diviserons son approche en 3 grandes catégories : une première partie reprenant les données concernant les comorbidités TCA et TP chez l'adulte, population de loin la plus étudiée, une deuxième partie concernant spécifiquement les comorbidités TCA et TP chez l'adolescent.

Les études proposant des évaluations plus précises, dynamiques ou analytiques seront décrites à la suite de ce chapitre.

2.2.1 Comorbidités TCA et TP chez l'adulte :

Les études explorant les comorbidités TCA et TP sont nombreuses : pour en rendre compte nous nous référerons spécifiquement à une méta-analyse réalisée par Cassin et al. en 2005 [40].

Cet article reprend les données de la littérature comprise entre 1995 et 2005. Une précédente revue de la littérature avait été proposée par Vitousek et al. en 1994, qui retrouvait en fonction des populations des taux entre 27% et 93% de TP associés aux TCA [41]. Les auteurs insistent sur la nécessité d'inclure des populations contrôles, d'utiliser des protocoles d'études longitudinales et de renseigner non seulement les TP, mais aussi les traits de personnalité.

La méta-analyse de Cassin reprend plusieurs éléments de la littérature, dont les taux de TP chez les patients TCA ne forment qu'une partie. Les autres parties nous intéressant seront exposées plus bas.

Les auteurs analysent les résultats de comorbidités TCA et TP en fonction du type d'instrument utilisé : ils démontrent que l'utilisation d'auto-questionnaires pour évaluer les TP augmente de façon majeure leurs taux de prévalence (jusqu'à un facteur 35), et recommandent l'utilisation d'entretiens semi-structurés.

Les auteurs sélectionnent 15 études renseignant les comorbidités TCA-TP par entretien semi-structuré : les résultats sont présentés en fonction du diagnostic de TCA : AM, BN et *Binge-eating Disorder (BED)*. Il n'a pu être réalisé d'analyse concernant le sous-type d'AM, devant le peu d'études explorant ce sous-type.

Les TP les plus fréquemment associés avec l'AM sont les TP obsessionnel compulsif (15%) ; TP évitant (14%) ; TP dépendant (7%). Il est retrouvé un taux de 6% de TP narcissique, mais tous les patients présentant ce trouble provenaient d'une seule et même étude. Le trouble de la personnalité borderline est retrouvé chez 3% des patients, mais ces résultats concernent en grande majorité des patients présentant une AM-R.

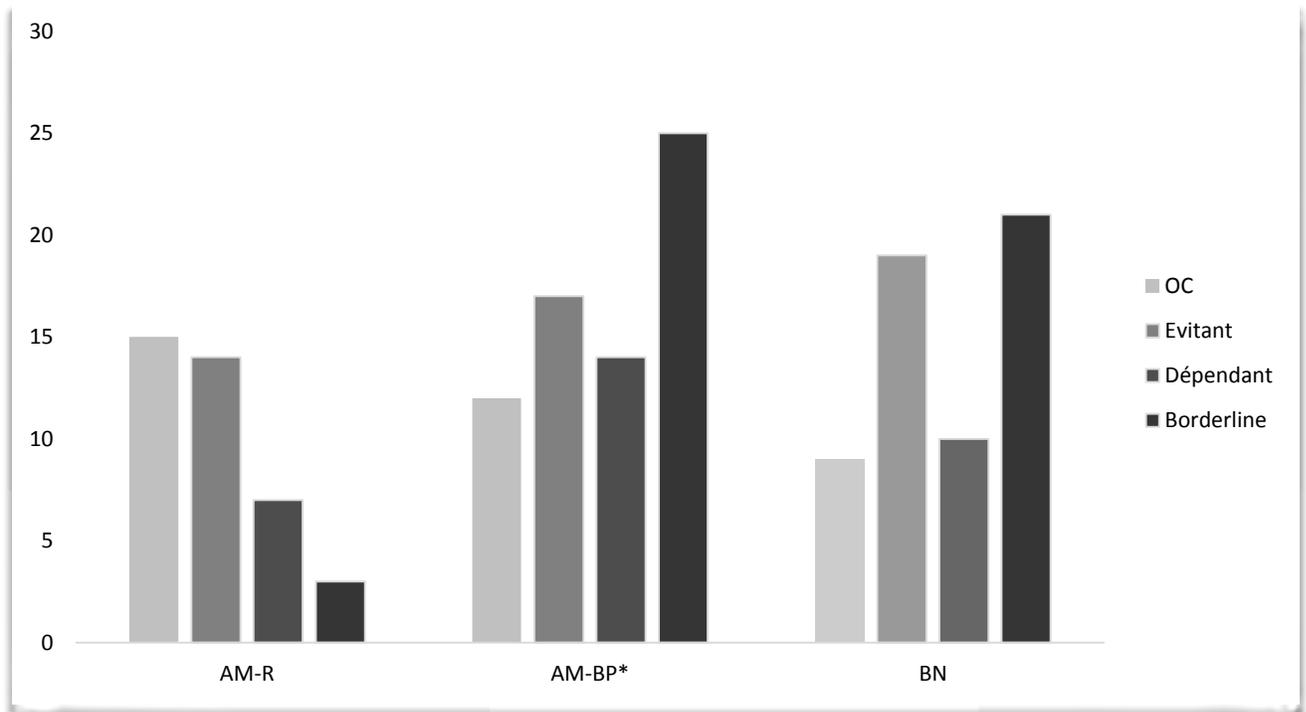
Concernant la boulimie, les TP les plus fréquemment associés sont les TP borderline (21%) ; les TP évitant (19%) ; les TP dépendants, obsessionnels compulsifs, histrioniques et paranoïdes sont côtés autour des 10%.

Concernant le sous-type diagnostique d'AM-BP, deux études rapportent, de façon similaire au BN, des taux importants concernant les TP du cluster B (principalement borderline) et du cluster C. Nous citerons l'étude de Marañón, en 2004, qui retrouve des taux de TP borderline pour les AM-R, AM-BP et BN respectivement à 0%, 20% et 23,8% [42]. Les autres résultats étaient inclus dans la méta-analyse de Cassin.

Nous pouvons citer Von Lojewski et al., qui ont pu montrer dans leur étude de 2013 que chez des patientes adultes hospitalisées, il existait une association significative entre AM-R et un score dimensionnel bas concernant les symptômes de TP borderline, et que les conduites de purges (chez les AM-BP ou les BN) étaient le seul comportement associé à un score dimensionnel élevé concernant les symptômes borderline [43].

Enfin, Sansone propose d'autres résultats dans sa revue de la littérature réalisée en 2005, regroupant les études par entretiens semi-structurés et par auto-questionnaires [44]. Nous relèverons principalement les résultats obtenus par auto-questionnaires concernant l'AM-BP : TP borderline à 25% ; TP Evitant à 17% ; TP Dépendant 14% et TP Obsessionnel compulsif à 12%.

Figure 3 : Résumé des comorbidités TCA-TP d'après Cassin et Sansone [40], [44]



*Les données concernant l'AM-BP sont issues d'études utilisant principalement des auto-questionnaires.

2.2.2 Comorbidités TCA et TP chez l'adolescent :

La distinction entre population adolescente et population adulte est importante car ces populations ne présentent pas les mêmes enjeux cliniques. Les sujets adolescents présentent généralement lors de la prise de contact avec le soin un premier accès de TCA, qui se développe au sein d'un remaniement psychique, physique et biologique complexe : le processus adolescent. Les sujets adultes que l'on retrouve dans la majorité de la littérature scientifique présentent un certain nombre de différences avec la population qui nous intéresse :

Ces populations adultes présentent le plus souvent un TCA évoluant depuis plusieurs années. C'est là une distinction majeure avec les populations adolescentes. Les patients adultes peuvent présenter une dénutrition chronique dans le cas de l'anorexie mentale. Cette dénutrition peut engendrer/aggraver/minorer certains troubles psychiques.

Dans l'étude de Minnesota [29], Keys a pu décrire de façon précise l'apparition et l'évolution de certains traits psychiques et comportementaux à la suite d'une sous-alimentation volontaire de 6 mois chez 36 GI's américains.

L'évaluation retrouvait chez certains sujets la présence de certains symptômes pouvant faire évoquer un TCA : irritabilité ; isolement social ; désintérêt pour la sexualité... Enfin il était noté l'apparition de troubles du comportement chez d'autres : comportements auto-destructeurs ou antisociaux principalement. Certains symptômes qui peuvent s'apparenter à des traits de personnalité peuvent donc, dans le cas de l'AM, avoir une composante résultante d'une dénutrition aigue ou chronique.

Cette étude a pu mettre en évidence que l'état de dénutrition chronique pouvait avoir des conséquences importantes sur le fonctionnement psychique au long cours, ce qui peut être le cas pour une importante partie de la population TCA explorée en recherche adulte.

A notre sens, certaines données retrouvées sur des populations anorexiques « chroniques » adultes (parfois avec une dénutrition importante et ancienne) ne sont pas directement extrapolables aux populations adolescentes qui nous intéressent dans notre étude et dans notre pratique clinique courante.

C'est pour cette raison que nous proposons dans cette partie l'analyse de façon spécifique des résultats concernant les relations entre TP et TCA chez l'adolescent.

La question du diagnostic de TP chez l'adolescent est un sujet qui a longtemps fait polémique : le DSM ne permettait pas la catégorisation d'un trouble de la personnalité chez l'adolescent devant le risque de stigmatisation, insistant sur le fait que la personnalité chez l'adolescent est en cours de construction.

Actuellement, le DSM-IV-TR ne permet le diagnostic chez les adolescents que dans le cas où les traits de personnalité sont inadaptés, durables (au moins un an), envahissants et dépassant le cadre d'un trouble important du développement ou d'un trouble de l'axe I.

Dans le cas particulier du trouble borderline à l'adolescence, Corcos souligne que « *les transformations corporelles et la recherche identitaire favorisent largement l'instabilité émotionnelle, la fragilité de l'identité, l'hypersensibilité aux séparations et aux abandons, le recours*

au passage à l'acte et à l'impulsivité pour réguler les affects, expressions qui donnent aux adolescents une présentation simili-borderline qui peut prêter à confusion »[45].

L'auteur cite cependant plusieurs études permettant de soutenir la validité du diagnostic à l'adolescence, notamment selon des critères qualitatifs et quantitatifs spécifiques.

Il est à noter que plusieurs auteurs ont déjà souligné l'importance de catégoriser les troubles de la personnalité chez l'adolescent, qui constituent une part importante de la psychopathologie exprimée dans cette population [46], [47].

De plus, Guilé et al. ont pu montrer que de ne pas catégoriser ces troubles peut augmenter la durée de traitement, ainsi que le taux de morbidité chez ces patients [48].

Dans une étude réalisée chez des adolescents, Chen et al. montrent que la présence d'un trouble de la personnalité à l'adolescence pourrait prédire une qualité de vie globale plus médiocre à l'âge adulte qu'un trouble de l'axe I. Cette étude souligne également l'importance de renseigner chez l'adolescent les associations entre trouble de l'axe I et trouble de l'axe II, car ces associations sont significativement liées à un risque plus grand sur le plan sanitaire de façon générale, à un impact négatif sur la qualité de vie et sur la capacité d'accès aux soins [49].

Il existe, à notre connaissance, 2 articles proposant l'étude de la prévalence des troubles de la personnalité selon le DSM-IV-TR chez les adolescents présentant un TCA.

Gaudio et Di Ciommo, en 2011, ont proposé une étude concernant 101 patientes anorexiques adolescentes, âgées entre 16 et 18 ans [50]. Les auteurs analysent le taux de prévalence des troubles de la personnalité sur un plan catégoriel, utilisant le SCID II pour diagnostiquer la présence d'un TP comorbide. Les sujets étaient soit en début, soit en cours de traitement ambulatoire. Certaines avaient déjà pu être hospitalisées. Les auteurs ont décidé d'exclure toute patiente présentant un diagnostic comorbide de l'axe I, ce qui a conduit à l'exclusion de 17 patientes, présentant majoritairement des EDM ou des TA.

Résultats :

24,8% des patientes présentaient un TP, 2,9% en présentaient 2. Les patientes montraient une plus haute prévalence de TP que les sujets contrôles.

Les patientes AM-R présentaient un taux de TP du cluster C à 24,6%. Au sein de ce cluster, chez les AM-R, les taux de TP Obsessionnel compulsif et Evitant étaient aussi rapportés comme élevés (respectivement pour 8,8% et 14% des patientes).

Les patientes AM-BP présentaient, pour 18,2% des cas, un TP borderline. Dans le cluster C, ces patientes présentaient un taux de TP Evitant à 11,4%.

Dans leur échantillon, 88% des patientes présentant un TP avaient déjà été hospitalisées, contre 25% des patientes sans TP ($p < 0.001$). Les patientes avec TP présentaient un IMC minimal vie entière significativement inférieur à celui des patientes non TP.

Maggallon-Neri et al. ont publié en 2014 un étude renseignant de façon catégorielle et dimensionnelle la prévalence de TP chez 100 patientes adolescentes âgées en moyenne de 15,8 ans TCA (32% de patientes AM, 17% de patientes BN, 51% de patientes TCA non spécifié) [51].

Les critères d'exclusion étaient la présence d'un retard mental ou d'autres perturbations psychopathologiques aiguës. Les auteurs ont évalué la présence d'un TP en utilisant *l'International Personality Disorders Examination*, entretien semi-structuré permettant de coter des diagnostics à la fois selon les critères du DSM-IV-TR et de la CIM-10 (cf. partie Méthode et mesure 6.3.2).

Résultats :

1/3 des patientes présentaient au moins un TP. 25% des patientes AM présentaient au moins un TP, en grande majorité du cluster C (12,5% de TP Evitant, 6% de TP obsessionnel compulsif). Une patiente AM (3%) présentait un TP borderline.

Devant le faible nombre de patientes AM, les auteurs ont proposé une comparaison des résultats entre patientes TCA avec conduites de purges, et sans conduites de purges. Les patientes présentant des conduites de purges avaient de façon significative des taux de prévalence plus élevés concernant le TP borderline (19% contre 4%). De façon générale, les TP du cluster C étaient les TP les plus associés avec la pathologie anorexique, et les TP du cluster B les plus associés avec la pathologie boulimique, ainsi que chez les patientes présentant des conduites de purges.

Les auteurs ont proposé une vision dimensionnelle, retrouvant encore une association importante concernant les symptômes borderline et conduites de purge, et symptômes obsessionnels et

comportement restrictif. Ils insistent de plus sur l'importance de repérer ces signes précurseurs de TP chez ces patients en cours de développement.

Discussion :

Le peu de données actuelles concernant le lien entre TP et TCA à l'adolescence semblent confirmer les données de recherche identifiées en pathologie adulte : à savoir un taux de TP estimé à environ 30-35% des patients TCA. De la même façon, on retrouve une nette différenciation entre les patientes présentant un comportement restrictif d'une part (AM-R), chez qui l'on retrouve majoritairement des TP du cluster C (notamment évitant, dépendant et obsessionnel compulsif), et les patientes présentant des conduites de purges (BN mais aussi AM-BP) qui présentent avant tout des TP du cluster B, avec une nette prédominance pour le trouble de la personnalité borderline.

Il apparaît important de noter qu'au vu de ces résultats, le comportement alimentaire semble prédire de façon plus efficace la présence de TP comorbides que ne le font les diagnostics TCA en eux-mêmes. Les conduites alimentaires pouvant se mélanger au sein des différents TCA, et fluctuer, cela semble en partie pouvoir expliquer le caractère hétérogène des résultats, notamment au sein de l'AM (variation en fonction du sous-type).

2.3 Analyse spécifique des mécanismes et de l'intrication entre TCA et TP :

Dans cette partie, nous proposons la présentation de résultats de différentes études permettant une analyse plus fine de la relation entre TCA et TP. Certains auteurs ont pu proposer des études plus analytiques, proposer d'autres éléments de réponse concernant l'hétérogénéité importante de la personnalité de ces patientes.

2.3.1 Modèles de comorbidités entre TCA et TP :

Les liens entre TC et TP sont complexes, rendre compte de leur analyse l'est d'autant plus que nous pouvons décrire plusieurs types d'interactions entre ces différents, qui de plus ne s'excluent pas l'un l'autre.

Plusieurs modèles ont pu être décrits, résumés par Pham-Scottez dans sa thèse concernant les relations entre TCA et TP, qui cite notamment Lilienfeld et al. qui ont proposé une revue de ces différents modèles [52], [53].

2.3.1.1 Modèle de prédisposition :

Nous citerons donc, comme premier modèle, celui de la prédisposition, le TP pouvant être considéré comme un facteur prédisposant au TCA. Ce modèle implique notamment une distinction sur le plan étiologique et physiopathologique entre perturbations de la personnalité et TCA.

Certains traits de personnalité ont ainsi pu être liés de façon prédictive à l'installation d'un TCA (notamment le perfectionnisme avec l'anorexie restrictive).

2.3.1.2 Modèle de Complication – Cicatrice :

A l'inverse, il peut être considéré que le TCA et ses conséquences notamment psychophysiologiques puissent avoir pour conséquence des perturbations au niveau de la personnalité.

C'est une des hypothèses soulevées par l'étude de Keys qui s'était intéressé aux conséquences d'une dénutrition importante chez des patients volontaires sains, qui ont secondairement présenté des traits de personnalité pathologique [29].

Rø et al. semblent aussi retrouver une interaction entre TP et TCA confirmant ce modèle, avec la mise en évidence que l'évolution des TP comorbides aux TCA au cours du temps était liée à l'évolution du TCA et de la psychopathologie générale [54]. Dans son étude, c'est l'amélioration du TCA et de la psychopathologie qui prédit la diminution des traits de personnalité pathologiques au cours du temps.

2.3.1.3 Modèle d'étiologie commune :

Dans ce modèle, les troubles de la personnalité et les TCA sont considérés comme deux entités distinctes, mais partageant certains facteurs étiologiques prédisposant. C'est ce que certains auteurs défendent devant la constatation de la présence d'antécédents de traumatisme dans l'enfance chez certaines patientes TCA (principalement BN) et chez certaines patientes borderline [31].

2.3.1.4 Modèle de spectre commun :

Dans ce modèle, les TP et TCA sont considérés comme une variation de l'expression symptomatologique d'un même trouble sous-jacent. C'est ce que certains auteurs ont proposé devant les rapprochements symptomatologiques entre TP obsessionnel compulsif et anorexie restrictive, devant le partage d'une comorbidité importante et d'une symptomatologie présentant parfois des similitudes.

2.3.1.5 Modèle de pathoplastie :

Il s'agit d'un modèle d'interaction mettant en avant l'impact qu'à chaque trouble sur l'autre (TP interagit avec TCA qui interagit lui aussi avec l'expression symptomatologique du TP).

2.3.1.6 Modèle indépendant :

Les 2 pathologies sont entièrement distinctes, tant en terme d'étiologie que d'interaction, et sont présentes chez une même personne du fait du simple hasard. La comorbidité ne serait donc qu'un simple fait statistique.

2.3.2 Impact des TP sur la présentation et le devenir des TCA :

Il existe plusieurs études renseignant sur l'impact des TP sur la prise en charge des patients TCA, nous présenterons quelques résultats concernant des études descriptives, et concernant des études prospectives mesurant l'impact que peuvent avoir les TP sur l'évolution des TCA.

2.3.2.1 Spécificités des patientes TCA avec TP comorbides :

Braun et al. ont présenté une étude concernant 105 patientes adultes prises en charge pour un TCA [55].

Dans cette cohorte, 69% des patientes présentaient une comorbidité avec un TP. Parmi ces patientes, 93% présentaient aussi une comorbidité avec une pathologie de l'axe I.

Lorsque les auteurs comparent les patientes TCA avec ou sans TP, la comorbidité avec un TP était significativement associée à la présence d'une comorbidité sur l'axe I, notamment concernant les troubles de l'humeur et les troubles d'usages de substance.

2.3.2.2 Impact sur l'évolution du TCA :

Herpertz-Dahlmann et al. ont proposé en 2001 les résultats de suivi à 10 ans d'une cohorte de 39 patientes présentant une AM prise en charge à l'adolescence, et comparées avec un groupe contrôle [56].

A 10 ans, les patientes AM présentent une fréquence de TP du cluster C supérieure à celle du groupe contrôle.

Cependant, ces TP ne semblent pas avoir d'impact sur le pronostic évolutif du TCA.

Wonderlich et al. ont suivi 30 patientes TCA sur une durée de 5 ans [57].

La présence d'un TP comorbide n'était pas associé à une évolutivité différente sur les plan des symptômes alimentaires, mais les auteurs soulignent l'impact de cette comorbidité concernant l'usage des soins chez ces patientes : elles présentaient significativement plus d'hospitalisation psychiatrique et plus de prescription de traitement psychotropes.

Les données actuelles concernant l'impact des TP sur les TCA sont disparates : la majorité des auteurs retrouvent que la présence d'un TP comorbide n'influe pas directement sur le devenir de la pathologie TCA en elle-même.

Cependant, il apparait que la présence d'un TP comorbide a une influence sur la psychopathologie générale plus importante chez ces patientes, et sur une utilisation du système de soin plus importante que les patientes TCA sans TP.

2.3.3 TCA et traits de personnalité :

En marge des études utilisant le DSM pour catégoriser la présence ou l'absence de trouble de la personnalité chez les TCA, de nombreux auteurs ont proposé une évaluation plus précise de certains éléments spécifiques de la personnalité que l'on peut retrouver chez ces patientes TCA.

Nous résumons dans cette partie les résultats de la méta-analyse de Cassin, qui s'est intéressée sur les études concernant la relation entre TCA et traits de personnalité [40].

2.3.3.1 Perfectionnisme :

Trait de personnalité caractérisé par la tendance à se fixer des objectifs extrêmement élevés, parfois de façon peu réaliste. Cassin reprend dans sa méta-analyse plusieurs études qui ont pu

montrer une association significative entre la présence d'un perfectionnisme important et la présence d'un TCA [40].

Il s'agit même d'un trait de personnalité pouvant prédire de façon prospective une augmentation du risque de TCA chez un patient. Ce trait de personnalité apparaît comme marqué de façon spécifique chez tous les différents types de TCA.

2.3.3.2 Traits obsessionnels et compulsifs :

De même que pour le perfectionnisme, les patientes présentant un TCA (AM ou BN) ont une tendance importante à présenter des traits obsessionnels. De façon rétrospective, plusieurs auteurs ont pu déterminer que la présence de symptômes obsessionnels durant l'enfance pouvait augmenter le risque de développer un TCA à l'adolescence.

2.3.3.3 Impulsivité :

Il s'agit d'un trait de personnalité associé de façon différente avec les différents diagnostics TCA : les patientes AM-R présentent une impulsivité moindre que chez des contrôles sains. A l'inverse, les patientes BN et avec conduites de purges présentent une impulsivité plus importante que chez les contrôles sains, et les AM-R.

2.3.3.4 Recherche de sensations et de nouveauté :

Comme pour l'impulsivité, on retrouve ce trait de personnalité de façon beaucoup plus prégnante chez les patientes TCA présentant des conduites de purges (AM-BP, BN) que celles qui restent dans un comportement purement restrictif.

Nous constatons donc, dans cette population TCA, la présence de certains traits de personnalité semblant liés de façon assez spécifique à ce type de pathologie (traits de perfectionnisme et d'éléments obsessionnels) soulignant chez ces patientes un important besoin de maîtrise associés à certains traits de rigidité, que l'on retrouve dans la classification DSM principalement dans la catégorie des TP du cluster C.

A l'inverse, certains éléments de personnalité semblent plus associés à certains comportements alimentaires spécifiques, notamment les conduites de purges. Ce sont principalement la tendance à l'impulsivité et la recherche de nouveauté, qui marquent chez ces patientes, à l'inverse, la notion de difficulté sur le plan de la régulation des émotions et de l'impulsion. Ces traits semblent

particulièrement absents chez les patientes AM-R, et à l'inverse présent dès que les patientes présentent des conduites de purges associées à leur difficultés alimentaires. Ces traits de personnalité sont majoritairement associés aux TP du cluster B, principalement borderline.

2.3.4 Des troubles de la personnalité spécifiques au TCA ?

La disparité des taux de prévalence des comorbidités des TP en fonction des catégories diagnostiques de TCA, les éléments pourtant en faveur d'un *continuum diagnostique* au sein de ces pathologies, la complexité des relations entre TP et TCA ont conduit certains auteurs à proposer la description de profils de personnalité spécifiques aux patientes TCA.

La tentative de relier la présence des symptômes de TCA avec des traits de personnalité semble correspondre, mais plusieurs auteurs soulignent que relier un symptôme TCA (par exemple les conduites de purges) avec un trait de personnalité (l'impulsivité) ne permet de rendre compte de l'organisation psychique que de certaines patientes TCA qui présentent ces conduites.

Ainsi, certaines conduites agies au sein des TCA auraient des significations différentes en fonction des profils de personnalité des patientes, que la classification DSM des TP ne permet pas de décrire de façon suffisamment spécifique.

Plusieurs auteurs ont proposé l'élaboration en population adulte TCA de nouveaux types de personnalités spécifiques : ces nouveaux troubles de personnalité ont été construits par des méthodes statistiques (principalement par analyse factorielle) à la suite du recueil chez ces patients d'un large panel de symptômes. Ces symptômes sont ensuite analysés et regroupés en fonction de leur association statistique entre eux, mais aussi en fonction de leur cohérence et de leur capacité de discernement entre chaque diagnostic TCA.

Il est principalement décrit 3 grands types de regroupements de traits de personnalité : un groupe de patients avec *Bon niveau de fonctionnement / Perfectionniste (High functioning)*, un groupe de patients présentant une *Dysrégulation émotionnelle (Dysregulated)* et un troisième groupe de patients sur-contrôlé (*Constricted/overcontrolled*).

Il existe de nombreux travaux réalisés à partir de méthodes statistiques et de recueils de symptômes différents. Nous proposons le détail d'un article publié par Thompson-Brenner et al.,

réalisé en 2008, s'intéressant à l'élaboration de plusieurs sous types de personnalité chez des patientes adolescentes présentant un TCA [58].

La méthode repose sur la description par des cliniciens expérimentés d'une patiente présentant un TCA selon les critères du DSM-IV-TR. Les auteurs ont demandé à ces cliniciens de remplir de façon rétrospective différents formulaires permettant la descriptions de traits de personnalité, avec la cotation de la sévérité de chaque symptôme, de remplir une échelle de fonctionnement global, ainsi que plusieurs autres échelles évaluant la présence de comorbidités sur l'axe I et II du DSM-IV-TR.

Les formulaires concernant les éléments de personnalité sont organisés selon la méthode-Q, qui permet une analyse à la fois exploratoire qualitative (l'association entre eux de plusieurs traits de personnalité puis l'élaboration et la vérification de sous-groupes de personnalité) et quantitative (la fréquence de l'association de différents traits, mais aussi avec d'autres variables, et la prédictibilité des modèles élaborés et leur cohérence avec d'autres variables couramment admises comme importantes dans la mesure du trouble).

Ces auteurs avaient déjà proposé l'élaboration par la même méthode de sous types de personnalité chez des patientes TCA adultes.

La population est constituée de 120 cas d'adolescentes TCA (15% AM ; 36% BN et 47% TCA-NOS), en très grande majorité ambulatoire, suivies pour 75% en libéral et 15% en service spécialisé.

Les auteurs décrivent l'association de 3 sous-types de personnalité dans ce groupe de patientes, présentant chacun des spécificités précises et délimitées concernant de nombreux éléments renseignés (différents symptômes TCA ; évolution ; fonctionnement familial, score de fonctionnement global...). Concernant la répartition entre les différents TCA, il faut noter la présence d'une seule différence : les patientes présentant une AM présentaient moins de TP de sous-types « Dysregulated » que les patientes BN ou TCA-NOS.

Tableau 4 à 6 : Sous types de personnalité TCA* selon Thompson-Brenner et al. [58]:

*(Traduction depuis l'anglais)

Tableau 4 : High Functioning/Perfectionistic (bon niveau de fonctionnement/perfectionniste) :

Conscientieux et responsable
Apprécié par les autres
S'exprime de façon convenable
S'applique à être « parfait » sur plusieurs plans
Possède d'autres activités dans lesquelles il progresse pour lesquelles il gagne de la reconnaissance
Capable d'utiliser ses talents, capacités de façon productive
Tendance à l'autocritique, à se fixer des objectifs non réalistes, tendance à être intolérant concernant ses propres échecs
Possède des principes moraux et éthiques et lutte pour les atteindre
Apprécie les défis, prend du plaisir à accomplir des choses
Insight de bonne qualité, capable de comprendre les choses de façon subtile et élaborée
Bon sens de l'humour
Est empathique, sensible et capable de répondre aux besoins et sentiments des autres.

Tableau 5 : Dysregulated (« Dysrégulé ») :

Tendance à être manipulateur
Les émotions ont tendance à « partir » hors de contrôle, résultant à des niveaux extrêmes d'anxiété, tristesse, rage etc.
Tendance à exprimer ses émotions de manière exagérée et théâtrale
Tendance à s'attacher de façon rapide et intense ; développe des sentiments, des attentes, qui ne sont pas garanties par le contexte ou l'histoire relationnelle
En situation de détresse, tendance à revenir à des modes de coping immature
Tendance à être impulsif

Tableau 6 : Avoïdant/Depressed (Evitant/Déprimé) :

Tendance à se sentir inférieur, en échec, en décalage
Tendance à être malheureux, déprimé, découragé
Tendance à rester passif
Tendance à se sentir coupable
Tendance à être anxieux
Tendance à se trouver dans le besoin ou à être dépendant
Tendance à être timide ou replié dans les situations sociales
Tendance à se sentir impuissant, à la merci de forces sur lesquelles il ne peut agir.

Ces 3 sous-groupes de personnalité présentent des différences sur le plan des comorbidités, sur le plan de l'échelle globale de fonctionnement (GAF), sur le plan de l'efficacité des psychothérapies (rapportée par les cliniciens), sur le plan du fonctionnement familial. Les résultats sont présentés dans le tableau 7 ci-dessous :

Tableau 7 : Corrélation entre les sous-groupes de personnalité et différentes mesures :

	Bon niveau de fonctionnement	Evitant/Déprimé	Dysrégulé
Comorbidités axe I	Corrélation négative pour : -Tb oppositionnel	Corrélation positive pour : -Episode dépressif majeur -Phobie sociale	Corrélation positive pour : -TB apprentissages -TB lié à une substance -TOC
Comorbidités axe II	-Corrélation négative pour TP Cluster B	Corrélation positive pour : -TP cluster C	Corrélation positive pour : -TP Cluster B -TP Antisocial -TP Narcissique Tb apprentissages ; Tb externalisés ; Tb lié à une substance ; TDAH
GAF : global	Corrélation positive	Pas de corrélation (NS)	Corrélation négative
GAF : suicidalité	Corrélation négative	Pas de corrélation (NS)	Corrélation positive
GAF : relation aux pairs	Corrélation positive	Corrélation négative	NS
GAF : scolarité	Corrélation positive	NS	NS
Efficacité de la psychothérapie :	Corrélation positive	NS	Corrélation négative
Relation/fonctionnement maternel	Corrélation positive	Corrélation négative	NS
Evènements de vie négatifs	Corrélation négative	NS	Corrélation positive
Environnement familial	Corrélation positive	NS	Corrélation négative

Discussion :

Cette étude est la seule étude proposant l'élaboration de profils de personnalité concernant des patientes TCA en population adolescente. Elle retrouve 3 sous-groupes distincts, assez autonomes sur le plan des comorbidités, des scores d'adaptation fonctionnelle, ainsi que concernant certains éléments étiopathogéniques (fonctionnement familial par exemple). Il est intéressant de constater que ces profils de personnalité ont un impact important sur les variations des scores d'adaptations fonctionnels, à la fois pris en compte en association avec la pathologie explorée (par exemple AM) mais aussi lorsque le diagnostic précis du TCA n'est pas pris en compte sur le plan statistique.

Il s'agit d'un élément en faveur de la légitimité de l'exploration de ces profils de personnalité chez les patients TCA.

Sur le plan des limites de cette étude : on rapportera la méthodologie forcément indirecte (car recueillie par l'intermédiaire des thérapeutes) qui ne prend pas en compte les éventuelles notions de transfert et de contre transfert. La réalisation de cette étude en rétrospectif sans données longitudinales empêche une évaluation plus précise, notamment sur l'évolution au long cours de ces différents profils de personnalité. Enfin, les 3 groupes diagnostics n'ont pas le même poids en terme d'effectif, notamment concernant les patientes AM, ainsi qu'avec une surreprésentation importante du groupe TCA-NOS, qui regroupait dans le DSM-IV-TR des degrés de pathologie très variables.

L'analyse en fonction de la présence de certains symptômes considérés comme clefs (comportement restrictif, conduites de purges) n'ont pas été explorés de façon spécifique, alors qu'ils pourraient présenter un rôle important quant à l'élaboration et la classification d'éventuels profils de personnalité chez les patientes TCA, d'autant plus qu'il ne semble pas exister de différence majeure sur le plan des profils de personnalité en fonction des différents groupes diagnostics TCA.

D'autres études proposant chez l'adulte des profils quasi similaires (Bon fonctionnement / Evitant /« Dysrégulé ») avaient noté une association importante entre les comportements de purge et le profil « Dysrégulé ». Nous pouvons le comprendre lorsque nous voyons les associations décrites

sur le plan des comorbidités, très similaires à celles décrites chez les patientes avec conduites de purges et généralement associées à un TP de type borderline, et des troubles des conduites externalisées (risque suicidaire, usage de produits etc.).

Nous pouvons voir aussi dans ce profil de personnalité la tendance qu'ont ces patientes à présenter une comorbidité importante et extrêmement variée (cf. [tableau 7](#)). Il s'agit d'une caractéristique que l'on retrouve aussi chez les patientes borderline, qui représente le TP du DSM-IV-TR présentant le plus de comorbidité sur l'axe I [59].

Les patientes avec un profil de type Evitant étaient souvent décrites comme des patientes présentant plus des conduites alimentaires centrés principalement sur le comportement restrictif, et parfois sur l'hyperactivité physique. Ce type de personnalité est principalement associé à des comportements restrictifs, et à des troubles plus internalisés, comme par exemple les TA sur l'axe I et les TP du cluster C pour l'axe II.

Enfin, la faible proportion de patientes présentant une AM ne permet ni la description des sous-groupes diagnostiques, ni une évaluation de l'impact de l'IMC sur la présence ou l'absence de ces profils de personnalité, et il serait intéressant de pouvoir évaluer de façon prospective la stabilité de ces profils au regard des éventuels cross-over diagnostiques très fréquents dans les TCA (cf. plus bas).

2.3.5 Prévalence des TCA chez les patients présentant un TP borderline :

La plupart des études que nous avons présentées jusqu'à présent s'intéressent à la prévalence des TP chez les patientes présentant un TCA. Plusieurs auteurs ont proposé d'étudier, de façon inverse, la prévalence des TCA dans des populations de patients présentant des TP, le plus fréquemment les TP du cluster C et du cluster B (principalement TP Borderline).

Nous proposons ici de reprendre les principales études s'intéressant à la relation entre le TP borderline et les TCA : il s'agit du principal TP que nous suspectons d'apparaître rapidement au cours du suivi longitudinal que nous proposons dans notre étude.

2.3.5.1 Population adulte borderline et TCA :

En population adulte, Chen et al. ont proposé une étude réalisée en 2009 rapportant une comorbidité de 17,8% de TCA dans un échantillon de 135 patientes adultes en traitement pour un trouble de la personnalité borderline. 6,7% des patientes présentaient à l'évaluation une AM, 5.9 % une BN et 5.2% une hyperphagie boulimique.

Zanarini et al. ont réalisé une étude prospective de 10 ans publiée en 2009 analysant la stabilité au cours du temps du TP borderline, et des TCA qui leurs sont associés [60]. Sur 290 patients adultes présentant un TPB, 53,8% présentaient ou ont présenté un TCA (respectivement 21,7% d'AM ; 24,1% de BN et 28,3% de TCA-NOS) selon les critères du DSM-IV-TR.

Ces patients étaient comparés à un groupe de patients présentant un autre TP que celui de TPB. Les patients étaient revus tous les 2 ans, sur une durée de 10 ans, avec évaluation de l'axe I, de l'axe II du DSM-IV-TR par entretien semi-structuré.

Les patients contrôles présentaient 2 fois moins de TCA à l'évaluation que les patients TPB.

Chez les patients borderline présentant une AM, 87,5% ont présenté un cross-over diagnostique : de l'AM vers la BN pour un peu plus de la moitié des cas et un peu moins de la moitié vers le diagnostic de TCA-NOS. De même, pour les 71% des patients BN ayant présenté un cross-over diagnostique, 16% ont développé une AM, et 84% un TCA-NOS. Chez les patients TCA-NOS, 20 % ont présenté un cross-over diagnostique, en grande majorité vers la BN, puis secondairement l'AM pour 4 patients.

Toutes excepté 2 de ces variations diagnostiques ont eu lieu dans les 6 premières années du suivi.

En 4 ans, 90% des patients AM ne présentaient plus ce diagnostic à l'évaluation, pour 60% des patients BN. A 6 ans, c'est 100 % des patients AM et 95% des BN qui sont en rémission clinique (c.à.d. que les patients ne présentent plus le trouble AM ou BN). La rémission des TCA-NOS apparait beaucoup plus longue, et moins importante que pour les autres TCA (40% à 2 ans ; 65% à 6 ans ; 92% à 10 ans).

De même, les taux de rechute au cours du temps pour l'AM et la BN sont respectivement de 28% et 24% à 4 ans, et ne se modifiera plus par la suite, ce qui est confirmé par le taux important de rémission stable pour ces troubles.

Pour le TCA-NOS, ce taux de rechute augmente fréquemment, pour atteindre 52% à 10 ans, signifiant que les patients borderline ont plus de risque de présenter une rechute de TCA-NOS que des autres TCA.

Enfin, les auteurs ont précisé le taux d'apparition de nouveaux diagnostics TCA au cours du temps : il reste relativement faible pour l'AM (de 0.8 à 3.7%) et pour la BN (5 à 11%). Le taux d'apparition de TCA-NOS apparaît plus important chez ces patients borderline : de 23.7% à deux ans de suivi à 43% à 10 ans.

Discussion :

Cette recherche permet de mettre en avant l'importance de la prévalence des TCA chez les patients présentant un TPB. L'analyse du cross-over diagnostique entre les différents TCA n'est pas précisée en détail, mais apparaît de façon indirecte par l'apparition de nouveaux diagnostics TCA au cours du suivi. Les études s'intéressant de façon spécifique au cross-over diagnostique sont décrites dans la partie 2.4.

Nous pouvons remarquer qu'une grande proportion de patients TPB et AM présentent une rémission sur une période relativement courte. Il s'agit en grande partie du cross-over diagnostique de l'AM vers la BN ou le TCA-NOS (ce cross-over concernant 87% de ces patients AM). Pour les patients BN, on constate le même type d'évolution, sur une période plus longue d'environ 6 ans.

Le taux faible de rémission du TCA-NOS est à mettre en lien avec l'évolution et le cross-over diagnostique de l'AM et la BN vers le TCA-NOS : le TCA-NOS correspondant à des formes mineures d'AM et de BN selon le DSM-IV-TR. Ainsi, nous pouvons comprendre que chez ces patients TPB présentant un TCA, il existe un important cross-over de l'AM vers la BN, et de la BN vers le TCA-NOS, trouble plus mineur des difficultés alimentaires, mais qui reste aussi plus stable au cours du temps chez ces patients.

Les auteurs pointent le fait que les patients TPB et TCA semblent moins expérimenter de rechute concernant l'AM et la BN (environ 25% des patients), que dans les cohortes de suivi de patients anorexiques et boulimiques, habituellement autour des 40% de taux de rechute. A l'inverse, le taux de rechute des TCA-NOS au cours du temps apparaît plus important.

Ces patients TPB semblent donc présenter une fluctuation très importante de leurs symptômes alimentaires : si les formes cliniques principales semblent s'amender de façon assez rapide (plus rapide que dans les cohortes de TCA habituellement décrites), la forme mineure TCA-NOS apparaît plus stable, avec néanmoins dans une moindre proportion la possibilité de réapparition de pathologie anorexique ou boulimique plus systématisée au cours du temps (dans cette étude côtée comme cross-over de TCA-NOS vers AM ou BN).

Ces patients semblent donc avoir une pathologie TCA plus fluctuante qu'en population clinique TCA « générale », mais qui persiste principalement sous la forme de TCA-NOS pour la majorité des cas après 4 ans à 6 ans.

De plus, concernant le cross-over diagnostique des patientes TPB-AM : il apparaît bien plus important que ceux retrouvés dans des populations d'AM générales (cf. partie 2.4.2).

Ces éléments apparaissent particulièrement intéressants concernant notre hypothèse de considérer les TCA (et plus précisément l'AM) comme un éventuel symptôme révélateur d'un TP, en particulier le TPB. En effet, nous pouvons voir que dans cette étude, les symptômes TCA sont présents avec une forte prévalence chez les TPB, et de plus très fluctuants, ce qui pourrait se traduire dans les situations cliniques que nous avons constatées comme une période de rémission rapide, ou de passage d'une AM à un TCA-NOS. Car cette étude s'intéresse avant tout aux patients TPB, qui présentent par ailleurs tout un autre panel de symptômes, qui apparaissent comme très fluctuant de même.

Les auteurs de l'étude expliquent certaines différences entre ces TCA chez les patients TPB et d'autres TCA « purs » par le fait que, chez ces patientes TPB, les TCA ne seraient qu'un « trouble secondaire » au vu du trouble principal, le TPB.

2.3.5.2 Population borderline adolescente et TCA :

Nous citerons Corcos et al. qui ont publié en 2014 un ouvrage spécifique concernant le TP Borderline à l'adolescence, dans lequel les auteurs détaillent les résultats de leur étude EURNET-BPD, proposant la description d'une cohorte européenne d'adolescents présentant un TP borderline [45].

Les auteurs précisent, dans un chapitre spécifique, les relations entre adolescence, TP borderline et TCA [61].

85 patients ont été recrutés dans cette étude prospective au sein du réseau de recherche EURNET-BPD. On comptait dans cette étude 74% d'adolescentes.

Dans cette cohorte, 16.5% des patients présentaient une comorbidité actuelle avec une AM, toutes de sous-type avec conduite de purge. 17,6% des patients présentaient une BN. Tous les patients présentant un TCA actuel au cours de l'évaluation étaient de sexe féminin. Parmi les patients non TCA, il faut noter l'importance en terme de fréquence des antécédents de TCA avec 18,5% des 56 patients non TCA présentant un antécédent de boulimie, et 22% d'anorexie mentale. Lorsque l'on additionne les patients présentant ou ayant présenté un TCA, cela revient à un total de 51 patients sur 85, soit 60% de la cohorte totale.

Compte tenu de la prévalence beaucoup plus importante de TCA chez les sujets féminins que masculins, ce chiffre de 60% de patients ayant expérimenté des symptômes TCA rapporté aux 74% de patients de sexe féminin de la cohorte donne une vision de l'importance de la relation entre TPB et TCA (d'autant plus que ne sont pas rapportés les TCA-NOS). Les liens entre TPB et TCA constatés chez l'adulte dans l'étude de Zanarini et al. se retrouvent donc aussi en population adolescente.

Dans cette étude, il est rapporté un taux de comorbidité pour les patientes TPB et TCA avec le TP obsessionnel compulsif (respectivement associé chez 64% des patientes AM et 46,7% des patientes BN) plus important que chez les patients sans TCA. De façon significative, les patients non TCA présentent plus de comportements perturbateurs et plus de troubles des conduites que les patients TCA.

Notons qu'il semblerait exister une forme de continuum au sein de la population borderline, les patientes présentant une AM ne présentant aucun trouble des conduites ni de comportement perturbateur, les patientes BN pouvant en présenter en faible proportion (respectivement pour 6,7% et 13,3% des patientes BN), et les patients sans TCA avec une association beaucoup plus fréquente (23,2% et 33,9% des cas). Cela semble pouvoir en partie s'expliquer par la répartition des sexes des sujets au sein de ces différents groupes, les sujets masculins borderline présentant

généralement beaucoup moins de TCA et beaucoup plus de troubles des conduites externalisées. Pour autant, le groupe de patients TPB sans TCA comportait tout de même 81% d'adolescentes.

2.4 Stabilité des troubles TCA :

Les différents diagnostics TCA sont décrits et délimités de façon assez stable dans le DSM depuis la version du DSM-III-R.

Le DSM-IV-TR et le DSM 5 proposent, comme nous l'avons décrit plus haut, les diagnostics d'*Anorexie mentale* avec deux sous-types : composante *restrictive* et composante avec *conduites de purges* ; le diagnostic de *Boulimie Nerveuse* et enfin le diagnostic de *Trouble des conduites alimentaires non spécifié (TCA-NOS)*, principalement composé des formes sous syndromiques d'AM et de BN.

Les modifications apportées par le DSM 5 ont permis d'inclure plus de patientes auparavant TCA-NOS dans les formes principales de maladies, par une diminution des critères nécessaires aux diagnostics d'AM et de BN.

Pour autant, si ces groupes diagnostics ont été grandement explorés sur le plan descriptif, en tant que *catégories diagnostiques distinctes*, et le plus souvent comparées, il existe depuis environ une dizaine d'années un certain nombre d'auteurs insistant sur le caractère instable des diagnostics au sein des TCA, les patientes semblant présenter au cours du temps un *cross-over diagnostique* entre AM-R, AM-BP, BN et TCA-NOS. Il s'agit d'éléments que nous semblons retrouver dans notre pratique clinique chez les patients adolescents.

Cette instabilité est importante car les comorbidités qui sont associées aux TCA sont très différentes d'un diagnostic à l'autre, notamment sur le plan de la personnalité.

Cette instabilité au sein des TCA fait poser la question sous-jacente de la stabilité des traits de personnalité qui leurs sont associés.

Nous reprendrons dans cette partie les différents articles ayant mis en évidence ce *cross-over diagnostique* au sein des TCA.

2.4.1 Instabilité entre les deux sous-types d'AM :

En 2002, Eddy et al. ont proposé l'étude de l'évolution prospective (de 8 à 12 ans de suivi) de 136 patientes AM adultes en demande de traitement [62]. Il s'agit d'une cohorte de patientes relativement âgées (26 ans en moyenne à l'entrée), présentant un trouble évoluant depuis plusieurs années (en moyenne 3 ans d'évolution pour les AM-R et 6 ans pour les AM-BP).

Les auteurs retrouvent un cross-over de l'AM-R vers l'AM-BP pour 62% des patientes AM-R suivies, la grande majorité de ce changement diagnostique ayant lieu dans les 5 premières années de suivi (soit en moyenne après 8,4 années d'évolution de la maladie).

Les auteurs ont aussi tenté de repérer des différences chez les AM-R entre les patientes ayant déjà présenté par le passé (ou de façon irrégulière) des conduites de purges (AM-R « non pures »), et celles n'en ayant jamais présenté (AM-R « pures »). La distinction de ces « sous sous-groupes » conduit cependant à comparer des groupes avec des effectifs peu importants. Il semblerait cependant que les patientes AM-R « pures » présentaient un taux de TS significativement moins important comparé aux AM-R « non pures » et les AM-BP.

Enfin, les auteurs concluent sur le fait que la distinction entre AM-R et AM-BP n'apparaît pas valable sur un plan diagnostique pur (il ne s'agit pas d'entités diagnostiques ou de maladies distinctes), mais que leur analyse prospective serait plutôt en faveur d'une modalité évolutive de l'AM (au cours du temps, la majorité des AM-R évolueraient vers l'AM-BP). Il apparaîtrait cependant qu'une faible proportion de patientes AM-R pures (10%) ne présenterait pas d'évolution vers l'AM-BP.

2.4.2 Instabilité entre les diagnostics TCA :

Milos et al. ont étudié en 2005 l'évolution diagnostique de 192 patientes TCA sur une période de 30 mois, proposant une réévaluation diagnostique après 12 mois et 30 mois de suivi [63].

Ces patientes étaient âgées d'en moyenne 28 ans, avec une évolution de la maladie moyenne de 9,3 ans. La cohorte comportait 55 patientes AM, 108 patientes BN et 29 patientes TCA-NOS.

Il existe un taux assez élevé de perdus de vue, avec 26% de patientes à 12 mois, et 31% de patientes à 30 mois (ces patientes perdues de vue étaient plus jeunes, et présentaient une moyenne d'évolution de la maladie plus courte que les autres).

72% des patientes ont présenté un cross-over diagnostic lors du suivi sur 30 mois. Après exclusion des patientes présentant une rémission clinique de leur trouble, on retrouve que 53% des patientes passent d'un diagnostic TCA à un autre au cours du suivi.

De façon spécifique, chez les patientes AM, 44% présentaient un cross over diagnostic à 12 mois, et 51% à 30 mois. Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les différents sous-groupes d'AM, sous-groupes avec des tailles d'effectifs peu importants.

Pour les BN, 49% des patientes présentant un cross over à 12 mois, et 63% à 30 mois.

53% des patientes présentant des conduites de purges n'en présentaient plus à l'une des deux évaluations de suivi. 17% des patientes restrictives ont présenté des conduites de purges au cours de l'une des deux évaluations de suivi.

Enfin, les auteurs rapportent que, de façon significative, plus la durée d'évolution du trouble était importante, plus le trouble était stable (moins de variations diagnostiques) et chronique (moins d'évolution vers la disparition des symptômes).

En 2008, Eddy et al. ont proposé une étude prospective encore plus précise (reprise de données cliniques chaque semaine) concernant 216 patientes présentant soit une AM soit une BN sur 7 ans [64]. Ces patientes adultes (moyenne d'âge de 24,7 ans) présentaient une pathologie évoluant en moyenne depuis 6 ans.

Après 7 ans de suivi, 72% des patientes AM présentaient un cross-over diagnostic : 49% entre les différents sous-groupes d'AM et 34% de l'AM vers la BN. Ce cross-over concernait 57% des patientes AM-R, qui évoluaient pour la quasi-majorité vers l'AM-BP, et il concernait 85,4% des patientes AM-BP, qui évoluaient pour 43% d'entre elles vers l'AM-R et pour 54% d'entre elles vers la BN.

Les auteurs rapportent que l'évolution habituelle des patientes était la suivante : AM-R → AM-BP → BN ; ils ne retrouvent aucun sujet présentant une évolution de l'AM-R à la BN sans passer par une phase d'AM-BP. Ils décrivent de même que, dans le cas de l'évolution vers la BN, certaines

patientes AM pouvaient présenter une phase plus ou moins longue de récupération partielle ou complète.

Des patientes AM évoluant vers la BN, 50 % présentaient une évolution secondaire vers la récupération partielle ou complète, et 50% rechutaient dans un comportement anorexique.

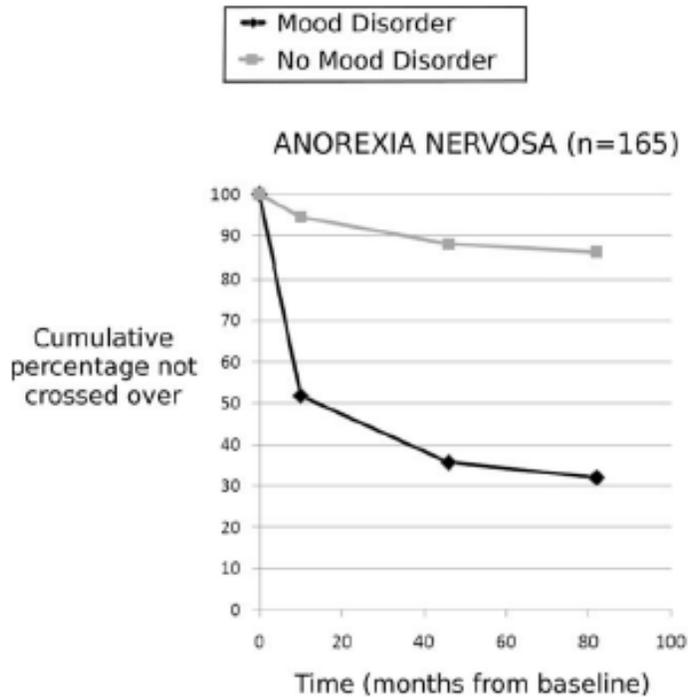
Les auteurs rapportent qu'une faible partie de patientes AM-R ne présentent aucun cross-over vers l'AM-BP, ni la BN. Ce groupe spécifique de patientes n'a pas encore été exploré.

Les auteurs concluent, comme plus haut, sur la nécessité de renseigner la présence de conduite de purge chez les AM, même si l'AM-R et l'AM-BP n'apparaît pas comme un groupe diagnostique, mais plutôt comme des phases différentes d'une même maladie, que les patientes peuvent traverser à plusieurs reprises au cours du suivi.

Castellini et al. ont proposé en 2011 une étude prospective de 6 ans chez 793 patientes adultes (âge moyen = 27 ans) présentant un TCA depuis en moyenne 5 ans [65].

L'âge de début de la pathologie est de 22 ans. Les auteurs proposent une analyse du cross-over diagnostique des différents diagnostics TCA (à la fois les diagnostics DSM-IV-TR et DSM 5) et recherchent d'éventuels facteurs prédisposant à ce mouvement diagnostique. Il est réalisé 4 évaluations, en cours de suivi, avec un taux de perdus de vue d'environ 18% pour les AM. Les comorbidités de l'axe I étaient évaluées. Les auteurs retrouvent une fréquence de cross-over de l'AM vers la BN de 27,3%, dont la moitié des patientes concernées rechange de diagnostic une deuxième fois au cours du suivi. 43,4 % des patientes AM-R présentaient une évolution vers l'AM-BP. L'élément intéressant est que la présence d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble lié à une substance était significativement associée à une variation diagnostique plus importante chez les patientes AM.

Figure 8 : Fréquence de cross-over en fonction des comorbidités TH (selon Castellini et al.)



Tozzi et al. ont retrouvé le même type de résultats dans une étude rétrospective proposée en 2005, qui montrait que le cross-over diagnostique entre AM et BN était statistiquement associé à la présence d'un diagnostic comorbide de trouble de l'humeur et d'usage de substances, ainsi qu'à certains éléments de personnalité, comme le manque d'autonomie [66].

Encore une fois, cette étude était proposée chez des patientes d'âge adulte, avec plusieurs années d'évolution de la maladie. Ces auteurs retrouvent aussi un taux de passage de la BN vers l'AM important, mais les antécédents d'AM dans la population de BN n'ont pas été rapportés dans cette étude.

Enfin, Milos et al. ont publié en 2013 une étude proposant de mesurer l'impact des comorbidités de l'axe I et de l'axe II sur le cross-over diagnostique, sur la même population que pour son étude de 2005 (cf. plus haut) [67]. 83% des patients présentaient une comorbidité vie entière (72% pour l'axe I, 68.8% pour l'axe II). Plus de la moitié des patientes présentaient une comorbidité sur les deux axes de façon simultanée. Il faut noter que les patientes présentant une rémission stable (absence de symptômes aux deux évaluations) étaient exclues des analyses statistiques, ce qui

peut être un biais important puisque ces patientes ont largement tendance à présenter des rémissions et rechuter.

Les patientes étaient revues à 12 mois puis 30 mois de suivi, et celles qui présentaient un diagnostic instable avaient significativement plus de risque de présenter une comorbidité de l'axe I que celles présentant un diagnostic stable. Les auteurs ne retrouvent pas de différence significative entre les deux groupes concernant les comorbidités de l'axe II.

2.5 Stabilité des traits de personnalité chez les patients TCA :

Il n'existe que peu d'études qui ont proposé d'étudier la stabilité à court terme des traits de personnalité que l'on retrouve associé aux TCA.

L'équipe de Rø, a proposé en 2005 une étude prospective concernant l'évolution des TP en lien avec l'évolution des symptômes alimentaires de patientes adultes prises en charge pour un TCA chronique [54], [68].

Il s'agit d'une cohorte de 74 patientes adultes (âge moyen de 30 ans) présentant une évolution chronique de plusieurs TCA (16% d'AM, 54% de BN et 22% de TCA-NOS).

Il est réalisé pour cette population la mesure répétée de TP et de traits de personnalité par l'intermédiaire de la SCID II, permettant le diagnostic de TP selon le DSM-IV-TR (cf. partie méthode). Ces résultats permettent à la fois une analyse dimensionnelle et catégorielle sur une période courte (évaluation réalisée à l'entrée, puis à 1 an et 2 ans de suivi).

Leurs résultats mettent en évidence des éléments intéressants :

- Sur un plan catégoriel : la fréquence de TP entre l'entrée et les 2 ans diminuait de 53%. Les TP évitant, obsessionnels compulsifs, borderline et paranoïaques étaient les plus fréquemment retrouvés.
- Sur un plan dimensionnel : la diminution de traits de personnalité pathologiques diminuait au cours du temps, dès l'évaluation à 1 an et à 2 ans.
- L'effet de l'évolution était important concernant les patients AM, principalement concernant le TP obsessionnel compulsif et le TP paranoïaque, et moindre sur le TP évitant. Dans le même temps, les patientes AM avaient présenté une augmentation importante de leur IMC.

- Le TP borderline était avec le TP évitant l'un des TP les plus stables au cours du temps chez les TCA.
- Lorsque les auteurs mesurent l'évolution des scores dimensionnels de personnalité ainsi que ceux des scores de pathologie alimentaire et générale, ils retrouvent que les changements concernant la pathologie alimentaire et concernant la psychopathologie générale précédaient et influençaient de façon significative l'évolution des traits dimensionnels de personnalité chez ces patientes.

Ainsi, les traits de personnalité décrits chez ces patientes TCA semblent grandement liés à l'état actuel de l'évolution de leur pathologie alimentaire, et la pathologie alimentaire a un impact direct sur les traits de personnalité et leur évolution au cours du temps.

Cette instabilité des traits de personnalité est dans cette étude retrouvée chez des patientes présentant une longue évolution des difficultés alimentaires.

3 D'un point de vue psychodynamique : Processus adolescent, TCA et fonctionnement limite :

Dans cette revue de la littérature, nous avons souhaité proposer la description de plusieurs éléments importants qui ont, à notre sens, un impact important sur les troubles et les comorbidités décrits dans les articles cités plus haut.

Ces éléments reposent sur une analyse du phénomène de l'adolescence et des troubles qui lui sont associés, à partir d'un point de vue essentiellement psychodynamique.

Le processus adolescent est un processus décrit par de nombreux théoriciens, de toutes les écoles et modes de pensée.

Nous reprendrons de façon générale ce processus adolescent au travers d'une vision psychodynamique et intégrative.

Les troubles des conduites alimentaires représentent dans ce champ une constellation de symptômes, qui apparaissent en très grande majorité au cours de l'adolescence (cf. plus haut).

Ces différents symptômes ont été regroupés en catégories nosographiques spécifiques par les différents systèmes de classification des maladies psychiatriques, mais de nombreux auteurs défendent une vision plus globale de ces troubles, en mettant notamment en avant l'aspect évolutif ou parfois régressif important de ces symptômes, ainsi qu'en insistant sur les fonctions différentes que peuvent avoir ces conduites alimentaires chez ces patientes.

3.1 Adolescence : problématique générale :

La puberté est une période clef du développement de l'être humain, il s'agit d'une multitude de modifications physiologiques, ayant un impact majeur sur de nombreux aspects du sujet.

Nous reprendrons les descriptions proposées par Marcelli, dans son ouvrage général spécifique à l'adolescence [1]. L'auteur insiste sur différents aspects caractérisant la puberté et l'adolescence de façon générale.

La puberté est tout d'abord caractérisée par la maturation de l'appareil génital, tant sur un plan physique avec l'apparition des caractères sexuels secondaires que sur un plan neuro-endocrinien,

avec la maturation de l'axe gonadotrope, responsable de la production des hormones sexuelles. La puberté s'accompagne de toute une série de modifications ou de « perturbations » que le pré-adolescent puis l'adolescent s'efforce de contrôler.

En premier lieu nous insisterons sur l'apparition de l'excitation sexuelle, associée à la mise en route de l'axe gonadotrope et de l'apparition des caractères sexuels secondaires.

Cette excitation sexuelle libidinale est nouvelle pour le jeune, puisqu'elle peut maintenant trouver une voie concrète de décharge par l'accès à la génitalité. Elle demande à ce dernier la mise en place de moyens de défenses face à l'apparition brutale, vécue le plus souvent par l'extérieur (la modification du corps est vécue comme imposée, non maîtrisable en soi).

L'apparition d'une pulsion libidinale s'inscrivant sur un plan génital réactive les conflits œdipiens généralement plus ou moins bien assimilés par les instances du Moi et du Surmoi durant la période de latence. C'est la ré-émergence du conflit œdipien, cette fois beaucoup plus « chaud », mais aussi devenant maintenant réalisable de par l'accès subit à la génitalité (possible de l'inceste) qui est générateur d'angoisse.

L'auteur insiste sur le fait que « *le pronostic de l'aboutissement de la puberté ne repose pas tant sur la puissance des pulsions, mais plutôt sur la tolérance ou l'intolérance du Moi à l'égard de ces pulsions.* »

A notre sens, dans le cas de la problématique anorexique, la tolérance du Moi face à cette perturbation pulsionnelle met en jeu des défenses dont le comportement restrictif, voir même la perte de poids en elle-même peuvent être en partie considérés comme une réponse symptomatique (inadaptée) pour le sujet. L'ensemble des symptômes mis en avant par l'adolescente anorexique permet une mise à distance psychique (repli défensif ; régression dans la relation aux parents sur le plan de l'oralité ; intellectualisation ; appauvrissement de l'activité créative ; hypercontrôle et maîtrise sur un plan pulsionnel) et physique (disparition par l'intermédiaire de l'amaigrissement des caractères sexuels secondaires ; aménorrhée secondaire) de la problématique adolescente dans son ensemble, tant sur le plan de l'acquisition de l'autonomie, de la séparation-individuation aux parents, que pour la question de la sexualité génitalisée.

les modifications corporelles dans l'adolescence imposent aussi un bouleversement quant à l'image du corps : il est souvent noté une perte de repères sur le plan spatial, mais aussi un bouleversement dans le possible du corps qui devient alors un *représentant symbolique*, utilisé par l'adolescent comme support identitaire et moyen de mise à l'écart du possible œdipien réactualisé. Ainsi, nous retrouvons ces éléments chez les adolescents qui utilisent leur corps (aspect général, habillage, tonus musculaire, coupe de cheveux) comme un moyen d'appartenir à un groupe identitaire *propre* (le groupe des pairs), à la fois dans un besoin de soutien narcissique passant par ce corps propre, mais aussi dans un nécessaire besoin de mise à distance des imagos parentaux.

La gestion des imagos parentaux, de l'idéal du Moi insufflé depuis l'enfance par les parents devient intolérable pour l'adolescent, qui se doit de les mettre à distance, devant le risque incestuel réactivé mais aussi la crainte narcissique d'un effondrement du Moi sous-tendu par la menace du fantasme de fusion aux parents (l'adolescent devient adulte, et doit lutter contre le fantasme de devenir *identique* à ses parents).

De façon générale, les modifications corporelles apparaissent de façon rapide, pouvant souvent occasionner une perturbation importante du sentiment d'identité, que l'on retrouve dans ces sensations d'étrangeté et de bizarrerie rapportées par les adolescents durant cette phase.

Accompagnant ces modifications, il existe aussi chez l'adolescent un mouvement psychique complexe, conséquence de la mise à distance nécessaire des objets parentaux : certains auteurs ont pu parler d'un nouveau *processus de séparation-individuation*, caractérisé par la lutte du Moi pour gérer la « perte d'objet » infantile. Marcelli souligne que cette perte d'objet œdipien s'accompagne de la remise en cause de « l'idéal mégalomane infantile », idéal faisant directement référence à la toute-puissance parentale ressentie par l'enfant, et qui s'estompe devant l'accession de l'adolescent à un statut progressivement identique (l'âge adulte).

Pour faire face à ces remaniements, le Moi de l'adolescent utilise diverses défenses, que l'on retrouve majoritaires dans le fonctionnement adolescent : nous citerons *l'intellectualisation*, permettant à l'adolescent une maîtrise du pulsionnel par l'intermédiaire de la pensée. A. Freud rapproche cette défense de *l'ascétisme*, qui pourrait correspondre au même moyen de défense, mais passant directement par le corps : il s'agit de jeunes pouvant s'imposer des restrictions ou

des défis physiques importants, généralement dans un nécessaire refus des satisfactions ou plaisirs corporels, vécus comme trop proche des désirs sexuels émergents.

Il existe dans la période de l'adolescence une propension à un retour à des moyens de défenses plus archaïques, au premier desquelles nous trouvons *le clivage, l'identification projective et l'idéalisation*. Ces mécanismes de défenses, généralement assez bruyants (mouvements brusques dans les relations d'objets, comportements et propos contradictoires) s'accompagnent parfois de l'augmentation significative des *mises en actes*, qui peut souvent être une problématique comportementale motivant la consultation chez le spécialiste.

C'est pour ces différentes raisons et similitudes que certains auteurs ont proposé le terme concernant l'adolescence *d'état limite transitoire*, car les modalités défensives sont principalement du même ordre.

Pour Corcos, malgré la présence de certaines similitudes entre processus d'adolescence et symptomatologie limite et borderline, « *il existe des différences quantitatives et qualitatives qui permettent de soutenir la validité du diagnostic de trouble de la personnalité borderline à l'adolescence* », citant plusieurs études soulignant la corrélation de manière significative entre la présence d'un TP et une souffrance importante et une nette altération du fonctionnement social (scolarité, problèmes avec la justice) [45].

3.2 Fonctionnement limite et adolescence :

La notion de fonctionnement limite, d'état limite s'est construite au cours du 20^{ème} siècle à partir de deux processus assez distincts : d'une part par la communauté psychiatrique de l'époque qui cherchait principalement à relever d'éventuels troubles pré-morbides ou des facteurs de risques pouvant permettre de prédire l'apparition d'une schizophrénie ; et d'autre part la description progressive par les psychanalystes d'analysants semblant présenter une problématique névrotique, mais qui au cours de la cure semblent mettre en place une psychose de transfert.

La description de ces analysants a progressivement poussé les analystes à proposer la notion d'état limite, afin de pouvoir les décrire.

Selon Robin, la classification nosographique catégorielle des psychanalystes (névrose et psychose constituant les deux principales catégories distinctes) a donc progressivement laissé place à une conception dynamique dans laquelle névrose et psychose ne peuvent se définir que l'une par rapport à l'autre, mettant en jeu le concept de limite [69].

Bergeret a précisé que le symptôme principal chez les patients limites résidait dans la dépression, et non pas le délire (symptôme psychotique) ni les obsessions ou les conversions (symptômes névrotiques). L'angoisse est celle d'une perte de l'objet et non une angoisse dite « de morcellement » (angoisse psychotique) ou de « castration » (angoisse névrotique). Sur le plan défensif enfin, il est décrit le clivage, la forclusion, l'identification projective, et non le dédoublement du moi (défense psychotique) ou le refoulement névrotique [19].

Ces deux courants se sont accordés sur le terme « Borderline » dans les pays Anglo-saxons, et « Etats Limites » en France.

Marcelli décrit de façon générale la clinique des états limites en 6 points :

- Une angoisse importante ;
- Symptômes névrotiques multiples au sein d'une sexualité peu satisfaisante pour le sujet ;
- Symptomatologie dépressive importante ;
- Fréquence importante du passage à l'acte (tentatives de suicides ; actes délictueux) ;
- Fréquence des relations de dépendances aux drogues diverses ;
- Possibilité d'épisode de décompensation transitoire mais rapidement régressif ;

Le diagnostic d'état limite repose, au-delà de la clinique comportementale, sur l'identification de mécanismes mentaux défensifs dits « archaïques », ou domine le *clivage*, avec *l'identification projective*, le *déni* et *l'idéalisation*. Ces défenses « ont comme résultat d'affaiblir le moi lui retirant une partie de son potentiel d'adaptation ».

De ce défaut d'adaptation du Moi découle, sur un plan comportemental, l'intolérance à la frustration majeure de ces sujets, menant aux passages à l'acte (auto ou hétéro-agressivité ; consommations de substances, mais aussi conduites de purges chez les patientes limites présentant un TCA).

L'auteur précise que, concernant les états limites de l'adulte, le modèle de compréhension est avant tout psychanalytique, que l'étiopathogénie la plus fréquemment avancée repose sur des questions développementales, et que la spécificité de la description de ces sujets ne réside pas dans le tableau clinique, mais dans « *l'organisation conflictuelle, économique et dynamique sous-jacente.* »

3.2.1 Chez l'adolescent :

L'auteur souligne des points communs entre les processus de l'adolescence et les états limites :

- Un Moi affaibli en difficulté pour gérer les exigences pulsionnelles vives : chez l'adolescent du fait de la crise pubertaire et des perturbations qu'elle engendre, des adaptations qu'elle demande; chez l'état limite du fait de la non-tolérance à la frustration.
- Il est fréquemment décrit chez les adolescents un Surmoi présentant des exigences renforcées, dans le contexte de ré-aménagement pubertaire et la réapparition du possible œdipien décrit plus haut. Surmoi également intransigeant chez les états limites, généralement issu de « *l'introjection d'une image parentale redoutable et redoutée* ».
- Dans l'adolescence comme chez les états limites, le recours aux mécanismes de défenses archaïques, avec le clivage : chez l'adolescent pour éviter la confrontation directe à la menace incestueuse, et chez l'état limite dans la nécessité de préserver une bonne image de soi et d'objet de l'attaque destructrice des mauvaises images introjectées.
- Enfin, un flottement dans l'identité : chez l'adolescent suite aux transformations de l'image du corps, ainsi que dans la nécessité d'abandon des objets infantiles (images parentales pré-œdipiennes et œdipiennes) ; et chez le patient limite secondaire à l'utilisation excessive des mécanismes de défenses archaïques.

Cliniquement sur un plan comportemental, il est décrit principalement chez les adolescents limites la fréquence de l'agir, des conduites marginales ou délinquantes, notamment la toxicomanie ; la fréquence des difficultés scolaires ; les difficultés sexuelles avec souvent des conduites sexuelles chaotiques, avec possibilité de mises en danger ; les manifestations centrées sur le corps, notamment alimentaires ; le sentiment de vide et enfin l'extrême sensibilité de l'adolescent limite aux abandons.

3.2.2 Liens entre fonctionnement limite et trouble de la personnalité borderline à l'adolescence :

Dans leur ouvrage spécifique aux adolescents présentant un TP borderline, Robin et al. reprennent les distinctions et la relation que l'on peut établir entre le fonctionnement « limite » tel qu'il est décrit sur un plan psychodynamique, et le TP borderline, décrit par le DSM [69].

Dans leur étude concernant les adolescents borderline, les auteurs soulignent que certains soignants ont proposé l'orientation de leur patientes considérés comme « états limites », rencontrés principalement dans des consultations spécialisées sur les TCA ; mais si elles présentaient bien un fonctionnement limite avec notamment craintes d'abandons, instabilité de la notion de soi, idéations suicidaires, colères intenses et instabilité relationnelle, elles ne cotaient pas pour autant au diagnostic de TP borderline en entretien semi-structuré.

L'auteur explique cet écart dans le fait que chez ces patientes anorexiques, il existait un décalage important entre la plainte exprimée, vécue de façon intériorisée par ces patientes, et leurs comportements, très contenus, qui empêchent de coter un diagnostic de TP borderline puisque celui-ci est selon le DSM, avant tout comportemental.

Il est donc décrit chez ces adolescentes des fonctionnements intrapsychiques très proches, avec pour certaines patientes une expression reposant majoritairement sur des « *actes moteurs impulsifs* » désignées par TP borderline selon l'axe II du DSM, et d'autres une expression reposant sur des actes de restriction alimentaire, diagnostiquées anorexiques selon l'axe I du DSM.

L'auteur conclue donc que « *la personnalité borderline représenterait donc une des voies comportementales possibles de dérivation de l'angoisse caractérisant la problématique limite, d'autres voies étant représentées par les troubles du comportement alimentaire, les addictions la dépression...* ».

Ainsi nous pouvons voir que le fonctionnement limite que l'on peut décrire dans une certaine limite qualitative et quantitative chez l'adolescent « normal », se retrouve aussi dans une mesure plus importante chez des adolescents pouvant exprimer une souffrance comportementale beaucoup plus diffuse, se traduisant en divers troubles lorsque l'on reprend une classification nosographique classique (par exemple le DSM ou encore la CIM).

3.3 Lien entre fonctionnement limite à l'adolescence et TCA :

Dans l'étude EURNET-BPD, Cohen de Lara et al. ont proposé l'analyse du fonctionnement psychique de certains patients borderline et la comparaison avec des témoins par des méthodes projectives, avec le test du Rorschach et du T.A.T. [70]. Les auteurs précisent que par ailleurs, à une exception près, tous les patients borderline de leur étude présentaient un fonctionnement limite eu égard aux évaluations projectives proposées.

Nous retiendrons de ce descriptif que les auteurs retrouvent principalement deux sous-types distincts de fonctionnement limites au sein de ces protocoles, qu'ils opposent en nommant respectivement un protocole « floride » et un protocole « inhibé ».

Ces deux protocoles ont principalement été précisés dans le chapitre écrit par Nicolas et al. concernant la relation entre TCA et TPB : en effet, la distinction entre ces deux protocoles s'est révélée particulièrement marquée lorsque analysée de façon complémentaire aux symptômes alimentaires des patientes borderline de l'étude [61].

Le protocole « inhibé » est marqué par l'inhibition défensive et la pauvreté associative. Le protocole « floride » par la massivité de la projection et l'effervescence des productions.

Le fonctionnement limite « inhibé » semble permettre, selon les auteurs, une plus grande préservation du narcissisme mais se paie en retour d'un appauvrissement considérable de la vie psychique et d'un désinvestissement de la relation à l'objet. Dans ce qui semble l'inverse, les patientes TCA limites « florides » expriment les conflits avec une transparence importante, cela mettant en avant chez ces patientes la difficulté de l'élaboration de la perte, et l'impact que cela peut jouer dans le traitement du conflit œdipien.

Lorsque les auteurs comparent les patients borderline TCA et non TCA, il n'existe pas de différence significative sur le plan de l'orientation des protocoles retrouvés. Pour autant, il semble dans une certaine mesure qu'il est possible de relier certains fonctionnements intra-psychiques et certaines conduites : ainsi, les fonctionnements psychiques très « inhibés » correspondent aux patientes présentant une anorexie restrictive (AM-R). De même, l'organisation limite de type « floride » est principalement retrouvée chez les patientes présentant des conduites boulimiques et de purges.

Cependant, les auteurs insistent sur le fait qu'il existe au sein de ces 2 types de protocoles une certaine hétérogénéité, certaines patientes alternant ces deux modes de fonctionnement au cours de la passation des projectifs. Ainsi, il peut apparaître réducteur de considérer ces modes de fonctionnement intra-psychiques dans une vision binaire : « floride » ou « inhibé ».

C'est en partie pour cela que ces auteurs considèrent le TCA comme un reflet du fonctionnement limite adolescent : nous pouvons constamment retrouver au sein de cette bibliographie la volonté d'organiser, sur un plan clinique, les troubles, les comportements, et même donc les fonctionnements intra-psychiques sur un mode binaire : IMC normal (patientes BN) ou diminué (patientes AM) ; comportement alimentaire restrictif (AM-R) ou avec conduites de purges (AM-BP), fonctionnement psychique « inhibé » ou « floride », traits de personnalité du cluster C, ou du cluster B.

Ce modèle de compréhension des TCA limites reflète de façon indirecte leurs propres modalités de fonctionnement, tel un paradigme. Les auteurs insistent sur le fait qu'il faut éviter de tomber dans le piège d'une description uniquement binaire, voire « clivée » de ces troubles : il existe chez ces patientes des chevauchements entre ces deux modalités de fonctionnement, qui peuvent de plus fluctuer au cours du temps.

3.3.1 Fonctionnement psychique « inhibé » et TCA :

Dans la description des protocoles des patientes au fonctionnement psychique inhibé, les auteurs rapportent une restriction massive du déploiement des conflits. Le fonctionnement psychique est focalisé contre les ingérences pulsionnelles et sur le maintien du rapport à la réalité, au détriment de toute activité créatrice. Ces patientes constitueraient une des bornes d'un continuum au sein des adolescents présentant un fonctionnement limite : l'objectif de ce fonctionnement caractérisé par une hypervigilance envers l'environnement et une obsessionnalisation majeure est bien de préserver un narcissisme menacé. Dans ce cas, le ressenti de vide interne, le risque d'effondrement dépressif est dénié. Ce sont ces patientes qui semblent présenter sur un plan clinique un fonctionnement intra-psychique limite, mais qui ne présentent pas la symptomatologie comportementale nécessaire à la cotation du trouble de la personnalité de type borderline. Ce sont généralement des patientes présentant des comportements majoritairement restrictifs sur

le plan alimentaire, pouvant à terme amener à une anorexie de type restrictive, qui s'accompagne dans la littérature internationale de tout un panel de comorbidités obsessionnelles (TP obsessionnel et TOCS) et anxieuses (cf. plus haut) ; comorbidités pouvant, dans certains cas, exprimer ce façon indirecte le fonctionnement intra-psychique « inhibé » de ces patientes.

3.3.2 Fonctionnement psychique « floride » et TCA :

Ce sont ces patientes que les auteurs appellent « TCA borderline », pour lesquelles il existe plus de confusion entre monde interne et externe, mais qui présentent un déni moindre vis-à-vis de la réalité extérieure. Elles apparaissent plus en contact avec la représentation de perte d'objet, et présentent donc une meilleure « adaptabilité » face à l'environnement objectal.

Il s'agit bien, pour ces auteurs, de l'effroi de la passivité (dans la relation menaçante à l'objet) qui prend un rôle central. Les passages à l'acte (auto-agressifs ou boulimiques, qui sont statistiquement liés dans les études décrites plus haut), les conduites de purges représentent une tentative d'appropriation du sentiment de répétition ressenti dans l'angoisse liée au manque, à l'absence et à la perte de l'objet. Il faut en effet souligner l'importance de ces conduites (passages à l'acte ; ou à l'inverse restriction alimentaire) chez ces adolescentes limites, représentant pour elles comme une illusion de « reprise de maîtrise » pour effacer la passivation insupportable induite par le processus adolescent. Ces mécanismes de défense coexistent, et apparaissent effectifs dans un premier temps pour l'adolescente, permettant parfois une certaine stabilisation thymique d'un point de vue « extérieur » ; pour autant, la restriction alimentaire finit par rattraper la patiente, la mettant face à certaines limites externes (parentales, médicales etc.), tandis que les conduites de purges ne permettent pas à terme une régulation du risque d'effondrement dépressif.

Au final, la perte de contrôle finit par être criante, vue de l'extérieur, soit dans la perte de poids sans fin de l'anorectique restrictive, soit dans l'impossibilité de contrôler les débordements pulsionnels des patientes avec conduites de purges.

Enfin, à ce que l'on pourrait appeler « l'autre borne du continuum », la confusion entre monde interne et externe est majeure, les défenses obsessionnelles passent en arrière-plan devant leur inefficacité, et laissent place à une fragilité narcissique « quasiment à ciel ouvert », ainsi qu'à des

angoisses volontiers paranoïdes, avec mise en place de défenses de types archaïques importantes, clivage et déni, et le court-circuit de l'intra-psychique par l'intermédiaire des passages à l'actes, expliquant chez ces adolescentes la majeure partie des troubles de conduites externalisées recensés comme comorbidités chez les patientes borderline limites *non TCA*, mais aussi AM-BP et BN (Usage de substance, comportements auto ou hétéro-agressifs, troubles des conduites...).

L'intérêt majeur de cette étude pour notre travail réside dans le maniement des différents troubles tels que décrits par les systèmes nosographiques actuels, et l'analyse du fonctionnement intra-psychique sous-jacent, et les différents liens proposés par les auteurs pour permettre une meilleure compréhension globale du TP borderline et des TCA, entités polysémiques et avant tout comportementales, ne permettant pas totalement de rendre compte à *elles seules* d'une compréhension globale du sujet. Ainsi : « *Tant que la fragilité narcissique est contenue par le carcan anorexique, il est difficile d'accéder à la conscience d'un vide interne et d'une fragilité identitaire, ce qui fausse les approches standardisées quantitatives et catégorielles* ».

Dans cet ouvrage, les auteurs insistent sur la notion de *continuum clinique*, tant sur le plan des conduites alimentaires, que sur le plan du fonctionnement intra-psychique. De plus, ils insistent sur le fait « *qu'il est important de se représenter que les différents types de fonctionnement ne caractérisent pas des types de patients mais plutôt des moments ou des périodes de fonctionnement chez des sujets dont l'instabilité reste le trait le plus commun* ».

Il est conceptualisé l'évolution de l'AM-R vers l'AM-BP comme une perte du contrôle restrictif à outrance, avec la fissuration de ce système défensif : ouvrant la possibilité d'une conscience de soi douloureuse, mais aussi permettant une place à l'objet. Le risque de la perte de l'objet dans ce cadre doit devenir tolérable : « *cette étape de l'évolution des patientes limites TCA ouvre à une plus grande vitalité psychique, mais augmente le risque de confusion, d'angoisse paranoïde et d'effondrement dépressif* ».

Nous pouvons ici faire le lien avec toute la partie concernant le caractère instable des TCA : certains auteurs s'appuyant sur des études quantitatives pour mettre en évidence la même notion de continuum au sein des TCA ; cette conceptualisation permet du même coup la compréhension de la variation de ces symptômes au cours du temps, ainsi que leurs comorbidités associées qui restent extrêmement différentes. L'élément commun majeur que l'on retrouve dans ces études

concernant les TCA : c'est *l'instabilité* : des comorbidités, des fonctionnements psychiques, des conduites, des diagnostics.

4 Conclusion de la revue de la littérature médico-scientifique :

Les TCA de l'adolescent apparaissent comme un groupement de pathologies complexes, à haut risque suicidaire, associés à une mortalité accrue, et à une morbidité somatique et psychiatrique importante.

La littérature médico-scientifique a progressivement proposé la description de ces patients (majoritairement patientes du fait du sex-ratio des TCA), notamment concernant leur devenir, les facteurs prédictifs de ce devenir, et la description des comorbidités psychiatriques associées.

Les systèmes de classification nosographique des TCA proposent la différenciation de plusieurs catégories distinctes, dont les deux principales sont l'AM et la BN, cette différenciation reposant sur plusieurs éléments anamnestiques, cliniques, pronostiques évidents. Elle se trouve confortée par un devenir excessivement différent, mais aussi sur le plan des comorbidités psychiatriques, tant sur le plan de l'axe I que sur le plan de l'axe II du DSM.

Une grande partie de la recherche s'est centrée sur la tentative de produire un descriptif cohérent pour chaque trouble alimentaire. Une des conséquences de l'hétérogénéité des patientes et des résultats a été notamment la distinction de sous-types diagnostiques (par exemple les sous-types AM-R ou AM-BP), voire de nouveaux diagnostics (hyperphagie boulimique) ainsi que le remaniement des catégories diagnostiques préexistantes (AM, BN et TCA-NOS de la nouvelle version du DSM).

Force est de constater que, si l'on en reste sur le système de classification des troubles classiques par modalité d'axe I et II, l'hétérogénéité et la diversité des résultats retrouvés rend extrêmement difficile de décrire une patiente « type » présentant un trouble des conduites alimentaires.

L'hétérogénéité et la variation des résultats, la difficulté d'établir une vision claire de la catégorie diagnostique TCA peut, à notre sens, être expliquée par plusieurs points :

1. La quantité et la variation importante des comorbidités psychiatriques rencontrées chez ces patientes (sur le plan des TP du cluster B et C ; l'importance des symptômes

obsessionnels et anxieux ; le risque dépressif sous-jacent ; le risque suicidaire associé, tant dans le passage à l'acte dans la BN que la mortalité liée aux TS dans l'AM)

2. L'impact extrêmement difficile à décrire des comorbidités associées : s'agit-il de facteurs prédisposants (TP du cluster C) ; de facteurs aggravants (TP du cluster B, troubles de l'humeur) ; de facteurs de chronicité (rigidité de fonctionnement liée aux symptômes obsessionnels) ; ou à l'inverse le TCA pourrait-il être un symptôme en réponse à un risque d'effondrement dépressif, dans le cadre plus global d'un trouble de la personnalité ?
3. L'impact parfois peu pris en compte dans les études (du fait de la difficulté de la comparaison avec des sujets sains pour les patientes AM) de la dénutrition aiguë et chronique, notamment sur le plan psychiatrique (il existe en effet une très grande difficulté de proposer des groupes contrôles de patients dénutris sans TCA) ;
4. Les difficultés du modèle des troubles selon le DSM à permettre des liens entre les troubles constatés et le processus neuro-psycho-physiologique développemental complexe qu'est le processus adolescent ;
5. La difficulté de prendre en compte l'impact environnemental au sens large, y compris sur un plan sociétal ;
6. La faible proportion d'études (en tout cas concernant les comorbidités psychiatriques) s'intéressant aux TCA dès le début de leur apparition, à savoir en grande majorité à l'adolescence ; selon de nombreux auteurs, les TCA apparaissent chez les patientes adolescentes dans une problématique dynamique globale, chez des sujets en développement sur le plan de l'autonomie, sur le plan de la personnalité... Les études adultes s'intéressent le plus souvent à des patientes présentant une évolution de la pathologie plus chronique –ce qui représente un intérêt spécifique- mais qui ne sauraient pas rendre compte de l'ensemble (voire de la majorité) des pathologies TCA, du moins dans les différentes phases évolutives qu'elles présentent.
7. Enfin, au cours des dernières années, l'émergence d'une quantité importante de travaux ayant mis en évidence l'importante instabilité des diagnostics TCA au cours du temps, alors même que les patientes de ces études présentaient déjà toutes une durée d'évolution de la maladie supérieure à 5 ans (cf. partie 2.4.2). A notre connaissance, ce point crucial n'a

pas encore été abordé de façon prospective dès le début de l'apparition des troubles, en population adolescente. Nous pouvons néanmoins supposer avec prudence et attendre une variation au moins identique à celle reportée chez l'adulte, voir supérieure du fait du caractère extrêmement dynamique des symptômes psychiatriques que l'on retrouve chez l'adolescent [1].

8. La présence d'une instabilité importante des diagnostics TCA au cours du temps rend plus complexe la compréhension des comorbidités extrêmement différentes constatées chez ces patientes : des comorbidités obsessionnelles et internalisées des patientes AM-R aux comorbidités liées aux difficultés de régulation de l'impulsivité (TP borderline et conduites externalisées) des patientes AM-BP et BN. Il s'agit de symptômes très différents, et l'instabilité diagnostique des symptômes TCA rend extrêmement difficile d'expliquer la présence de certaines comorbidités, notamment celles supposées stables selon le DSM (particulièrement les TP).

Notre travail de thèse s'intéresse particulièrement à la relation entre éléments de personnalité et TCA chez l'adolescent. Ces liens entre personnalité et TCA ont suscités de nombreuses questions dans la littérature : certains auteurs se sont penchés de façon plus dimensionnelle sur certains traits de personnalité (cf. [partie 2.3.3](#)).

D'autres, devant la divergence des profils retrouvés en utilisant les catégories du DSM et l'impossibilité manifeste d'établir des liens clairs entre TCA et TP, ont proposé de nouveaux profils de personnalité qui seraient spécifiques aux TCA (cf. [partie 2.3.4](#)). Même pour ces profils élaborés par l'intermédiaire de méthodes statistiques (notamment l'analyse factorielle), il n'est pas retrouvé de lien spécifique à un diagnostic TCA, que ce soit chez l'adulte ou l'adolescent. Dans quelques études, il existe parfois des associations entre conduites alimentaires : notamment l'association entre restriction alimentaire et personnalité « évitante/déprimée » et TP du cluster C ; et association conduites de purges avec personnalité « dysrégulée » et TP du cluster B et notamment conduites auto-agressives.

Le système de classification actuel du DSM en axe I/axe II, dont découle directement le concept de comorbidité psychiatrique, apparaît dans ce cas précis insuffisant pour rendre compte de l'impact et de la relation entre les conduites symptomatiques (regroupées en troubles) et le mode

de fonctionnement d'un sujet. Dans cette organisation nosographique, deux troubles considérés comme distincts ne peuvent interagir que selon certains patterns (cf. partie 2.3.1)

Un autre élément semble ressortir de cette analyse de la littérature : plusieurs auteurs ont insisté sur la relation spécifique entre traits de personnalité, comorbidités et certaines conduites alimentaires, prises en comptes *telles qu'elles* et non dans le cadre des diagnostics de TCA : c'est principalement l'absence (comportement restrictif, retrouvé majoritairement dans l'AM-R) et la présence de conduites de purges.

Ainsi le comportement restrictif apparaît majoritairement associé aux TP du cluster C, à la pathologie anxieuse et obsessionnelle, un ensemble de comorbidités que nous pouvons globalement considérer comme étant des troubles « internalisés », tandis que les conduites de purges apparaissent beaucoup plus liées aux TP du cluster B, et à tout un panel de troubles plus comportementaux, notamment le trouble de l'usage de substance, les tentatives de suicides et comportements auto-agressifs, que nous pouvons considérer comme des troubles « externalisés ».

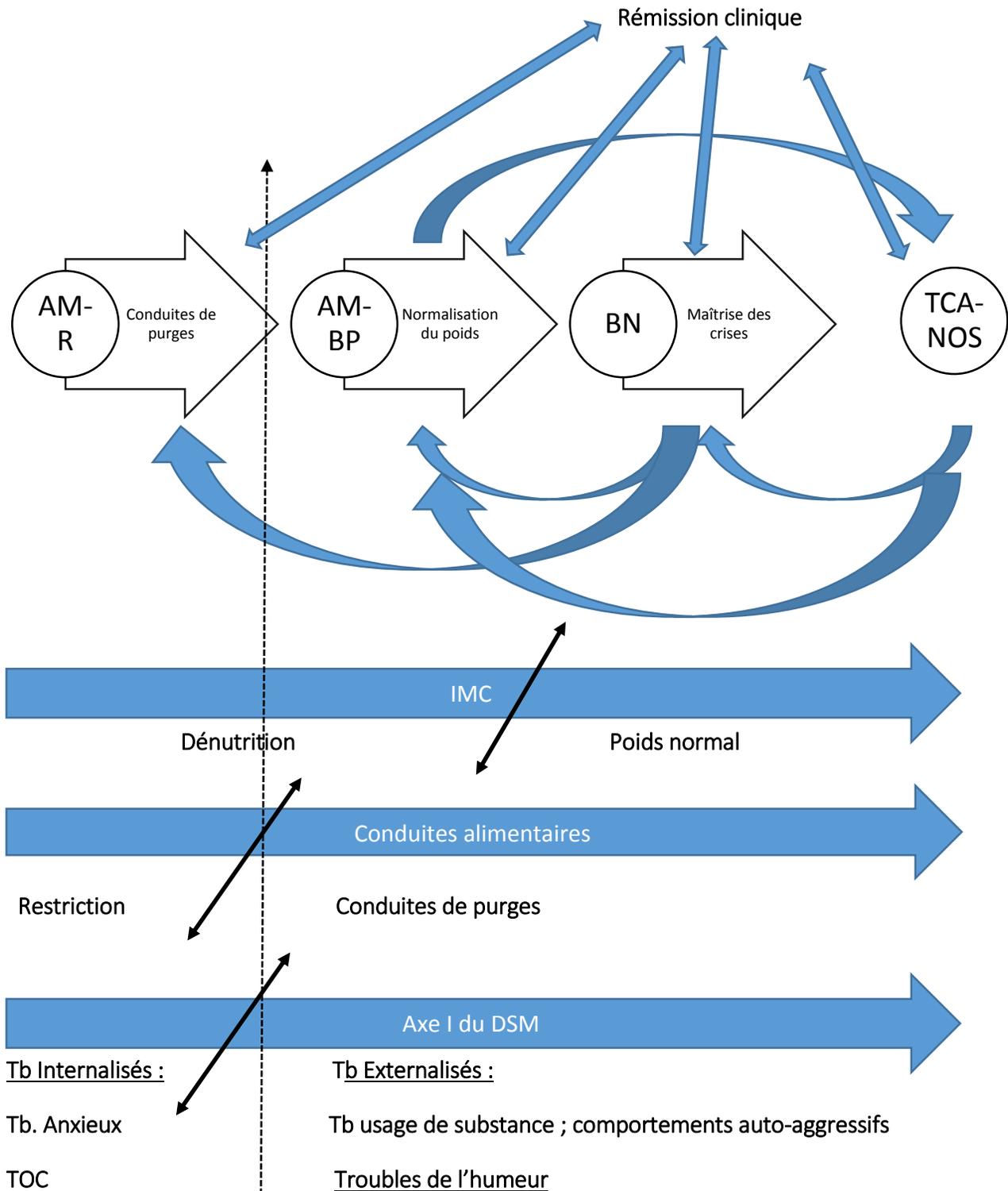
Si l'association entre restriction/conduites de purges et troubles « internalisés »/ « externalisés » apparaît plus valable sur le plan statistique, ces conduites en elles-mêmes semblent instables au cours de l'évolution des patientes, avec la présence de périodes de restriction, et d'autres de perte de contrôle de cette restriction avec apparition de conduites de purges.

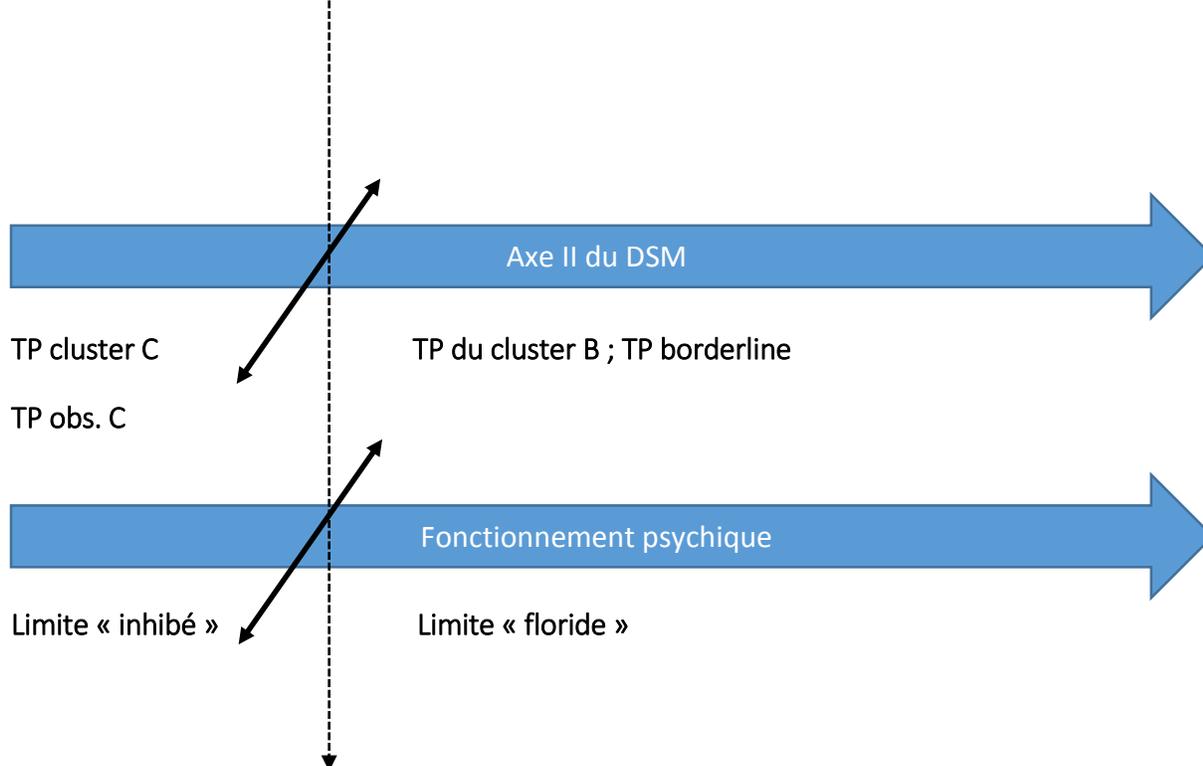
Plusieurs auteurs ont donc repéré ces variations de conduites alimentaires pour *certaines patientes*, et se sont trouvés en difficulté pour proposer un modèle de compréhension satisfaisant pour préciser les liens entre certains traits de personnalité (supposés stables) et ces conduites alimentaires (supposées stables elles aussi mais en réalité peu stables pour certaines patientes).

Au regard de ces éléments, nous pouvons proposer, comme l'on fait certains auteurs, la notion d'un continuum clinique chez ces patientes, avec une possibilité grande de variation sur le plan de la symptomatologie alimentaire, mais aussi pour certains traits de personnalité qui y semblent liés. Cette hypothèse apparaît de même encore plus plausible lorsque l'on considère la population adolescente, dont la tranche d'âge présente entre autre une variabilité beaucoup plus importante concernant les traits de personnalité [71].

Au vu des données de la littérature médico-scientifique actuelle, il apparaît possible de considérer, pour certaines patientes TCA, les interactions axe I / axe II / TCA / IMC / fonctionnement intrapsychique selon une certaine forme de continuum, présenté dans la figure 9 :

Figure 9 : Continuum clinique des TCA :





Ce schéma théorique se permet d'effectuer des liens qui n'ont pas tous été démontrés sur un plan statistique.

Il reste avant tout théorique, se basant sur des résultats entre différents types d'études concernant les TCA, mais présente l'intérêt de permettre une considération d'ensemble des TCA, et de proposer des ponts entre certaines conduites, certaines comorbidités, certains éléments cliniques, dans une dynamique évolutive. A l'heure actuelle, il n'existe pas d'études chez l'adulte ou l'adolescent qui se soient intéressées à étudier les comorbidités des TCA de façon prospective et concomitante à la variation de la symptomatologie alimentaire.

Cette notion de continuum clinique a été proposée par différents auteurs s'étant intéressés à des versants parfois très différents du groupe diagnostic TCA. Elle nous paraît intéressante, rejoignant de nombreux constats cliniques que nous avons pu faire au cours des prises en charges d'adolescentes anorexiques des patientes de la Villa Ancely.

Ce schéma semble mettre en avant une certaine dichotomie : présence/absence de conduites de purges ; fonctionnement « inhibé »/fonctionnement « floride » ; troubles « internalisés »/troubles « externalisés »

Selon Nicolas et al., cette vision peut avoir un certain intérêt à un moment précis de la prise en charge des patientes, mais dans le plus grand nombre des cas, certains aspects psycho-

pathologiques, comportementaux peuvent être présents à des dimensions plus ou moins variables au cours de l'évolution du sujet, et parfois aussi co-exister [61]. De même, à notre sens, ce schéma tente de rendre compte de la réalité d'une certaine proportion de patientes TCA, mais pas de la totalité ; certaines patientes ne semblent pas présenter une évolution progressive sur le plan des conduites alimentaires ou des comorbidités : notamment en ce qui concerne les patientes TCA-NOS, qui guérissent souvent plus rapidement, ou encore pour certaines patientes qui présenteront un comportement anorectique restrictif pur sans aucun comportement de purge associé au cours de la prise en charge.

5 Problématique et justification de l'étude :

Certains articles ont pu insister sur les liens importants existants entre TPB et TCA : s'ils ne représentent pas la totalité des patients présentant un TCA, les théories de continuum clinique peuvent rendre compte d'une partie spécifique de patientes TCA.

Au vu de ce continuum, certaines patientes présentant une AM peuvent présenter une importante instabilité sur le plan symptomatique : alimentaires avec passage de l'AM vers une autre catégorie diagnostique (AM-BP ; BN ou TCA-NOS). Ces changements s'accompagnent aussi d'autres modifications plus générales et comportementales, qui peuvent s'apparenter à des traits de personnalité reflétant un fonctionnement limite, voir à l'extrême à un TPB.

Nous pouvons donc inversement nous demander quelle place peuvent prendre les TCA, et en particulier l'AM (principalement restrictive) si l'on se place du point de vue de ce continuum : il semble en effet que l'évolution clinique, et même ce que l'on peut considérer comme une des voies de guérison, passe le plus souvent par l'abandon du comportement restrictif pur (passage vers l'AM-BP, la BN), mais voir en parallèle l'apparition de signes plus diffus d'une perte de contrôle des impulsions (les conduites de purges, certains troubles externalisés ; entrant dans le cadre plus global du TPB).

Nous pouvons donc nous interroger sur une fonction de l'AM en tant que symptôme (à la fois des comportements restrictifs alimentaires ; mais aussi l'impact de la dénutrition physique) permettant à la patiente une maîtrise face à des angoisses, à un risque d'effondrement diffus, caractérisé à son apogée par le TPB.

L'AM pourrait-elle présenter, chez des patientes présentant un mode de fonctionnement limite, un système défensif symptomatique de lutte contre l'apparition d'un risque d'effondrement lié à l'émergence pulsionnelle importante du processus adolescent ?

Au vu de la littérature, il nous paraît envisageable que, pour certaines patientes, l'AM puisse représenter un symptôme défensif permettant de mettre à distance un risque d'effondrement dépressif liée à l'émergence d'éléments de personnalité limite, représentée au niveau du DSM par l'apparition de traits de personnalité de la lignée du TPB. Il s'agit d'un mode de présentation que nous avons pu en partie identifier de façon clinique chez certaines patientes sollicitant un service

spécialisé pour la prise en charge d'un trouble des conduites alimentaires, et qui, après une courte durée de soin spécifique axée sur les TCA, semblent se décaler d'une partie de leurs symptômes alimentaires et présenter des traits de personnalité borderline.

Si quelques études ont pu indirectement explorer la labilité et l'instabilité importante de la pathologie TCA et des traits de personnalité associés, il n'existe pas à notre connaissance d'études s'intéressant de façon précise à la stabilité de l'AM chez l'adolescente, et surtout sur la notion d'apparition rapide d'une symptomatologie borderline chez ces patientes.

C'est dans cette optique que nous avons proposé l'étude d'une façon prospective de l'apparition au cours du temps de traits de personnalité chez les patientes se présentant au soin psychiatrique spécialisé, afin de pouvoir éventuellement identifier et décrire certaines patientes qui semblent rapidement présenter des traits borderline. Le but étant à terme de permettre une meilleure identification de ces patientes afin de proposer une adaptation précoce de la prise en charge qui leur est proposée.

Troisième partie : Matériel et Méthode

1 Objectifs de l'étude :

1.1 Objectif principal :

L'objectif principal de notre étude consiste à tenter de repérer chez des patientes adolescentes anorexiques l'apparition au cours du suivi d'une symptomatologie évocatrice d'un trouble de la personnalité, et décrire les modalités de cette apparition.

1.2 Objectif secondaire :

Tenter d'isoler certains éléments cliniques ou anamnestiques pouvant prédire l'apparition de ce trouble de la personnalité.

2 Schéma de la recherche :

Etude observationnelle descriptive longitudinale monocentrique sur une cohorte d'adolescente présentant une anorexie mentale selon les critères du DSM-IV-TR (diagnostic clinique).

3 Critères d'inclusion :

Toute patiente, sur une durée de 2 ans :

- De sexe féminin
- Agée de 13 à 18 ans
- Prise en charge pour la première fois en structure hospitalière spécialisée pour des troubles des conduites alimentaire.
- Présentant un trouble Anorexie Mentale selon les critères du DSM-IV-TR

4 Critères de non inclusion :

- Refus de participer à l'évaluation par l'adolescente ou ses parents.
- Niveau de compréhension des questions des questionnaires insuffisantes.

5 Procédure de l'étude :

Le but de notre étude était de pouvoir mettre en évidence, au cours du suivi, l'apparition d'un trouble de la personnalité chez certaines patientes que nous recevons dans le cadre du suivi pédopsychiatrique spécifique de l'anorexie mentale. Pour ce faire, nous avons mis en place une étude permettant de repérer et de diagnostiquer, de façon prospective et standardisée, l'apparition de traits ou d'un trouble de la personnalité pour les patientes prises en charge pour cette problématique dans le service.

Notre expérience clinique empirique nous faisait suspecter la possibilité de repérer, dès six mois de suivi (ce qui est un critère de temps plutôt court dans l'étude des TP) certains éléments en faveur du diagnostic de TP. Nous avons donc élaboré le protocole suivant :

Pour toute patiente prise en charge à la Villa Ancely (CHU Toulouse, SUPEA) pour une anorexie mentale, seront renseignés, à l'entrée, après six mois et après un an de suivi sur la structure :

- Description de l'intensité du trouble Anorexie Mentale par auto-questionnaire (*Eating Attitudes Test 26 ; EAT-26*).
- Description des comorbidités chez ces patientes avec mesures par entretiens semi-structurés :
 - Axe I du DSM-IV-TR : *M.I.N.I. KID 2.0* ou *M.I.N.I. 5.0* (si patiente âgée de plus de 16 ans à l'inclusion)
 - Axe II du DSM-IV-TR : *SCID II Questionnaire de personnalité* et *SCID II : Entretien Semi-Structuré pour les troubles de la personnalité*.

- Relevé des données anamnestiques et cliniques :
 - Âge
 - Indice de masse corporelle (IMC)
 - Antécédents psychiatriques personnels et familiaux
 - Type d'anorexie mentale (restrictive ou avec conduite de purges)
 - Date de début des troubles (et durée « d'anorexie non traitée »)
 - IMC le plus bas
 - Variation de l'IMC maximale sur 2 mois avant suivi
 - Variation de l'IMC maximale sur 2 mois durant le suivi
 - Nécessité d'une prise en charge somatique en urgence
 - Type de prise en charge psychiatrique initiale (ambulatoire ou hospitalière)
 - Mode de vie
 - Niveau de scolarité
- D'autres données cliniques sont relevées à chaque passation :
 - IMC
 - Prescription d'un traitement psychotrope
 - Apparition de comportements auto-agressifs
 - Hospitalisation
 - Pose d'une sonde naso-gastrique
 - Apparition de conduites de purges

Ces évaluations sont proposées à toute patiente répondant aux critères d'inclusion. Le protocole de recherche est expliqué de façon claire à la famille, l'évaluateur et le médecin suivant la patiente restant disponible tout au long de l'évaluation en cas d'interrogations.

Ces évaluations sont proposées quel que soit le mode de soin de l'adolescent : qu'il soit ambulatoire ou d'entrée hospitalier. Notre but étant de proposer une étude concernant les difficultés et les comorbidités de ces adolescentes présentant une anorexie mentale, nous avons

pris le parti de ne pas inclure de critères de non inclusion plus spécifique, afin de garder une population clinique « tout venante ».

Les documents spécifiques de cette étude étaient composés :

- De la fiche résumé du protocole de recherche (cf. annexes)
- Des différents feuillets d'évaluation concernant les différents outils : à savoir :
 - Le livret du M.I.N.I. KID 2.0
 - Le livret de la SCID II (questionnaire et entretien semi-structuré)
 - L'échelle de l'EAT-26

Tous ces documents ont été stockés dans le dossier patient. Aucune information nominative n'a été extraite sans une procédure d'anonymisation par chiffrement, dans un fichier resté au sein d'un ordinateur protégé par la sécurité informatique du CHU de Purpan.

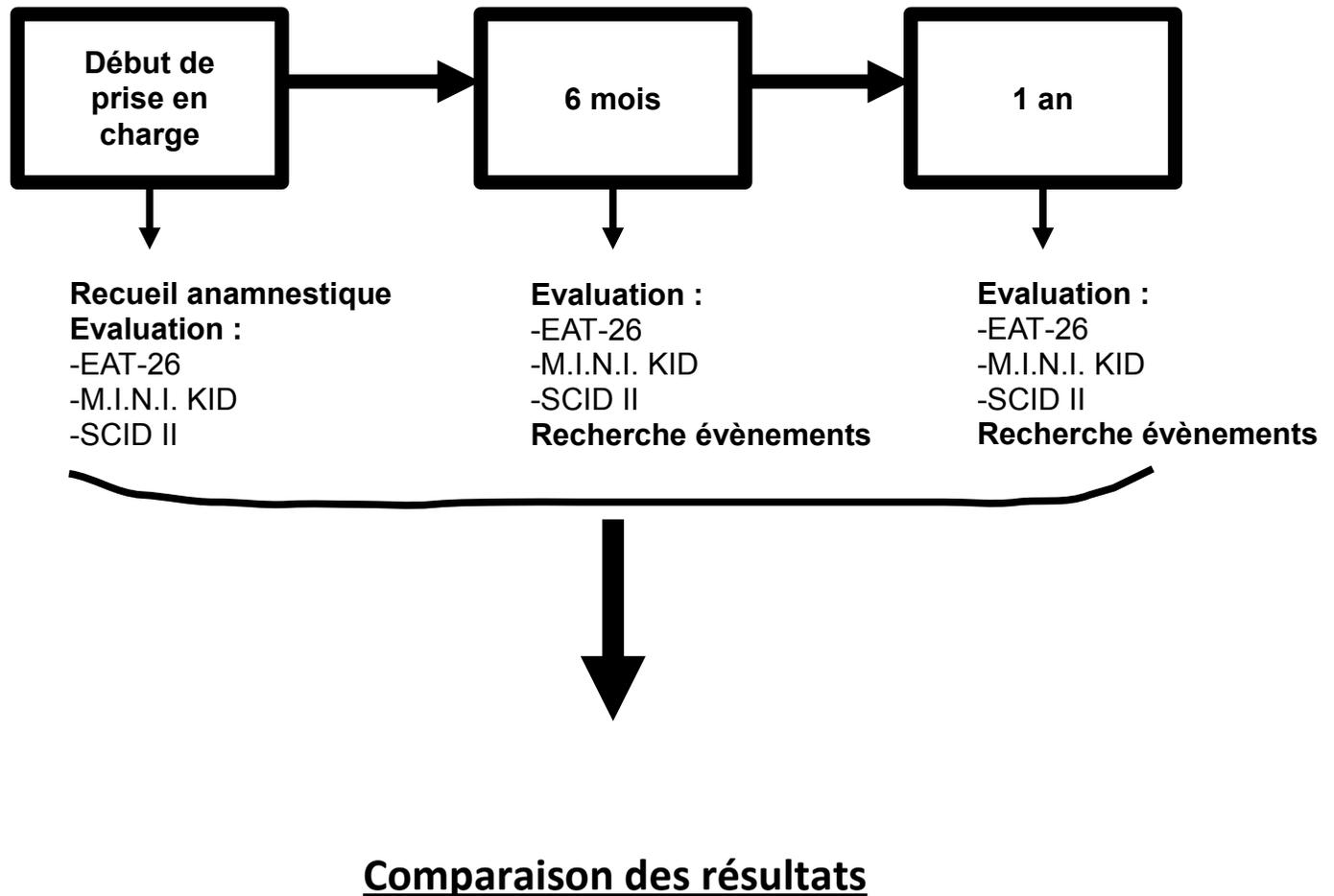
Ce processus d'anonymisation, de stockage des données informatiques anonymisées, ainsi que tout le traitement informatique et statistique ont fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) N°1782340.

Par ailleurs, cette étude a été approuvée par le Comité d'Ethique de la Recherche du CHU de Purpan le 18 Décembre 2014, en tant que protocole de soins courant (projet N°89-1214).

La figure 10 résume les différentes évaluations proposées dans le cadre du protocole d'étude.

Figure 10 : Schéma résumé de l'étude :

Pour toute patiente adolescente se présentant pour une AM au service de la Villa Ancely :



6 Description des outils de mesure :

6.1 Eating Attitudes Test : EAT-26 :

6.1.1 Présentation :

Le Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) est un auto-questionnaire centré sur les difficultés alimentaires élaboré par Garner et al. en 1982 [72]. Il fait suite à une première version nommée l'EAT-40, comportant 40 questions, développée en 1979 par la même équipe [73].

La version française a été développée en 1994, par l'équipe de Leichner [74].

L'EAT-26 est un des outils standardisés les plus utilisés en recherche concernant les difficultés alimentaires. Il peut être utilisé en population générale, livrant un score pouvant faire suspecter un trouble alimentaire, ou en population clinique afin de préciser ce dernier, et d'évaluer l'évolution des symptômes au cours du temps. Il ne permet pas de poser un diagnostic spécifique en termes de trouble DSM, mais permet une auto-évaluation par l'adolescente de ses difficultés alimentaires, à un moment donné.

Il comporte 26 items, pour laquelle l'adolescente choisit si cela correspond à l'une de ses difficultés ou non, et si oui, dans quelle intensité. Chaque question remplie par la patiente permet de coter un niveau de souffrance : il peut être coté un score de 0 ; 1 ; 2 ou 3 en fonction des difficultés ciblées par la question.

Cet auto-questionnaire isole trois principaux facteurs concernant les difficultés alimentaires :

- Restriction alimentaire : 13 items : 1 ; 6 ; 7 ; 10 ; 11 ; 12 ; 14 ; 16 ; 17 ; 22 ; 23 ; 24 ; 26 ; sous total coté de 0 à 39.
- Boulimie et préoccupations alimentaires : 6 items : 3 ; 4 ; 9 ; 18 ; 21 ; 25 ; sous total coté de 0 à 18.
- Contrôle de la prise alimentaire : 7 items : 2 ; 5 ; 8 ; 13 ; 15 ; 19 ; 20 : sous total coté de 0 à 21.

L'analyse de ce score donne deux éléments intéressants : elle donne une « photographie » de ce que l'adolescente perçoit de ses difficultés lors de la passation du questionnaire. Il analyse principalement le ressenti de l'adolescente à un instant T.

La donnée chiffrée peut donc varier d'une adolescente à l'autre pour une intensité que l'on pourrait juger de façon extérieure « identique ». Même si le score total est *a priori* attendu élevé dans cette population clinique, on peut remarquer que la cotation globale des difficultés par les adolescentes varie de façon subjective. L'intérêt de cette évaluation dans le temps réside surtout dans l'évolution du score au cas par cas, et de façon globale de moindre mesure.

6.1.2 Validation de la version anglaise :

La version à 40 items de l'auto-questionnaire a été étudiée à de nombreuses reprises, et sur plusieurs types de populations (sujets anorexiques, obèses, clinique ou en population générale [73]).

Concernant la version à 26 items, elle a été élaborée à la suite d'une analyse factorielle sur 160 patientes anorexiques, qui a permis de mettre en évidence les 3 facteurs détaillés plus haut [72].

La corrélation entre les deux versions est bonne, mesurée à 0,98.

6.1.3 Validation de la version francophone :

La version francophone a été évaluée auprès d'une population québécoise francophone et anglophone par l'équipe de Leichner. et al. Il a été montré que la version francophone comporte des caractéristiques similaires à celle anglophone [74].

Ces études n'ont pas été spécifiquement proposées sur des patientes adolescentes. Lors de l'élaboration de l'EAT-26, l'étude de Garner regroupe des patientes anorexiques (N=160) et contrôle avec un âge moyen de 21,5, avec une déviation standard de 5.4 ans. Certaines patientes de l'étude sont donc des patientes adolescentes.

Enfin, dans les résultats, l'âge apparaît comme un élément n'influant pas le score retrouvé lors de la passation de l'auto-questionnaire [72].

De plus, cette échelle a été utilisée sur une population adolescente à plusieurs reprises [75] [76] [77] [78] ; le questionnaire ne nécessite pas d'efforts de compréhension particulier pouvant mettre en difficultés les patientes que nous avons pu évaluer.

6.1.4 Intérêt concernant notre étude :

Cet auto-questionnaire est un outil rapide, fiable et compréhensible, largement utilisable et utilisé en ambulatoire, à la fois en pratique clinique et en recherche.

C'est un auto-questionnaire qui a principalement été utilisé en recherche dans deux cas de figures : le dépistage en milieu général (un score > 20 est dans la majorité des cas lié à un trouble

alimentaire) et en milieu clinique afin de proposer une évolution évaluable des difficultés alimentaires.

Il permet de plus une évaluation de l'évolution du ressenti des troubles chez les patientes, au cours du temps. Cela nous permet une analyse longitudinale globale, mais aussi patiente par patiente, notamment en fonction de l'apparition ou disparition de certaines comorbidités, en fonction de l'évolution de l'IMC. Sa division en sous-groupe peut aussi être utile afin de spécifier certains éléments au sein de la clinique anorexique.

Enfin, nous pourrions comparer l'évolution objective des difficultés alimentaires (notamment par l'intermédiaire de l'évolution de l'IMC) et celle du ressenti subjectif exprimé par les patientes au cours de l'étude : la présence d'un trouble comorbide pourrait peut-être influencer le vécu de l'intensité des troubles décrits par les adolescentes.

6.2 M.I.N.I. KID 2.0

6.2.1 Présentation :

Le M.I.N.I. Kid 2.0 (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) est un outil développé en aux Etats-Unis par l'équipe de Sheehan [79]. Il s'agit d'un entretien semi-structuré permettant l'exploration de façon standardisée des principaux troubles psychiatriques de l'axe I du DSM-IV en population pédiatrique et adolescente (âge de 8 à 16 ans). La version 2.0 utilisée pour notre étude permet la cotation de diagnostics présents au cours de l'entretien, mais ne permet pas une cotation de diagnostics antérieurs.

Il explore en 16 modules :

- Les troubles de l'humeur (épisode dépressif majeur, dysthymie, risque suicidaire, épisode hypomaniaque et épisode maniaque)
- Les troubles anxieux (trouble panique, agoraphobie, phobie sociale, trouble obsessionnel compulsif, anxiété généralisée)
- Les troubles liés à l'usage d'une substance (alcool, drogue, tabac)
- L'état de stress post traumatique
- L'anorexie mentale
- Le trouble des conduites

- Les Tics et le Syndrome de Gilles de la Tourette

Il existe deux versions développées : une première version dite « Parent » permettant d'évaluer et de poser des diagnostics à la suite d'un entretien semi-structuré avec les parents de l'enfant évalué, et une version « Enfant », permettant d'évaluer directement l'enfant en entretien direct.

La passation se présente sous la forme d'un entretien pour lequel l'évaluateur doit faire attention à poser de façon précise les questions de l'instrument au patient.

Chaque diagnostic est organisé en module, auquel est associée une lettre. Il existe pour chaque module une ou plusieurs questions « filtres » correspondant aux critères principaux du trouble, présenté dans un cadre grisé. Si ces questions filtres ne correspondent pas à des critères décrits par le patient, l'évaluation peut passer directement au diagnostic suivant.

Figure 11 : exemple d'évaluation de l'EDM par le M.I.N.I. Kid

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT			
A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR	E+A		X pour questions non comprises
A1 Ces deux dernières semaines, t'es-tu senti très triste, déprimé(e) ou as-tu eu souvent envie de pleurer ? Ou bien encore, as-tu été souvent de mauvaise humeur ou énervé(e) ? SI OUI A L'UN OU L'AUTRE, ENTOURER LE(LS) SYMPTOME(S) ET COTER OUI	NON	OUI	1
A2 a Ces deux dernières semaines, est-ce que tu t'es beaucoup ennuyé(e) ou est-ce que tu t'es senti(e) moins intéressé(e) par les choses que tu aimes habituellement (comme jouer à ton jeu préféré ou faire ton activité préférée) ? As-tu eu l'impression de prendre beaucoup moins de plaisir à faire ces choses ? SI OUI A L'UN OU L'AUTRE, ENTOURER LE(LS) SYMPTOME(S) ET COTER OUI	NON	OUI	2
A1 OU A2 SONT-ELLES COTEES OUI ?	→ NON	OUI	
b Est-ce que tu t'es senti(e) comme ça presque toute la journée ?	NON	OUI	
c Est-ce que tu t'es senti(e) comme ça presque tous les jours ?	NON	OUI	

Dans cet exemple, si les réponses cotées « non » avec une flèche sont entourées, il est permis d'éliminer directement le diagnostic exploré, et de passer au module suivant. Ainsi, le diagnostic d'Episode Dépressif Majeur ne peut être retenu si, par exemple, le patient ne décrit pas une symptomatologie triste ou anhédonique (critère A1 ou A2a) « presque tous les jours » ou « presque toute la journée ».

Les éléments permettant d'éliminer les diagnostics correspondent aux critères principaux du diagnostic du DSM-IV-TR.

Cet entretien semi-structuré permet un survol à la fois rapide et précis de la majorité des troubles de l'axe I présent dans le DSM-IV-TR.

6.2.2 Validation :

Le M.I.N.I. Kid a été validé sur des patients enfants et adolescents ambulatoires et une population contrôle (N = 226) ; il a été comparé en aveugle au principal entretien semi-structuré permettant une évaluation des troubles de l'axe I du DSM-IV-TR : le Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS-PL).

Afin d'évaluer la fidélité test-retest, les passations étaient ré-effectuées dans un délai de 5 jours, par un troisième évaluateur, en aveugle.

Comparées au K-SADS-PL, la sensibilité et la spécificité des différents diagnostics est globalement bonne : on retiendra pour les troubles de l'humeur dans leur ensemble une sensibilité et une spécificité respectivement mesurée à 0.85 et 0.76. Pour les troubles anxieux, on retrouve une sensibilité de 0.90 et une spécificité à 0.77.

Il en est de même pour l'évaluation des troubles liés à l'usage de substance (sen : 0.98 ; spé : 0.94).

L'intérêt de cet entretien semi-structuré est de permettre une évaluation globale de la psychopathologie des sujets, en termes de diagnostics DSM-IV-TR, pour un temps de passation nettement moindre que la K-SADS-PL : ainsi en moyenne, une passation du M.I.N.I. KID prend environ 3 fois moins de temps.

Dans leur étude de validation, le M.I.N.I. KID se passait en moyenne en 33,5 minutes [SD : 14.5] contre 103 minutes [SD : 41.3] pour la K-SADS-PL.

Concernant la fidélité test-retest, ainsi que la fidélité inter-cotateur, elle sont globalement bonnes, avec des kappa mesurés entre 0.65 à 1 pour ces deux données, mis à part une faible stabilité en test-retest pour la dysthymie, et le trouble panique [79].

Cette échelle a été évaluée sur une population pédiatrique âgée entre 8 et 16 ans. Chez les patientes âgées de plus de 17 ans au cours d'une des évaluations, nous avons décidé d'opter pour la version adulte du M.I.N.I. (v. 5.0). Cet entretien semi-structuré apparaît comme quasi-identique à notre version enfant, les principales différences résidant dans la formulation des questions, plus adaptées aux personnes adultes (principalement utilisation du vouvoiement ; modifications dans les exemples donnés pour certains symptômes). Le M.I.N.I. 5.0 a été mis au point et validé par la même équipe américaine, ainsi que par une équipe française [80].

6.2.3 Intérêt concernant notre étude :

Nous nous sommes orientés dans le choix de cet entretien semi-structuré pour plusieurs raisons. Lorsque l'on souhaite évaluer la présence ou l'absence d'un trouble de la personnalité, il est généralement conseillé de proposer dans le même temps une évaluation de l'axe I du DSM-IV-TR, car certains de ces diagnostics peuvent exacerber de façon transitoire certains symptômes recherchés dans les troubles de la personnalité. De plus, l'anorexie mentale de l'adolescente est une pathologie à haut risque de comorbidité psychiatrique, tant sur le plan de l'axe I que de l'axe II. Il nous apparaît très difficile de proposer une évaluation globale des troubles de la personnalité chez l'adolescente anorexique sans relever, de façon systématique, la présence de comorbidités sur l'axe I.

Notre étude étant réalisée principalement en ambulatoire, il nous semblait majeur de pouvoir proposer une évaluation précise des troubles comorbides de l'axe I par entretien semi-structuré, en plus de la recherche d'un trouble de la personnalité.

Les principaux autres outils proposant ce genre d'évaluation chez l'enfant apparaissent beaucoup plus longs à administrer, et pour la plupart ne ciblent qu'un nombre réduits de diagnostics, parfois sans faire de lien avec la classification du DSM-IV-TR.

Afin d'obtenir une évaluation standardisée, rigoureuse des deux principaux axes du DSM, nous avons pris le parti d'utiliser cet entretien semi-structuré, qui a de plus l'avantage de proposer une évaluation progressive du risque suicidaire, qui peut se révéler important pour notre suivi.

Enfin, à notre sens, le gain de temps réalisé en comparaison avec la K-SADS-PL apparaît très important pour notre évaluation : la plupart des patientes évaluées au cours de cette étude présentait une fatigabilité physique et psychique parfois importante, en lien avec l'amaigrissement qu'elles pouvaient présenter. Utiliser le M.I.N.I. KID permet de réaliser une évaluation globale de l'axe I du DSM-IV-TR en environ une trentaine de minutes, et parfois moins, lorsque peu d'éléments cliniques étaient retrouvés.

La version utilisée pour cette recherche était le M.I.N.I. Kid 2.0 version « Enfant ».

6.3 SCID II :

6.3.1 Présentation :

Le SCID II (*Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*) est un entretien semi-structuré destiné à évaluer les troubles de la personnalité. Il a été développé secondairement par l'équipe de Spitzer en 1985, à partir du SCID 1, explorant les troubles de l'axe I du DSM-III-R.

La version concernant le DSM-IV-TR a été créée en 1994, et officialisée en 1997 [81]. La traduction française a été réalisée par Bouvard et al. en 1997 [82]. Il consiste en général en l'évaluation de la présence ou de l'absence d'un critère de trouble de la personnalité, par l'intermédiaire d'une question posée par l'évaluateur au patient.

Dans certains cas, il peut exister plusieurs questions pour évaluer les différents aspects du critère exploré. De plus, le clinicien est libre de poser des questions additionnelles pour confirmer ou non son opinion. Il est précisé dans le manuel de l'utilisateur qu'il faut généralement évaluer l'axe I du DSM-IV-TR afin de pouvoir tenir compte de son influence sur l'axe de la personnalité [81].

A la suite de chaque exploration de critère, le clinicien peut retenir 3 réponses cotées 1 ; 2 ou 3 :

- Cotation « 1 » : Le critère exploré est « absent, ou faux »
- Cotation « 2 » : Le critère exploré est « en dessous du seuil »
- Cotation « 3 » : Le critère exploré est « au seuil, ou vrai »

Ainsi, pour diagnostiquer un trouble de la personnalité, il faut qu'un certain nombre de critères concernant ce trouble soit coté « 3 ».

Par exemple : Pour atteindre le seuil diagnostique du trouble de la personnalité Borderline, il faut 5 critères côté à 3 concernant ce trouble de la personnalité.

Il y a une notion de seuil catégoriel (commune à la définition du trouble de la personnalité du DSM-IV-TR) à atteindre pour pouvoir poser ce diagnostic avec cet outil. Pour autant, il peut être intéressant pour notre étude de relever de façon dimensionnelle les différents critères côtés à 3, sans pour autant avoir atteint le seuil nécessaire au diagnostic final ; cela peut préciser des tendances évolutives de façon longitudinales. C'est de cet aspect du score que nous parlerons dans la suite de cette thèse comme de l'évaluation dimensionnelle des traits de personnalité.

Figure 12 : Différents seuils retenus pour diagnostiquer un trouble de la personnalité selon le SCID II et le DSM-IV-TR

01	Évitante (p.3-4)	1	2	3	4	5	6	7			11
02	Dépendante (p.5-7)	1	2	3	4	5	6	7	8		12
03	Obsessive Compulsive (p.8-10)	1	2	3	4	5	6	7	8		13
04	Négativiste (p.11-12)	1	2	3	4	5	6	7	8		14
05	Dépressive (p.13-14)	1	2	3	4	5	6	7			15
06	Paranoïaque (p.15-16)	1	2	3	4	5	6				16
07	Schizotypique (p.17-20)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	17
08	Schizoïde (p.21-22)	1	2	3	4	5	6	7			18
09	Histrionique (p.23-24)	1	2	3	4	5	6	7	8		19
10	Narcissique (p. 25-28)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	20
11	Borderline (p. 29-32)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	21
12	Antisociale (p. 33-40)	1	2	3	4	5	6	7			22
13	Non spécifiée (NOS) (p.41)	1									23

Cet entretien semi-structuré est accompagné d'un questionnaire, le SCID II PQ (*SCID II Personality Questionnaire*), permettant une évaluation plus rapide des différents troubles de la personnalité. L'utilisation du SCID PQ permet de ne reprendre en entretien semi-structuré uniquement les déclarations entourées comme positives ou non comprises, et permet de ce fait un gain de temps important.

6.3.2 Questionnaire SCID II :

Il s'agit d'un auto-questionnaire, élaboré par le même équipe, consistant en une série de déclarations, auxquelles la patiente doit répondre par « oui » ou « non », en fonction de si elle considère que la déclaration correspond à ce qu'elle se représente de son fonctionnement habituel, ce qui définit ses traits de personnalité.

Il existe 119 questions différentes, évaluant chacune de façon spécifique un critère du DSM-IV-TR concernant chaque trouble de la personnalité. Ces questions ont été élaborées de manière à ce qu'une réponse par la négative soit très fortement liée à l'absence du critère exploré : chaque question a donc une valeur prédictive négative très importante.

Il est précisé avant l'évaluation que le fait de répondre d'une façon ou d'une autre ne signe en rien la présence automatique d'un problème qui puisse être inquiétant. Il est expliqué à l'adolescente que certaines réponses seront reprises dans un second temps dans le cadre d'un entretien particulier. En cas d'incompréhension pour certaines questions, il est préconisé à l'adolescente de ne rien répondre, afin de pouvoir reprendre ces éléments directement durant l'entretien semi-structuré en tant que tel.

6.3.3 Passation du questionnaire :

L'adolescente commence par remplir le SCID II PQ. Pour chaque évaluation, il est spécifié par l'évaluateur de répondre de façon honnête et que le fait de répondre d'une façon ou d'une autre ne signe en rien la présence d'un problème qui puisse être inquiétant. Il est précisé à l'adolescente que certaines réponses seront reprises dans un second temps dans le cadre d'un entretien particulier. En cas d'incompréhension de certaines questions, il est préconisé à l'adolescente de ne rien répondre, afin de pouvoir reprendre les questions non comprises lors de l'entretien semi-structuré suivant la passation du questionnaire.

La passation du questionnaire dure environ une quinzaine de minutes. Il est recommandé un niveau de compréhension pour la version anglaise cité au *eighth grade*, ce qui correspond dans notre système d'éducation à un niveau 4^{ème}.

Dans notre étude, Toutes les patientes étaient scolarisées au minimum en 4^{ème}, jusqu'au lycée. De plus, toutes les patientes de l'étude (comme très souvent chez les sujets atteints d'anorexie mentale) présentaient un niveau scolaire de bon à excellent.

Ainsi, à notre sens et au cours des évaluations, la compréhension de la forme comme du fond de l'auto-questionnaire n'a que très peu posé problème, et chaque élément de doute a pu être repris durant l'entretien semi-structuré suivant, permettant de clarifier les éventuelles incompréhensions.

Exemples de questions de l'auto-questionnaire SCID II PQ :

« Etes-vous le genre de personne à être préoccupé par les détails, les règles et l'organisation ou à faire des listes et des plans ? »

« Trouvez-vous souvent nécessaire d'utiliser les autres pour obtenir ce que vous voulez ? »

« Avez-vous tenté de vous faire du mal ou de vous suicider ou avez-vous menacé de le faire ? »

6.3.4 Passation de l'entretien semi-structuré :

Après avoir rempli ce questionnaire, l'évaluateur reprend les questions non remplies (qui n'ont donc pas été comprises par la patiente) ainsi que les réponses positives dans cette liste de question. Il n'est pas nécessaire de reprendre les propositions entourées « non » par la patiente, sauf cas spécifiques (cf. plus bas) [81] [82]. L'évaluateur reprend donc ces différentes questions, est libre de préciser certaines déclarations en suivant les directives de l'entretien semi-structuré :
Exemple : « Vous avez dit que vous êtes (Etes-vous) le genre de personne à vous arrêter sur des détails, le rangement, et l'organisation, ou qui aime faire des listes et des programmes. »

L'entretien semi structuré propose des questions supplémentaires afin d'explorer plus en profondeur les éléments recueillis par le questionnaire, et afin de permettre à l'évaluateur de coter un chiffre « 1 » ; « 2 » ou « 3 » en fonction des réponses fournies par la patiente.

Exemple :

- *« Donnez-moi des exemples. »*
- *« Etes-vous parfois tellement pris dans ce que vous faites (EXEMPLES) que vous perdez de vue ce que vous essayez de réaliser. »*

- « *(Est-ce que cela arrive souvent ?)* »

De façon générale, la cotation est facilitée par la présence d'une aide qui reprend les critères précis du DSM-IV-TR, qui permet de préciser ce qui est attendu en termes de difficultés pour considérer le critère comme « au seuil » :

Exemple :

- *Souci du détail, des règles, des listes, de l'ordre, de l'organisation, ou des programmes à tel point qu'il (elle) perd de vue les éléments les plus importants de l'action.*

3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.

Il est précisé dans le guide de l'utilisateur du SCID II que l'évaluateur a toujours la possibilité de poser des questions annexes, non répertoriées dans le support papier afin d'obtenir plus de précisions et d'affiner la cotation.

L'évaluateur reprend ainsi toutes les questions de l'auto-questionnaire pour lesquelles l'adolescente a répondu « oui », ou n'a pas entouré de réponses. Il explore dans l'ordre les différents critères des différents troubles de la personnalité évalués par le SCID II.

Il nous paraît important de préciser qu'il reste possible pour l'évaluateur, comme précisé dans le guide, de néanmoins explorer certaines questions entourées « non » par la patiente, quand il existe une forte possibilité de présence d'un trouble de la personnalité donné : cela peut être le cas lorsque l'on retrouve un nombre important de critères cotés « 3 » pour un trouble de la personnalité donné, néanmoins en dessous du seuil catégoriel pour établir le diagnostic.

Exemple : On peut choisir d'explorer les derniers critères concernant le trouble de la personnalité obsessionnelle compulsive si la patiente décrit déjà plusieurs symptômes critères pouvant faire fortement évoquer ce diagnostic, et ce même si les déclarations de l'auto-questionnaire ont été entourés « non ».

A la suite de l'entretien semi-structuré, l'évaluateur reporte le nombre de critères cotés « 3 » et « 2 » sur le cahier d'évaluation, sur la page de résumé des seuils diagnostics (cf. figure 12). Il peut ainsi directement renseigner le nombre de critères « 3 » ou « 2 » par trouble de la personnalité,

donnant un aspect plutôt dimensionnel global de la personnalité de la patiente, et il recherche pour chaque trouble de la personnalité si le nombre de critères cotés « 3 » est suffisant pour atteindre le seuil permettant de catégoriser un diagnostic de trouble de la personnalité spécifique. On obtient donc, pour chaque passation, une évaluation dimensionnelle et catégorielle pour chaque patiente, de chaque trouble de la personnalité exploré par le SCID II.

6.3.5 Intérêt concernant notre étude :

L'utilisation d'un entretien semi-structuré pour la recherche d'un ou de plusieurs troubles de la personnalité nous a paru important : le but de notre étude étant de préciser chez certaines patientes se présentant au soin psychiatrique pour une anorexie mentale l'apparition d'une symptomatologie plus diffuse en faveur d'un diagnostic de trouble de la personnalité.

Il existe de nombreux instruments permettant d'explorer la personnalité d'un individu, tant en population tout-venant qu'en population clinique. Nous citerons :

- Le Questionnaire de Diagnostic de la Personnalité (*Personality Diagnostic Questionnaire, PDQ-4*) :

Auto-questionnaire développé par l'équipe de Hyler en 1989, évalué et comparé à différents entretiens semi-structurés, dont le SCID 2 [83]. Il s'agit d'un auto-questionnaire permettant l'évaluation de troubles de la personnalité selon les critères du DSM-IV-TR. Cet auto-questionnaire a été validé en population adulte, et a l'avantage de permettre la recherche de trouble de la personnalité en population tout venant, de façon plus rapide que les entretiens semi-structurés. Sa faiblesse réside surtout dans le fait que, comparé aux entretiens semi-structurés, il présente un risque important de faux positifs, et ce d'autant plus que l'on effectue une recherche sur une population clinique [83] [84]. Il est ainsi reconnu qu'en recherche, et notamment pour les troubles de la personnalité (d'autant plus chez l'adolescent), les entretiens semi-structurés présentent des outils de choix comparés aux questionnaires [85].

Dans notre situation, prenant en considération que la population étudiée présentait à priori un risque important de troubles comorbides (Axe I et Axe II), nous avons décidé d'écarter cet outil.

- *L'international Personality Disorders Examination (IPDE) :*

Il correspond à un entretien semi-structuré, version adaptée et modifiée du *Personality Disorder Examination (PDE)*, développé par Loranger en 1988 [86]. Cet outil a bénéficié de nombreuses modifications, réévaluations de traductions, ainsi qu'une adaptation pour les diagnostics de troubles de la personnalité selon le DSM-III-R puis DSM-IV-R, ainsi que la CIM-10.

Il est le seul instrument à pouvoir proposer un diagnostic pour ces deux classifications. L'une de ses particularités concerne le niveau d'exigence important requis sur le temps de présence minimum du critère exploré, de 5 ans. Il est de plus spécifié la nécessité qu'au moins un des critères soit présent avant l'âge de 25 ans, ce qui implique indirectement le peu d'adéquation de cet outil avec les patientes de notre étude, adolescentes.

De plus, il existe un autre inconvénient qui réside dans un temps de passation très long, d'environ 3 heures en moyenne [85]. Cette durée d'évaluation étant incompatible avec notre projet d'évaluation en ambulatoire, nous avons choisi d'écarter cet outil.

- L'entretien Structuré de la Personnalité (*Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders, SIDP-IV*)

Il s'agit du premier entretien semi-structuré développé (1982), il a ensuite été adapté en 1995 pour le DSM-IV-TR par l'équipe de Pfohl [87]. Il s'agit d'un entretien semi-structuré permettant l'évaluation des troubles de la personnalité du DSM-IV-TR, il a été validé pour plusieurs langues, y compris la langue française par Pham et Guelfi [88].

Comme pour l'IPDE, son principal inconvénient réside dans son temps de passation long, mesuré généralement au minimum à 90 minutes. Il peut de plus nécessiter la précision de certains éléments par des proches, ce qui apparaissait peu réalisable dans le cas de notre étude majoritairement ambulatoire.

Enfin, il est à noter le peu d'usage qui a pu être fait de cet outil en population adolescente, ce qui, à notre sens, peut gêner la généralisation des résultats retrouvés dans cette population spécifique [85].

- L'Entretien Structuré pour la Personnalité pour la Personnalité *Borderline (Diagnostic Interview for Borderline-Revised : DIB R)*

Il s'agit d'un entretien semi-structuré concernant de façon spécifique la personnalité Borderline élaboré par Gunderson et coll. en 1984 [89], puis revu en 1989 par l'équipe de Zanarini afin d'obtenir une meilleure différenciation entre les sujets borderlines et ceux présentant un autre trouble de la personnalité [90]. C'est un outil validé par de nombreuses recherches, avec une fidélité interjuge et test-retest acceptables [91].

La version française a été évaluée sur des patients limites (du point de vue psychanalytique) ainsi que comparé à l'IPDE. La principale limite de cet outil reste le fait qu'il ne puisse détailler qu'un seul trouble de la personnalité, alors que le trouble de la personnalité borderline apparaît de plus comme le trouble de l'axe II présentant le plus de comorbidités sur le même niveau. Pour notre travail, il nous paraissait important de pouvoir présenter des résultats avec une certaine exhaustivité concernant les troubles comorbides, même si le trouble de la personnalité borderline était, selon notre évaluation empirique et clinique, le trouble que nous nous attendions le plus à voir apparaître chez les adolescentes recrutées. De plus, l'absence de renseignement sur les autres comorbidités potentielles de l'axe II aurait été préjudiciable devant le haut risque de comorbidités multiples que présente cette population *a priori*.

Le choix concernant le SCID II repose sur plusieurs éléments :

- Le choix de s'orienter sur l'utilisation d'un entretien semi-structuré pour l'évaluation des TP : dans leur ouvrage sur les différents troubles psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent et leurs diagnostics, Mash et al. précisent que, dans le cadre de la recherche, l'usage des entretiens semi-structurés pour les diagnostics troubles de la personnalité de l'adolescent reste la méthode de référence [85].
- Parmi les différents entretiens semi-structurés permettant l'évaluation des TP, nous nous sommes principalement intéressés aux outils permettant une cotation compatible avec les diagnostics selon le DSM-IV-TR.
- Chacun des différents entretiens semi-structurés cités ci-dessus ont des qualités psychométriques intrinsèques, des indices de fidélités plus ou moins comparables [91] [92], que ce soit dans la fidélité test-retest que dans la fidélité interjuges. Il est à noter que, pour tous ces instruments, les coefficients d'agrément avec des diagnostics cliniques sont moyens, voir faibles [91].

- Le SCID II est un outil connu, utilisé en pratique de recherche depuis de nombreuses années, et validé dans de nombreuses études [93] [81] [91] [94] [95]. Il a été traduit dans de nombreuses langues, et son usage en recherche est très fréquent. La version française a été validée en comparant des sujets patients et contrôles contre des diagnostics élaborés par des cliniciens par Bouvard en 1999 [82]. Son utilisation permet donc une certaine généralisation des résultats comparés à d'autres entretiens semi-structurés moins utilisés.
- Mash et al. précisent que dans le choix parmi 3 des entretiens semi-structurés cités plus haut (*IPDE ; SIDP-IV et SCID II*), la généralisation des résultats ainsi que la rapidité de l'évaluation oriente le choix vers le SCID II [85].
- Enfin, le SCID II est aussi l'outil qui a été le plus utilisé pour la recherche de trouble de la personnalité en population adolescente [85]. A notre connaissance, il existe une dizaine d'articles scientifiques explorant les troubles de la personnalité chez l'adolescent avec le SCID II [96] [97] [98] [99] [100] [101] [102] [103] [50] [104] [46] ; il est à noter que certaines études concernent de façon spécifique les TP chez les patients présentant des difficultés alimentaires.

Au final, le SCID II nous a semblé être l'outil le plus adéquat pour permettre une exploration à la fois rapide, standardisée, fiable et reproductible des TP chez l'adolescent.

7 Déroulement pratique de l'étude :

7.1 Présentation :

Notre étude s'est effectuée de façon exclusive dans les locaux de la Villa Ancely, unité de consultation et d'hospitalisation pédopsychiatrique du Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du CHU de Toulouse PURPAN (SUPEA).

Il était proposé, de façon systématique, pour toute adolescente débutant un suivi psychiatrique dans le service pour une anorexie mentale, de participer à cette étude. Les patientes ainsi que leur famille étaient libres d'accepter ou de refuser ces évaluations.

Notre étude était présentée de façon claire, et les avantages et les inconvénients étaient exposés aux parents et l'adolescente : intérêt pour le suivi au long cours ; approfondissement des

connaissances sur les difficultés alimentaires ; temps moyen d'une passation d'environ 1 heure à trois reprises sur un an.

A la suite de la présentation de notre étude, l'adolescente et sa famille acceptait ou non de participer.

7.2 Passation :

La passation se faisait en plusieurs étapes :

- Rencontre de l'adolescente et sa famille
- Début de la passation dans un lieu de consultation de la Villa Ancely, uniquement avec l'évaluateur et la patiente :
 - Première phase de remplissage par la patiente des différents questionnaires : *EAT-26* et *SCID II PQ* (environ 20 minutes)
 - Deuxième phase : Entretiens semi structurés : *M.I.N.I. KID 2.0* puis *SCID II* (durée environ 30-50 minutes).
- Fin de la passation ; recueil des résultats ; information du médecin psychiatre suivant la patiente des résultats, notamment des éventuelles données sensibles ayant pu être retrouvées (risque suicidaire...).

Les patientes et familles pouvaient avoir un résumé des résultats retrouvés lors de chaque passation. Dans l'immense majorité des cas, un retour était proposé à la fin des 3 évaluations, portant sur les résultats et leur évolution globale après l'année de suivi.

Il est à noter que, pour des raisons d'organisations pour les familles, les passations étaient le plus souvent organisées avant ou à la suite d'un entretien de suivi médical au sein de la Villa Ancely.

Les données des entretiens étaient ensuite cotées en termes de diagnostics, à la fois sur un plan catégoriel et dimensionnel.

Les résultats finaux de l'évaluation étaient reportées sur la fiche résumé, et tous les éléments ayant servi à l'évaluation (questionnaires, feuillets d'entretiens) étaient placés dans un volet spécifique du dossier médical papier.

L'évaluateur était tenu d'informer le médecin psychiatre suivant la patiente de tout diagnostic ou élément pouvant se révéler important pour la prise en charge en cours, en particulier, lors de l'évaluation du risque suicidaire par le M.I.N.I. KID 2.0.

Globalement, le niveau de compréhension des différents questionnaires, et des entretiens semi-structurés est jugé de bon à très bon. Seule une patiente semble avoir pu mettre en avant une certaine opposition au cours de la passation de l'entretien semi-structuré, ce qui a pu fausser certains résultats. Dans l'immense majorité des cas, à notre sens, les patientes étaient compliantes, et honnêtes dans leurs réponses.

8 Exploitation des données et anonymisation :

Toutes les données exploitées lors des passations étaient enfin entrées dans un fichier Excel, à la suite d'une anonymisation effectuée par ordre de recrutement. Le fichier permettant de retrouver les identités des patientes à partir des numéros d'anonymisation était protégé par mot de passe, sur un ordinateur du service de la Villa Ancely, lui-même à accès restreint et uniquement médical. Cet ordinateur bénéficiait de la protection réseau des ordinateurs du CHU de Toulouse.

Comme précisé plus haut, toutes ces étapes ont été validées à la suite d'une déclaration à la CNIL et d'une validation par le Comité d'Ethique de la Recherche du CHU de Toulouse.

8.1 Traitement statistique :

Les données anonymisées étaient envoyées au statisticien de l'étude, par l'intermédiaire d'un courriel contenant le fichier Excel recensant les différentes informations nécessaires au traitement statistique.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel R version 2.14.1. Le seuil de significativité a été fixé à 5%, tous les tests étant bilatéraux.

Dans un premier temps, une analyse descriptive a été conduite sur tout l'échantillon puis par sous-groupes lorsque l'effectif le permettait.

Pour les variables qualitatives, les fréquences et leurs pourcentages par rapport à l'effectif total ont été calculés. Les variables quantitatives ont quant à elles été décrites par leurs moyennes et écart-types.

Dans un second temps, une analyse bivariée a permis de tester nos hypothèses statistiques formulées à priori.

Pour tester l'association entre les facteurs binaires des tests exacts de Fisher ont été utilisés et les odds-ratios avec leur intervalle de confiance à 95% ont été calculés.

Pour la comparaison de moyennes, le test de Wilcoxon a été utilisé.

Concernant les mesures d'associations entre variables quantitatives, des corrélations de Spearman ont été réalisées.

Enfin, l'analyse longitudinale des données a été possible grâce à l'utilisation de modèles mixtes, ou, lorsque la distribution des données ne le permettait pas, grâce à des tests de Friedman.

Cette dernière partie de l'évaluation statistique n'a pu être que partiellement réalisée devant le caractère préliminaire de certains résultats prospectifs.

Quatrième partie : Résultats

1 Présentation de la population :

16 patientes ont été incluses dans l'étude entre le 1^{er} Novembre 2013 et le 1^{er} Mai 2015. Toutes les patientes ainsi que leurs parents à qui l'étude a été proposée ont accepté.

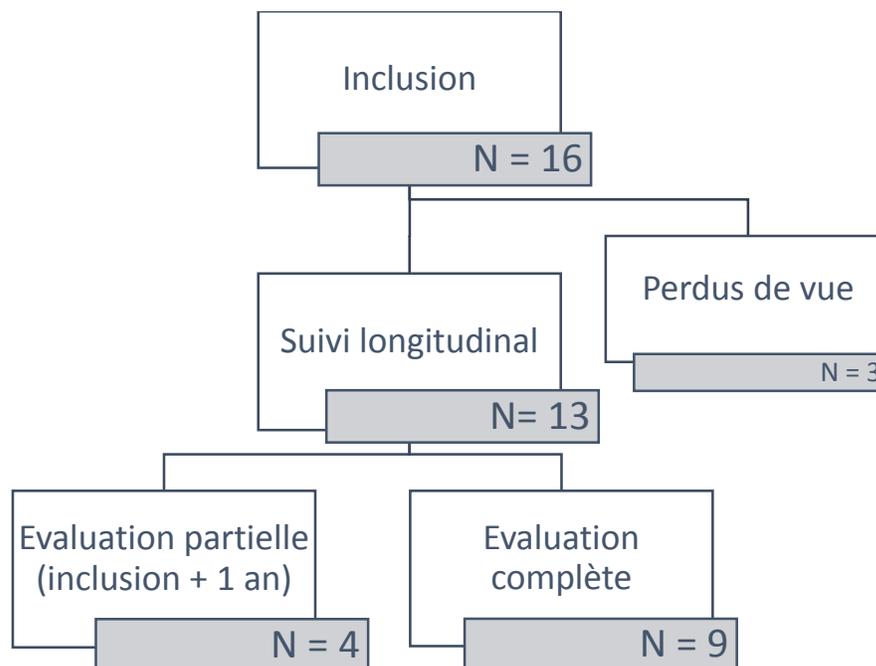
Les demandes de participations à l'étude ont été faites entre le 1^{er} et le 3^{ème} rendez-vous psychiatrique sur la structure de la Villa Ancely.

Nous présenterons nos résultats en 3 grandes parties : une première concernant les résultats définitifs de l'évaluation initiale des 16 patientes ayant été incluses, une deuxième partie concernant les résultats partiels des évaluations prospectives, qui sont terminées pour la majorité des patientes non perdues de vues. Ces résultats sont partiels du fait du caractère prospectif de l'étude, mais permettront néanmoins de discuter, dans une troisième partie, notamment la question de l'intérêt de la poursuite des inclusions afin d'augmenter l'effectif final et la puissance de l'étude.

1.1 Modalités d'inclusion :

Les modalités de réalisation de l'étude et de suivi des patientes sont présentées dans la figure 13.

Figure 13 : modalité d'évaluation de la population :



Sur les 16 patientes incluses, 13 (81,3%) ont pu participer à l'ensemble ou une partie des rendez-vous de suivi. Les 3 patientes qui n'ont réalisé aucune évaluation longitudinale étaient toutes des patientes perdues de vue sur la structure, ne bénéficiant plus d'aucune prise en charge dans le service de la Villa Ancely aux 6 mois et 1 an suivant l'inclusion.

Sur ces 13 patientes, 8 patientes (50%) ont pu participer aux 3 rendez-vous initialement proposés. 2 patientes ont refusé l'évaluation des six mois mais accepté l'évaluation des M12.

2 patientes n'ont pas bénéficié d'une évaluation à 6 mois (dans les 2 cas suite à plusieurs rendez-vous manqués dans la cadre d'un relai de soin) mais vont être évalués pour les M12, dans les prochains mois.

1 patiente a déjà effectué son évaluation des M6, mais n'aura l'évaluation des M12 que dans les prochaines semaines.

Les évaluations prospectives sont donc encore prévues pour 3 patientes : une patiente qui a déjà pu effectuer 2 évaluations (Entrée + M6) et 2 patientes qui n'ont bénéficié que d'une seule évaluation (entrée), et qui seront reçues pour l'évaluation des M12.

Au total, nous présentons les résultats prospectifs à 6 mois concernant 12 (75%) des 16 patientes incluses, et à 12 mois de 10 (63%) des 16 patientes incluses, 3 patientes devant encore effectuer des évaluations dans les prochains mois.

Concernant les évaluations non réalisées à M6, les données cliniques présentées ont été récupérées sur dossier, de la façon la plus précise possible (IMC ; événements intercurrents).

1.2 Caractéristiques sociodémographiques des patientes :

Les caractéristiques sociodémographiques sont résumées dans le tableau 14.

Les patientes sont âgées de 13,5 ans à 17 ans. L'âge moyen est de 15,1 ans. La médiane est de 15,1 ans.

Lors de leur inclusion, 3 patientes étaient scolarisées en 4^{ème}, 2 étaient scolarisées en 3^{ème}, 6 patientes étaient scolarisées en Seconde et 5 patientes étaient scolarisées en 1^{ère}.

Les résultats scolaires étaient tous présentés comme bons (N = 9) ou excellents (N = 7) ; aucune patiente n'était déscolarisée lors de son inclusion dans l'étude.

Sur le plan du mode de vie familial : 3 patientes sont des enfants uniques, 4 patientes sont les aînées de leur fratrie, 7 sont les puînées et 2 patientes sont 2^{èmes} d'une fratrie de 3. Une patiente a une sœur jumelle.

Les parents vivent en couple pour 8 patientes, et sont séparés pour les 8 autres patientes.

Tableau 14 : caractéristique sociodémographiques des patientes :

	N	%
Scolarisation		
Lycée	11	69
Collège	5	31
Résultats scolaires		
Bon	9	56
Très bons	7	44
Situation parentale		
En couple	8	50
Séparés	8	50
Fratrie		
Enfant unique	3	18
Aînée	4	25
Cadette	2	13
Benjamine	7	44

1.3 Caractéristiques cliniques des patientes :

Les caractéristiques principales relevées lors de l'évaluation sont reportées dans le tableau 15.

L'indice de masse corporelle à l'entrée était en moyenne de 16,7 kg/m², avec un minimum relevé à 11,9 et un maximum relevé à 19,8.

L'IMC de forme (reflétant le poids habituel) chez ces patientes était en moyenne de 20,6 kg/m², avec un minimum de 15,2 et un maximum de 24,8.

La baisse moyenne de l'IMC par rapport au poids de forme lors du début de prise en charge est de 3,9kg/m².

Sur les 16 patientes incluses, 10 (62%) ne présentaient pas de conduite de purges et présentaient une anorexie mentale restrictive (AM-R).

Les 6 autres patientes (38%) présentaient de façon régulière des conduites de purges (AM-BP).

4 patientes (25%) avaient présenté au cours ou dans les mois précédents leur prise en charge des actes auto-agressifs.

A leur entrée, les patientes ainsi que leurs parents décrivaient l'apparition de difficultés alimentaires depuis une période moyenne de 26,5 semaines, soit environ 6,5 mois, allant d'un extrême de 2 mois jusqu'à 14 mois.

1.3.1 Antécédents personnels et familiaux :

1.3.1.1 Antécédents personnels :

Sur le plan somatique, 10 patientes ne présentaient aucun antécédent particulier.

Les autres patientes présentaient des antécédents divers, incluant :

- Un cas d'hyperthyroïdie,
- Un cas de paralysie faciale afrigore,
- Une maladie de Gilbert,
- Un cas de lipôme cutané
- Une naissance prématurée à 34 semaines d'aménorrhée.

Sur le plan des antécédents psycho-pathologiques :

2 patientes (12%) ont présenté par le passé des troubles du comportement externalisés et auto-agressifs (alcoolisations aiguës, scarifications)

2 patientes (12%) ont présenté par le passé un trouble des apprentissages.

1 seule patiente (6%) avait présenté des difficultés alimentaires en pré-pubertaire.

5 patientes (31%) avaient déjà bénéficié d'un suivi psychologique antérieur à la prise en charge à la Villa Ancely, pour des difficultés autres que les difficultés alimentaires.

Au total, 8 patientes (50%) avaient déjà présenté des difficultés psycho-pathologiques et développementales avant le début du suivi.

1.3.1.2 Antécédents familiaux :

Nous retrouvons des antécédents familiaux de difficultés alimentaires pour 2 patientes (12%) : un antécédent d'anorexie mentale chez une cousine et une tante maternelle pour l'une d'elle, et une émétophobie chez la sœur de l'autre patiente.

Nous retrouvons un cas d'hyperactivité dans la fratrie d'une patiente.

Enfin, il est rapporté un antécédent familial de trouble de l'humeur pour 4 patientes, soit 25% de la cohorte.

Au total, 62% des patientes (N = 10) ont présenté soit un antécédent personnel, soit un antécédent familial psychiatrique.

1.3.2 Prise en charge initiale :

Dans le service de la Villa Ancely, les patientes prise en charge pour des difficultés alimentaires sont tout d'abord vues en consultation médicale psychiatrique afin de démarrer le suivi. S'y adjoint une pesée qui établit l'IMC actuel au début de la prise en charge.

Un contrat de poids peut être proposé si les patientes se retrouvent en difficulté pour stabiliser ou augmenter leur poids au cours des consultations suivantes.

Dans certains cas, devant la symptomatologie, l'évolution du poids, la souffrance de la patiente, une hospitalisation peut-être rapidement proposée.

De même, si l'état physique lié à la dénutrition est important et peut mettre en jeu le pronostic vital, une consultation pédiatrique avec possibilité d'hospitalisation en milieu somatique peut être proposée en urgence.

Ainsi, parmi les patientes incluses dans l'étude, 2 patientes (12%) ont été hospitalisées en urgence en milieu somatique de façon concomitante au début de prise en charge psychiatrique, pour prise en charge d'une dénutrition.

4 patientes (25%) (dont les 2 patientes hospitalisées dans un premier temps en milieu somatique) ont rapidement été hospitalisées en milieu psychiatrique à la suite du début de suivi sur la

structure. Pour ces 4 patientes, une pose de sonde naso-gastrique a été proposée afin de permettre une renutrition entérale durant l'hospitalisation.

A l'entrée, aucune patiente ne bénéficiait d'un traitement psychotrope mis en place avant le début du suivi.

Tableau 15 : Eléments cliniques à l'inclusion :

	moyenne	DS
Âge (années)	15,1	1,0
IMC à l'entrée (kg/m ²)	16,7	2,0
IMC de forme (kg/m ²)	20,6	2,8
Durée évolution AM (mois)	6,5	3,5
	N	%
Conduites alimentaires	16	100
Restrictive	10	62
De purge	6	38
Antécédents psycho.	8	50
Suivi psychologique	5	31
Tb. apprentissage	2	12
Tb. comportement	2	12
Tb. alimentaire	1	6
Antécédents familiaux	7	44
Tb. de l'humeur	4	25
Tb. Alimentaire	2	12
Tb. apprentissage	1	6
Modalité de PEC		
Hospitalisation somatique	2	12
Hospitalisation psy.	4	25
Suivi ambulatoire	12	75
Chimiothérapie psy.	0	0

2 Résultats des évaluations d'inclusions :

Les résultats sont résumés dans le tableau 16.

2.1 Score EAT-26 :

Le score moyen de l'EAT-26 était de 34,3 ; avec une déviation standard à 21,8. Le score maximal était de 63 et le score minimal de 3.

De façon plus détaillée :

Les sous-scores de restriction moyens étaient de 19,1, avec une déviation standard de 14,2. Ce sous-score présente un score minimal de 0 et un score maximal de 39 (maximum cotable à 39).

Les sous-scores concernant les difficultés boulimiques et de prises alimentaires moyens étaient de 7,8, avec une déviation standard à 4,7. Les sous-scores vont de 0 à 16 (pour un maximum cotable à 18)

Les sous score ciblant principalement le contrôle alimentaire était retrouvé en moyenne à 7,4, avec une déviation standard à 4 ,2. Les sous-scores vont de 1 à 15, pour un maximum cotable à 21.

2.2 Comorbidités psychiatriques à l'inclusion :

2.2.1 Mini-KID et axe I du DSM-IV-TR :

Il est retrouvé 11 comorbidités de l'axe I (69%) lors de l'évaluation à l'entrée (le risque suicidaire n'est pas comptabilisé comme une comorbidité en tant que telle).

Au total, 6 patientes (38%) présentaient une comorbidité sur le plan de l'axe I, dont 2 qui présentaient une comorbidité multiple avec plusieurs diagnostics recensés.

A l'entrée, 2 patientes (12%) présentaient un diagnostic d'épisode dépressif majeur (EDM), et 1 patiente (6%) présentait une dysthymie.

Il n'existe pas de comorbidité dans cette cohorte avec le trouble bipolaire.

Le risque suicidaire est existant chez 9 patientes (56%), avec un risque suicidaire évalué comme léger pour 5 patientes (31%), moyen pour 3 patientes (19%) et élevé pour 1 patiente (6%).

Sur le plan des troubles anxieux, il existe 3 cas d'agoraphobie (19%) recensés à l'entrée, ainsi que 2 cas de trouble Anxiété Généralisée (12%).

Aucune patiente ne présentait de comorbidité avec un trouble Panique ou un trouble Phobie sociale.

Nous retrouvons une patiente (6%) présentant un Trouble Obsessionnel Compulsif.

Sur le plan des troubles liés à l'usage d'une substance, 1 patiente (6%) présentait un Abus d'alcool, et une autre (6%) présentant une dépendance à la nicotine.

Aucune patiente ne présentait d'Etat de Stress Post Traumatique

2 patientes cumulaient 3 comorbidités : Dysthymie, Anxiété généralisée et Dépendance à la nicotine pour la première, et Episode dépressif majeur, un Trouble obsessionnel compulsif et une agoraphobie pour la seconde.

Tableau 16 : Difficultés alimentaires et comorbidité de l'axe I à l'entrée

	moyenne	DS
EAT-26 (total)	34,3	21,8
Sous-score restriction	19,1	14,2
Sous-score Boulimie	7,8	4,7
Sous-score contrôle alim.	7,4	4,2
Comorbidités axe I	N	%
Troubles de l'humeur	3	18
Episode dépressif majeur	2	12
Dysthymie	1	6
Risque suicidaire	9	56
Léger	5	31
Moyen	3	19
Elevé	1	6
Troubles anxieux	5	31
Anxiété généralisée	2	12
Phobie Sociale	0	0
Tb. Panique	0	0
Agoraphobie	3	19
Trouble Obs. Compulsif	1	6
ESPT*	0	0
Trouble lié à une substance	2	12
Abus d'alcool	1	6
Dépendance Nicotine	1	6
Autre drogues	0	0

*ESPT : Etat de stress Post Traumatique

2.2.2 SCID II et axe II du DSM-IV-TR :

2.2.2.1 Analyse quantitative des troubles de la personnalité :

Les résultats concernant les troubles et les traits de personnalité sont exposés dans le tableau 17.

A l'entrée, nous retrouvons la présence d'au moins un trouble de la personnalité chez 5 patientes (31%). Tous les TP recensés à l'entrée faisaient partie du cluster C des TP.

2 patientes (12%) présentaient un TP évitant ; 3 patientes (19%) présentaient un TP obsessionnel compulsif ;

Enfin, 3 patientes (19%) présentaient un TP dépressive, dont 2 en association avec un autre TP. Aucune patiente ne présentait de TP borderline lors de la première évaluation.

Le TP dépressive n'a pas été pris en compte dans les chiffres rapportés, car ils ne font pas partie des différents clusters de TP habituellement explorés en recherche.

2.2.2.2 Analyse dimensionnelle des traits de personnalité :

Nous retrouvons la présence de traits de personnalité pathologiques (c.à.d. la présence de critères cotés comme pathologiques) concernant chaque TP exploré par la SCID II, hormis le TP antisocial, dont on ne retrouve aucun trait chez aucune patiente.

Les traits de personnalité pathologiques sont présentés dans le tableau 18.

Certains traits de personnalité sont présents chez une majorité de patientes : c'est le cas des traits de personnalité du cluster C avec 10 patientes (62%) concernant au moins 1 trait de personnalité de type Evitant, 11 patientes (69%) avec des traits de personnalité obsessionnel compulsif.

Concernant les traits de personnalité du cluster B, cela concerne en grande majorité le TP borderline, dont 10 patientes (62%) présentent au moins un trait.

Concernant l'intensité et l'impact des traits de personnalité chez ces patientes, nous pouvons présenter les résultats concernant les patientes présentant une quantité significative (à la limite inférieure du seuil diagnostic) de traits de personnalité spécifique.

Ainsi, aucune patiente ne présentait au moins 4 critères concernant le TP Evitant (hormis celles diagnostiquées : cf. plus haut).

Il en était de même concernant les traits de personnalité Dépendant.

Nous retrouvons une association franche de l'AM avec les traits de personnalité Obsessionnel Compulsif, puisque en plus des 3 patientes présentant le TP, on compte 3 patientes (19%) qui présentent un score limite inférieur au seuil de validation du TP.

Ainsi, 38% des patientes présentaient d'importants traits de personnalité obsessionnelle compulsive.

Sur le plan des critères borderline, nous comptons 3 patientes (18%) qui présentaient 4 traits de personnalité, à la limite du seuil diagnostique de 5 critères.

Tableau 17 : Comorbidités de l'Axe II à l'entrée :

Comorbidités axe II	N	%
Tout TP	5	31
TP Cluster A	0	0
TP Cluster B	0	0
TP Cluster C	5	31
TP Evitant	2	12
TP Obs. Compulsif	3	18
Autres TP	3	19
TP Dépressive	3	19

Tableau 18 : Analyse dimensionnelle des traits de personnalité à l'entrée (prenant en compte les patientes avec un score limite inférieur et les patientes présentant un TP) :

Traits de personnalité	N	%
Cluster A	2	12
Traits schizotypiques	0	0
Traits schizoïdes	0	0
Traits paranoïaques	2	12
Cluster B	3	19
Traits borderline	3	19
Traits narcissiques	0	0
Traits histrioniques	0	0
Traits antisociaux	0	0
Cluster C	8	50
Traits évitant	2	12
Traits dépendants	0	0
Traits obs. compulsifs	6	38
Autres TP	7	44
Traits passifs-agressifs	1	6
Traits dépressifs	7	44

2.3 Relation entre TP et conduites alimentaires :

Parmi les 4 patientes présentant un TP du cluster C :

Les 2 patientes présentant un TP évitant présentaient une anorexie restrictive.

Les 2 autres patientes présentant un TP obsessionnel compulsif présentaient dans le même temps des conduites de purges.

Sur un plan dimensionnel :

Parmi les 6 patientes qui présentaient des traits de personnalité Obsessionnels compulsifs, 4 patientes présentaient de même des conduites de purges, et 2 autres n'en présentaient pas.

Parmi les 3 patientes qui présentaient des traits de personnalité borderline (au minimum 4 critères), on compte 2 patientes présentant des conduites de purges.

Lorsque nous comparons le groupe de patientes qui présentaient des conduites de purges avec le groupe de patientes qui n'en présentaient pas, nous remarquons que les patientes présentant des conduites de purges semblent présenter plus de traits borderline que les patientes présentant un comportement restrictif (association à la limite de la significativité : $p = 0.09$).

A l'entrée, il existe significativement plus de traits de personnalité borderline chez les patientes présentant un risque suicidaire que chez celles qui n'en présentaient pas ($p < 0.05$).

Nous retrouvons le même type d'association concernant les traits de personnalité obsessionnels compulsifs ($p < 0.05$).

2.3.1 Comparaison entre différents sous-groupes de patients :

L'analyse de différents groupes de patientes est rendue difficile du fait du faible effectif global.

Ainsi, il n'existe que peu de sous-groupes de patientes permettant une analyse comparative fiable.

Par exemple, l'analyse de sous-groupes en fonction de la présence de pathologies comorbides ne permet pas de retrouver des différences significatives :

La présence d'une comorbidité de l'axe I à l'entrée n'était pas significativement associée à une augmentation de la fréquence d'hospitalisation au cours du suivi.

3 Résultats préliminaires de l'évaluation prospective :

3.1 Evolution des principales caractéristiques :

L'IMC moyen augmente de façon significative par rapport à l'entrée : Il passe de 16,7 en moyenne à l'entrée à 18,5 kg/m² (DS : 1,5) à 6 mois et 19 kg/m² (DS : 2) à 1 an.

Cette augmentation de l'IMC entre l'entrée et l'évaluation à 6 mois est de 1,6kg/m² (p<0.001) tout comme l'augmentation entre l'entrée et l'évaluation à 1 an (1,8kg/m² ; p<0,01).

L'IMC semble aussi augmenter entre les six mois et les 12 mois d'évaluation, mais la différence n'est pas significative.

De même, le score moyen de l'EAT-26 diminue de façon significative au cours du suivi : le score baisse de façon significative de 18 points entre l'entrée et les six mois de suivis (p<0.001).

Cette diminution semble se confirmer entre les 6 mois et les 12 mois, mais la poursuite de la baisse du score n'est pas significative.

Concernant les sous-scores de l'EAT-26 :

Les 3 sous-scores (restriction ; difficultés boulimiques ; contrôle alimentaire) présentent tous les 3 une baisse significative entre l'entrée et les 6 mois (respectivement p <0.01 ; p<0.01 et p<0.001). Cette baisse semble se poursuivre, mais la différence entre l'évaluation à 6 mois et 12 mois n'apparaît pas significative.

Nous pouvons donc remarquer que chez ces patientes, une partie significative de la souffrance liée aux difficultés alimentaires s'amendent dans les 6 premiers mois, accompagné d'une reprise de poids d'environ 1,6 kg/m² d'IMC en plus sur cette même période.

3.2 Evolution des conduites alimentaires :

Au cours du suivi, nous notons l'apparition chez une patiente de comportements auto-agressifs, qui n'existaient pas auparavant lors de l'admission.

Pour les 4 patientes qui présentaient déjà des comportements auto-agressifs lors de l'évaluation initiale, ces comportements ont persisté chez 2 (12%) d'entre elles, et se sont amendés au cours du suivi pour les 2 autres.

Sur le plan des conduites de purges : nous notons une disparition des conduites de purges pour 2 patientes sur les 6 qui en présentaient au début du suivi.

Parmi les 4 autres patientes, 3 (18%) ont maintenu leur conduites de purges au cours du suivi, et une patiente faisait partie des perdus de vue, ne permettant pas de renseigner cette information sur le plan prospectif.

Nous ne retrouvons l'apparition de conduites de purges chez aucune des patientes présentant une AM-R à l'entrée.

3.3 Evènements intercurrents et modalité de prise en charge :

Au cours du suivi, 2 patientes (12%) ont présenté une déscolarisation.

3 patientes (18%) ont été hospitalisées au cours du suivi, une autre patiente qui faisait partie des patientes hospitalisées au début de la prise en charge a été ré hospitalisée lors de l'évaluation des 12 mois.

Par ailleurs, 4 patientes (25%) ont bénéficié de la mise en place d'un traitement médicamenteux psychotrope au cours du suivi, dont 2 patientes avec un traitement antidépresseur, et deux patientes avec un traitement anxiolytique.

Ce traitement médicamenteux avait été démarré entre la première évaluation et les 6 mois de suivi, et seule la moitié des patientes présentaient encore un traitement à l'évaluation des 12 mois.

3.4 Evolution des comorbidités de l'axe I :

Les troubles de l'humeur recensés à l'entrée s'amendent progressivement au cours du suivi : nous notons la disparition des deux épisodes dépressifs majeurs (sur 6 mois et sur 12 mois), ainsi que l'épisode dysthymique dès la deuxième évaluation.

Le risque suicidaire semble concerner une majorité des patientes au cours du temps, avec des proportions augmentant légèrement (résultat en partie lié à la diminution des effectifs liés aux perdus de vue) avec 56% environ de patientes présentant un risque suicidaire à l'entrée, pour 67% à M12. La différence n'apparaît pas significative.

Il semble exister une augmentation progressive du risque suicidaire élevé : passant de 1 patiente lors de l'évaluation initiale (6%) à 3 patientes à l'évaluation des M12 (33%).

Sur le plan des troubles anxieux :

Nous notons la disparition progressive du trouble agoraphobie, qui ne concerne plus qu'une patiente à la fin du suivi.

Il n'existe plus de TOC à la fin du suivi.

Nous notons la disparition d'un trouble anxieux généralisée au cours du suivi, et l'apparition de façon isolée chez une patiente à 6 mois, et chez une autre à 12 mois.

La seconde patiente présentant un trouble anxieux généralisée au début du suivi faisait partie des perdus de vue.

Nous notons enfin l'apparition de 2 troubles paniques à la fin de l'évaluation des M12, dont un cas chez une patiente ne présentant pas de comorbidité auparavant.

Une patiente présentait à M12 l'apparition d'une Phobie Sociale.

Au final, nous comptons 37,5% de troubles anxieux à l'entrée, 40% aux 6 mois, et 55% au 12M (différence non significative), dans un contexte de diminution progressif du nombre de résultats, eu égard au caractère partiels des résultats prospectifs.

Nous retrouvons enfin l'apparition d'un Abus d'alcool pour une patiente à M6 et M12.

Il faut noter que, devant la fréquence parfois importante des comorbidités multiples, nous pouvons souligner que 6 patientes (37,5%) étaient concernées par une comorbidité à l'entrée, 3 patientes (30%) à M6 et 3 patientes (33%) à M12.

Il semble donc exister une certaine réduction concernant les comorbidités avec les troubles de l'humeur (19% → 0%), une tendance à l'augmentation du risque suicidaire (56% → 67%), une augmentation de la fréquence des troubles anxieux (37,5% → 55%), ces différences n'apparaissent pas significatives à l'heure actuelle.

Sur le plan du trouble usage des substances, les chiffres restent stables, puisque une seule patiente a présenté un nouveau cas lors du suivi.

3.5 Critère de jugement principal et évolution des comorbidités de l'axe II :

Notre critère de jugement principal était de mettre en évidence une différence significative entre les comorbidités de l'axe II à l'entrée et au cours du suivi, notamment concernant les troubles de la personnalité borderline.

Il existe significativement plus de patientes présentant un TP borderline après un an d'évaluation qu'au début du suivi ($p < 0.05$).

Le critère de jugement principal est donc vérifié.

A l'entrée, 5 patientes (30%) présentaient un TP : 2 patientes avec un TP Evitant et 3 patientes avec un TP obsessionnel compulsif.

A 1 an, nous retrouvons au moins un TP pour 3 patientes (33%) : 1 patiente présentait un TP borderline seul, 1 patiente présentait à la fois un TP obsessionnel compulsif et un TP borderline, et une patiente présentait à la fois un TP obsessionnel compulsif et TP schizotypique.

Nous notons que 4 des 5 TP présents à M12 n'étaient pas présents au début de l'évaluation : seule une des patientes présentant un TP obsessionnel compulsif au début de l'évaluation a conservé son diagnostic de TP à la fin de l'évaluation.

Toutes les autres patientes ayant présenté un TP à l'évaluation initiale ne le présentaient plus au bout d'un an de suivi. Ce résultat souligne l'importante instabilité des traits de personnalité explorés dans cette étude.

3.6 Critère de jugement secondaire :

Concernant la tentative de mettre en évidence certains éléments pouvant prédire l'apparition d'un TP, l'effectif actuel ne nous permet pas de réaliser cet objectif.

Actuellement, devant les résultats préliminaires obtenus, il serait nécessaire de proposer une approche statistique multivariée, nécessitant un effectif plus important (environ 45 patientes), afin de pouvoir analyser plus de patientes présentant l'apparition d'un TP borderline au cours du temps.

3.7 Evolution dimensionnelle des traits de personnalité :

L'étude de chaque trait de personnalité par l'intermédiaire du recueil de la SCID II nous a permis de renseigner de façon précise l'évolution de traits de personnalité pour chaque patiente au cours du temps : en effet, une de nos constatations cliniques empirique sous-tendant cette étude était la possibilité d'une modification rapide d'un certains nombres de traits de personnalité, dans le cadre d'une interaction importante avec l'AM.

Sur un plan statistique : nous avons analysé la variable des traits de personnalité borderline au cours du temps à l'aide d'un test non paramétrique de Friedman afin de pouvoir mettre en évidence une augmentation de ces traits de personnalité : il n'existe pas, avec les résultats préliminaires actuels, de différence significative.

Ainsi, l'apparition de traits de personnalité borderline ne concerne pas toutes les patientes de notre cohorte, mais seulement quelques patientes spécifiques, notamment celles qui ont déclaré un TP borderline à M12.

Nous pouvons préciser certaines associations qui nous paraissent importantes :

- Les traits de personnalité du cluster C et les traits de personnalité borderline sont significativement associés lors de l'évaluation d'entrée et à M6 (respectivement $p < 0,05$ pour les deux mesures), mais plus à M12 ($p=0,12$).

Ainsi, il semblerait que qu'au cours du temps, les traits de personnalité du cluster C et de la personnalité borderline soient de moins en moins associés.

- Les traits de personnalité borderline sont significativement associés à la présence d'un risque suicidaire à l'entrée ($p < 0.05$) et à la limite de la significativité à M12 ($p=0.056$)
- Les traits de personnalité du cluster C sont associés de même au risque suicidaire à l'entrée ($p < 0.05$) mais plus à M12 ($p=0.5$).

Nous proposons de présenter un compte rendu spécifique de l'évolution des principaux traits de personnalité que l'on peut qualifier de significatifs (c.à.d. proche du seuil ou au-dessus du seuil à un moment de l'évaluation).

Concernant l'évolution prospective des traits de personnalité des patientes suivies, nous présentons les résultats suivants :

3.7.1 Evolution des traits de personnalité Evitant :

L'évolution des patientes est décrite dans la figure 19.

Lors de l'évaluation initiale, 2 patientes présentaient suffisamment de critères pour permettre le diagnostic de TP Evitant.

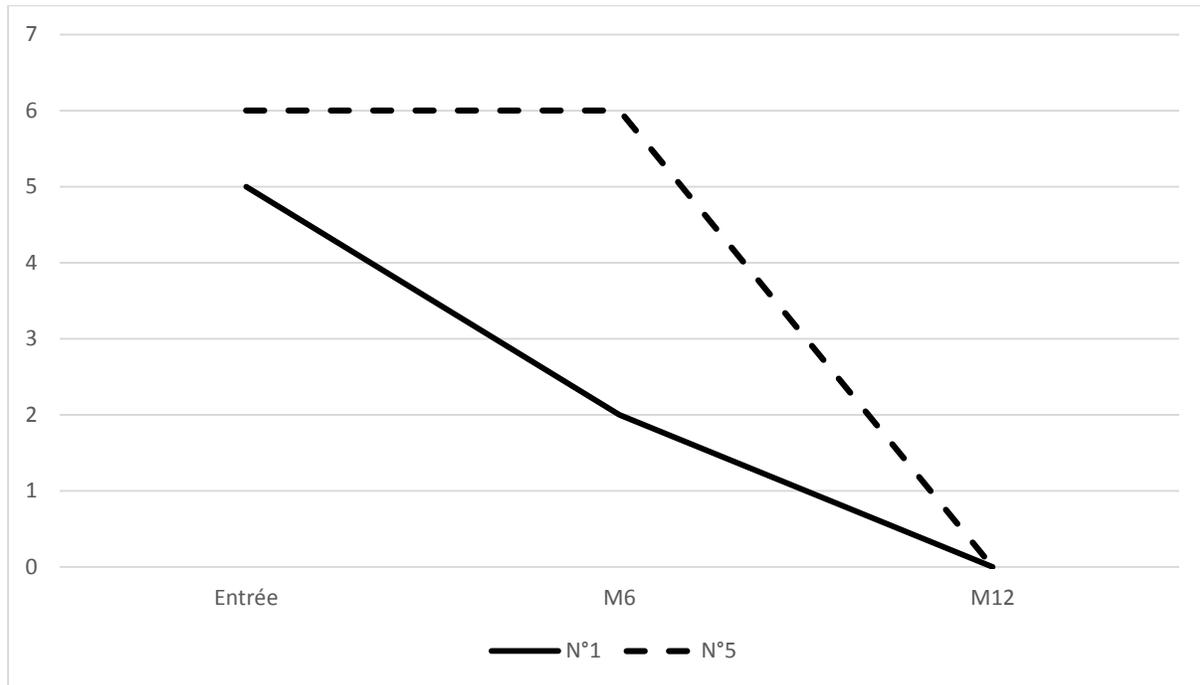
Sur le schéma suivant, nous proposons l'analyse des traits de personnalité Evitant concernant toutes les patientes ayant présenté, au cours d'une des évaluations, un nombre minimal de 4 critères (pour un seuil diagnostique à 5).

Dans ce cas, seules les 2 patientes présentant un TP Evitant à l'entrée étaient concernées.

Nous pouvons voir que, au cours du temps, les traits de personnalité Evitant chez ces deux patientes ont diminué, pour la première de façon continue (patiente N°1, trait continu), et pour la deuxième à la suite de la deuxième évaluation (patiente N°5, trait pointillé).

- La diminution des traits de personnalité Evitante de la patiente N°1 s'est accompagnée au cours du suivi d'une diminution des traits de personnalité Obsessionnel Compulsif, et de l'apparition à un nombre importants de traits de personnalité borderline.
- L'évolution de la patiente N°5 apparaît complexe, puisque nous pouvons voir apparaître chez elle au cours du suivi d'autres traits de personnalité pathologiques, notamment obsessionnels compulsifs mais aussi schizotypiques.

Figure 19 : Evolution des traits de personnalité Evitant



Nb : seuil diagnostic = 5

3.7.2 Evolution des traits de personnalité Obsessionnel Compulsif :

L'évolution des patientes est décrite dans la figure 20.

7 patientes ont présenté, au cours du suivi, 3 traits de personnalité ou plus (pour un seuil diagnostic à 4).

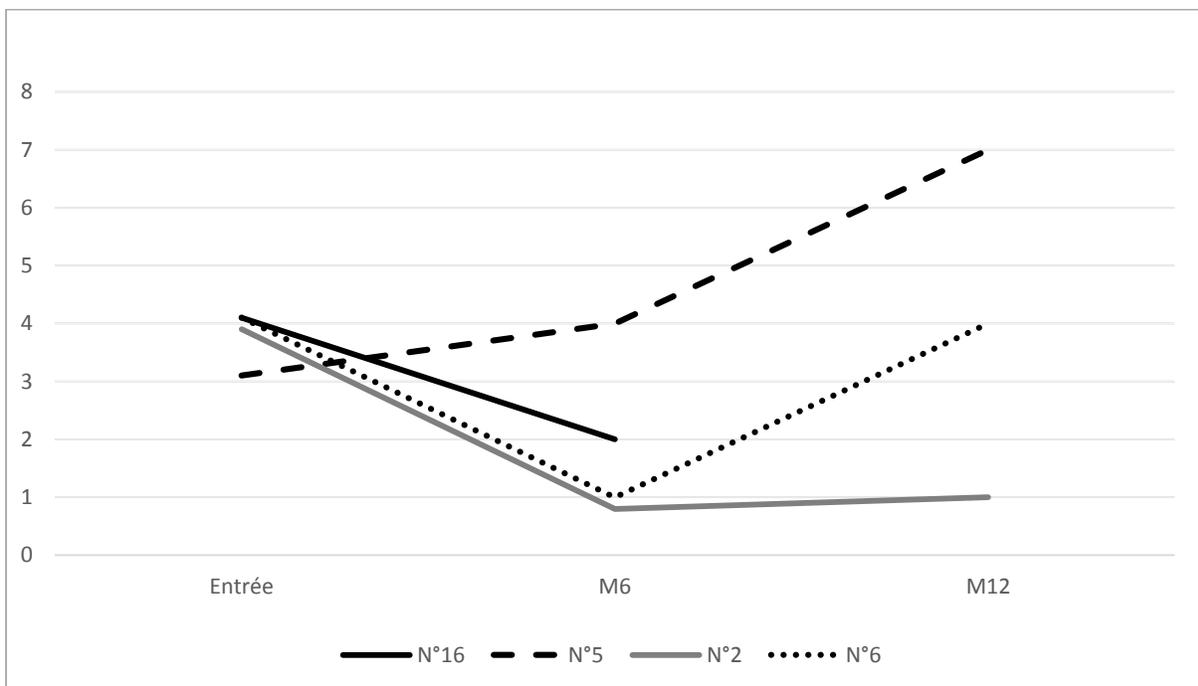
De façon générale, toutes les patientes exceptées une ont présenté soit une stabilité soit une diminution des traits de personnalité OC au cours du temps:

- La patiente N°1 présentait 3 critères au T0, pour 0 à M12
- La patiente N°2 présentait les 4 critères permettant le diagnostic à l'entrée, mais plus que 1 critère aux deux évaluations suivantes.
- La patiente N°11 présentait 3 critères au T0, puis 1 seul critère à M12
- La patiente N°16 présentait 4 critères au T0, et plus que 2 à M6 (3^{ème} évaluation en attente)
- La patiente N°7 présentait un score globalement stable au cours du temps : entre 2 et 3 critères.

- La patiente N°6 a présenté une importante fluctuation entre l'entrée et M6 (de 4 critères à 1 critère) puis a à nouveau présenté un TP obsessionnel compulsif à M12.
- Enfin, la patiente N°5 a présenté une augmentation importante des traits de personnalité obsessionnels compulsifs, de 3 lors de l'évaluation initiale à 7 critères lors de l'évaluation à M12.

Sont mis en évidence dans la figure ci-dessous, par souci de visibilité, uniquement les patientes ayant présenté au cours du suivi suffisamment de critères pour permettre le diagnostic de TP obsessionnel compulsif.

Figure 20 : Evolution des traits de personnalité Obsessionnel Compulsifs



Nb : seuil diagnostic = 4

3.7.3 Evolution des traits de personnalité borderline :

L'évolution des patientes est décrite dans la figure 21.

Au cours du suivi, nous comptons 5 patientes ayant présenté un nombre important de traits de personnalité borderline avec soit 4 ou 5 critères.

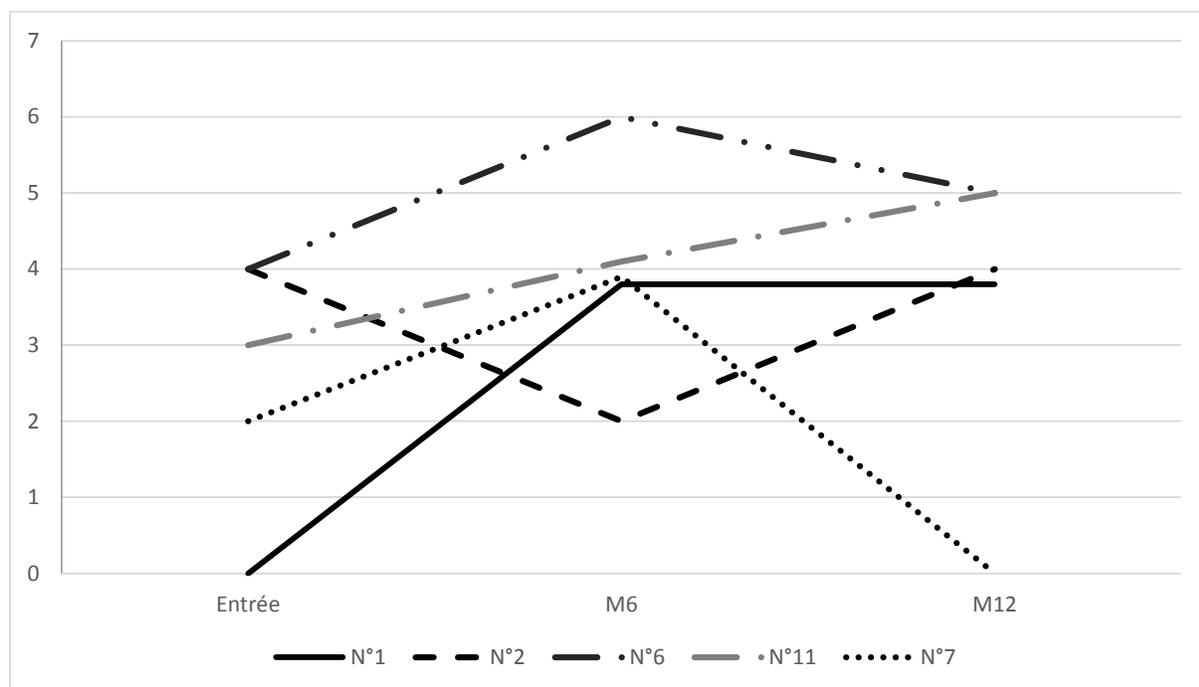
2 patientes ont présenté un TP borderline au cours du suivi, qui n'existait pas à l'évaluation initiale.

Précisément :

- La patiente N°1 ne présentait aucun trait de personnalité borderline lors de son évaluation initiale, mais a rapidement présenté au cours du suivi 4 traits de personnalité borderline, à M6 et M12.
- La patiente N°2 a présenté des traits de personnalité borderline fluctuants : 4 initialement à l'entrée, puis 2 à M6 et à nouveau 4 après 12 mois de suivi.
- La patiente N°6 a présenté un TP borderline au cours du suivi, présentant lors de la première évaluation 4 critères pathologiques, puis 6 à M6 et 5 à M12.
- La patiente N°11 a présenté un TP borderline au cours du suivi, avec 3 critères à la première évaluation et 5 critères à M12.
- Seule la patiente N°7 a présenté des traits borderline importants au cours du suivi avant que sa symptomatologie diminue.

Nous pouvons constater que, mis à part pour une patiente, la majorité des autres patientes ont présenté soit une augmentation (3 patientes) soit une stabilité (1 patiente) des traits de personnalité borderline au cours du suivi.

Figure 21 : Evolution des traits de personnalité Borderline :



Nb : seuil diagnostic = 5

3.7.4 Interaction entre traits de personnalité borderline et traits de personnalité obsessionnel compulsif :

Lorsque l'on étudie les résultats des patientes ci-dessus présentant des variations ou des scores importants des traits de personnalité borderline, il semblerait que la variation globale des traits de personnalité borderline se fasse de façon inverse à la variation des traits du cluster C, principalement si l'on se concentre sur les traits obsessionnels compulsifs.

Par mesure de clarté, nous avons proposé une série de figures afin de permettre une meilleure visualisation de la variation semblant inverse entre traits du cluster C et traits borderline.

Figure 22 : Evolution des traits de personnalité et IMC de la patiente N°1 :

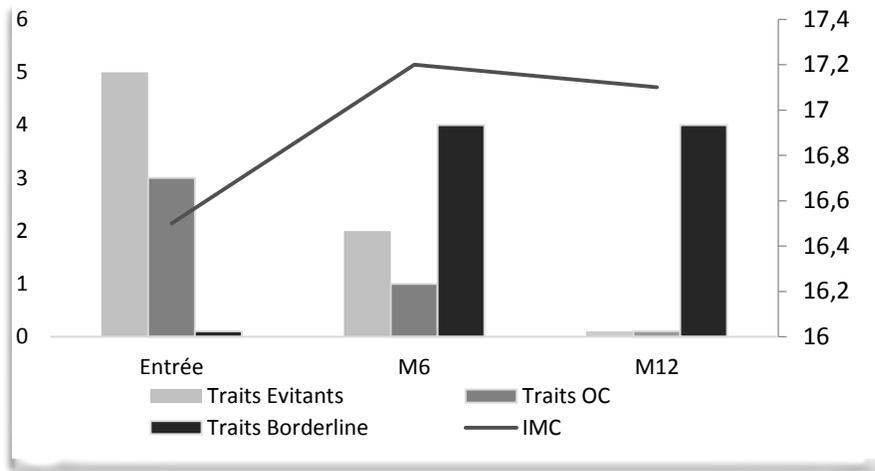


Figure 23 : Evolution des traits de personnalité et IMC de la patiente N°2 :

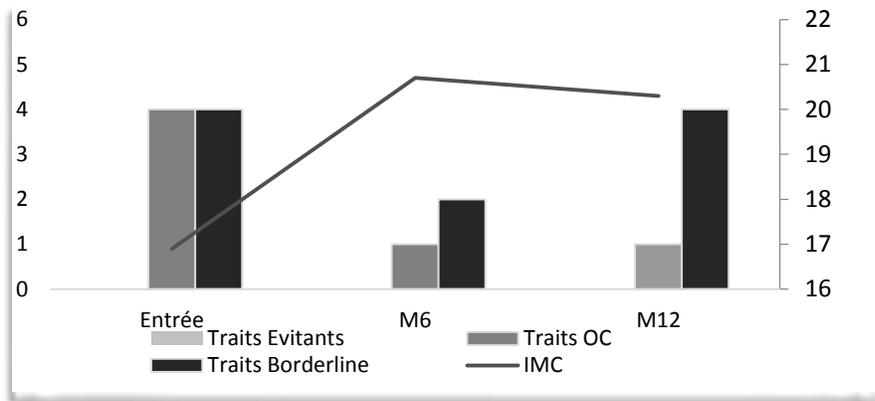


Figure 24 : Evolution des traits de personnalité et IMC de la patiente N°6 :

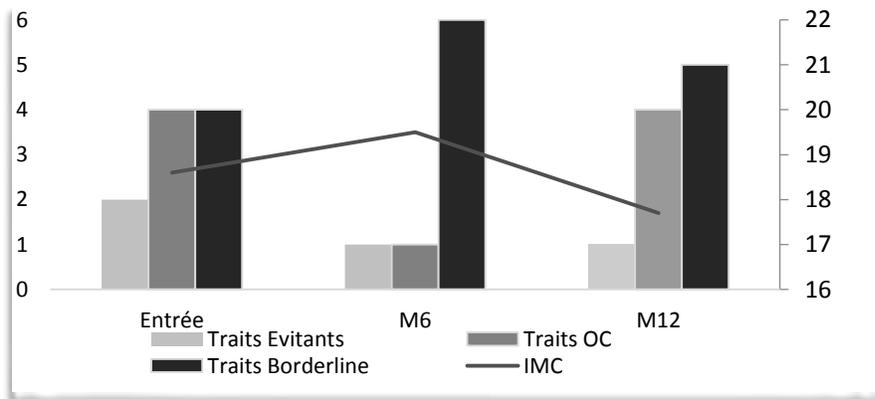


Figure 25 : Evolution des traits de personnalité et IMC de la patiente N°11

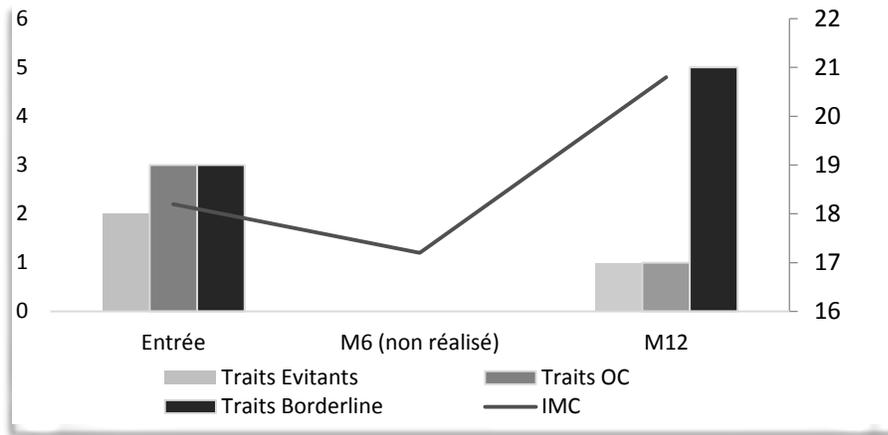
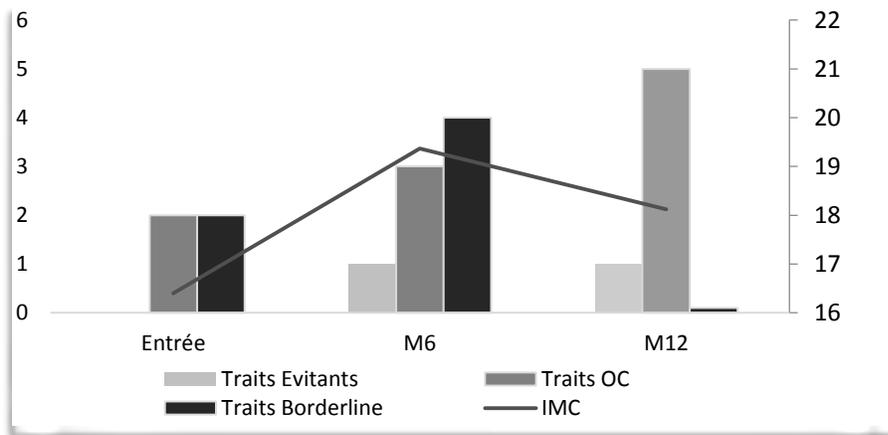


Figure 26 : Evolution des traits de personnalité et IMC de la patiente N°7 (évolution inverse)



Cet aspect est à prendre en compte, même s'il s'agit principalement d'éléments descriptifs concernant certaines patientes spécifiques.

Afin de mettre en évidence ce processus, il nécessiterait une inclusion plus importante de patientes présentant un nombre important de traits borderline.

Un de nos résultats que nous pouvons mettre en lien avec cette description reste cependant le fait que, dans notre cohorte (et chez ces patientes), les traits borderline et du cluster C semblent étroitement associés au tout début de la prise en charge, et que cette association disparaît à M12 (p=0.05 à l'entrée puis à M12 p=0.12).

Cinquième partie : Discussion générale

1 Discussion des résultats :

1.1 Résultats principaux :

L'un des objectifs de notre étude était de mettre en évidence l'apparition de nouveaux troubles de la personnalité (notamment borderline) au cours du suivi chez des patientes adolescentes qui se présentaient au soin psychiatrique pour une AM.

La fréquence de TP borderline (0% à 22%) est significativement plus importante à M12 qu'à l'entrée.

Ces résultats sont en faveur de notre hypothèse initiale, car la différence constatée apparaît significative, malgré le caractère partiel des résultats prospectifs et l'effectif de petite taille.

1.1.1 Concernant l'évolution des traits de personnalité :

Avec les résultats prospectifs actuels, il n'existe pas de différence significative entre la fréquence de traits de personnalité borderline au T0 et à M12.

Ainsi, dans l'ensemble de la cohorte, il n'existe pas d'augmentation significative des traits de personnalité borderline au cours du temps : cela confirme que notre impression clinique initiale ne concerne pas toutes les patientes AM, mais de façon spécifique certaines patientes qui seraient alors « à risque » de développer un TP borderline au cours du temps.

Si l'on s'intéresse de façon spécifique aux patientes présentant des traits de personnalité borderline marqués (c.à.d. au minimum avec un nombre de critères juste inférieur au seuil diagnostique à l'une des évaluations), et que l'on analyse les variations de tous les traits de personnalité de ces patientes, il semblerait qu'au cours du temps, la majorité de ces patientes présentent une augmentation des traits de personnalité borderline, associée de façon conjointe à une diminution des traits de personnalité du cluster C (principalement traits évitants et obsessionnels compulsifs).

De plus, l'association entre traits borderline et traits du cluster C semble être de moins en moins forte au cours du temps, avec la disparition de la significativité de l'association à M12.

De façon indirecte, nous pourrions considérer que la pathologie borderline semble « s'individualiser » des traits du cluster C (et du TCA), qui sont eux fortement liés aux comportements restrictifs et inhibés, et le plus souvent très variables lors de la modification du poids et l'amélioration des symptômes alimentaires [54].

A l'heure actuelle, il ne s'agit que de tendances qui ne peuvent encore être vérifiées sur un plan statistique, mais si ces résultats étaient validés au cours d'une étude à plus long terme, cela permettrait de vérifier la notion de continuum clinique que certains auteurs défendent.

Notre hypothèse psychopathologique générale supposait que, chez certaines patientes atteintes d'AM, le symptôme anorexique (généralement dans un premier temps restrictif) et la symptomatologie qui l'accompagne (troubles internalisés, traits de personnalité du cluster C, principalement obsessionnels compulsifs) puissent être interprétés comme un moyen défensif face à l'apparition de difficultés plus diffuses, qui s'apparentaient à un TP borderline.

Ainsi, notre impression clinique concernait certaines patientes qui se présentaient avec une AM généralement typique, avec des traits de personnalité du cluster C. Dans un second temps, parfois court, cette symptomatologie semblait s'infléchir (diminution des difficultés objectives concernant l'AM, des traits de personnalité obsessionnels) et semblait laisser place à une clinique plus en faveur d'un TP borderline.

Les données de la littérature sont en faveur d'une hétérogénéité concernant les patientes TCA, qui présentent des traits de personnalité très variables entre les différents diagnostics (comparaison entre AM et BN principalement) mais aussi au sein du même diagnostic (AM-R et AM-BP).

De nombreux auteurs ont par ailleurs mis en évidence une importante instabilité sur une courte période à la fois au sein des sous-groupes diagnostics et entre les différents diagnostics du groupe des TCA, alors même que les troubles explorés concernaient des patientes adultes, présentant une évolution du trouble depuis plusieurs années.

Pour expliquer ces variations diagnostiques rapides (ou une diminution des symptômes alimentaires, ce qui fait passer les patientes d'AM vers TCA-Nos) entre pathologies qui ne présentent pas les mêmes caractéristiques de personnalité, plusieurs auteurs ont proposé le fait que ces patientes fluctuent, sur le plan des comportements alimentaires (et donc passent d'un

diagnostic TCA à un autre), mais peut-être aussi sur le plan des traits de personnalité qui sont liés à ces conduites alimentaires (et qui sont généralement mesurés à un temps donné lors des évaluations de personnalité des patientes TCA).

Il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude proposant d'évaluer de façon prospective l'évolution des traits de personnalité chez ces patientes au tout début de leur pathologie alimentaire, période probablement encore plus à même de montrer une fluctuation importante.

Notre étude pourrait ainsi proposer, si nous poursuivons le recrutement et les évaluations, une description assez détaillée de ces fluctuations de traits de la personnalité, qui n'ont pas été étudiés sur une période prospective aussi courte, ni dans un contexte de début de pathologie anorexique. Permettre l'identification de ces patientes présentant un TP borderline au cours du temps a pu être réalisé avec les données prospectives actuelles (critère de jugement principal).

Concernant le critère de jugement secondaire qui propose de mettre en évidence d'éventuels éléments prédictifs d'une telle évolution, une telle description nécessite un protocole statistique différent à base d'études multivariées, qui n'est réalisable qu'avec un effectif théorique autour de 45 patientes.

L'identification d'éléments prédictifs peut être intéressante, mais il existe probablement, au vu des résultats de la littérature internationale, de nombreux facteurs de confusions pouvant rentrer en compte.

1.1.2 Concernant l'évaluation initiale :

Notre étude retrouve des taux de comorbidités de l'axe II similaires à la majorité des études s'intéressant aux comorbidités entre TCA et TP.

A l'entrée : 31% (ou 38% des patientes si nous prenons en compte le TP dépressive qui ne fait pas partie des clusters habituellement explorés en clinique courante) des patientes présentaient un TP, ce qui est conforme avec la majeure partie des études adultes et adolescentes ayant utilisé comme méthode d'évaluation des entretiens semi-structurés [40].

Gaudio et al. retrouvaient chez des patientes adolescentes un taux un peu moins important à 24,8% de TP chez des patientes anorexiques, mais les patientes étaient prises en charge en ambulatoire et les patientes présentant un trouble de l'axe I comorbide étaient exclues, ce qui

peut expliquer en partie que leurs patientes présentaient moins de TP que celles de notre étude [50]. Les auteurs ont utilisé dans cette étude le même instrument diagnostic concernant les troubles de la personnalité : le SCID-II.

Magallon-Neri et al. retrouvaient quant à eux un taux de prévalence à 25% de TP chez les patientes anorexiques regroupées au sein d'une cohorte TCA de 100 patientes adolescentes [51]. Nous pouvons en partie expliquer cette différence de résultats par l'utilisation d'un entretien semi-structuré différent du SCID-II : *L'Internation Personality Disorder Examination*, qui présente certains critères rendant plus difficile le diagnostic de TP que les autres entretiens semi-structurés : par exemple la nécessité de présenter certains critères depuis plus de 5 ans, contre 1 an pour le SCID-II.

1.1.2.1 Répartition des TP :

Notre étude retrouve aussi des résultats similaires sur le plan des proportions des différents types de TP présents à l'admission :

30% des patientes présentaient un TP du cluster C, avec 18% de TP obsessionnel compulsif, et 12% de TP évitant. Nous ne retrouvons pas à l'entrée de patiente présentant un TP borderline, mais plusieurs patientes (19%) avec un score proche du seuil permettant le diagnostic (4 critères pour 5 comme seuil diagnostic).

Dans les études concernant les comorbidités TCA et TP chez l'adolescent, il était retrouvé un taux de TP du cluster C entre 16 et 17%, et un taux de TP borderline entre 3 et 8%.

Chez l'adulte, Cassin et al. reportaient un taux de comorbidité avec le TP obsessionnel compulsif à 15% ; avec le TP évitant à 14% ; avec le TP dépendant à 7% et avec le TP borderline à 3%.

Dans l'ensemble, nos résultats concernant l'évaluation initiale des TP semblent assez cohérents avec les données de la littérature internationale.

Nous ne retrouvons pas à l'entrée de TP borderline, mais plusieurs patientes présentaient un nombre de critères élevé, sans atteindre le seuil diagnostic. Nous pouvons en partie expliquer ce résultat devant le faible effectif global et de façon plus précise l'effectif peu important de patientes présentant une AM-BP (N = 6), alors que le TP borderline dans l'AM-BP est retrouvé à un taux de fréquence d'environ 15 à 20 % des cas dans la littérature internationale (et de façon encore moins importante en population TCA adolescente).

Enfin, nos résultats semblent indiquer que les patientes adolescentes débutant un soin dans le cadre d'un TCA n'expriment pas de façon simultanée un TP borderline, mais que ce TP peut apparaître dans un second temps.

Les différentes variations avec la littérature internationale constatées peuvent s'expliquer :

1. Par le nombre relativement faible de patientes composant la cohorte, ce qui peut induire quelques variations, notamment sur le plan des TP car ils ne concernent que peu de patientes.
2. Par la différence entre les différentes populations des études : facteurs d'exclusion, type de suivi.
3. Par les outils de mesures différents pour une étude.
4. Enfin, par l'âge des patientes et par le fait que le TCA évalué n'évolue pas chez les patientes depuis la même durée.

1.2 Autres résultats :

1.2.1 Relation entre traits de personnalités et conduites alimentaires :

Concernant la relation entre conduites de purges et traits de personnalité borderline, nos données sont en adéquation avec la littérature puisque nous retrouvons une association entre traits de personnalité borderline et conduites de purges à la limite de la significativité ($p= 0.08$).

Les TP et traits de personnalité obsessionnels compulsifs ne sont pas associés de façon spécifique aux conduites restrictives, et cela diffère des résultats mis en avant par la majeure partie des études réalisées précédemment.

Comme élément pouvant expliquer cette différence, nous pouvons évoquer le faible effectif des sous-groupes des patientes présentant un TP ou des traits de personnalité obsessionnels compulsifs, avec un manque de puissance empêchant de mettre en avant une différence existante.

Ensuite, le non usage d'outils standardisés pour le recueil du caractère restrictif ou non des conduites alimentaires (le M.I.N.I. KID permettant le diagnostic d'AM, mais pas ses sous-types) peut amener un biais de mesure, mais l'usage d'outils standardisés comme le SIAB-EX (*The*

structured interview for anorexic and bulimic disorders for DSM-IV and ICD-10) apparaît peu fréquent dans les études explorant la relation entre TP et TCA.

1.2.2 Evolution des patientes :

Au cours du suivi de ces patientes, nous avons pu mettre en évidence une augmentation significative de l'IMC des patientes, ainsi que la diminution significative de la souffrance de ces patientes liée aux difficultés alimentaires.

Ainsi, toutes les patientes sauf une augmentent leur IMC entre l'entrée et les six mois de suivi. Cette augmentation se poursuit pour 3 patientes entre M6 et M12, et reste stable pour les autres. Il n'existe pas de différence significative entre l'IMC moyen des patientes à M6 et l'IMC moyen des patientes à M12.

L'IMC reste inférieur à 18 kg/m² pour 5 patientes (41%) à M6, et pour 3 patientes à M12 (33%).

Ces résultats sont à mettre en relation avec la prise en charge proposée au sein de la structure, ayant permis une évolution positive clinique de ces patientes, même si l'IMC n'est pas normalisé pour toutes les patientes, l'AM étant une pathologie pouvant grandement fluctuer au cours du temps.

1.2.3 Comobidités de l'axe I :

Sur le plan des troubles de l'humeur, nos résultats semblent en adéquation avec les résultats relevés par Godart et al. : 18% des patientes présentaient un trouble de l'humeur, ce qui semble être dans une fourchette relativement basse des résultats de la littérature, qui montent parfois jusqu'à 60% de taux de comorbidité. A notre sens, ce chiffre relativement bas peut être en partie expliqué par l'augmentation de la prévalence des troubles de l'humeur au cours du temps (la majorité des études prises en comptes pour la revue de la littérature de Godart concernait des patientes adultes).

Nous retrouvons un taux de trouble anxieux pour 31% des patientes à l'entrée, ce qui correspond aux données basses retrouvées dans la littérature.

De même, pour chaque trouble anxieux pris spécifiquement, les résultats semblent concordants avec les données de la littérature.

Enfin, concernant le trouble lié à l'usage des substances, nous retrouvons ces troubles chez 12% des patientes de l'étude.

Les données de prévalence chez l'adulte sont chiffrées entre 8 et 43% des patientes concernées, ces chiffres pouvant varier avec la proportion de patientes présentant une AM-BP, ainsi qu'avec l'âge des patients explorés.

Concernant les études de patientes renseignant sur la prévalence des comorbidités de l'axe I, nous citerons l'étude de Bühren et al. réalisée en 2014, qui concernaient une cohorte de 172 patientes adolescentes présentant une AM en début de soin [39] :

Les principales comorbidités retrouvaient des troubles de l'humeur et des troubles anxieux.

Les patientes de leur étude présentaient plus de comorbidités avec les troubles de l'humeur (34%), mais moins avec les troubles anxieux (11% des patientes).

Enfin, environ 11,5% des patientes de leur étude reportaient des idéations suicidaires dans les 3 derniers mois. Ces résultats sont inférieurs aux nôtres, puisque lorsque l'on prend la proportion de patientes présentant un risque suicidaire moyen à élevé (qui correspond à un risque suicidaire présent dans le mois précédant l'évaluation le plus souvent), nous retrouvons 24% de patientes concernées.

Si l'on prend en compte l'ensemble des patientes de notre étude présentant un risque suicidaire, 56% des patientes de notre étude étaient concernées à l'entrée.

D'autres auteurs avaient exploré la prévalence du risque suicidaire (actuel ou vie entière) chez les patientes adolescentes présentant une AM :

Certaines valeurs sont plus en adéquation avec nos résultats, notamment dans les études explorant à la fois le risque suicidaire actuel et en prévalence vie entière : Fennig et Hadas retrouvaient dans leur étude de 2010 une prévalence de pensées suicidaires de 57% chez des patientes adolescentes anorexiques [105], tandis que Ruuska et al. retrouvaient en 2005 une prévalence des idées suicidaires pour 41,2% des patientes anorexiques prises en charge en ambulatoire [106].

Concernant la variation assez importante que nous pouvons retrouver concernant les comorbidités de l'axe I et le risque suicidaire, plusieurs éléments importants sont à prendre en compte :

1. Certaines études, en fonction des instruments utilisés, renseignent une prévalence vie entière des troubles, ou au moment de l'évaluation.
2. En fonction de l'âge des patients, certains résultats peuvent varier, principalement dû au fait que certaines pathologies ont des âges de début statistiquement plus tardifs que l'AM de l'adolescente. Ainsi, les prévalences évaluées chez des patients adultes risquent logiquement d'être plus importantes.
3. La composition de la cohorte étudiée : en fonction de la répartition des troubles (que ce soit entre les différents diagnostics TCA, mais aussi pour les sous-types d'AM) dans la population, certains résultats peuvent grandement varier : par exemple, le risque suicidaire, les troubles de l'humeur et les troubles liés à une substance sont statistiquement associés à des conduites de purges.

Ainsi, des cohortes présentant une proportion importante de patients avec conduites de purges (AM-BP, ou encore BN) présenteront une association plus importante avec certains troubles que certaines études se centrant spécifiquement sur les patientes AM avec une forte proportion de patientes AM-R.

L'évaluation prospective préliminaire de notre étude montre une certaine variation dans les comorbidités de l'axe I retrouvées :

La baisse des symptômes dépressifs et dysthymiques (19 % → 0 %) n'apparaît pas significative ($p=0,15$).

Cette différence n'apparaît pas significative mais ne permet pas de conclure quant à l'impact de la prise en charge sur les symptômes des troubles de l'humeur : le faible effectif de patientes présentant des TH conduit à un manque de puissance statistique pour mesurer cet effet.

Nous pouvons cependant expliquer la disparition de ces symptômes par le fait que ces troubles ont pu être pris en charge de façon spécifique, et que l'IMC des patientes a significativement augmenté sur la même période.

La variation des troubles anxieux au cours du temps (37% à 55% à un an) n'apparaît pas significative ($p=0,75$).

Enfin, si l'on retrouve une augmentation du nombre de TP borderline au cours du temps, il ne semble pas exister d'augmentation significative du risque suicidaire qui est généralement associé à ce TP.

Même si ces chiffres restent des fréquences de prévalence que l'on peut retrouver dans la littérature internationale, il faut souligner l'impact possible des perdues de vues (et des patientes n'ayant pas encore bénéficié de la 3^{ème} évaluation) : il apparaît possible que les patientes perdues de vues ne présentent pas le même niveau de souffrance que celles qui ont poursuivi leur soin dans la structure, avec parfois des hospitalisations sur de longues périodes.

2 Forces et faiblesses de l'étude :

2.1 Moyens et méthode :

2.1.1 Protocole d'étude :

Notre étude apparaît comme l'une des seules études explorant les troubles de la personnalité chez les adolescentes anorexiques, et la seule à notre connaissance à proposer un suivi longitudinal de la personnalité à la fois sur un plan catégoriel (troubles) et dimensionnel (traits de personnalité) chez ces patientes, tout en renseignant la présence de comorbidités psychiatriques au sens large. Une des forces de l'étude est d'explorer de façon prospective et longitudinale l'évolution de chaque patiente, tant sur le plan des difficultés alimentaires que sur le plan des traits de personnalité, élément qui avait été mis en avant dans la méta-analyse concernant la relation entre TP et TCA de Cassin et al. [40].

L'utilisation d'outils standardisés, évalués, reconnus dans le champ de la recherche, sous la forme d'entretiens semi-structurés permet aussi de limiter les biais de mesure au maximum, tout en permettant le renseignement de diagnostics présentables en recherche avec le DSM-IV-TR.

2.1.2 Facteurs de non inclusion et biais de confusion :

Notre étude proposait un recrutement de patientes présentant une anorexie mentale. Il n'existait que peu de facteurs d'exclusions : le principal retenu étant un critère d'âge, nous ne recrutons pas de patientes âgées de moins de 13 ans.

Ce facteur d'exclusion peut s'expliquer en 3 points :

- L'absence de validation du M.I.N.I. KID pour les patients âgés de moins de 13 ans.
- La nécessité d'un niveau de compréhension suffisant concernant le questionnaire de la SCID II.
- La notion de traits ou troubles de la personnalité apparaît moins viable pour des patients n'étant pas encore entré de façon pérenne dans un processus adolescent.

Par ailleurs, la majorité des études s'intéressant à l'AM de l'adolescente présentent généralement des adolescentes plus âgées que 13 ans.

Enfin, l'AM chez les patientes pré-pubères fait référence à des mécanismes psychopathologiques très différents de ceux de l'AM de l'adolescente.

De nombreuses études s'intéressant aux comorbidités entre TCA et TP proposent dans leurs protocoles l'exclusion de patientes présentant certaines caractéristiques : notamment en fonction des comorbidités de l'axe I, du type de suivi, de l'IMC etc.

La mise en place de critères d'exclusion cliniques est le plus souvent sous-tendue par le fait qu'ils représentent des facteurs de confusion.

Nous soulignerons par exemple l'intrication importante entre TP borderline et symptômes et épisodes dépressifs, ou encore TP obsessionnels compulsifs et état de dénutrition important.

Ainsi, la proposition d'une cohorte de patientes AM sans l'exclusion de certaines pathologies associées ou d'éléments de gravité permet une meilleure représentativité de la population étudiée, puisqu'était incluse dans l'étude toute patiente adolescente âgée de plus de 13 ans se présentant pour une AM, quelle que soit la modalité de soin proposée (ambulatoire ou hospitalier).

Cependant, la présence d'une symptomatologie plus hétérogène présentée par les patientes de la cohorte expose les résultats de l'étude à un biais de confusion : en effet, certaines pathologies de l'axe I, ou encore un IMC faible peuvent avoir un impact important sur l'analyse des traits de personnalité et sur le diagnostic d'un TP.

Notre étude étant à visée principalement descriptive et non analytique (du moins pour son critère de jugement principal), nous avons choisi de ne proposer que très peu de critères d'exclusion, à la suite d'une réflexion en plusieurs points :

1. La volonté clinique ayant légitimé cette étude était de tenter de rendre compte, chez certaines patientes, de l'apparition de traits ou de troubles de la personnalité chez des patientes faisant une demande de soins par le symptôme : Anorexie Mentale.

Nous n'avions a priori pas d'éléments cliniques permettant de cibler certaines patientes se présentant plus à risque de révéler ces traits de personnalité que d'autres. Exclure certaines patientes (en cas de comorbidités avec les troubles de l'humeur, ou encore avec un IMC limite) aurait pu nous exposer à un biais de sélection important pour l'étude. La mise en place d'un recrutement exhaustif (c .a. d. prenant en compte toute patiente se présentant au soin correspondant aux critères d'inclusion) a permis de limiter ce risque.

2. Exclure des patientes aurait diminué fortement l'effectif de la population d'étude, pouvant encore diminuer la puissance statistique.
3. La volonté de proposer un appariement sur certains facteurs de confusion (IMC ; comorbidité avec un trouble de l'humeur) aurait demandé une augmentation importante du nombre de patientes nécessaires à l'étude, impossible pour des raisons pratiques (étude monocentrique, évaluateur unique, période prospective limitée).

2.1.3 Mesure des troubles et choix des outils :

Les outils utilisés dans cette étude ont été détaillés dans la partie 6 de la partie Matériel et méthode.

Nous avons choisi l'utilisation, dans la mesure du possible, d'outils les plus standardisés et permettant une mesure la plus précise possible.

Tous les instruments utilisés peuvent être considérés comme étant reconnus ou évalués comme équivalent aux gold-standards concernant les différents axes explorés.

L'aspect subjectif fort de ces outils ne permettent pas la mise à l'écart d'un possible biais de minimisation de la part des patients, mais les entretiens semi-structurés sont considérés comme les outils les plus fiables pour repérer des pathologies dans les cadres de recherche, notamment pour les TP [40] [85].

2.1.3.1 Concernant l'EAT-26 :

L'EAT-26 ne permet pas la cotation en termes de diagnostic DSM, ce qui aurait pu être un élément intéressant pour objectiver de façon plus précise et standardisée l'évolution des troubles alimentaires.

Il est en revanche largement validé et utilisé dans les recherches s'intéressant à l'évolution des difficultés alimentaires [72].

2.1.3.2 Concernant le M.I.N.I. KID :

Cet instrument permet le recueil de façon rapide et standardisée d'un certain nombre de diagnostics de l'axe I, mais n'explore pas toutes les pathologies que l'on peut repérer chez l'adolescent : nous citerons principalement pour cet entretien semi-structuré l'absence d'exploration de pathologie psychotique aiguë, ou encore l'absence de certains troubles des

conduites alimentaires. Ces pathologies n'étaient cependant pas retrouvées dans le cadre du suivi clinique des patientes par l'équipe médicale de la Villa Ancely.

Pour autant, la majorité des comorbidités recensées (TH ; TA) dans l'AM est évaluée avec cet outil.

2.1.3.3 Concernant le SCID II :

Comme décrit dans la partie méthode, le SCID II est un des entretiens semi-structurés permettant des diagnostics DSM-IV-TR de trouble de la personnalité.

Comme tous les autres instruments concernant les troubles de la personnalité, la population pour laquelle il a été élaboré cible avant tout les adultes. Dès lors, son utilisation en population adolescente peut soulever certaines questions : notamment, il nous semble que certains troubles de la personnalité explorés par le SCID II peuvent être trop sensibles, ou que certains items à l'inverse ne sont pas adaptés pour l'évaluation chez l'adolescent : nous citerons principalement :

- Certains critères du TP histrionique
- Certains critères du TP narcissique

Pour autant, il nous semble que cet instrument reste le plus adapté au recueil des traits de personnalité chez l'adolescent car :

- Il s'agit de l'outil standardisé le plus utilisé en population adolescente en recherche clinique
- Il n'existe pas à l'heure actuelle d'outil similaire permettant ces évaluations chez l'adolescent.
- Les traits explorés et fréquemment retrouvés en population TCA sont convenablement explorés par cet outil.
- Enfin, les TP explorés de façon inadéquate ne sont que très rarement retrouvés dans la pathologie anorexique.

2.1.3.4 Concernant l'évaluation répétée des traits de personnalité :

Renseigner l'évolution des traits de personnalité et des troubles de la personnalité sur une période aussi courte que 6 mois peut être critiquable, puisque ces traits sont censés, par définition, pour être validés, être stables et donc peu sujets à se modifier au cours du temps.

Pour autant, comme nous l'avons montré plus haut, il semble que certains traits que l'on assimile à des traits de personnalité (notamment l'impulsivité) soient particulièrement instables chez les

patientes présentant un TCA, notamment ceux liés aux conduites de purges, conduites elle-même instables [62]–[67].

L'instabilité diagnostique des TCA semblait elle-même associée aux comorbidités de l'axe I, comme l'ont montré Milos et al.[67], et les résultats ne semblent pas clairs concernant l'association entre instabilité diagnostique et comorbidité avec l'axe II, puisque 2 études ont retrouvé des résultats divergents [65], [66].

Cependant, ces études ont toutes été réalisées chez des patientes adultes, avec une évolution longue de la maladie anorexique, alors que l'instabilité est maximale dans les 5 premières années de début du trouble [67].

A notre sens, cela est encore plus vrai lorsque l'on considère les relations importantes que peut avoir la personnalité avec les TCA, notamment dans le cadre du processus adolescent, même si cela n'a pas été démontré sur un plan médico-scientifique.

Plusieurs auteurs ont également relevé l'intérêt de rechercher et préciser la présence de traits ou de troubles de personnalité chez l'adolescent, car ils vont avoir un important impact clinique [46], [49], [45].

Dans le même temps, d'autres auteurs ont aussi insisté sur le caractère instable des traits de personnalité chez les adolescents, notamment borderline, dont l'une des explications serait l'importante sensibilité au changement de ces caractères (dont l'adolescence est une période clef du développement) avec une prise en charge adaptée [107].

Enfin, notre hypothèse générale s'appuyait sur une impression clinique empirique d'apparition de traits de personnalité sur un laps de temps relativement court chez ces patientes, qui semblaient se décaler des difficultés alimentaires.

Notre impression clinique rejoint la description de plusieurs auteurs qui défendent l'impression d'un continuum clinique chez ces patientes TCA, qui présentent des fluctuations importantes à la fois des TCA et de leurs IMC, des conduites alimentaires, des comorbidités et du fonctionnement psychique au sens large, et probablement aussi pour les traits de personnalité [61].

C'est dans ce sens que nous pouvons légitimer le recueil sur un laps de temps assez court des traits de personnalité chez ces adolescentes : certaines patientes semblent en effet fluctuer tout aussi

bien sur le plan de la symptomatologie alimentaire (variation de l'IMC et du score EAT), que sur le plan du fonctionnement général, ce que l'on peut constater devant la fluctuation importante de certains traits de personnalité, avec l'apparition à ce stade de l'étude de 2 troubles de la personnalité borderline.

C'est bien ainsi que Nicolas et al. décrivaient leurs patientes borderlines présentant un TCA : lorsqu'ils décrivent les différents types de fonctionnement intra-psychique retrouvés chez ces patients, ils soulignent qu' « *il est important de se représenter que les différents types de fonctionnement ne caractérisent pas des types de patients, mais plutôt des moments ou des périodes de fonctionnement chez des sujets dont l'instabilité reste le trait le plus commun* » [61].

C'est dans ce sens que nous interprétons l'impression clinique que nous décrivons plus haut, et qui semble se retrouver avec les évaluations prospectives : certaines patientes, dans le cadre complexe que représente l'adolescence, peuvent être menacées et leur modalité défensives débordées.

A notre sens, les symptômes anorexiques et boulimiques, pour reprendre les termes de Nicolas et al. « *s'associent plus ou moins à différents temps de l'évolution des troubles et fluctuent* ».

Cette labilité se retrouve notamment dans l'étude de Nicolas et al. décrite dans la [partie 3.3.2 de la partie Revue de la littérature](#).

Les traits de personnalité fluctuants que nous tentons de mesurer dans cette étude peuvent présenter un certain écart avec ceux communément décrits par le DSM de par le fait qu'ils sont plus fluctuants au cours du temps qu'ils ne devraient l'être par définition.

Pourtant, ces traits ont un impact clinique important dans la prise en charge des patientes de notre cohorte : l'apparition de nombreux traits de personnalité borderline en peu de temps peuvent engendrer une souffrance importante, et nécessitent une prise en considération de la part du thérapeute et l'adaptation du soin.

Précisons cependant que cette interprétation des difficultés alimentaires ne concerne pas toutes les adolescentes présentant une AM : nous pouvons le voir dans notre étude avec la présence de plusieurs patientes qui ne présenteront que très peu de traits de personnalité pathologique associés au TCA qu'elles présentent.

Enfin, les premières évaluations prospectives que nous présentons dans cette thèse semblent confirmer le caractère instable des troubles et des traits de personnalité que l'on retrouve habituellement dans les TCA : traits de personnalité du cluster C (principalement évitant et obsessionnels compulsifs) et borderline.

2.1.3.5 Caractère prospectif et nombres de données :

Le caractère prospectif était un élément impératif pour mettre en évidence l'apparition de traits ou de troubles de la personnalité au cours du temps dans notre population.

La question de répéter les évaluations tous les 6 mois dépend principalement de notre constatation empirique qui nous interrogeait : nous avons l'impression que, chez certaines patientes, les changements sur le plan des conduites alimentaires et des traits de personnalité se faisaient sur une durée compatible avec une évaluation tous les 6 mois.

Cependant, ce protocole peut apparaître lourd pour les patientes, notamment celles qui sont prises en charge de façon intensive. Cependant, cela n'a été que très peu mis en avant par les patientes (une seule patiente avait refusé l'évaluation des M6 en partie sur ce point).

Par ailleurs, le renseignement à la fois catégoriel (présence ou absence de TP) et dimensionnel (étude du nombre de traits de personnalité), ainsi que le recueil d'un nombre important de facteurs cliniques et de comorbidité expose notre étude à une multiplication importante des résultats, rendant plus difficile des analyses statistiques en profondeur.

C'est une des limites de notre étude : la quantité de données relevées pour une seule patiente impose des tests statistiques qui demandent un effectif de population important, que nous n'avons pour l'instant pas atteint.

2.1.4 Dimension éthique :

Dans le cadre de la mise en place de ce protocole de recherche, cette étude a reçu l'accord du Comité d'Éthique de la Recherche du CHU de Toulouse, en tant que protocole de soins courants. L'enregistrement des données étaient fait de façon anonymisée, selon les recommandations de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, enregistrement qui a fait l'objet d'une déclaration.

Toutes les patientes ainsi que leurs représentants légaux ont accepté le protocole de recherche qui leur était présenté en présence du médecin psychiatre prenant en charge l'adolescente.

2.2 Déroulement pratique de l'étude et analyse des résultats :

2.2.1 Population explorée et biais de sélection :

Les patientes étaient recrutées de façon exhaustive : a priori, toute patiente présentant des symptômes d'AM débutant une prise en charge au sein de la structure se voyait proposer de participer à l'étude. Cette méthode de recrutement permet de limiter le biais de sélection dans le recrutement.

Il s'agit cependant d'une population clinique, ce qui expose les résultats au biais de Berkson : les populations cliniques en demande de soin sont plus exposées à des comorbidités et présentent une pathologie plus grave qu'en population générale [3].

Comme nous l'avons souligné, toutes les patientes à qui il a été proposé de participer ont accepté de participer à cette étude (avec l'accord de leur représentant légal).

Ce recrutement exhaustif, avec peu de critères d'exclusion, devait permettre de rencontrer un large éventail de patientes présentant une AM. Nous devons partir d'une population d'étude « tout venant » puisque nous n'avions pas à priori d'éléments cliniques pour présélectionner certaines patientes plus à risques de développer un TP borderline.

Il est probable que quelques patientes n'aient pas été recrutées au cours du temps, dans le cadre de difficultés organisationnelles.

Pour autant, ce non-recrutement n'impacte pas sur le positionnement qui se voulait exhaustif de notre étude, car à priori, le non-recrutement de ces patientes relevait du hasard.

2.2.2 Composition de la cohorte :

3 patientes présentaient à l'entrée un IMC à la limite pour entrer dans le seuil de dénutrition, ce qui peut poser un biais de sélection.

Pour autant, ces 3 patientes présentaient une perte de poids importante par rapport à leur poids de forme, et par la suite de la prise en charge, 2 d'entre elles présenteront des IMC cette fois inférieurs aux normes attendues, confirmant le diagnostic d'AM.

La 3^{ème} patiente avait présenté une perte de poids rapide et importante, mais s'est rapidement stabilisée avec la mise en place du suivi. Elle présentait à l'entrée une souffrance importante avec un EAT-26 coté à 63.

Tous les autres critères diagnostiques du DSM-IV-TR étaient présents pour ces patientes.

Selon le DSM-IV-TR, coter le diagnostic d'AM avec un poids limite n'est pas totalement possible, puisqu'il est précisé un critère spécifique (« *inférieur à 85% du poids attendu* »).

Si nous ne cotons pas ces patientes comme présentant une AM, elles rentreraient alors dans une catégorie beaucoup plus floue : les TCA-Nos, qui représentent toutes les patientes qui ne présentent pas suffisamment de critères suffisant pour coter une AM ou une BN.

A notre sens, au vu de la souffrance importante que présentaient ces patientes et de l'évolution secondaire de 2 de ces patientes (passage en dénutrition clinique en quelques semaines), et comme d'autres auteurs ont pu le faire [39], nous avons pris le parti de garder le diagnostic d'AM. Enfin, l'évolution du diagnostic de l'AM avec le DSM 5 (critères élargis, notamment celui du poids) permettraient à ces patientes d'être diagnostiquées AM dans cette nouvelle version du manuel (comme toutes les autres patientes de la cohorte).

Pour la 3^{ème} patiente, la stabilisation de son poids dans le cadre de la mise en place du suivi apparait cependant à prendre en compte dans la généralisation des résultats.

2.2.3 Effectif de la cohorte et puissance statistique :

La faible taille de l'échantillon clinique (N = 16) peut empêcher de conclure à des différences significatives par manque de puissance.

L'effectif actuel et les données préliminaires relevées nous permettent cependant de valider notre critère de jugement principal.

De plus, malgré le faible effectif de notre population, les données retrouvées lors de l'évaluation initiale semblent en partie en accord avec les études rapportées dans la partie bibliographie.

Concernant la possibilité de repérer certains facteurs prédictifs, nos résultats actuels nous orientent vers la poursuite du recrutement de patientes dans cette étude, pour un objectif d'effectif final à 45 patientes environ.

2.2.3.1 Perdus de vues :

Il existe dans notre étude 3 patientes (18%) qui n'ont pu effectuer aucune des évaluations longitudinales. Ces 3 patientes perdues de vue avaient arrêté leur suivi au sein de la structure et n'avaient pas été revues (sauf pour une patiente pour un unique rendez-vous) en consultation médicale dans la structure.

L'impossibilité de décrire pour ces patientes l'évolution de leur symptomatologie alimentaire et les traits de personnalité est dommageable, nous ne pouvons affirmer si ces patientes allaient développer ou non des traits de personnalité pathologique.

Il faut noter qu'une étude a pu mettre en évidence que, chez des patientes TCA adultes, la présence d'un TP comorbide était significativement associé à une sortie d'hospitalisation prématurée [52].

Cependant, la proportion de perdus de vue (N = 3 ; 18%) apparaît acceptable, tout comme le risque de biais de sélection qu'il implique, même si certains auteurs insistent sur la difficulté de suivre en recherche (et de façon générale) les patients présentant des traits borderline.

2.2.4 Déroutement de l'étude et mesure des troubles :

2.2.4.1 Mesure des troubles et biais de minimisation :

Les patientes anorexiques peuvent, notamment lors du début de prise en charge, présenter un déni important des troubles, notamment sur les difficultés alimentaires.

Même si toutes les patientes étaient en accord avec la mise en place d'un suivi médical concernant leur pathologie et la réalisation des évaluations, nous ne pouvons pas mettre de côté ce risque de biais de minimisation, notamment concernant l'évaluation des difficultés alimentaires par l'EAT-26.

Ainsi, le risque serait par exemple de conclure à une augmentation au cours du temps des difficultés alimentaires pour certaines patientes, alors qu'un possible levé du déni permis par la mise en place d'un suivi spécifique aurait ce même effet.

Nous pouvons repérer cet élément par exemple par le fait qu'il ne s'agit pas forcément des patientes présentant le plus de difficultés alimentaires objectives (IMC très bas) qui présentent un score à l'EAT-26 le plus important.

Pour autant, le caractère subjectif (pour chaque patiente) de la répétition de l'auto-questionnaire permet tout de même une évaluation de l'évolution des difficultés alimentaires ressenties par les patientes.

2.2.4.2 Evaluation par entretiens semi-structurés (M.I.N.I KID et SCID II) :

Un élément à prendre en compte pour cette étude est la question de la subjectivité de l'évaluateur, principalement pour les entretiens semi-structurés.

Toutes les évaluations (sauf une) ont été réalisées par le même évaluateur, qui n'avait pas bénéficié d'une formation spécifique à l'usage de ces outils, mais qui est habitué à l'exploration de la clinique adolescente et des différents troubles explorés par les outils de mesure.

Le fait que ces évaluations aient été faites en très grande majorité par le même évaluateur est à la fois une force et une faiblesse. En effet cela permet de rendre compte d'une certaine stabilité sur le plan de la cohésion d'ensemble des résultats de l'évaluation de chaque patientes.

Ainsi, les résultats de l'étude ne peuvent pas être remis en question par un biais de mesure lié à une fidélité inter-juge faible, puisqu'il n'existait quasiment qu'un seul juge.

Pour autant, cela expose à un possible biais de mesure dans le sens où toutes les évaluations possèdent tout de même un aspect subjectif, notamment dans l'évaluation des critères pathologiques des TP ou des pathologies de l'axe I.

Enfin, puisque l'évaluateur proposait toutes les évaluations pour chaque patiente, il n'était pas en aveugle concernant les résultats déjà présentés par la patiente 6 mois plus tôt.

Nous avons fait tout notre possible pour minimiser cet aspect subjectif présent lors de chaque évaluation.

2.2.4.3 Déroulement des évaluations :

Les évaluations étaient généralement proposées avant ou à la suite d'un rendez-vous médical ou infirmier dans la structure de soin. Ces évaluations durent en moyenne une heure, il est possible que certaines patientes aient pu ressentir une certaine fatigue, pouvant influencer ces résultats, même si, à notre sens, cela ne s'est pas ressenti de façon spécifique pour aucune des évaluations. En pratique, la passation des entretiens semi-structurés pouvaient varier d'une patiente à l'autre, notamment en fonction de leur positionnement actuel face au soin, face à leurs difficultés psychiques et alimentaires.

Dans ce sens, nous rejoignons les commentaires de Nicolas et al. dans leur description de certaines patientes TCA avec un fonctionnement limite « floride » [61] : « *à l'extrême, l'effervescence fantasmatique apparaît débordante au sein d'un fonctionnement psychique extrêmement excitable qui dispose de peu de moyens de contenance* ».

Pour ces patientes, même si les questions de l'entretien semi-structuré ne laissent pas beaucoup de place aux digressions et à l'épanchement, certaines patientes s'en sont saisies pour exprimer une psychopathologie débordante, envahissante, qui pouvait parfois sembler peu cohérente.

Il s'agit pour nous d'une des limites des entretiens semi-structurés comme moyen de mesure. Pour autant, le regard du clinicien permet la plupart du temps de pouvoir prendre en compte ces plaintes, et apparaît toujours plus fiable que des évaluations utilisant des auto-questionnaires par exemple.

Nous avons limité le plus possible l'impact de ces comportements dans nos évaluations, afin de rendre compte des difficultés de ces adolescentes de la façon la plus objective possible.

Par ailleurs, dans leur étude concernant les adolescents présentant un TP borderline, Robin et al. ont pu décrire les difficultés spécifiques que peuvent présenter cette catégorie de patients : tant dans l'organisation pratique des évaluations (absence aux rendez-vous ; difficultés comportementales multiples mettant à mal l'évaluation...) que dans la symptomatologie décrite, notamment si le cadre de recherche permet une confidentialité conditionnelle ou non [108].

Ainsi, pour notre étude, les données retrouvées dans les entretiens semi-structurés étaient de façon systématique transmises aux praticiens suivant l'adolescent, et donc potentiellement sa famille, notamment pour les données sensibles (risque suicidaire par exemple).

Ce positionnement éthique nous apparaît nécessaire, mais peut induire certaines distorsions dans le recueil des résultats : les patients peuvent ainsi « profiter » de ce moment d'évaluation qui apparaît « hors cadre », pour exprimer une souffrance différente de celle exprimée en suivi, ou à l'inverse se décaler d'une souffrance qui peut être retrouvée dans un cadre plus spécifique et plus stable au cours du suivi médical.

Robin et al. rapportent cependant avoir eu moins de difficultés quant à la passation des évaluations qui concernait les adolescents borderline qui présentaient aussi un TCA par rapport à ceux qui n'en présentaient pas.

Concernant les évaluations de notre étude, nous ne nous sommes pas retrouvés dans une situation où l'adolescente exprimait son refus de répondre à certaines questions sous prétexte que les résultats pouvaient être remis au médecin psychiatre.

2.2.5 Sur le plan du recueil des données :

La grande majorité des données ont été relevées de manière prospective, pouvant ainsi être mesurée de façon précise.

Quelques éléments ont été relevés à posteriori, par l'intermédiaire des médecins, des comptes-rendus de suivi et d'hospitalisation, et peuvent être moins précis : c'est par exemple le cas concernant les variations de l'IMC avant le suivi, ou encore pour compléter certaines informations que les patientes n'avaient pas toutes précisées (antécédents par exemple).

2.2.6 Positionnement éthique :

Il était prévu que les évaluations, dans le cas où elles révélaient une comorbidité nécessitant une adaptation de prise en charge urgente, étaient directement transmises au médecin prenant en charge l'adolescente.

Cela concernait principalement les conduites à risques et les conduites suicidaires.

Dans le cadre de notre étude, cela a pu être effectué à plusieurs reprises, à chaque fois avec l'accord des patientes.

Par ailleurs, le médecin et donc indirectement la famille étaient informés des résultats de chaque passation, et les médecins pouvaient retrouver les résultats de chaque évaluation dans le dossier papier de la patiente concernée.

3 Perspectives d'ouverture :

3.1 Comparaison de nos travaux :

Notre étude tente de mettre en évidence l'apparition de troubles de la personnalité ou de traits de personnalité au cours du début de prise en charge de patientes adolescentes anorexiques.

Les résultats présentés peuvent être scindés en deux parties distinctes :

- La prévalence des TP au début de prise en charge.
- Résultats partiels de l'évolution de la présence catégorielle et dimensionnelle des TP après 6 mois et un an de suivi en structure spécialisée.

La première partie des résultats a déjà été comparée avec 2 études proposant des résultats similaires dans une population proche de la nôtre, ainsi qu'à une méta-analyse reprenant la majorité des travaux déjà publiés.

Nos résultats semblent en partie concorder avec ceux retrouvés dans ces articles.

Concernant nos résultats prospectifs : il n'existe que très peu d'études ayant renseigné sur un temps court l'évolution des TP et traits de personnalité dans une cohorte de patientes TCA.

A notre connaissance, aucune étude n'a proposé l'évaluation sur une courte période de temps des TP et traits de personnalité chez des patientes TCA adolescentes, dans le but de mettre en évidence l'apparition rapide de traits de la personnalité borderline.

Nous proposons la comparaison de nos résultats avec ceux de l'équipe de Rø, qui ont proposé en 2005 une étude prospective concernant l'évolution des TP en lien avec l'évolution des symptômes alimentaires de patientes adultes prises en charge pour un TCA chronique [54], [68].

Cette étude a déjà été détaillée dans la partie 2.4 de la partie Revue de la littérature.

Leurs résultats mettent en évidence des éléments intéressants :

- Sur un plan catégoriel : la fréquence de TP entre l'entrée et les 2 ans diminuait de 53%. Les traits de personnalité pathologiques diminuaient au cours du temps de façon significative.

- Ces variations de traits de la personnalité étaient principalement liées à l'évolution des symptômes alimentaires et généraux.

Ainsi, les résultats de cette étude sont en faveur de l'impression clinique initiale qui fondait notre hypothèse : les traits de personnalité décrits chez les patientes TCA semblent grandement liés à l'état actuel de l'évolution de leur pathologie alimentaire, et la pathologie alimentaire a un impact direct sur les traits de personnalité et leur évolution au cours du temps.

Les résultats sont concordants avec nos résultats préliminaires concernant l'instabilité diagnostique des TP au cours du temps chez les patientes TCA.

Cependant, nous ne retrouvons pas de baisse significative de la fréquence de tous les TP entre l'entrée et l'évaluation de M12.

Concernant l'apparition spécifique de traits de personnalité borderline coïncidant avec la diminution de difficultés alimentaires chez certaines patientes, il n'existe pas réellement de données de recherche sur ce point, nous formulons les hypothèses suivantes:

- La recherche concernant les traits et TP concernant les adolescents est beaucoup moins étendue que concernant les adultes, or la pathologie anorexique débute principalement à l'adolescence : les études concernant TP et TCA ont donc documenté en majorité des TCA évoluant depuis une longue période.
- L'hétérogénéité des différentes catégories TCA (AM ; sous-types d'AM ; BN et TCA-NOS) sur le plan des TP, leur instabilité au cours du temps rend difficile de rendre compte de variations ou de courses évolutives précises.

Notre impression clinique concernant ces patientes AM qui présentent rapidement des troubles de personnalité borderline serait peut-être en réalité décrite dans la recherche concernant les patientes présentant un TP borderline, et des antécédents de TCA (actuels ou anciens).

En effet, si ces patientes présentent sur un temps donné des TCA, mais que ces derniers s'amendent ou deviennent rapidement des éléments psychopathologiques secondaires eu égard à la symptomatologie comportementale importante des patientes borderline, alors ces patientes ne sont peut-être pas directement incluses dans les études concernant les TCA.

Ce type d'évolution semble correspondre par exemple à l'une des patientes présentant l'apparition d'un TP borderline dans notre étude.

Au début du soin, cette patiente présentait une plainte alimentaire au premier plan, mais a finalement été hospitalisée dans un contexte psychopathologique bruyant (conduites auto-agressives, déscolarisation) dans les six mois suivant le début de prise en charge.

Malgré une fluctuation sur le plan de l'IMC, la souffrance sur le plan des difficultés alimentaires s'est progressivement estompée (diminution du score EAT), mettant en avant d'autres difficultés importantes (comorbidités anxieuses) et l'apparition d'un TP borderline.

2 études concernant la comorbidité TCA – TP borderline peuvent permettre un éclairage sur ce point :

- L'étude EURNET-BPD, concernant une cohorte d'adolescents borderline européenne [45].
- L'étude de Zanarini et al. proposant l'évaluation prospective chez des patientes borderline de la comorbidité entre TCA et TP borderline [60].

Ces deux études sont détaillées dans la partie 2.3.5 de la partie Revue de la littérature.

Dans l'étude EURNET-BPD, 40% des patients borderline adolescents présentaient un TCA lors de leur évaluation.

Cependant, dans le groupe sans TCA, 40 % des patients présentaient un antécédent de TCA, alors que les sujets étaient en moyenne âgés de 16,4 ans.

Cela peut donner un ordre d'idée de l'instabilité diagnostique des TCA dans cette population, car habituellement, les TCA sont des pathologies qui évoluent sur un temps assez long, ce qui ne semble pas être le cas ici.

Ces patients présentant un TP borderline et ne présentant plus un TCA qu'ils avaient déjà présenté auparavant pourraient correspondre aux patientes que nous repérons comme évoluant rapidement d'un TCA (l'AM en l'occurrence) vers une symptomatologie borderline.

L'AM démarrant généralement autour des 14-15 ans, et la BN autour des 16-17 ans, cette proportion d'adolescents de plus de 16 ans présentant déjà un antécédent de TCA apparaît comme un résultat à prendre en compte, témoignant de l'importante labilité du diagnostic TCA chez les patients borderline adolescents.

Les auteurs de cette étude sont actuellement en train de proposer un suivi longitudinal pour ces patients, afin notamment de préciser si ces derniers sortent de façon durable de la pathologie TCA ou à l'inverse présentent d'une façon fluctuante des symptômes alimentaires.

Dans leur article de 2009, Zanarini et al. présentaient leurs résultats concernant 193 patients présentant un TP borderline qui étaient évalués tous les 2 ans de manière prospective, à la fois sur le plan du TP et des TCA [60].

Parmi les patientes présentant une AM à l'entrée, les auteurs détaillaient un cross-over diagnostique d'AM pour 87,5% des cas, vers la BN et vers le TCA-Nos. A 2 ans, la prévalence de l'AM dans la population borderline avait diminué de 73%.

Ainsi, dans cette étude, les patientes AM présentaient une variation de leur symptomatologie alimentaire rapide, évoluant pour la moitié des cas vers la BN et l'autre moitié vers le TCA-NOS (pouvant correspondre notamment à une AM sans critère de poids inférieur à la norme).

Ces patientes semblaient de plus présenter un taux de rechute vers l'AM ou vers la BN moins important que dans les études prenant en considération toutes les patientes TCA.

Nous retrouvons donc dans cette étude une des caractéristiques que nous constatons en miroir dans le cadre de notre suivi empirique : les patientes borderline semblent présenter une fluctuation importante de leur troubles alimentaires (au premier rang duquel nous trouvons l'AM), et l'AM chez ces patientes semble s'amender rapidement pour se décaler soit vers une pathologie boulimique (BN) soit une pathologie TCA cliniquement moins envahissante (TCA-NOS) mais pour autant assez fluctuante au cours du temps.

Notre hypothèse serait alors que ces patientes AM décrite par Zanarini et al. se soient à l'adolescence présentées au soin psychiatrique par l'intermédiaire d'une plainte alimentaire, et que les difficultés provoquées par les traits de personnalité borderline aient pu être un temps contenues par les conduites alimentaires restrictives. Le but de notre étude étant de mettre ce processus en évidence.

3.2 Limites concernant les possibilités analytiques :

Comme précisé plus haut, notre démarche s'inscrivait dans une volonté descriptive de mettre en évidence l'apparition de traits de personnalité spécifiques dans la population de notre étude.

Afin de proposer une description de ces patientes, nous avons prévu de recruter une population d'anorexiques « tout venant », mais cela peut mettre en difficulté le versant analytique des résultats (représenté par le critère de jugement secondaire de notre étude), car de nombreux biais de confusions liés à l'hétérogénéité de la population anorexique sont identifiés.

Ainsi, avec l'effectif actuel, les possibilités d'appariement concernant ces facteurs de confusion peuvent sembler difficiles, car ils sont multiples (Comorbidités de l'axe I, autres comorbidités de l'axe II, distribution variée de l'IMC, impact de l'hospitalisation).

Cependant, la poursuite du recrutement pour atteindre un effectif autour de 45 patientes permettrait de proposer des analyses multivariées afin de repérer d'éventuels facteurs prédisposants à l'évolution de patientes AM vers un TP borderline.

Enfin, notre étude ne propose pas d'analyse d'un groupe contrôle, qui aurait permis une analyse plus complète et différentielle des différences constatées.

3.3 TCA et système de classification des maladies :

Un des points relevés régulièrement dans cette thèse souligne la difficulté des systèmes de classifications actuels (principalement le DSM) de décrire de façon efficace dans leur ensemble la pathologie TCA.

Plusieurs points permettent d'expliquer ce constat :

- L'hétérogénéité clinique des patientes TCA est importante de par son évolution (apparition à l'adolescence, évolution parfois longue à l'âge adulte), ses comorbidités.
- L'instabilité de ces diagnostics au cours du temps met en difficulté le système descriptif du DSM, qui ne permet pas facilement de rendre compte de variations symptomatiques à court et long terme (autrement que par la répétition de mesures).
- Le chevauchement des TCA à la fois sur l'âge adolescent et adulte rend difficile la comparaison de certains résultats : les comorbidités ne sont pas toutes vérifiables aux deux âges (TP chez l'adolescent par exemple), et la fréquence d'apparition de certains troubles varie en fonction de l'âge des sujets (indépendamment du TCA).
- Les TCA impliquent des modifications physiques pouvant à leur tour avoir un impact sur le plan psychopathologique : par exemple la variation importante de l'IMC, mais aussi les conduites répétées de purges.
- Le DSM ne permet pas de rendre compte du processus psychopathologique sous-jacent s'exprimant sur un plan clinique par le TCA : nous mettrons en avant par exemple le processus adolescent, et les conflits inévitables qu'il implique.
- Enfin, le mode de mesure des troubles entre axe I et axe II du DSM présente certaines limites pour les TCA : outre le fait que l'axe II n'est théoriquement que peu évaluable chez l'adolescent, quelques études dont la nôtre semblent mettre en évidence que des symptômes considérés comme des traits de personnalité par le DSM de façon générale soient beaucoup plus instables que sa définition ne le prévoit, et semblent liés dans ce cas précis au diagnostic TCA de l'axe I.

Ce dernier point est important : il est possible qu'une partie de la recherche ne se soit pas focalisée sur cette instabilité des traits de personnalité car la définition du trait de personnalité repose sur entre autre sur sa stabilité au cours du temps.

Pourtant, une étude a déjà montré le caractère instable des traits de personnalité liés aux TCA sur une période d'un et deux ans, alors que les patientes évaluées présentaient un TCA chronique [54].

Il existe plusieurs interprétations possibles concernant l'instabilité des traits et TP que nous constatons :

- Il ne s'agit pas de traits de personnalité en tant que tels puisqu'ils apparaissent instables.
- Il s'agit de symptômes associés aux TCA, « mimant » des traits de personnalité, dont l'instabilité ne rend compte que de l'instabilité du TCA évolutif.
- Les traits de personnalité reportés sont plus instables chez l'adolescent du fait du processus de maturation psychique qu'ils traversent.
- A l'inverse, le TCA apparaîtrait chez ces patientes comme une « cristallisation symptomatique », ou un « *mode de dérivation de l'angoisse* » [69] face à l'émergence de traits de personnalité pathologique au cours du processus adolescent. Dans le cas du TP borderline, le symptôme TCA n'est qu'une de ces voies de dérivation : nous pouvons trouver aussi des troubles liés à l'usage de substance, des risques dépressifs majeurs, des comportements à risques et antisociaux.

Enfin, le caractère aigu du TCA peut modifier la façon dont l'adolescente se perçoit telle qu'elle fonctionne : ainsi, certaines modifications de traits de personnalité rapides peuvent être expliquées par certains facteurs psychiques (état de mal boulimique, dépression associée par exemple) ou physique (dénutrition extrême dans l'AM).

Cependant, ce dernier aspect ne remet pas en cause nos résultats concernant l'apparition de TP borderline : les patientes diagnostiquées borderline à M12 ne présentaient pas de signes aigus de pathologie TCA (elles présentaient même une diminution de leur score EAT, et un IMC à 17,7kg/m² et 20,8 kg/m²).

Concernant l'évolution vers la chronicité, d'autres facteurs entreraient encore en jeu, notamment la question d'une « cicatrice » liée à la dénutrition importante dans la phase de développement cérébrale que constitue l'adolescence.

Concernant l'instabilité des diagnostics TCA et les modèles de compréhension permettant d'expliquer cette variation symptomatique au sens large, nous pouvons nous inspirer des travaux de Nicolas et al. qui ont proposé une vision spécifique de la relation entre TCA et TP borderline [61].

La labilité des symptômes alimentaires chez les patientes anorexiques « à risque » de TP borderline pourrait être témoin de l'instabilité psychique sous-jacente, plus ou moins bien contenue par les modalités défensives et symptomatiques de l'adolescente.

Notre hypothèse psychopathologique s'articulerait avec cette fluctuation symptomatique décrite par ces auteurs, et constatée dans notre étude : les traits de personnalité tout comme les symptômes alimentaires fluctuent car, à notre sens, ils peuvent être compris comme des mécanismes de défense symptomatiques inadaptés, qui ne fonctionnent dans la majorité des cas qu'un temps.

Ainsi, l'AM-R et les comportements évitants et obsessionnels qui lui sont liés permettraient un temps de contenir une pulsionnalité débordante chez les patientes « à risque » de TP borderline. Symptômes qui peuvent plus ou moins s'ancrer, permettre un fonctionnement en façade plus ou moins stable : certains auteurs parlent donc de « fonctionnement limite » chez des patientes présentant peu de symptômes externalisés permettant le diagnostic de TP borderline, en particulier chez les TCA et chez les AM-R.

Concernant les patientes adolescentes limites AM-R, Robin précise ce point : « *Les critères du DSM visant l'objectivité maximale, essaient de décrire la pathologie psychiatrique par ses aspects les plus visibles, en l'occurrence les plus comportementaux. Or, ces patientes anorexiques étaient traversées par des angoisses d'abandon et des préoccupations suicidaires, mais ne réalisaient jamais de tentative de suicide, « d'appel à l'aide », de scarifications. De la même façon, elles décrivaient des sentiments récurrents de violentes colères, mais ne les exprimaient pas de façon extériorisée. Ensuite, leurs images d'autrui alternait franchement entre idéalisation et dévalorisation, mais cela n'avait pas d'impact visible sur la relation elle-même, dans le sens où, en l'absence de conflits exprimés, leurs relations n'étaient quasiment pas marquées par des ruptures* » [69].

L'auteur poursuit son raisonnement, soulignant que, pour des fonctionnements intrapsychiques très proches, certaines patientes adolescentes « limites » s'expriment par la dérivation d'une angoisse insupportable sur un plan comportemental (TP borderline) et d'autres expriment des actes de restrictions alimentaires et sont désignées « anorexiques ».

« La personnalité borderline représenterait donc une des voies comportementales possibles de dérivation de l'angoisse caractérisant la problématique limite, d'autres voies étant représentées par les troubles du comportement alimentaires, les addictions, la dépression... »

Nous retenons l'idée que ces patientes anorexiques « limites » fluctuent entre 2 modalités de conduites, qui englobent les dimensions d'axe I ou II du DSM ;

- Des conduites symptomatiques restrictives, caractérisées par la présence d'une AM-R, de conduites alimentaires restrictives, traits de personnalité évitants et obsessionnels compulsifs, et d'une attitude globalement marquée par le déni des difficultés ; ces conduites peuvent se compliquer d'une dénutrition plus ou moins sévère, avec des conséquences pouvant auto-entretenir ce mode de fonctionnement.

Dans les cas les plus sévères, ces conduites anorexiques ne trouvent de limite que par l'intermédiaire de l'environnement extérieur (famille, soin psychiatrique).

- Des conduites symptomatiques davantage marquées par l'instabilité affective, relationnelle et l'angoisse : AM-BP ou BN, conduites de purges, traits de personnalité borderline, et une dépressivité marquée qui est peut-être plus accessible et plus exprimable pour l'adolescente. A l'extrême cette instabilité peut s'exprimer par la présence comorbide d'un TP borderline.

Cette vision « en continuum », que nous avons déjà décrite, n'apparaît pas toujours dans un « clivage » aussi marqué : comme nous pouvons par exemple le voir dans notre étude, il existe de nombreuses patientes qui présentent à la fois des traits comportementaux borderline et des traits restrictifs associés au cluster C. Cette vision comprenant deux « bornes » extrêmes permet cependant de rendre compte d'une certaine partie de l'oscillation clinique et de l'instabilité qui concerne ces patientes anorexiques.

Enfin, encore une fois, il est probable que ces théories s'appliquent à certaines patientes anorexiques, mais pas à toutes : il existe des adolescentes pouvant récupérer beaucoup plus

facilement de leurs difficultés, sans présenter de nombreux traits de personnalité pathologiques majeurs.

Les patientes que nous avons pu décrire nécessitent une adaptation de la prise en charge rapide, notamment devant le risque de passage à l'acte, d'apparition de conduites à risques, de risque de déscolarisation et d'exclusion sociale, qui peuvent avoir un retentissement majeur pour le jeune sujet et sur sa qualité de vie à l'âge adulte.

C'est pourquoi la recherche d'éléments prédisposants peut s'avérer importante afin de prévenir ces évolutions et d'améliorer de façon précoce la prise en charge.

3.4 Intérêt et conséquences concernant la prise en charge des TCA :

Au vu de nos premiers résultats prospectifs, il semble que certaines patientes adolescentes AM puissent présenter au cours du temps un trouble de la personnalité borderline.

Notre hypothèse clinique et psychopathologique souligne notre impression que, pour ces patientes, le symptôme Anorexie Mentale puisse permettre un accès au soin qui serait peut-être plus acceptable, ou au moins plus repérable par l'entourage que les difficultés diffuses que peuvent engendrer un TP borderline, notamment avec toutes ses comorbidités généralement associées (troubles du comportement, consommation de toxiques, etc.).

Le symptôme AM et la restriction alimentaire qui lui est associée pourrait aussi avoir pour fonction de contrôler l'émergence de traits de personnalité borderline pathologiques, qui se développent habituellement durant l'adolescence.

Ce point est à prendre en compte : il est intéressant de voir que, dans l'étude de Nicolas et al. concernant les TCA chez les adolescentes borderline, les patientes borderline présentant un TCA révèlent significativement moins de troubles des conduites et de comportements perturbateurs que celles qui n'en présentent pas [61]. Les patientes borderline AM ne présentent aucun cas de ces 2 comorbidités.

Nous pouvons ainsi nous représenter, pour les patientes borderline, le TCA comme un symptôme dérivateur d'angoisse permettant une certaine maîtrise pulsionnelle sur le plan comportemental et impulsif.

Les résultats préliminaires de notre étude semblent vérifier le constat clinique sur lequel repose cette hypothèse psychopathologique.

L'impact de cette recherche sur un plan clinique et thérapeutique serait de permettre la description de cette instabilité des traits de personnalité, afin de pouvoir repérer dans un second temps certains signes « à risque » de développement d'un trouble de la personnalité borderline.

3.5 Perspectives de recherche :

Notre étude ne compte à l'heure actuelle qu'un effectif limité, ne permettant pas de mettre en évidence des facteurs de risques d'évolutions des patientes AM vers un TP borderline.

Il existe plusieurs intérêts à poursuivre le recrutement des patientes AM :

- Identifier des facteurs prédictifs d'évolution vers un TP borderline
- Permettre la description de plus de cas d'apparition de TP borderline
- Rendre compte de la comorbidité de l'axe I et II de façon plus précise chez ces patientes
- Permettre une évaluation plus spécifique de l'instabilité des traits de la personnalité chez ces patientes au cours du temps

3.5.1 Possibilités de modifications du protocole actuel :

Plusieurs modifications pourraient être apportées au protocole de recherche :

- L'adaptation des outils au DSM 5, notamment pour les TP et les comorbidités de l'axe I
- L'utilisation d'un outil standardisé permettant un diagnostic TCA selon le DSM 5 au cours du temps.

De façon générale, les relations entre traits de personnalité et TCA n'ont pas encore été décrites de façon optimale, notamment chez l'adolescent. Il existe de nombreux travaux ayant pu évaluer la fréquence des TP pour les différents diagnostics TCA, leurs impacts sur l'évolution future des patientes.

Plusieurs modèles différents permettant d'expliquer et d'analyser l'hétérogénéité des résultats ont de plus été proposés.

Cependant, le développement de nouveaux critères diagnostics (DSM 5), la découverte du caractère instable de ces diagnostics au cours du temps ouvrent de nouvelles voies d'exploration concernant la relation intriquée entre TCA et personnalité.

3.5.2 Perspectives de recherches ultérieures :

L'élaboration d'études prospectives, contrôlées, ciblées principalement sur le caractère évolutif des patients (IMC ; conduites alimentaires ; diagnostics TCA selon le DSM 5 ; traits de personnalité et comorbidités de l'axe I) et l'identification de facteurs prédictifs pourraient permettre l'adaptation ciblée et précoce des prises en charges proposées à ce groupes spécifiques de patients.

Dans un second temps, l'évaluation de protocoles concernant la mise en place d'un soin plus adapté pour ces patientes afin de prévenir et de limiter une telle évolution vers un TP borderline.

Conclusion :

L'anorexie mentale est un trouble psychiatrique débutant le plus souvent à l'adolescence. Il s'agit d'une pathologie psychiatrique présentant une morbi-mortalité importante et un pronostic réservé malgré l'importance de la littérature scientifique sur le sujet.

La conjonction des comorbidités psychiatriques et somatiques associées, du processus adolescent, des modalités multiples d'évolution font de l'anorexie mentale un processus pathologique complexe qui rend son approche descriptive difficile.

La description syndromique caractéristique du trouble anorexie mentale contraste fortement avec l'hétérogénéité des conduites symptomatiques et des comorbidités associées. L'instabilité diagnostique au cours du temps, les modalités évolutives et les risques de rechutes importants rendent nécessaire l'adaptation précoce de la prise en charge de chaque patient.

Notre expérience clinique nous a conduits à nous interroger sur la relation spécifique entre les traits de personnalité des patientes et le trouble des conduites alimentaires qu'elles présentaient : certaines patientes semblaient évoluer rapidement d'une anorexie mentale à une pathologie plus diffuse sur un plan symptomatique, faisant évoquer un trouble de la personnalité borderline.

Ainsi, notre étude observationnelle prospective avait pour objectif de rendre compte, pour certaines patientes anorexiques, de l'apparition de troubles de la personnalité spécifiques, notamment borderline, au cours du temps.

Nous avons proposé la mesure standardisée de traits de personnalité répétée tous les six mois sur une période d'un an chez 16 patientes adolescentes débutant une anorexie mentale au sein d'une unité d'hospitalisation spécialisée en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : la Villa Ancely.

L'objectif principal de l'étude était de mettre en évidence l'apparition de troubles de la personnalité au cours de l'évolution de la pathologie anorexique. L'objectif secondaire était d'identifier certains facteurs pouvant prédire l'apparition de ce trouble de la personnalité.

Ces mesures standardisées s'accompagnaient du relevé de plusieurs autres mesures, renseignant la présence d'autres comorbidités psychiatriques, et l'évolution du trouble alimentaire pour lequel les patientes étaient prises en charge.

Les patientes présentaient principalement à l'entrée comme comorbidités des troubles de l'humeur et anxieux, ainsi que des troubles de la personnalité du cluster C.

A un an de prise en charge, les patientes présentent significativement plus de TP borderline qu'au début de leur prise en charge ($p < 0,05$).

L'évolution sur le plan de la symptomatologie alimentaire est favorable, avec une augmentation significative de l'IMC ($p < 0,001$) et une diminution significative du score des difficultés alimentaires ($p < 0,001$) au cours du temps.

Les résultats partiels de l'étude prospective en cours ne permettent pas l'identification de facteurs prédictifs de l'apparition d'un trouble de la personnalité.

L'apparition de troubles de la personnalité sur une période courte dans notre étude souligne l'instabilité des traits de personnalité qui sont associés à l'anorexie mentale chez certaines adolescentes.

Peu de travaux avaient pu mettre en évidence le caractère instable des traits de personnalité associés aux TCA, notre étude constitue la première description de ce phénomène à l'adolescence.

La présence d'un trouble de personnalité chez l'adolescent est un élément important à prendre en compte, il peut avoir une influence négative spécifique et globale sur cette période clef du développement, à différents niveaux. Cette influence peut aussi se prolonger à l'âge adulte.

A la lumière de ces résultats, il apparaît important de prendre en considération de façon précoce la présence ou l'apparition de traits de personnalité pathologiques chez les patientes adolescentes anorexiques.

La présence d'un trouble de la personnalité comorbide à un TCA impose une adaptation de la prise en charge proposée aux patients.

La poursuite du recrutement de patientes anorexiques dans notre étude pourra permettre l'identification de facteurs prédictifs d'une telle évolution, et dans ce cas, une surveillance précoce et une adaptation spécifique du soin proposé, dès le début de la prise en charge psychiatrique.

Vu le bordereau du jury
le 18/02/2016.

Professeur Jean-Philippe RAYN.

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Ranguell

Le 4.03.2016

E. SERRANO

Bibliographie

- [1] D. Marcelli and A. Braconnier, *Adolescence et psychopathologie*. Elsevier Masson, 2008.
- [2] D. B. Herzog, K. M. Nussbaum, and A. K. Marmor, "COMORBIDITY AND OUTCOME IN EATING DISORDERS," *Psychiatr. Clin. North Am.*, vol. 19, no. 4, pp. 843–859, Dec. 1996.
- [3] J. Berkson, "Limitations of the Application of Fourfold Table Analysis to Hospital Data," *Biom. Bull.*, vol. 2, no. 3, pp. 47–53, 1946.
- [4] L. K. G. Hsu, "EPIDEMIOLOGY OF THE EATING DISORDERS," *Psychiatr. Clin. North Am.*, vol. 19, no. 4, pp. 681–700, Dec. 1996.
- [5] H. Roux, E. Chapelon, and N. Godart, "Épidémiologie de l'anorexie mentale : revue de la littérature," *L'Encéphale*, vol. 39, no. 2, pp. 85–93, Apr. 2013.
- [6] D. M. Ackard, J. A. Fulkerson, and D. Neumark-Sztainer, "Prevalence and utility of DSM-IV eating disorder diagnostic criteria among youth," *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 40, no. 5, pp. 409–417, Jul. 2007.
- [7] A. Keski-Rahkonen, H. W. Hoek, E. S. Susser, M. S. Linna, E. Sihvola, A. Raevuori, C. M. Bulik, J. Kaprio, and A. Rissanen, "Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community," *Am. J. Psychiatry*, vol. 164, no. 8, pp. 1259–1265, Aug. 2007.
- [8] H. W. Hoek, "Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders," *Curr. Opin. Psychiatry*, vol. 19, no. 4, pp. 389–394, Jul. 2006.
- [9] J. I. Hudson, E. Hiripi, H. G. Pope, and R. C. Kessler, "The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication," *Biol. Psychiatry*, vol. 61, no. 3, pp. 348–358, Feb. 2007.
- [10] A. R. Lucas, C. M. Beard, W. M. O'Fallon, and L. T. Kurland, "Anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: a 45-year study," *Mayo Clin. Proc.*, vol. 63, no. 5, pp. 433–442, May 1988.
- [11] L. Currin, U. Schmidt, J. Treasure, and H. Jick, "Time trends in eating disorder incidence," *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.*, vol. 186, pp. 132–135, Feb. 2005.
- [12] H.-C. Steinhausen, "The outcome of anorexia nervosa in the 20th century," *Am. J. Psychiatry*, vol. 159, no. 8, pp. 1284–1293, 2002.
- [13] A. Preti, G. de Girolamo, G. Vilagut, J. Alonso, R. de Graaf, R. Bruffaerts, K. Demyttenaere, A. Pinto-Meza, J. M. Haro, and P. Morosini, "The epidemiology of eating

disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project," *J. Psychiatr. Res.*, vol. 43, no. 14, pp. 1125–1132, Sep. 2009.

- [14] D. B. Herzog, D. J. Dorer, P. K. Keel, S. E. Selwyn, E. R. Ekeblad, A. T. Flores, D. N. Greenwood, R. A. Burwell, and M. B. Keller, "Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: a 7.5-year follow-up study," *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 38, no. 7, pp. 829–837, Jul. 1999.
- [15] E. C. Harris and B. Barraclough, "Excess mortality of mental disorder," *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.*, vol. 173, pp. 11–53, Jul. 1998.
- [16] J. Arcelus, A. J. Mitchell, J. Wales, and S. Nielsen, "Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies," *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 68, no. 7, pp. 724–731, Jul. 2011.
- [17] F. C. Papadopoulos, A. Ekblom, L. Brandt, and L. Ekselius, "Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa," *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.*, vol. 194, no. 1, pp. 10–17, Jan. 2009.
- [18] F. Lindblad, L. Lindberg, and A. Hjern, "Improved survival in adolescent patients with anorexia nervosa: a comparison of two Swedish national cohorts of female inpatients," *Am. J. Psychiatry*, vol. 163, no. 8, pp. 1433–1435, Aug. 2006.
- [19] E. Wentz, I. C. Gillberg, H. Anckarsater, C. Gillberg, and M. Rastam, "Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome," *Br. J. Psychiatry*, vol. 194, no. 2, pp. 168–174, Feb. 2009.
- [20] G. C. Patton, "Mortality in eating disorders," *Psychol. Med.*, vol. 18, no. 04, pp. 947–951, Nov. 1988.
- [21] P. F. Sullivan, "Mortality in anorexia nervosa," *Am. J. Psychiatry*, vol. 152, no. 7, pp. 1073–1074, Jul. 1995.
- [22] L. K. G. Hsu, *Eating Disorders*. Guilford Press, 1990.
- [23] R. F. Krueger, "Continuity of Axes I and II: Toward a unified model of personality, personality disorders, and clinical disorders," *J. Personal. Disord.*, vol. 19, no. 3, p. 233, 2005.
- [24] M. Maj, "'Psychiatric comorbidity': an artefact of current diagnostic systems?," *Br. J. Psychiatry*, vol. 186, no. 3, pp. 182–184, Mar. 2005.
- [25] C. R. Cloninger, "Implications of Comorbidity for the Classification of Mental Disorders: The Need for a Psychobiology of Coherence," in *Psychiatric Diagnosis and Classification*, Rioj, W. Gaebel, J. J. López-Ibor, and N. Sartorius, Eds. John Wiley & Sons, Ltd, 2002, pp. 79–106.

- [26] N. T. Godart, F. Perdereau, Z. Rein, S. Berthoz, J. Wallier, P. Jeammet, and M. F. Flament, "Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature," *J. Affect. Disord.*, vol. 97, no. 1–3, pp. 37–49, Jan. 2007.
- [27] K. A. Halmi, E. Eckert, P. Marchi, V. Sampugnaro, R. Apple, and J. Cohen, "Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa," *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 48, no. 8, pp. 712–718, Aug. 1991.
- [28] S. L. McElroy, R. Kotwal, P. E. Keck, and H. S. Akiskal, "Comorbidity of bipolar and eating disorders: distinct or related disorders with shared dysregulations?," *J. Affect. Disord.*, vol. 86, no. 2, pp. 107–127, Jun. 2005.
- [29] A. Keys, J. Brožek, A. Henschel, O. Mickelsen, and H. L. *The biology of human starvation. (2 vols)*, vol. xxxii. Oxford, England: Univ. of Minnesota Press, 1950.
- [30] N. T. Godart, F. Perdereau, P. Jeammet, and M. F. Flament, "Comorbidité des troubles du comportement alimentaire et des troubles anxieux: Deuxième partie : résultats," *L'Encéphale*, vol. 31, no. 2, pp. 152–161, Apr. 2005.
- [31] B. S. Dansky, T. D. Brewerton, D. G. Kilpatrick, and P. M. O'Neil, "The National Women's Study: relationship of victimization and posttraumatic stress disorder to bulimia nervosa," *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 21, no. 3, pp. 213–228, Apr. 1997.
- [32] C. Pollice, W. H. Kaye, C. G. Greeno, and T. E. Weltzin, "Relationship of depression, anxiety, and obsessionality to state of illness in anorexia nervosa," *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 21, no. 4, pp. 367–376, May 1997.
- [33] H. Nøkleby, "Comorbid drug use disorders and eating disorders - a review of prevalence studies," *Nord. Stud. Alcohol Drugs*, vol. 29, no. 3, pp. 303–314, 2012.
- [34] J. Jordan, P. R. Joyce, F. A. Carter, J. Horn, V. V. W. McIntosh, S. E. Luty, J. M. McKenzie, C. M. A. Frampton, R. T. Mulder, and C. M. Bulik, "Specific and nonspecific comorbidity in anorexia nervosa," *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 41, no. 1, pp. 47–56, Jan. 2008.
- [35] A. P. Mann, E. C. Accurso, C. Stiles-Shields, L. Capra, Z. Labuschagne, N. S. Karnik, and D. Le Grange, "Factors associated with substance use in adolescents with eating disorders," *J. Adolesc. Health Off. Publ. Soc. Adolesc. Med.*, vol. 55, no. 2, pp. 182–187, Aug. 2014.
- [36] K. Kostro, J. B. Lerman, and E. Attia, "The current status of suicide and self-injury in eating disorders: a narrative review," *J. Eat. Disord.*, vol. 2, p. 19, 2014.
- [37] C. Huas, A. Caille, N. Godart, C. Foulon, A. Pham-Scottez, S. Divac, A. Dechartres, G. Lavoisy, J. D. Guelfi, F. Rouillon, and B. Falissard, "Factors predictive of ten-year mortality in severe anorexia nervosa patients," *Acta Psychiatr. Scand.*, vol. 123, no. 1, pp. 62–70, Jan. 2011.

- [38] L. P. Bodell, T. E. Joiner, and P. K. Keel, "Comorbidity-independent risk for suicidality increases with bulimia nervosa but not with anorexia nervosa," *J. Psychiatr. Res.*, vol. 47, no. 5, pp. 617–621, May 2013.
- [39] K. Bühren, R. Schwarte, F. Fluck, N. Timmesfeld, M. Krei, K. Egberts, E. Pfeiffer, C. Fleischhaker, C. Wewetzer, and B. Herpertz-Dahlmann, "Comorbid Psychiatric Disorders in Female Adolescents with First-Onset Anorexia Nervosa: Comorbidity in Adolescent Anorexia Nervosa," *Eur. Eat. Disord. Rev.*, vol. 22, no. 1, pp. 39–44, Jan. 2014.
- [40] S. Cassin and K. Vonranson, "Personality and eating disorders: A decade in review," *Clin. Psychol. Rev.*, vol. 25, no. 7, pp. 895–916, Nov. 2005.
- [41] K. Vitousek and F. Manke, "Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa," *J. Abnorm. Psychol.*, vol. 103, no. 1, pp. 137–147, Feb. 1994.
- [42] I. Marañón, E. Echeburúa, and J. Grijalvo, "Prevalence of personality disorders in patients with eating disorders: a pilot study using the IPDE," *Eur. Eat. Disord. Rev.*, vol. 12, no. 4, pp. 217–222, Jul. 2004.
- [43] A. von Lojewski, A. Fisher, and S. Abraham, "Have personality disorders been overdiagnosed among eating disorder patients?," *Psychopathology*, vol. 46, no. 6, pp. 421–426, 2013.
- [44] R. A. Sansone, J. L. Levitt, and L. A. Sansone, "The prevalence of personality disorders among those with eating disorders," *Eat. Disord.*, vol. 13, no. 1, pp. 7–21, Feb. 2005.
- [45] M. Corcos, A. Pham-Scottez, and M. Speranza, *Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence*. DUNOD, 2014.
- [46] D. J. Feenstra, J. J. V. Busschbach, R. Verheul, and J. Hutsebaut, "Prevalence and Comorbidity of Axis I and Axis II Disorders among Treatment Refractory Adolescents Admitted for Specialized Psychotherapy," *J. Personal. Disord.*, vol. 25, no. 6, pp. 842–850, Dec. 2011.
- [47] E. M. Magallón-Neri, G. Canalda, J. E. De la Fuente, M. Forns, R. García, E. González, and J. Castro-Fornieles, "The influence of personality disorders on the use of mental health services in adolescents with psychiatric disorders," *Compr. Psychiatry*, vol. 53, no. 5, pp. 509–515, Jul. 2012.
- [48] J. M. Guilé and B. Greenfield, "Introduction Personality Disorders in Childhood and Adolescence," *Can. Child Adolesc. Psychiatry Rev.*, vol. 13, no. 3, pp. 51–52, Aug. 2004.
- [49] H. Chen, P. Cohen, S. Kasen, and J. G. Johnson, "Adolescent Axis I and Personality Disorders Predict Quality of Life During Young Adulthood," *J. Adolesc. Health*, vol. 39, no. 1, pp. 14–19, Jul. 2006.

- [50] S. Gaudio and V. Di Ciommo, "Prevalence of Personality Disorders and Their Clinical Correlates in Outpatient Adolescents With Anorexia Nervosa," *Psychosom. Med.*, vol. 73, no. 9, pp. 769–774, Nov. 2011.
- [51] E. Magallón-Neri, E. González, G. Canalda, M. Forns, J. E. De La Fuente, E. Martínez, R. García, A. Lara, A. Vallès, and J. Castro-Fornieles, "Prevalence and Severity of Categorical and Dimensional Personality Disorders in Adolescents with Eating Disorders: Personality Disorders Adolescence," *Eur. Eat. Disord. Rev.*, vol. 22, no. 3, pp. 176–184, May 2014.
- [52] A. Pham-Scottez, "Troubles de la personnalité et troubles des conduites alimentaires : modèles théoriques et réalité clinique," Université Pierre et Marie Curie - Paris VI, 2012.
- [53] L. R. R. Lilienfeld, S. Wonderlich, L. P. Riso, R. Crosby, and J. Mitchell, "Eating disorders and personality: a methodological and empirical review," *Clin. Psychol. Rev.*, vol. 26, no. 3, pp. 299–320, May 2006.
- [54] Ø. Rø, E. W. Martinsen, A. Hoffart, H. Sexton, and J. H. Rosenvinge, "The interaction of personality disorders and eating disorders: a two-year prospective study of patients with longstanding eating disorders," *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 38, no. 2, pp. 106–111, Sep. 2005.
- [55] D. L. Braun, S. R. Sunday, and K. A. Halmi, "Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders," *Psychol. Med.*, vol. 24, no. 04, pp. 859–867, Nov. 1994.
- [56] B. Herpertz-Dahlmann, B. Müller, S. Herpertz, N. Heussen, J. Hebebrand, and H. Remschmidt, "Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa--course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation," *J. Child Psychol. Psychiatry*, vol. 42, no. 5, pp. 603–612, Jul. 2001.
- [57] S. A. Wonderlich, D. Fullerton, W. J. Swift, and M. H. Klein, "Five-year outcome from eating disorders: relevance of personality disorders," *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 15, no. 3, pp. 233–243, Apr. 1994.
- [58] H. Thompson-Brenner, K. T. Eddy, D. A. Satir, C. L. Boisseau, and D. Westen, "Personality subtypes in adolescents with eating disorders: validation of a classification approach," *J. Child Psychol. Psychiatry*, vol. 49, no. 2, pp. 170–180, Feb. 2008.
- [59] M. C. Zanarini, F. R. Frankenburg, E. D. Dubo, A. E. Sickel, A. Trikha, A. Levin, and V. Reynolds, "Axis I comorbidity of borderline personality disorder," *Am. J. Psychiatry*, vol. 155, no. 12, pp. 1733–1739, 1998.
- [60] M. C. Zanarini, C. A. Reichman, F. R. Frankenburg, D. B. Reich, and G. Fitzmaurice, "The course of eating disorders in patients with borderline personality disorder: A 10-year follow-up study," *Int. J. Eat. Disord.*, p. NA–NA, 2009.
- [61] I. Nicolas, "Troubles des conduites alimentaires, fonctionnement limite, adolescence : effets miroirs," in *Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence*, pp. 101–126.

- [62] K. T. Eddy, P. K. Keel, D. J. Dorer, S. S. Delinsky, D. L. Franko, and D. B. Herzog, "Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes," *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 31, no. 2, pp. 191–201, Mar. 2002.
- [63] G. Milos, "Instability of eating disorder diagnoses: prospective study," *Br. J. Psychiatry*, vol. 187, no. 6, pp. 573–578, Dec. 2005.
- [64] K. Eddy, D. Dorer, D. Franko, K. Tahilani, H. Thompson-Brenner, and D. Herzog, "Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: implications for DSM-V," *Am. J. Psychiatry*, vol. 165, no. 2, pp. 245–250, 2008.
- [65] G. Castellini, C. Lo Sauro, E. Mannucci, C. Ravaldi, C. M. Rotella, C. Faravelli, and V. Ricca, "Diagnostic crossover and outcome predictors in eating disorders according to DSM-IV and DSM-V proposed criteria: a 6-year follow-up study," *Psychosom. Med.*, vol. 73, no. 3, pp. 270–279, Apr. 2011.
- [66] F. Tozzi, L. M. Thornton, K. L. Klump, M. M. Fichter, K. A. Halmi, A. S. Kaplan, M. Strober, D. B. Woodside, S. Crow, J. Mitchell, A. Rotondo, M. Mauri, G. Cassano, P. Keel, K. H. Plotnicov, C. Pollice, L. R. Lilenfeld, W. H. Berrettini, C. M. Bulik, and W. H. Kaye, "Symptom fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover," *Am. J. Psychiatry*, vol. 162, no. 4, pp. 732–740, Apr. 2005.
- [67] G. F. Milos, V. Baur, S. Muehlebach, and A. Spindler, "Axis-I comorbidity is linked to prospective instability of diagnoses within eating disorders," *BMC Psychiatry*, vol. 13, p. 295, 2013.
- [68] Ø. Rø, E. W. Martinsen, A. Hoffart, and J. Rosenvinge, "Two-year prospective study of personality disorders in adults with longstanding eating disorders," *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 37, no. 2, pp. 112–118, Mar. 2005.
- [69] M. Robin, "Etat limite, personnalité borderline, ou crise borderline à l'adolescence ?," in *Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence*, pp. 375–387.
- [70] A. Cohen de Lara, "Apports des méthodes projectives à la compréhension du fonctionnement psychique d'adolescents borderline," in *Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence*, pp. 331–354.
- [71] D. P. Bernstein, P. Cohen, C. N. Velez, M. Schwab-Stone, L. J. Siever, and L. Shinsato, "Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents," *Am. J. Psychiatry*, vol. 150, no. 8, pp. 1237–1243, Aug. 1993.
- [72] D. M. Garner, M. P. Olmsted, Y. Bohr, and P. E. Garfinkel, "The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates," *Psychol. Med.*, vol. 12, no. 4, pp. 871–878, Nov. 1982.

- [73] D. M. Garner and P. E. Garfinkel, "The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa," *Psychol. Med.*, vol. 9, no. 2, pp. 273–279, May 1979.
- [74] P. Leichner, H. Steiger, G. Puentes-Neuman, M. Perreault, and N. Gottheil, "[Validation of an eating attitude scale in a French-speaking Quebec population]," *Can. J. Psychiatry Rev. Can. Psychiatr.*, vol. 39, no. 1, pp. 49–54, Feb. 1994.
- [75] T. Rivas, R. Bersabé, M. Jiménez, and C. Berrocal, "The Eating Attitudes Test (EAT-26): Reliability and Validity in Spanish Female Samples," *Span. J. Psychol.*, vol. 13, no. 02, pp. 1044–1056, 2010.
- [76] K. Nakamura, Y. Hoshino, A. Watanabe, K. Honda, S. Niwa, K. Tominaga, S. Shimai, and M. Yamamoto, "Eating problems in female Japanese high school students: A prevalence study," *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 26, no. 1, pp. 91–95, Jul. 1999.
- [77] A. Wood, G. Waller, and S. Gowers, "Predictors of eating psychopathology in adolescent girls," *Eur. Eat. Disord. Rev.*, vol. 2, no. 1, pp. 6–13, Mar. 1994.
- [78] A. E. Becker, R. A. Burwell, D. B. Herzog, P. Hamburg, and S. E. Gilman, "Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls," *Br. J. Psychiatry*, vol. 180, no. 6, pp. 509–514, Jun. 2002.
- [79] D. V. Sheehan, K. H. Sheehan, R. D. Shytle, J. Janavs, Y. Bannon, J. E. Rogers, K. M. Milo, S. L. Stock, and B. Wilkinson, "Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID)," *J. Clin. Psychiatry*, vol. 71, no. 3, pp. 313–326, Mar. 2010.
- [80] D. Sheehan, Y. Lecrubier, K. Harnett Sheehan, J. Janavs, E. Weiller, A. Keskiner, J. Schinka, E. Knapp, M. Sheehan, and G. Dunbar, "The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability," *Eur. Psychiatry*, vol. 12, no. 5, pp. 232–241, 1997.
- [81] M. B. First, M. Gibbon, and R. L. Spitzer, *User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV axis I personality disorders: SCID-II*. American Psychiatric Pub, 1997.
- [82] M. Bouvard, M. Fontaine-Buffer, C. Cungi, P. Adeleine, C. Chapoutier, E. Durafour, C. Bouchard, and J. Cottraux, "Etude préliminaire d'un entretien structuré des troubles de la personnalité : le SCID II," *L'Encephale*, vol. XXV, pp. 416–421, 1999.
- [83] S. E. Hyler, A. E. Skodol, H. D. Kellman, J. M. Oldham, and L. Rosnick, "Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire--revised: comparison with two structured interviews," *Am. J. Psychiatry*, vol. 147, no. 8, pp. 1043–1048, Aug. 1990.
- [84] S. E. Hyler, A. E. Skodol, J. M. Oldham, H. D. Kellman, and N. Doidge, "Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-Revised: a replication in an outpatient sample," *Compr. Psychiatry*, vol. 33, no. 2, pp. 73–77, Apr. 1992.

- [85] E. J. Mash and R. A. Barkley, *Assessment of Childhood Disorders, Fourth Edition*. Guilford Press, 2012.
- [86] A. W. Loranger, V. L. Susman, J. M. Oldham, and L. M. Russakoff, "The Personality Disorder Examination: A Preliminary Report," *J. Personal. Disord.*, vol. 1, no. 1, pp. 1–13, Mar. 1987.
- [87] B. Pfohl, N. Blum, and M. Zimmerman, *Structured Interview for DSM-IV Personality: SIDP-IV*. American Psychiatric Pub, 1997.
- [88] A. Pham-Scottez, "Traduction française et étude préliminaire de validation du SIDP-IV." Mémoire pour le DEA de Psychopathologie et de Neurobiologie des Comportements, 1998.
- [89] J. G. Gunderson, *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. American Psychiatric Pub, 2009.
- [90] M. C. Zanarini, J. G. Gunderson, F. R. Frankenburg, and D. L. Chauncey, "The Revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other Axis II Disorders," *J. Personal. Disord.*, vol. 3, no. 1, pp. 10–18, Mar. 1989.
- [91] M. Bouvard, *Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité*. Elsevier Masson, 2009.
- [92] M. Zimmerman, "Diagnosing personality disorders. A review of issues and research methods," *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 51, no. 3, pp. 225–245, Mar. 1994.
- [93] M. B. First, R. L. Spitzer, M. Gibbon, J. B. W. Williams, M. Davies, J. Borus, M. J. Howes, J. Kane, H. G. Pope, and B. Rounsaville, "The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II). Part II: Multi-Site Test-Retest Reliability Study," *J. Personal. Disord.*, vol. 9, no. 2, pp. 92–104, Jun. 1995.
- [94] C. Maffei, A. Fossati, I. Agostoni, A. Barraco, M. Bagnato, D. Deborah, C. Namia, L. Novella, and M. Petrachi, "Interrater Reliability and Internal Consistency of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II), Version 2.0," *J. Personal. Disord.*, vol. 11, no. 3, pp. 279–284, Sep. 1997.
- [95] A. Ozone and S. Takahashi, "Twelve month test–retest reliability of a Japanese version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders," *Psychiatry Clin. Neurosci.*, vol. 57, no. 5, pp. 532–538, Oct. 2003.
- [96] D. C. Daley and A. Zuckoff, *Improving treatment compliance: Counseling and systems strategies for substance abuse and dual disorders*. Hazelden Publishing, 1999.
- [97] V. A. Mittal, M. Jalbrzikowski, M. Daley, C. Roman, C. E. Bearden, and T. D. Cannon, "Abnormal movements are associated with poor psychosocial functioning in adolescents at high risk for psychosis," *Schizophr. Res.*, vol. 130, no. 1–3, pp. 164–169, Aug. 2011.

- [98] R. F. Asarnow, K. H. Nuechterlein, D. Fogelson, K. L. Subotnik, D. A. Payne, A. T. Russell, J. Asamen, H. Kuppinger, and K. S. Kendler, "Schizophrenia and schizophrenia-spectrum personality disorders in the first-degree relatives of children with schizophrenia: the UCLA family study," *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 58, no. 6, pp. 581–588, Jun. 2001.
- [99] D. A. Brent, B. A. Johnson, J. Perper, J. Connolly, J. Bridge, S. Bartle, and C. Rather, "Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents," *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 33, no. 8, pp. 1080–1086, Oct. 1994.
- [100] A. M. Chanen, M. Jovev, D. Djaja, E. McDougall, H. P. Yuen, D. Rawlings, and H. J. Jackson, "Screening for borderline personality disorder in outpatient youth," *J. Personal. Disord.*, vol. 22, no. 4, pp. 353–364, Aug. 2008.
- [101] C. S. Neumann and E. F. Walker, "Neuromotor functioning in adolescents with schizotypal personality disorder: Associations with symptoms and neurocognition.," *Schizophr. Bull.*, vol. 29, no. 2, p. 285, 2003.
- [102] J. Bottin, H. Salbach-Andrae, N. Schneider, E. Pfeiffer, K. Lenz, and U. Lehmkuhl, "[Personality disorders in adolescent patients with anorexia and bulimia nervosa]," *Z. Kinder. Jugendpsychiatr. Psychother.*, vol. 38, no. 5, p. 341–350, Sep. 2010.
- [103] B. Müller, C. Wewetzer, T. Jans, K. Holtkamp, S. C. Herpertz, A. Warnke, H. Remschmidt, and B. Herpertz-Dahlmann, "Persönlichkeitsstörungen und psychiatrische Komorbidität im Verlauf der Zwangsstörung und der Anorexia nervosa - Vergleich zweier 10-Jahres-Katamnesen -," *Fortschritte Neurol. · Psychiatr.*, vol. 69, no. 8, pp. 379–387, Aug. 2001.
- [104] H. Matsunaga, N. Kiriike, T. Nagata, and S. Yamagami, "Personality disorders in patients with eating disorders in Japan," *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 23, no. 4, pp. 399–408, May 1998.
- [105] S. Fennig and A. Hadas, "Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders," *Nord. J. Psychiatry*, vol. 64, no. 1, pp. 32–39, 2010.
- [106] J. Ruuska, R. Kaltiala-Heino, P. Rantanen, and A.-M. Koivisto, "Psychopathological distress predicts suicidal ideation and self-harm in adolescent eating disorder outpatients," *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 14, no. 5, pp. 276–281, 2005.
- [107] M. Corcos, "Introduction," in *Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence*, pp. 1–5.
- [108] M. Robin, "Les vicissitudes de la recherche avec des adolescents borderline," in *Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence*, Dunod, pp. 51–54.

ANNEXES

Annexe 1 : Publications concernant l'étude de cette thèse :

Communications :

Henry M, Hazane F, Raynaud J-Ph. :

« Anorexie mentale chez l'adolescente, mode d'expression de la labilité émotionnelle d'un trouble de personnalité. »

Journées Nationales de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et des Disciplines Associées, Juin 2015. Dijon, France

Annexe 2 : Fiches de résumé des résultats (laissé dans le dossier patient avec les différents outils de mesure à chaque évaluation) :

Rempli par : _____ Psychiatre prenant en charge : _____

NOM : Prénom : Date de naissance :

Age : Sexe : Féminin

Taille (cm) : Poids : Soit BMI (kg/m²) :

Type d'anorexie mentale : Restrictive pure Vomissements associés

ATCD Somatiques	ATCD PSY PERSO.	ATCD PSY FAM.
-	-	-
-	-	-
-	-	-

Date de début des troubles* :

Durée « d'anorexie non traitée » (semaines) :

**(Demander à l'adolescent et aux parents, prendre la durée la plus longue)*

Nécessité de prise en charge somatique en urgence : OUI / NON

Hospitalisation : Somatique Psychiatrique Prise en charge ambulatoire

Si oui, durée :

Mode de vie (situation parentale, scolarité, fratrie...) :

Parents : en couple / Séparés

Nombre de frères et soeurs :

Scolarité : CLASSE : Résultats scolaires : BONS / MOYENS / MAUVAIS

ENTREE ; DATE :
Score EAT :
BMI :
MINI. KID :
S.C.I.D. II :
<i>Évènements particuliers*</i>
Hospitalisation somatique : OUI / NON Hospitalisation psychiatrique : OUI / NON Si anorexie restrictive pure : Apparition de vomissements : OUI / NON Pose d'une sonde naso-gastrique : OUI / NON Mise en place de psychotropes : OUI / NON Passage à l'acte auto ou hétéro agressif : OUI / NON Déscolarisation : OUI / NON Autres :

**Coter par exemple: hospitalisation, tout PAA, rupture de ttt, apparition de vomissements, déscolarisation psychotrope...avec date*

M6 ; DATE :
Score EAT :
BMI :
MINI KID :
S.C.I.D. II :
<i>Évènements particuliers*</i>
Hospitalisation somatique : OUI / NON Hospitalisation psychiatrique : OUI / NON Si anorexie restrictive pure : Apparition de vomissements : OUI / NON Pose d'une sonde naso-gastrique : OUI / NON Mise en place de psychotropes : OUI / NON Passage à l'acte auto ou hétéro agressif : OUI / NON Déscolarisation : OUI / NON Autres :

**Coter par exemple: hospitalisation, tout PAA, rupture de tt, apparition de vomissements, déscolarisation psychotrope...avec date*

M12 ; DATE :
Score EAT :
BMI :
MINI. KID :
S.C.I.D. II :
<i>Évènements particuliers*</i>
Hospitalisation somatique : OUI / NON Hospitalisation psychiatrique : OUI / NON Si anorexie restrictive pure : Apparition de vomissements : OUI / NON Pose d'une sonde naso-gastrique : OUI / NON Mise en place de psychotropes : OUI / NON Passage à l'acte auto ou hétéro agressif : OUI / NON Déscolarisation : OUI / NON Autres :

**Coter par exemple: hospitalisation, tout PAA, rupture de tt, apparition de vomissements, déscolarisation psychotrope...avec date*

Annexe 3 : Auto-questionnaire EAT-26 :

QUESTIONNAIRE

Date :

Code						
------	--	--	--	--	--	--

CONSIGNES

Dans ce questionnaire, vous trouverez 26 phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions. Lisez attentivement chacune de ces phrases. Pour chaque phrase, encerclez une réponse entre Toujours (1), Très souvent (2), Souvent (3), Parfois (4), Rarement (5), Jamais (6). Efforcez-vous de répondre à toutes les phrases. Sachez qu'aucune réponse n'est juste, elle doit être avant tout personnelle.

	Toujours	Très souvent	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
1. Je suis terrifié(e) à l'idée d'être trop gros(se)-----	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
2. J'évite de manger quand j'ai faim-----	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
3. Je suis trop soucieux(se) de la nourriture-----	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
4. J'ai eu des épisodes de glotonnerie durant lesquels je me sentais incapable d'arrêter de manger-----	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
5. Je découpe mes aliments en petits morceaux-----	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
6. J'ai conscience de la valeur calorique des aliments que je mange-----	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
7. J'évite spécialement les aliments riches en hydrates de carbone (pain, pommes de terre, riz...)-----	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
8. Je sens que les autres aimeraient mieux que je mange davantage-----	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
9. Je vomis après avoir mangé-----	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
10. Je me sens très coupable après avoir mangé-----	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
11. Le désir d'être plus mince me préoccupe-----	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
12. Quand je me dépense physiquement, il me vient à l'idée que je brûle des calories-----	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
13. Les autres pensent que je suis trop mince-----	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
14. Je suis préoccupé(e) d'avoir trop de graisse dans le corps---	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
15. Je prends plus de temps que les autres à prendre mes repas---	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
16. J'évite de manger des aliments trop sucrés-----	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
17. Je mange des aliments diététiques-----	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
18. J'ai l'impression que la nourriture domine ma vie----	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
19. Je parle volontiers de mes capacités à contrôler mon alimentation-----	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
20. Je sens que les autres me poussent à manger-----	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
21. J'accorde trop de temps et je pense trop à la nourriture	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
22. Je me sens mal à l'aise après avoir mangé des sucreries---	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
23. Je m'oblige à me mettre à la diète-----	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
24. J'aime avoir l'estomac vide-----	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
25. J'aime essayer des aliments nouveaux et riches-----	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-
26. Je ressens le besoin de vomir après les repas-----	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-

QUESTIONNAIRE SCID - II

à utiliser avec l'entretien clinique structuré pour les troubles de la personnalité

American Psychiatric Association,
1987

Copyright ©

Michael B. First M.D.
Robert L. Spitzer, M.D.
Miriam Gibbon, M.S.W.
Janet B.W. Williams, D.S.W.
Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute
Department of Psychiatry, New York, New York

Lorna Smith Benjamin, Ph. D.
Department of Psychology
University of Utah
Salt Lake City, Utah

Traduction française par :

Muriel Cottraux MA, Jean Cottraux MD, Ph. D.,
Catherine Bouchard Ph.D., Martine Bouvard Ph.D.,
Maryse Fontaine-Buffe Ph.D.
Unité de Traitement de L'Anxiété
Hopital Neurologique,
Centre Hospitalo Universitaire de Lyon

<p>Etude n° PQ2</p> <p>Identité n° PQ3</p>

(à compléter par l'équipe réalisant l'étude)

NOM

PRÉNOM

Vos initiales : _ _ _ _ _ La date d'aujourd'hui : _ mois _ jour _ année
PQ1 PQ2 PQ3

INSTRUCTIONS

Les questions ci-dessous explorent le genre de personne que vous êtes en général. C'est-à-dire, comment vous vous êtes généralement senti(e) et comporté(e) au cours de ces dernières années. Entourez "oui" ou "non". Si vous ne comprenez pas une question, laissez en blanc.

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|
| 1. Avez-vous déjà évité des emplois ou des tâches qui impliquaient d'être en contact avec beaucoup de personnes ? | NON OUI | Pq4 |
| 2. Évitez-vous de vous impliquer avec d'autres personnes à moins d'être certain(e) qu'elles vous apprécieront ? | NON OUI | Pq5 |
| 3. Êtes-vous réservé(e) même avec des personnes dont vous êtes proche ? | NON OUI | Pq6 |
| 4. Craignez-vous souvent d'être critiqué(e) ou rejeté(e) dans les situations sociales ? | NON OUI | Pq7 |
| 5. Êtes-vous généralement silencieux(silencieuse) lorsque vous rencontrez de nouvelles personnes ? | NON OUI | Pq8 |
| 6. Vous percevez-vous comme moins bon(bonne), moins intelligent(e) ou moins attirant(e) que la plupart des gens ? | NON OUI | Pq9 |
| 7. Avez-vous peur d'essayer de nouvelles choses ? | NON OUI | Pq10 |
| 8. Avez-vous besoin de recevoir beaucoup de conseils ou d'être rassuré(e) par les autres avant de pouvoir prendre des décisions concernant la vie quotidienne telles que: comment vous habiller ou que commander au restaurant ? | NON OUI | Pq11 |
| 9. Avez-vous besoin que d'autres personnes assument à votre place les responsabilités dans des domaines importants de votre vie tels que les finances, le soin aux enfants ou le logement ? | NON OUI | Pq12 |

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|
| 10. Avez-vous du mal à exprimer votre désaccord avec les autres même lorsque vous pensez qu'ils ont tort ? | NON OUI | Pq13 |
| 11. Trouvez-vous difficile de commencer des tâches ou de vous y atteler lorsqu'il n'y a personne pour vous aider ? | NON OUI | Pq14 |
| 12. Vous êtes-vous souvent porté(e) volontaire pour faire des choses désagréables ? | NON OUI | Pq15 |
| 13. Vous sentez-vous habituellement mal à l'aise lorsque vous êtes seul(e) ? | NON OUI | Pq16 |
| 14. Lorsqu'une relation proche se termine, ressentez-vous que vous avez immédiatement besoin de trouver quelqu'un qui prenne soin de vous ? | NON OUI | Pq17 |
| 15. Êtes-vous très préoccupé(e) par la crainte d'être abandonné(e) à vous-même ? | NON OUI | Pq18 |
| 16. Êtes-vous le genre de personne à être préoccupé par les détails, les règles et l'organisation ou à faire des listes et des plans ? | NON OUI | Pq19 |
| 17. Avez-vous de la difficulté à terminer un travail tant vous passez de temps à essayer de faire en sorte que les choses soient parfaites ? | NON OUI | Pq20 |
| 18. Est-ce que vous ou d'autres personnes de votre entourage considérez que vous êtes tellement dévoué(e) à votre travail (études) qu'il ne vous reste plus de temps à consacrer à vos amis, ni à vos loisirs ? | NON OUI | Pq21 |
| 19. Avez-vous des standards très élevés concernant ce qui est bien et ce qui est mal ? | NON OUI | Pq22 |
| 20. Avez-vous du mal à jeter des choses parce qu'elles pourraient être utiles un jour ? | NON OUI | Pq23 |
| 21. Vous est-il difficile de laisser les autres vous donner un coup de main, | NON OUI | Pq24 |

à moins qu'ils ne soient d'accord pour les choses exactement comme vous le voulez ?	NON OUI	PQ25
22. Vous est-il difficile de faire des dépenses pour vous-même et pour les autres même lorsque vous avez assez d'argent?	NON OUI	PQ26
23. Etes-vous souvent tellement sûr(e) d'avoir raison que ce que peuvent dire les autres n'a pas d'importance ?	NON OUI	PQ27
24. Vous a-t-on déjà dit que vous étiez têtu(e) ou rigide ?	NON OUI	PQ28
25. Lorsque quelqu'un vous demande de faire quelque chose que vous ne voulez pas faire, dites-vous "oui " pour ensuite travailler lentement ou faire du mauvais travail ?	NON OUI	PQ29
26. Souvent, si vous ne voulez pas faire quelque chose, vous "oubliez" simplement de le faire ?	NON OUI	PQ30
27. Avez-vous souvent le sentiment que les autres ne vous comprennent pas ou n'apprécient pas ce que vous faites à sa juste valeur ?	NON OUI	PQ31
28. Etes-vous souvent renfrogné et susceptible de vous disputer ?	NON OUI	PQ32
29. Considérez-vous que la plupart de vos patrons, professeurs, superviseurs, médecins et autres, qui sont censés savoir ce qu'ils font, ne le savent pas en réalité?	NON OUI	PQ33
30. Pensez-vous souvent qu'il n'est pas juste que les autres aient plus que vous?	NON OUI	PQ34
31. Vous plaignez-vous souvent qu'il vous arrive plus que votre part de choses désagréables?	NON OUI	PQ35
32. Vous arrive-t-il souvent de refuser avec colère de faire ce que les autres veulent et plus tard ne pas vous sentir bien et vous excuser ?	NON OUI	PQ36
33. Avez-vous habituellement le sentiment d'être malheureux ou que la vie	NON OUI	

n'est pas gaié ?	NON OUI	PQ37
34. Avez-vous une mauvaise opinion de vous-même, pensant qu'au fond vous n'êtes pas à la hauteur ?	NON OUI	PQ38
35. Vous dépréciez-vous souvent ?	NON OUI	PQ39
36. Pensez-vous continuellement aux mauvaises choses qui vous sont arrivées dans le passé ou vous inquiétez-vous des mauvaises choses qui pourraient arriver dans le futur ?	NON OUI	PQ40
37. Jugez-vous souvent les autres sévèrement et leur trouvez-vous facilement des défauts ?	NON OUI	PQ41
38. Pensez-vous que la plupart des gens sont fondamentalement mauvais ?	NON OUI	PQ42
39. Vous attendez-vous presque toujours au pire ?	NON OUI	PQ43
40. Vous sentez-vous souvent coupable de choses que vous avez ou n'avez pas faites?	NON OUI	PQ44
41. Avez-vous souvent besoin d'être vigilant(e) pour empêcher les gens de vous exploiter ou de vous faire du mal ?	NON OUI	PQ45
42. Passez-vous beaucoup de temps à vous demander si vous pouvez faire confiance à vos ami(e)s ou aux personnes avec lesquelles vous travaillez ?	NON OUI	PQ46
43. Trouvez-vous qu'il est préférable de ne pas laisser les autres en savoir trop long sur vous du fait qu'ils pourraient le retourner contre vous ?	NON OUI	PQ47
44. Détectez-vous souvent des menaces ou des insultes cachées dans ce que les autres disent ou font ?	NON OUI	PQ48
45. Etes-vous le genre de personne qui garde rancune ou qui met longtemps à pardonner aux personnes qui vous ont insulté(e) ou	NON OUI	

dédaigné(e) ?	gens ?
46. Y a-t-il beaucoup de personnes à qui vous ne pouvez pardonner de vous avoir dit ou fait quelque chose il y a longtemps ?	58. Y a-t-il très peu de personnes dont vous sentiez vraiment proche en dehors de votre famille directe ?
47. Vous mettez-vous souvent en colère ou vous fâchez-vous lorsque quelqu'un vous critique ou vous insulte d'une façon ou d'une autre ?	59. Vous sentez-vous souvent tendu(e) lorsque vous êtes avec d'autres personnes ?
48. Avez-vous souvent mis en doute la fidélité de votre conjoint(e) ou de votre partenaire ?	60. Cela n'est-il vraiment pas important pour vous d'avoir des relations intimes avec les autres ?
49. Lorsque vous êtes en public et que vous voyez des gens discuter, avez-vous souvent l'impression qu'ils parlent de vous ?	61. Préférez-vous, presque toujours, faire les choses seul(e) plutôt qu'avec d'autres personnes ?
50. Avez-vous souvent l'impression que des choses qui n'ont pas de signification spéciale pour la plupart des gens sont en réalité destinées à vous transmettre un message ?	62. Pourriez-vous être satisfait(e) sans jamais vivre une relation sexuelle avec quelqu'un ?
51. Quand vous êtes entouré(e) de personnes, avez-vous souvent le sentiment d'être observé(e) ou dévisagé(e) ?	63. N'y a-t-il vraiment que très peu de choses qui peuvent vous faire plaisir ?
52. Avez-vous déjà eu l'impression que vous pourriez faire arriver les choses simplement en faisant un vœu ou en pensant à elles ?	64. Êtes-vous totalement indifférent(e) à ce que les autres pensent de vous ?
53. Avez-vous déjà vécu des expériences suraturelles ?	65. Trouvez-vous que rien ne vous rend ni vraiment heureux(se) ni vraiment triste ?
54. Croyez-vous posséder un "sixième sens" qui vous permet de savoir et de prédire les choses alors que les autres en sont incapables ?	66. Aimez-vous être le centre de l'attention ?
55. Avez-vous souvent l'impression que des objets ou des ombres sont des personnes ou des animaux réels ou que des bruits sont réellement des voix humaines ?	67. Avez-vous de nombreux flirts ?
56. Avez-vous eu le sentiment qu'une personne ou une force quelconque vous entourait, même si vous ne pouviez voir personne ?	68. Vous trouvez-vous souvent provoquant(e) envers les autres ?
57. Voyez-vous souvent des auras ou des champs d'énergie autour des	69. Essayez-vous d'attirer l'attention sur vous par la façon dont vous vous habillez ou par votre apparence ?
	70. Vous faites-vous souvent un devoir d'être théâtral(e) et original(e) ?
	71. Changez-vous souvent d'opinion en fonction des personnes avec qui vous êtes ou de ce que vous venez juste de lire ou de voir à la T.V. ?

72. Avez-vous beaucoup d'amis dont vous êtes très proche?	Pa75	NON OUI	84. Attendez-vous souvent des autres qu'ils fassent ce que vous demandez sans poser de questions, parce que c'est vous ?	Pa87	NON OUI
73. Est-ce que les autres négligent souvent d'apprécier vos dons très particuliers ou vos réalisations ?	Pa76	NON OUI	85. N'avez-vous réellement aucun intérêt pour les problèmes des autres ou leurs sentiments ?	Pa88	NON OUI
74. Vous a-t-on déjà dit que vous aviez une trop haute opinion de vous-même ?	Pa77	NON OUI	86. Les autres se sont-ils plaints à vous que vous ne faites pas attention à leurs sentiments ?	Pa89	NON OUI
75. Pensez-vous beaucoup au pouvoir, à la renommée ou à la reconnaissance qui seront vôtres un jour ?	Pa78	NON OUI	87. Enviez-vous souvent les autres ?	Pa90	NON OUI
76. Pensez-vous beaucoup à la parfaite histoire d'amour que vous vivrez un jour ?	Pa79	NON OUI	88. Avez-vous le sentiment que souvent, les autres vous envient ?	Pa91	NON OUI
77. Lorsque vous avez un problème, insistez-vous presque toujours pour voir la personne la plus haut placée ?	Pa80	NON OUI	89. Trouvez-vous qu'il y a très peu de gens qui méritent votre temps et votre attention ?	Pa92	NON OUI
78. Considérez-vous qu'il est important de consacrer du temps à des personnes qui se distinguent par leur particularité ou qui sont influentes ?	Pa81	NON OUI	90. Vous êtes-vous souvent mis hors de vous à l'idée qu'une personne que vous appréciez réellement était sur le point de vous quitter ?	Pa93	NON OUI
79. Est-il très important pour vous que les gens vous prêtent attention ou vous admirent, d'une façon ou d'une autre ?	Pa82	NON OUI	91. Est-ce que vos relations avec les personnes que vous aimez vraiment connaissent beaucoup de hauts et de bas ?	Pa94	NON OUI
80. Pensez-vous qu'il est inutile de suivre certaines règles ou conventions sociales lorsqu'elles se mettent en travers de votre chemin ?	Pa83	NON OUI	92. Avez-vous brutalement changé votre façon de vous considérer et vos objectifs de vie ?	Pa95	NON OUI
81. Avez-vous le sentiment que vous êtes le genre de personne qui mérite un traitement de faveur ?	Pa84	NON OUI	93. Est-ce que l'image de vous-même change souvent radicalement ?	Pa96	NON OUI
82. Trouvez-vous souvent nécessaire d'utiliser les autres pour obtenir ce que vous voulez ?	Pa85	NON OUI	94. Variez-vous en fonction de personnes différentes ou dans des situations différentes à tel point que parfois, vous ne savez plus qui vous êtes vraiment ?	Pa97	NON OUI
83. Devez-vous souvent placer vos désirs au-dessus de ceux des autres ?	Pa86	NON OUI	95. Y a-t-il eu beaucoup de changements soudains dans vos objectifs, projets de carrière, vos convictions religieuses, etc... ?	Pa98	NON OUI
			96. Avez-vous souvent fait des choses de manière impulsive ?	Pa99	NON OUI

97. Avez-vous tenté de vous faire du mal ou de vous suicider ou avez-vous menacé de le faire ?	NON OUI	Pa100	obtenu quelque chose de force en menaçant la personne ?	NON OUI	Pa114
98. Vous êtes-vous déjà intentionnellement coupé(e), brûlé(e) ou écorché(e) ?	NON OUI	Pa101	111. Avant l'âge de 15 ans avez-vous obligé quelqu'un à avoir des rapports sexuels avec vous, à se déshabiller devant vous ou à vous toucher sexuellement ?	NON OUI	Pa114
99. Avez-vous de nombreux et brusques changements d'humeur ?	NON OUI	Pa102	112. Avant l'âge de 15 ans avez-vous déclenché des incendies ?	NON OUI	Pa115
100. Vous sentez-vous souvent vide de l'intérieur ?	NON OUI	Pa103	113. Avant l'âge de 15 ans avez-vous délibérément endommagé des choses qui n'étaient pas à vous ?	NON OUI	Pa116
101. Avez-vous souvent des accès de colère ou vous mettez-vous tellement en colère que vous en perdez le contrôle de vous-même ?	NON OUI	Pa104	114. Avant l'âge de 15 ans avez-vous cambriolé des maisons, d'autres bâtiments ou des voitures ?	NON OUI	Pa117
102. Frappez-vous les gens ou jetez-vous des objets lorsque vous vous mettez en colère ?	NON OUI	Pa105	115. Avant l'âge de 15 ans avez-vous beaucoup menti ou escroqué les autres ?	NON OUI	Pa118
103. Est-ce que même de petites choses peuvent vous mettre très en colère ?		Pa106	116. Avant l'âge de 15 ans avez-vous parfois volé des choses ou volé à l'étalage ou imité la signature de quelqu'un ?	NON OUI	Pa119
104. Lorsque vous êtes très stressé(e), devenez-vous suspicieux(se) à l'égard des autres ou vous sentez-vous particulièrement déconnecté(e) ?	NON OUI	Pa107	117. Avant l'âge de 15 ans vous êtes-vous enfui(e) de chez vous et absenté(e) pendant la nuit ?	NON OUI	Pa120
105. Avant l'âge de 15 ans avez-vous brutalisé ou menacé d'autres enfants ?	NON OUI	Pa108	118. Avant l'âge de 13 ans restiez-vous souvent très tard dehors, bien après l'heure à laquelle vous étiez censé(e) être rentré(e) ?	NON OUI	Pa121
106. Avant l'âge de 15 ans avez-vous déclenché des bagarres ?	NON OUI	Pa109	119. Avant l'âge de 13 ans avez-vous souvent fait l'école buissonnière ?	NON OUI	Pa122
107. Avant l'âge de 15 ans avez-vous blessé ou menacé quelqu'un avec une arme telle que une batte, une brique, une bouteille cassée, un couteau, une arme à feu ?	NON OUI	Pa110			
108. Avant l'âge de 15 ans avez-vous délibérément torturé quelqu'un ou infligé une douleur physique ou de la souffrance à quelqu'un ?	NON OUI	Pa111			
109. Avant l'âge de 15 ans avez-vous intentionnellement torturé ou blessé un animal ?	NON OUI	Pa112			
110. Avant l'âge de 15 ans avez-vous volé, agressé quelqu'un ou	NON OUI	Pa113			

Annexe 5 : Entretien semi-structuré SCID II :

2

1

ENTRETIEN CLINIQUE STRUCTURE POUR LES TROUBLES DE LA PERSONNALITE DE L'AXE II DU DSM-IV

Michael B. First M.D.
Robert L. Spitzer, M.D.
Miriam Gibbon, M.S.W.
Janet B.W. Williams, D.S.W.
Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute
Department of Psychiatry, New York, New York

Lorna Smith Benjamin, Ph. D.
Department of Psychology
University of Utah
Salt Lake City, Utah

Traduction française par :
Muriel Cottraux MA, et Jean Cottraux MD, Ph. D.
Unité de Traitement de L'Anxiété
Hopital Neurologique,
Centre Hospitalo Universitaire de Lyon

Etude : _____ Etude n° : _____ 1
Sujet : _____ Identité n° : _____ 2
Evalueur : _____ Evalueur n° : _____ 3

Date de l'entretien : _____ mois _____ jour _____ année _____ 4

Sources d'informations
(Vérifier que tout s'applique) :
- Patient 5
- Famille/ amis/ camarades 6
- Corps médical/ dossier / Lettre d'envoi 7
- SCID - II- PQ 8

Rempli et vérifié par : _____ Date _____

SCID II RESUME : FEUILLE DE RESULTATS

Ensemble des qualités et état complet des informations : 9
1= faible, 2= passable, 3= bien, 4= excellent
Durée de l'entretien (en minutes) : _____ 10

Trouble de la Personnalité
les cases indiquent le seuil requis pour le diagnostic

	1	2	3	4	5	6	7	
01 Evitante (p.3-4)	1	2	3	4	5	6	7	11
02 Dépendante (p.5-7)	1	2	3	4	5	6	7	12
03 Obsessive Compulsive(p.8-10)	1	2	3	4	5	6	7	13
04 Négativiste (p.11-12)	1	2	3	4	5	6	7	14
05 Dépressive (p.13-14)	1	2	3	4	5	6	7	15
06 Paranoïaque (p.15-16)	1	2	3	4	5	6	7	16
07 Schizotypique (p.17-20)	1	2	3	4	5	6	7	17
08 Schizoïde (p.21-22)	1	2	3	4	5	6	7	18
09 Histrionique (p.23-24)	1	2	3	4	5	6	7	19
10 Narcissique (p. 25-28)	1	2	3	4	5	6	7	20
11 Borderline (p. 29-32)	1	2	3	4	5	6	7	21
12 Antisociale (p. 33-40)	1	2	3	4	5	6	7	22
13 Non spécifiée (NOS) (p.41)	1	2	3	4	5	6	7	23

DIAGNOSTIC PRINCIPAL AXE II (c'est à dire, le Trouble de la Personnalité qui est -- ou qui devrait être -- le principal centre d'intérêt clinique).

Tapez le numéro du code inscrit à gauche du diagnostic ci dessus : --
Remarque : tapez 99 si il n'y a pas de trouble Axe II.

24

SCID - II Panorama

PANORAMA DES TROUBLES DE LA PERSONNALITE

Je vais maintenant vous poser des questions concernant le type de personne que vous êtes, c'est-à-dire, comment vous vous sentez ou comportez en général.

SI UN TROUBLE AXE I CIRCONSCRIT OU EPISODIQUE A ETE PRESENT : je sais qu'il y a eu des moments où vous avez été (SYMPTOME d'axe I). Je ne parle pas de ces moments. Et vous devez essayer de penser à comment vous êtes habituellement lorsque vous n'êtes pas (Axe I SXS). Avez-vous des questions à ce sujet ?

Comment vous décririez-vous en tant que personne (avant l'axe I SXS) ?

SI NE PEUT PAS REpondre, AVANCEZ.

Comment pensez-vous que les autres vous décriraient en tant que personne (SYMPTOME d'axe I) ?

Qui ont été les personnes importantes dans votre vie ? (SI NE CITE QUE LA FAMILLE : "Qui en est-il de vos amis ?)

Comment vous êtes-vous entendu(e) avec eux ?

Pensez-vous que votre façon habituelle de réagir par rapport aux choses ou de vous comporter avec les gens vous a causé des problèmes avec quelqu'un ? (A la maison ? A l'école ? Au travail ?) (De quelle façon ?)

Quel genre de chose avez-vous fait que les autres aient pu trouver dérangeante ?

Comment employez-vous votre temps libre ?

Si vous pouviez changer votre personnalité d'une manière ou d'une autre, de quelle façon voudriez-vous être différent ?

=> SI LE QUESTIONNAIRE A ETE REMPLI :

Je souhaite maintenant revenir sur les questions auxquelles vous avez répondu "oui" dans le questionnaire.

=> SI LE QUESTIONNAIRE N'A PAS ETE REMPLI :

Je souhaite maintenant vous poser quelques questions plus précises ?

TROUBLE DE LA PERSONNALITE EVITANTE	SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE EVITANTE	CRITERES DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE EVITANTE	? 1 2 3
1. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) évité des emplois ou des tâches qui impliquent d'être en contact avec beaucoup de personnes. Donnez-moi des exemples. Quelle était la raison pour laquelle vous évitez ces emplois ou ces tâches ? (Avez-vous déjà refusé une promotion parce que cela aurait impliqué d'avoir à traiter avec plus de personnes, ce qui vous aurait mis mal à l'aise ?)	(1) évite les activités prématurées qui impliquent d'avoir des contacts interpersonnels importants, sans peur d'être critiqué(e), désapprouvé(e) ou rejeté(e). 3 = au moins deux exemples	Un modèle diffus d'inhibition sociale, le sentiment de ne pas être à la hauteur avec une hypersensibilité à l'appréciation négative. commençant au début de l'âge adulte et présent dans toutes sortes de contextes comme dans au moins quatre des cas suivants.	25
2. Vous avez dit que vous évitez (Evitez-vous) de faire connaissance avec d'autres personnes à moins que vous soyez certain(e) qu'elles vous apprécieraient. Si vous ne savez pas si quelqu'un vous apprécie, vous arriverait-il de faire le premier pas ?	(2) ne veut pas faire connaissance avec les gens à moins d'être certain(e) d'être apprécié(e). 3 = ne prend presque jamais l'initiative en s'impliquant dans une relation sociale.		26
3. Vous avez dit que vous trouvez (Trouvez-vous) difficile d'être « ouvert(e) » même avec des personnes dont vous êtes proche. Comment cela se fait-il ? (Avez-vous peur qu'on se moque de vous ou que l'on vous mette mal à l'aise ?)	(3) limité(e) dans les relations avec des proches par peur d'être ridiculisé ou qu'on lui manque de respect. 3 = vrai pour presque toutes les relations avec les autres.		27

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

? = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE EVITANTE

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE DEPENDANTE
CRITERES DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE DEPENDANTE

Un besoin diffus et excessif, que l'on prisme
 som de lui (d'elle) conduisant à un
 comportement de soumission et
 d'attachement et de peur de la séparation,
 commençant au début de l'âge adulte et
 présent dans toutes sortes de contextes
 comme dans au moins cinq des cas suivants :

? 1 2 3 33

(1) Est incapable de prendre des décisions
 quotidiennes sans avoir été rassuré(e) et avoir
 reçu un nombre considérable de conseils
 d'autres personnes.
 3 = plusieurs exemples

(2) a besoin des autres pour assumer les
 responsabilités de la plupart des domaines
 importants de sa vie.
 3 = plusieurs exemples

? 1 2 3 34

(1) Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) besoin
 de recevoir beaucoup de conseils (ou d'être
 rassuré(e)) par les autres avant de pouvoir prendre
 une décision concernant la vie quotidienne telle,
 quoi porter, ou quoi commander au restaurant.
 Pouvez-vous me donner des exemples de types de
 décisions pour lesquelles vous cherchez à avoir un
 conseil ou cherchez à être rassuré(e) ?
 (Cela arrive-t-il presque tous les jours ?)

(2) Vous avez dit que vous dépendez (Dépendez-
 vous) d'autres personnes pour prendre en main des
 domaines importants de votre vie tels que les
 finances, le soin des enfants, l'organisation sociale
 et récréative.
 Donnez-moi des exemples qui illustrent davantage
 que de demander, simplement, des conseils aux
 autres.
 (Cela s'est-il passé avec la PLUPART des
 domaines importants de votre
 vie ?)

28 ? 1 2 3
 (4) préoccupé(e) d'être critiqué(e) ou
 rejeté(e) dans des situations sociales.
 3 = passe beaucoup de temps à s'inquiéter

29 ? 1 2 3
 (5) inhibé(e) dans des situations
 interpersonnelles nouvelles à cause de
 sentiments d'insuffisance.
 3 = reconnaît ce trait de caractère et donne
 beaucoup d'exemples.

30 ? 1 2 3
 (6) convaincu(e) qu'une personne puisse être
 socialement inapte, avoir une personnalité
 sans intérêt, ou inférieure aux autres.
 3 = reconnaît sa conviction

31 ? 1 2 3
 (7) hésite rarement à prendre des risques
 personnels ou à s'impliquer dans de
 nouvelles activités parce qu'elle peuvent
 s'avérer gênantes.
 3 = plusieurs exemples d'activités évitées par
 peur d'être mis mal à l'aise

AU MOINS QUATRE ITEMS SONT
 CODES « 3 »

4. Vous avez dit que vous êtes (Êtes-vous) souvent
 anxieux(e) d'être critiqué(e) ou de ne pas être
 accepté(e) dans des situations sociales.
 Donnez-moi des exemples.

Passez-vous beaucoup de temps à vous inquiéter à
 ce sujet ?

5. Vous avez dit que vous êtes (Êtes-vous)
 généralement silencieux(se) lorsque vous
 rencontrez de nouvelles personnes.
 Comment cela se fait-il ?
 (Est-ce parce que vous vous sentez insuffisant(e)
 ou pas assez bon(ne) ?)

6. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) peur
 d'essayer des choses nouvelles.
 Parlez-moi de cela.

7. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) peur
 d'essayer des choses nouvelles.
 Est-ce parce que vous avez peur d'être mis dans
 l'embarras ?
 Donnez-moi des exemples.

? = information insuffisante
 1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
 3 = au seuil ou vrai

? = information insuffisante
 1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
 3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE DEPENDANTE

14. vous avez dit que lorsqu'une relation avec quelqu'un de proche prend fin, vous avez (avez-vous) rapidement besoin de trouver quelqu'un d'autre sur qui vous pouvez compter. Parlez-moi de cela. (Avez-vous réagi de cette façon la plupart du temps lorsque des relations avec des proches prennent fin ?)	3 = arrive lorsque la plupart des relations prennent fin.	?	1	2	3	39
15. Vous avez dit que vous êtes (Étes-vous) très inquiet(e) qu'on vous abandonne et qu'on vous laisse prendre soin de vous. Y a-t-il souvent des moments où vous ne cessez de vous inquiéter à ce sujet ?	(8) Inquiétude irrationnelle de peur d'être abandonné(e) et d'avoir à prendre soin de lui (d'elle). 3 = inquiétude irrationnelle persistante	?	1	2	3	40

AU MOINS CINQ ITEMS SONT CODES « 3 »

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE DEPENDANTE

10. Vous avez dit que vous trouvez (Trouvez-vous) difficile de ne pas être d'accord avec des personnes même lorsque vous pensez qu'elles ont tort. Donnez-moi des exemples où vous avez pensé cela. Qu'avez-vous peur qu'il se passe, si jamais vous n'êtes pas d'accord ?	(3) a des difficultés à exprimer son désaccord avec les autres parce qu'il (elle) a peur de ne pas être soutenu(e) approuvé(e) (remarque : n'inclue pas la peur du châtiment). 3 = reconnaît ce trait de caractère ou donne plusieurs exemples.	?	1	2	3	35
11. Vous avez dit que vous trouvez (Trouvez-vous) difficile de commencer une tâche ou d'y travailler lorsqu'il n'y a personne pour vous aider. Donnez-moi des exemples. Pourquoi cela ? (Est-ce parce que vous n'êtes pas sûr(e) de pouvoir le faire correctement ?)	(4) a des difficultés à lancer des projets ou à faire des choses seul(e) à cause d'un manque de confiance en ses propres opinions ou ses capacités plutôt que d'un manque de motivation ou d'énergie. 3 = reconnaît ce trait de caractère	?	1	2	3	36
12. Vous avez dit que vous êtes (Vous êtes-vous) souvent spontanément porté(e) volontaire pour faire des choses désagréables. Donnez-moi des exemples de ce genre de chose. Pourquoi cela ?	(5) va très loin pour obtenir de l'énergie et le soutien des autres ; va jusqu'à se porter volontaire pour faire des choses désagréables. (Remarque : n'inclue pas l'attitude qui consiste à tenter de réaliser d'autres projets que celui d'être apprécié(e), tels que l'avancement au travail). 3 = reconnaît ce trait de caractère	?	1	2	3	37
13. Vous avez dit que vous vous sentez (Vous sentez-vous) généralement mal dans votre peau lorsque vous êtes seul(e). Pourquoi cela ? (Est-ce parce que vous avez besoin que quelqu'un s'occupe de vous ?)	(6) se sent mal à l'aise ou impuissant(e) lorsqu'il (elle) est seul(e), à cause d'une peur excessive d'être incapable de prendre soin de lui (d'elle). 3 = reconnaît ce trait de caractère	?	1	2	3	38

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE OBSSIVE COMPULSIVE	?	1	2	3	44
18. Vous avez dit que vous considérez ou d'autres personnes considèrent (Considérez-vous ou d'autres personnes considèrent-elles) que vous consacrez tellement de temps à votre travail (ou à l'école) qu'il ne vous reste plus de temps libre pour d'autres personnes ou juste pour prendre du plaisir. Parlez-moi de cela. (Combien de temps avez-vous gardé pour faire d'autres choses ? Êtes-vous comme cela d'habitude ?)					
19. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) des très hautes idées sur ce qui est bien et ce qui est mal. Donnez-moi des exemples de vos très hautes idées. (Suivez-vous le règlement au pied de la lettre, peu importe de quoi il s'agit ?)					
20. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) du mal à jeter les choses parce qu'elles pourraient servir un jour. Donnez-moi des exemples de choses que vous êtes incapables de jeter. (Quel est le niveau d'embarras chez vous, dû au fait que vous ne jetez pas les choses ?)					

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE OBSSIVE COMPULSIVE	?	1	2	3	42
CRITERES DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE OBSSIVE COMPULSIVE Un modèle diffus de préoccupation vis à vis de l'ordre, et du contrôle de l'esprit et des relations interpersonnelles, de la perfection au dépend de la souplesse et de l'ouverture aux autres, et de l'efficacité, commençant au début de l'âge adulte et présent dans toutes sortes de contextes comme dans au moins quatre des cas suivant: (1) Soici du détail, des règles, des listes, de l'ordre, de l'organisation, ou des programmes à tel point qu'il (elle) perd de vue les éléments les plus importants de l'action. 3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple					
16. Vous avez dit que vous êtes (Êtes-vous) le genre de personne à vous arrêter sur des détails, le rangement, et l'organisation, ou qui aime faire des listes et des programmes. Donnez-moi des exemples. Êtes-vous parfois tellement pris dans ce que vous faites (EXEMPLES) que vous perdez de vue ce que vous essayez de réaliser.					
17. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) des difficultés à terminer un travail tant vous passez de temps à faire en sorte que les choses soient parfaites. Donnez-moi des exemples. (Cela arrive-t-il souvent ?)					
(2) perfectionnement qui s'interpose dans l'accomplissement d'une tâche (par exemple : incapable à accomplir un projet parce que le modèle qu'il (elle) s'est fixé(e) est trop parfait pour être atteint). 3 = plusieurs exemples de tâches inachevées ou reportées plus tard de façon importante à cause de cet esprit perfectionniste.					

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE OBSESSIVE COMPULSIVE	TROUBLE DE LA PERSONNALITE PASSIVE-AGRESSIVE	TROUBLE DE LA PERSONNALITE AGRESSIVE	TROUBLE DE LA PERSONNALITE PASSIVE-AGRESSIVE
<p>21. Vous avez dit qu'il est (est-il) difficile par vous de laisser les autres vous aider, à moins qu'ils ne soient d'accord pour faire les choses exactement comme vous le désirez ? Parlez-moi de cela. (Ceci arrive-t-il souvent ?) (Est-ce que vous ne finissez pas souvent par faire les choses vous-même pour être sûr(e) qu'elles soient faites correctement ?)</p>	<p>(6) peu enclin à déléguer des tâches ou à travailler avec les autres à moins de les astreindre à faire les choses à sa façon. 3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple</p>	<p>Un modèle diffus d'attitudes négativistes et une résistance passive à l'exécution de tâches demandées par d'autres personnes commençant au début de l'âge adulte et présent dans toutes sortes de contextes comme dans au moins quatre des cas suivants :</p>	<p>47 ? 1 2 3</p>
<p>22. Vous avez dit qu'il vous est (Vous est-il) difficile de faire des dépenses pour vous et pour les autres même lorsque vous avez les moyens. Pourquoi ? (Est-ce parce que vous êtes inquiet(e) d'en manquer plus tard quand vous en aurez vraiment besoin ?) Parlez-moi des choses pour lesquelles vous n'avez pas dépensé d'argent parce que vous devez économiser pour plus tard.</p>	<p>(7) se comporte de façon pingre pour lui et les autres ; l'argent perçu est comme quelque chose à accumuler en prévisions de catastrophes à venir. 3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple</p>	<p>(1) résiste passivement à l'accomplissement de la routine sociale et à la réalisation de tâches prenant du temps. 3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.</p>	<p>48 ? 1 2 3 51</p>
<p>23. Vous avez dit que vous êtes (Êtes-vous) souvent tellement sûr(e) d'avoir raison que ce que peut dire les autres n'a pas d'importance. Parlez-moi de cela.</p>	<p>(8) rigide et têtu(e) 3 = reconnaît ce trait de caractère ou d'autres personnes le lui en ont parlé</p>	<p>(2) se plaint d'être mal compris(e) et que les autres le (la) mésestiment. 3 = reconnaît ce trait de caractère</p>	<p>49 ? 1 2 3 52</p>
<p>24. Vous avez dit que des personnes vous ont (des personnes vous ont-elles) déjà dit que vous étiez têtu(e) ou rigide. Parlez-moi de cela.</p>	<p>(9) vous plaignez-vous de cela auprès des autres ? 28. Vous avez dit que vous êtes (Êtes-vous) souvent de mauvaise humeur et susceptible d'entrer dans des querelles ? Dites-moi quand cela arrive.</p>	<p>(3) est renfrogné(e) et disposé(e) à argumenter 3 = reconnaît ce trait de caractère</p>	<p>50 ? 1 2 3 53</p>

AU MOINS QUATRE ITEMS SONT CODES « 3 »

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

? = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

? = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE PASSIVE-AGRESSIVE		SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE DEPRESSIVE	
TROUBLE DE LA PERSONNALITE DEPRESSIVE	TROUBLE DE LA PERSONNALITE DEPRESSIVE	TROUBLE DE LA PERSONNALITE DEPRESSIVE	TROUBLE DE LA PERSONNALITE DEPRESSIVE
29. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) constaté que la plupart de vos patrons, professeurs, surveillants, médecins, et autres qui sont censés savoir ce qu'ils font ne le savent absolument pas. Parlez-moi de cela.	(4) critique de manière déraisonnable et méprise l'autorité. 3 = plusieurs exemples	A. Un modèle diffus de perceptions dépressives commençant au début de l'âge adulte et présent dans toutes sortes de contextes comme dans au moins cinq des cas suivants :	
30. Vous avez dit que vous pensez (Pensez-vous) souvent que ce n'est pas juste que les autres aient plus que vous. Dites m'en plus à ce sujet.	(5) porte de l'envie et de la rancœur envers ceux qui sont en apparence plus chanceux. 3 = exemples de jalousie et de rancœur	(1) l'humeur habituelle est dominée par l'abattement, la morosité, le découragement, le désenchantement, la tristesse, le malheur. 3 = reconnaît ce trait de caractère	59
31. Vous avez dit que vous vous plaignez (Vous plaignez-vous) souvent d'avoir eu plus que votre part d'expériences malheureuses ? Considérez votre vie rétrospectivement ; est-ce que vous avez l'impression qu'il vous arrive toujours des malheurs ?	(6) profère des plaintes excessives et constantes sur sa malchance personnelle. 3 = Donnez les mauvaises choses qui arrivent toujours (pas limité aux mauvais moments particuliers dans la vie de la personne).	(2) sa propre conception est fondée sur la conviction de ne pas être à la hauteur d'être inutile, d'avoir une basse image de lui (d'elle). 3 = reconnaît ce trait de caractère	60
32. Vous avez dit que vous refusez (Refusez-vous) avec colère de faire ce que les autres souhaitent et qu'ensuite vous sentez mal et vous vous excusez ? Dites m'en plus à ce sujet.	(7) oscille entre l'admiration de braver les autres et les remords. 3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple	(3) se critique, se fait des reproches, et se rabaisse. 3 = reconnaît ce trait de caractère	61
AU MOINS 6 ITEMS SONT CODES « 3 »		(4) rumine et a tendance à s'inquiéter 3 = reconnaît ce trait de caractère	62
<p>? = information insuffisante 1 = absent ou faux</p> <p>2 = en dessous du seuil 3 = au seuil ou vrai</p>		<p>? = information insuffisante 1 = absent ou faux</p> <p>2 = en dessous du seuil 3 = au seuil ou vrai</p>	

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE PARANOIAQUE

TROUBLE DE LA PARANOIAQUE	PERSONNALITE PARANOIAQUE	CRITERES DE LA PERSONNALITE PARANOIAQUE
La conduite ne doit pas être considérée comme caractéristique de la personnalité paranoïaque si elle arrive exclusivement durant un épisode de schizophrénie, un trouble de l'humeur avec des traits psychotiques, un autre trouble psychotique ou est due à des effets physiologiques d'un état médical général.		Une méfiance et une suspicion diffusées envers les autres, telle que les motifs s'y rapportant sont perçus comme malveillants, conduisant au début de l'âge adulte et présent dans toutes sortes de contextes comme dans au moins quatre des cas suivants :
41. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) souvent besoin de garder les yeux ouverts pour empêcher les gens de vous utiliser ou de vous faire du mal. Parlez-moi de cela.	63	(1) soupçonne sans fondement que les autres l'exploitent, lui font du tort, ou le (la) trompent. 3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.
42. Vous avez dit que vous passez (Passez-vous) beaucoup de temps à vous demander si vous pouvez avoir confiance en vos amis ou les personnes avec lesquelles vous travaillez. Décrivez des situations dans lesquelles vous avez eu ce sentiment. (Vous sentez vous souvent comme cela ?)	64	(2) est préoccupé(e) par des doutes injustifiés concernant la loyauté ou la fidélité d'amis ou de collègues. 3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.
43. Vous avez dit que vous trouvez (Trouvez-vous) qu'il est préférable de ne pas laisser les autres en savoir trop long sur vous parce qu'ils pourraient utiliser cela contre vous. Quand cela se passe-t-il ? Parlez-moi de cela ?	65	(3) est peu disposé(e) à se confier aux autres parce qu'il (elle) a une peur induite que l'information soit utilisée avec malveillance contre lui (elle). 3 = reconnaît que la fait d'être peu disposé(e) à se confier soit dû à la méfiance (non pas au par refus).
44. Vous avez dit que vous détectez (Détectez-vous) souvent des menaces ou des insultes cachées dans les choses que les gens disent ou font ? Donnez-moi des exemples.	66	(4) lit le sens caché rabaissant ou menaçant dans des observations ou des événements anodins. 3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE DEPRESSIVE

37. Vous avez dit que vous jugez (Jugez-vous) souvent les autres sévèrement et leur trouvez (Trouvez-vous) facilement des défauts. Donnez-moi des exemples du genre de choses envers lesquelles vous êtes critique.	63	(5) est négativiste, critique, juge les autres. 3 = reconnaît ce trait de caractère.
38. Vous avez dit que vous pensez (Pensez-vous) que la plupart des gens sont fondamentalement mauvais. Parlez-moi de cela.	64	
39. Vous avez dit que vous (Attendez-vous) vous attendez presque toujours au pire. Parlez-moi de cela.	65	(6) est pessimiste 3 = reconnaît ce trait de caractère.
40. Vous avez dit que vous (Sentez-vous) vous sentez coupable de choses que vous avez ou n'avez pas faites. Quel genre de choses ?	66	(7) est enclin à se sentir coupable ou à avoir des tas de remords. 3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.

AU MOINS CINQ ITEMS CODES « 3 »

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE PARANOIAQUE		SCID-II LE TROUBLE DE LA PERSONNALITE SCHIZOTYPIQUE	
LE TROUBLE DE LA PERSONNALITE SCHIZOTYPIQUE	LE TROUBLE DE LA PERSONNALITE SCHIZOTYPIQUE	CRITERES DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE SCHIZOTYPIQUE	
45. Vous avez dit que vous êtes (êtes-vous) le genre de personne qui garde rancune ou qui met longtemps à pardonner aux personnes qui vous ont offensés ou traités sans égards. Parlez-moi de cela.	(5) porte une rancune persistante, c'est à dire, qu'il (elle) est inflexible si on l'offense, on lui fait du tort, ou qu'on lui manque d'égards. 3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.	Un modèle de déficience sociale et interpersonnelle marquée par un malaise aigu et une capacité réduite pour les relations proches avec les autres ainsi que des déformations cognitives ou de perception et des excentricités dans le comportement, commençant au début de l'âge adulte et présent dans toutes sortes de contextes comme dans au moins cinq des cas suivants :	71
46. Vous avez dit qu'il y a (Y a-t-il) beaucoup de personnes à qui vous ne pouvez pardonner parce qu'elles vous ont dit ou fait quelque chose il y a longtemps. Parlez-moi de cela.	3 = reconnaît ce trait de caractère	La conduite ne doit être considérée comme une caractéristique de la personnalité schizotypique si elle arrive exclusivement durant un épisode de schizophrénie, un trouble de l'humeur avec des traits psychotiques, ou un autre trouble psychotique ou un trouble envahissant du développement.	? 1 2 3
47. Vous avez dit que vous (fâchez-vous) vous fâchez ou que vous (Mettez-vous) vous mettez souvent en colère lorsque quelqu'un vous critique ou vous offense sur certains points. Parlez-moi de cela.	(6) ressent des attaques sur sa personnalité ou sa réputation qui pour les autres ne semblent pas en être, est rapide à se mettre en colère et à contre attaquer. 3 = reconnaît ce trait de caractère	(1) Idée de référence (excluant délires de référence) 3 = plusieurs exemples	? 1 2 3 75
48. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) souvent soupçonné votre époux(ée) ou partenaire d'avoir été infidèle. Parlez-moi de cela.	(7) soupçons récurrents, non motivés, concernant la fidélité de son époux(ée) ou de son (sa) partenaire sexual(ite). 3 = avec plusieurs partenaires ou à plusieurs occasions avec le même partenaire.		
(Quelles sont les preuves que vous avez ? Qu'avez-vous fait à ce sujet ? Avez-vous raison ?)	3 = avec plusieurs partenaires ou à plusieurs occasions avec le même partenaire.		
49. Vous avez dit que lorsque vous êtes dehors en public et que vous voyez des personnes parler, vous avez (Avez-vous) souvent la sensation que l'on parle de vous. Dites m'en plus à ce sujet.	(8) partenaire sexual(ite). 3 = avec plusieurs partenaires ou à plusieurs occasions avec le même partenaire.		
50. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) souvent le sentiment que les choses qui n'ont pas de signification particulière (spéciale) pour la plupart des gens sont réellement destinées à vous transmettre un message ? Dites m'en plus à ce sujet.	3 = avec plusieurs partenaires ou à plusieurs occasions avec le même partenaire.		
51. Vous avez dit que quand vous êtes en compagnie de personnes, vous avez (Avez-vous) le sentiment que l'on vous surveille et que l'on vous regarde fixement ? Dites m'en plus à ce sujet.	3 = avec plusieurs partenaires ou à plusieurs occasions avec le même partenaire.		
AU MOINS QUATRE (A) ITEMS SONT CODES « 3 »			
? = information insuffisante 1 = absent ou faux	? = information insuffisante 1 = absent ou faux		
? = en dessous du seuil 3 = au seuil ou vrai	? = en dessous du seuil 3 = au seuil ou vrai		

SCID-II LE TROUBLE DE LA PERSONNALITE SCHIZOTYPIQUE

? 1 2 3 76

52. Vous avez dit que vous avez déjà (Avez-vous déjà) eu la sensation que vous pourriez faire arriver les choses simplement en faisant un vœu ou en pensant à elles.
Parlez-moi de cela.
(Comment cela a-t-il influé sur vous ?)

3 = plusieurs exemples de phénomènes semblables qui influent sur le comportement et qui ne correspondent pas à des modèles ethniques.

53. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) eu des expériences personnelles avec le surnaturel.
Parlez-moi de cela.
(Comment cela a-t-il influé sur vous ?)

Parlez-moi de cela.

(Comment cela a-t-il influé sur vous ?)

54. Vous avez dit que vous croyez (Croyez-vous) avoir un « sixième sens » qui vous permette de savoir et de prédire les choses que les autres ne peuvent savoir.
Parlez-moi de cela.
(Comment cela a-t-il influé sur vous ?)

Parlez-moi de cela.

(Comment cela a-t-il influé sur vous ?)

55. Vous avez dit qu'il vous semble souvent (Vous semble-t-il souvent) que les ombres ou les objets sont en réalité des gens ou des animaux ou que des bruits sont des voix humaines ?
Donnez-moi des exemples.
(Êtiez-vous en train de boire ou de prendre de la drogue à ce moment ?)

? 1 2 3 77

(3) expériences de perceptions inhabituelles, y compris des illusions d'optique de corps physiques.

3 = plusieurs exemples d'expériences de perception inhabituelles non justifiées par la drogue ou un état médical général.

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II LE TROUBLE DE LA PERSONNALITE SCHIZOTYPIQUE

56. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) eu la sensation qu'une personne ou une force était autour de vous, même si vous ne pouviez voir personne.
Dites m'en plus à ce sujet.
(Êtiez-vous en train de boire ou de prendre de la drogue à ce moment ?)

57. Vous avez dit que vous voyez (Voyez-vous) souvent des auras ou des champs d'énergie autour des gens.
Dites m'en plus à ce sujet.
(Êtiez-vous en train de boire ou de prendre de la drogue à ce moment ?)

OBSERVEZ AU COURS DE L'ENTRETIEN

CODE « 3 » SI N'IMPORTE QUEL CRITERE PARANOIAQUE (1), (2), (3), (4), OU (7) SONT CODES « 3 »

OBSERVEZ AU COURS DE L'ENTRETIEN

CODE « 3 » SI N'IMPORTE QUEL CRITERE PARANOIAQUE (1), (2), (3), (4), OU (7) SONT CODES « 3 »

OBSERVEZ AU COURS DE L'ENTRETIEN

OBSERVEZ AU COURS DE L'ENTRETIEN

58. Vous avez dit qu'il y a (Y a-t-il) très peu de personnes dont vous êtes vraiment proche en dehors de votre famille directe.
Combien d'amis proches avez-vous ?

(4) des pensées et des paroles bizarres (par exemple circonstancielles, métaphoriques, sophistiquées, stéréotypées)

(5) idées suspicieuses ou paranoïaques

(6) Emotion inappropriée ou retenue

(7) Un comportement ou une apparence bizarre, excentrique ou singulière

(8) manque d'amis(e)s proches ou de confident(e)s autres que les relations du premier degré

3 = pas d'amis proches (autres que les relations au premier degré)

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II LE TROUBLE DE LA PERSONNALITE SCHIZOTYPIQUE	TROUBLE DE LA PERSONNALITE SCHIZOIDE	SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE SCHIZOIDE
<p>59. Vous avez dit que vous (Sentez-vous) vous sentez souvent nerveux(se) lorsque vous êtes avec d'autres personnes.</p> <p>Qu'est ce qui vous rend nerveux(se) ?</p> <p>(Êtes-vous anxieux(se) même après avoir été avec eux pendant un moment ?)</p>	<p>Un modèle diffus de détachement des relations sociales et un éventail restreint de façon d'exprimer l'émotion dans les situations interpersonnelles, commençant au début de l'âge adulte et présent dans toutes sortes de contextes, comme dans au moins quatre (ou plus) des cas suivants :</p>	<p>60. Vous avez dit que ne pas avoir de relations proches n'est pas importants pour vous.</p> <p>Dites m'en plus à ce sujet.</p> <p>(Qu'en est-il à propos de votre famille ?)</p> <p>61. Vous avez dit que vous préférez (Préférez-vous) presque toujours faire les choses seul(e) plutôt qu'avec d'autres personnes.</p> <p>(Cela est-il vrai au travail et pendant vos temps libres ?)</p> <p>62. Vous avez dit que vous pourriez (Pourriez-vous) être satisfait(e) sans avoir de relation sexuelle avec quelqu'un.</p> <p>Dites m'en plus à ce sujet.</p> <p>(Avez-vous toujours eu peu d'intérêt à avoir des rapports sexuels avec quelqu'un ?)</p>
<p>3 = reconnaît une excessive anxiété liée à la suspicion vis à vis des intentions des autres.</p>	<p>(1) ne désire pas ni n'apprécie de proches relations avec les autres, y compris de faire partie d'une famille.</p> <p>3 = reconnaît ce trait de caractère</p>	<p>? 1 2 3</p> <p>85</p>
<p>AU MOINS CINQ (A) ITEMS SONT CODES « 3 »</p>	<p>(2) choisit presque toujours des activités solitaires</p> <p>3 = reconnaît ce trait de caractère</p>	<p>? 1 2 3</p> <p>86</p>
<p>?</p>	<p>(3) a peu ou pas d'intérêt pour avoir des relations sexuelles avec une autre personne.</p>	<p>? 1 2 3</p> <p>87</p>

? = information insuffisante
 2 = en dessous du seuil
 3 = au seuil ou vrai

? = information insuffisante
 1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
 3 = au seuil ou vrai

? = information insuffisante
 1 = absent ou faux

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE SCHIZOIDE	TROUBLE DE LA PERSONNALITE HISTRIQUE	SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE HISTRIQUE	CRITERES DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE HISTRIQUE
63. Vous avez dit qu'il y a (V a-i-i) vraiment très peu de choses qui vous fassent énormément plaisir. Parlez-moi de cela.	88	?	1 2 3
(Qu'en est-il des choses physiques telles que manger un bon repas ou avoir des rapports sexuels ?)	89	?	1 2 3
DEJA CODE DANS LE CAS (4) POUR LE TROUBLE DE LA PERSONNALITE SCHIZOTYPIQUE	90	?	1 2 3
64. Vous avez dit que (Est-ce que) ce que pensent les autres de vous n'a pas d'importance. Comment vous sentez-vous lorsque les gens vous complimentent ou vous critiquent ?	91	?	1 2 3
65. Vous avez dit qu'il vous semble (vous semble-t-il) que rien ne vous rend très heureux(se) ou très triste. Dites m'en plus à ce sujet.(prendre également en compte le comportement au cours de l'entretien)	92	?	1 3
AU MOINS QUATRE ITEMS « A » SONT CODES « 3 »			

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE NARCISSIQUE		SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE NARCISSIQUE	
77. Vous avez dit que lorsque vous avez un problème (finissez-vous) vous insistez presque toujours pour voir la personne la plus haut placée. Donnez-moi des exemples. (Pourquoi devez-vous voir la personne la plus haut placée ?)	(3) croit que lui ou elle est « spécial(e) » et unique et ne peut être compris(e) par, ou devrait se joindre à, des personnes (ou établissements) de niveau élevé. 3 = reconnaît ce trait de caractère	104 ? 1 2 3	83. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) souvent besoin de placer vos désirs au dessus de ceux des autres. Donnez-moi des exemples où cela arrive.
78. Vous avez dit qu'e vous considérez (Considérez-vous) qu'il est important de consacrer du temps aux gens particulièrement influents. Pourquoi cela ?	(4) a un besoin excessif d'être admiré(e). 3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.	105 ? 1 2 3	84. Vous avez dit que vous attendez (Attendez-vous) des autres de faire ce que vous voulez sans poser de question, parce que c'est vous. (Cela arrive-t-il souvent ?)
79. Vous avez dit qu'il est (Est-il) très important pour vous que les gens vous prêtent attention ou vous admirent, d'une façon ou d'une autre. Dites m'en plus à ce sujet.	(5) a un sens des prérogatives, c'est à dire, a des attentes déraisonnables de traitements de faveur ou de complaisance automatique vis à vis de ses désirs. 3 = plusieurs exemples.	106 ? 1 2 3	85. Vous avez dit que vous n'êtes pas (N'êtes-vous pas) réellement intéressé(e) par les problèmes ou les sentiments des autres. Parlez-moi de cela.
80. Vous avez dit que vous pensez (Pensez-vous) qu'il n'est pas indispensable de suivre certaines règles ou conventions sociales lorsqu'elles se mettent en travers de votre chemin. Donnez-moi des exemples. (Avez-vous le sentiment que votre situation est particulière de sorte que vous nécessitez un traitement de faveur ?)	(6) tire partie des relations interpersonnelles, c'est à dire, profite des autres pour arriver à ses propres fins. 3 = plusieurs exemples dans lesquels une autre personne est exploitée. 2 = en dessous du seuil 3 = au seuil ou vrai	107 ? 1 2 3	86. Vous avez dit que les autres se plaignent (Les autres se plaignent-ils) que vous ne les écoutez pas ou que vous ne vous préoccupez pas de leur sentiments. Parlez-moi de cela.
81. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) souvent le sentiment que vous êtes le type de personne qui mérite un traitement spécial ? Dites m'en plus à ce sujet. Pourquoi devriez-vous être mieux traité(e) que les autres ?	(7) manque d'empathie ; ne veut pas reconnaître ou identifier les sentiments ou les besoins des autres. 3 = reconnaît ce trait de caractère OU donne plusieurs exemples.	108 ? 1 2 3	87. Vous avez dit que vous êtes (Êtes-vous) souvent envieux(se) des autres ou croit que les autres lui portent de l'envie. 3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.
82. Vous avez dit que vous trouvez (Trouvez-vous) nécessaire de marcher sur quelques pieds pour obtenir ce que vous voulez. Donnez-moi des exemples de cela (Cela arrive-t-il souvent ?)	(8) est souvent envieux(se) des autres ou croit que les autres lui portent de l'envie. 3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple. ? = information insuffisante 1 = absent ou faux	109 ? 1 2 3	88. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) le sentiment que souvent les autres vous envient ? Qu'est ce qu'ils vous envient ? ? = information insuffisante 1 = absent ou faux 2 = en dessous du seuil 3 = au seuil ou vrai

3 = au seuil ou vrai

1 = absent ou faux

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE NARCISSIQUE

89. Vous avez dit que vous trouvez (Trouvez-vous) qu'il y a très peu de gens qui méritent votre estime et votre attention.

Parlez-moi de cela

(9) manifeste des comportements ou des attitudes arrogantes, hautaines (PRENDRE EGALLEMENT EN COMPTE LE COMPORTEMENT AU COURS DE L'ENTRETIEN).

3 = reconnaît ce trait de caractère ou ce qui est observé au cours de l'entretien.

? 1 2 3

110

AU MOINS CINQ ITEMS SONT CODES « 3 »

1 3

111

? = information insuffisante

2 = en dessous du seuil

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE

TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE

Un modèle diffus d'instabilité dans des relations interpersonnelles, la perception de soi, l'affectivité, l'impulsivité prononcée, commençant au début de l'âge adulte et présent dans toutes sortes de contextes comme dans au moins cinq (ou plus) des cas suivants :

90. Vous avez dit que vous vous êtes (vous êtes-vous) souvent mis(e) hors de vous à l'idée qu'une personne que vous appréciez réellement était sur le point de vous quitter.

Qu'avez-vous fait ?

L'avez-vous menacé(e) ou supplié(e) ?

91. Vous avez dit que (Est-ce que) vos relations avec les personnes que vous aimez vraiment connaissent beaucoup de hauts et de bas.

Parlez-moi d'eux.

(Y a-t-il eu des moments où vous pensiez qu'ils étaient tout ce que vous vouliez et puis d'autres où vous pensiez qu'ils étaient affreux ? Combien de relations étaient comme ça ?)

? 1 2 3

112

(1) des efforts prodigieux pour éviter des abandons réels ou imaginaires (N'INCLUE PAS LE COMPORTEMENT SUICIDAIRE OU D'AUTOMUTILATION COMPRIS DANS (5))

3 = plusieurs exemples

(2) un modèle de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisé par le balancement entre des extrêmes : l'idéalisation et la désamalgamation.

3 = soit une relation prolongée ou plusieurs relations courtes dans lesquelles le modèle de balancement arrive au moins deux fois.

? 1 2 3

113

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE

92. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) brusquement changé votre image de vous même et vos objectifs de vie.

Donnez-moi des exemples de ceci.

93. Vous avez dit que (Est-ce que) l'image de vous même change souvent radicalement.

Dites m'en plus à ce sujet.

94. Vous avez dit que vous êtes (Êtes-vous) différents en fonction des gens ou des situations à tel point que vous ne savez plus qui vous êtes réellement.

95. Vous avez dit qu'il y a (Y a-t-il) eu beaucoup de changements soudains dans vos objectifs, vos projets de carrière, vos convictions religieuses, etc...

Dites m'en plus à ce sujet.

96. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) souvent fait des choses impulsivement.

Quel genre de choses ?

(Et... acheter des choses que vous ne pouvez vraiment pas vous permettre ? ... avoir des rapports sexuels avec des personnes que vous connaissez à peine, ou avoir « des rapports non protégés » ... trop boire ou prendre de la drogue ? ... conduire de façon imprudente ? ... manger de façon incontrôlée ?

si OUI A L'UNE DES PHRASES CI DESSUS : Parlez-moi de cela. Tout les combien cela arrive-t-il ? Quel genre de problème cela a-t-il cause ?

si OUI A L'UNE DES PHRASES CI DESSUS : Parlez-moi de cela. Tout les combien cela arrive-t-il ? Quel genre de problème cela a-t-il cause ?

? = information insuffisante

1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil

3 = au seuil ou vrai

? 1 2 3

114

(3) Trouble de l'identité : perception de soi, ou sens de soi résolument et constamment instable.

Remarque : n'inclue pas les incertitudes naturelles de l'adolescence.

3 = reconnaît ce trait de caractère

(4) impulsivité dans au moins deux domaines qui sont potentiellement l'auto-protection (par exemple : les dépenses, le sexe, l'abus de substances, l'imprudence au volant, la boulimie)

(N'INCLUE PAS LE COMPORTEMENT SUICIDAIRE OU D'AUTOMUTILATION COMPRIS DANS (5))

3 = plusieurs exemples montrant un modèle de comportement impulsif (qui ne se limite pas aux exemples cités ci-dessus).

? 1 2 3

115

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE

102. Vous avez dit que vous frappez (frappez-vous) les gens ou vous jetez (jetez-vous) des choses lorsque vous vous mettez en colère.	116	7 1 2 3	<p>(5) un comportement suicidaire récurrent, des actions, des menaces, ou des comportements d'automutilation.</p> <p>3 = deux ou plusieurs cas (quand pas dans un Passage Dépressif Important).</p>
Dites m' en plus à ce sujet. (Cela arrive-t-il souvent ?)			
103. Vous avez dit que (Écoutez) même de petites choses vous mettent très en colère.			
Quand cela arrive-t-il ?			
(Cela arrive-t-il souvent ?)	117	7 1 2 3	<p>(6) une instabilité affective due à une humeur susceptible prononcée (par exemple, période intense de dysphorie, d'irritabilité, ou d'anxiété durant généralement quelques heures et seulement rarement plus de quelques jours.</p> <p>3 = reconnaît ce trait de caractère</p>
104. Vous avez dit que vous devenez (Devenez-vous) soupçonneux(se) vis à vis des autres ou que particulièrement sous influence ?			
Parlez-moi de cela.			
	118	7 1 2 3	<p>(7) sentiments chroniques de vide.</p> <p>3 = reconnaît ce trait de caractère</p>
	119	7 1 2 3	<p>(8) une colère incongrue, intense ou des difficultés à contrôler la colère (par exemple : emportements d'humeur, colère constante, bagarres répétées).</p> <p>3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple OU plusieurs exemples.</p>

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

AU MOINS CINQ ITEMS SONT CODES
« 3 »

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE

TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE

CRITERES DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE

? 1 2 3

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

321

322

323

324

325

326

327

328

329

330

331

332

333

334

335

336

337

338

339

340

341

342

343

344

345

346

347

348

349

350

351

352

353

354

355

356

357

358

359

360

361

362

363

364

365

366

367

368

369

370

371

372

373

374

375

376

377

378

379

380

381

382

383

384

385

386

387

388

389

390

391

392

393

394

395

396

397

398

399

400

401

402

403

404

405

406

407

408

409

410

411

412

413

414

415

416

417

418

419

420

421

422

423

424

425

426

427

428

429

430

431

432

433

434

435

436

437

438

439

440

441

442

443

444

445

446

447

448

449

450

451

452

453

454

455

456

457

458

459

460

461

462

463

464

465

466

467

468

469

470

471

472

473

474

475

476

477

478

479

480

481

482

483

484

485

486

487

488

489

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE

115. Vous avez dit qu'avant l'âge de 15 ans, vous avez beaucoup menti ou escroqué les autres. (Avant l'âge de 15 ans, avez-vous beaucoup menti ou escroqué les autres ?)	?	1	2	3	133
Sur quoi auriez-vous menti ?					
116. Vous avez dit qu'avant l'âge de 15 ans, vous avez parfois volé des choses ou volé à l'étalage ou imité une signature. (Avant l'âge de 15 ans, avez-vous déjà volé des choses ou volé à l'étalage ou imité une signature ?)	?	1	2	3	134
Parlez-moi de cela.					
117. Vous avez dit qu'avant l'âge de 15 ans, vous êtes enfant(e) de la maison pendant la nuit. (Avant l'âge de 15 ans vous êtes-vous enfant(e) de la maison ?)	?	1	2	3	135
Cela à est-il passé plus d'une fois ?					
(Avec qui habitez-vous à l'époque ?)					
118. Vous avez dit qu'avant l'âge de 13 ans, vous restiez (Avant l'âge de 13 ans, restiez-vous) souvent dehors très tard, longtemps après l'heure à laquelle vous étiez censé(e) rentrer.	?	1	2	3	136
Combien de fois ?					

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE

119. Vous avez dit qu'avant l'âge de 13 ans vous avez fait l'école buissonnière. (Avant l'âge de 13 ans avez-vous fait l'école buissonnière ?)	?	1	2	3	137
Combien de fois ?					
(15) a souvent été absent de l'école sans permission.					
AU MOINS DEUX ITEMS SONT CODES « 3 »	1	3			138

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

TRUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE	SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE
<p>Depuis l'âge de 15 ans...</p> <p>Avez-vous fait des choses (qui sont contre la loi - même si vous n'avez pas été pris(e) - telles que voler, vendre de la drogue, tromper dans des affaires financières, ou la prostitution ?</p> <p>SI NON = Avez-vous déjà été arrêté(e) pour quelque chose ?</p> <p>Mentez-vous facilement si vous en avez besoin, pour obtenir ce que vous voulez ?</p> <p>(Avez-vous déjà utilisé un nom d'emprunt ou vous faire passer pour quelqu'un d'autre ?)</p> <p>(Avez-vous souvent « esroqué » les autres pour obtenir ce que vous voulez ?)</p> <p>Avez-vous déjà fait des choses sous l'impulsion du moment sans penser à comment cela influera sur vous ou les autres ?</p> <p>(Comment cela se fait-il ?)</p> <p>Y a-t-il eu une période où vous ne viviez pas dans un endroit fixe ?</p> <p>(Pendant combien de temps ?)</p>	<p>(4) Irritabilité et agressivité, comme le montrent les bagarres ou les agressions répétées.</p> <p>3 = plusieurs exemples</p> <p>(5) Irrespect invoquant vis à vis de sa propre personne, sécurité ou celle des autres.</p> <p>3 = plusieurs exemples</p> <p>2 = en dessous du seuil 3 = au seuil ou vrai</p>
<p>CRITERES DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE</p> <p>C. Il y a un modèle diffus d'irrespect à l'égard de la violation des droits des autres, commençant à l'âge de 15 ans, comme le montre trois (ou plus) des cas suivants :</p> <p>(1) n'arrive pas à se conformer à des normes sociales, à respecter des comportements légaux comme le moment des exécutions de loi répétées qui sont des motifs d'arrestations.</p> <p>3 = plusieurs exemples</p> <p>(2) nature trompeuse comme le montant des mensonges, l'utilisation de noms d'emprunt ou d'esquertes à son profit ou plaisir personnel.</p> <p>3 = plusieurs exemples</p> <p>(3) impulsivité ou difficultés de planifier</p> <p>3 = plusieurs exemples</p> <p>2 = en dessous du seuil 3 = au seuil ou vrai</p>	<p>(Depuis l'âge de 15 ans) avez-vous été dans des bagarres ?</p> <p>(Combien de fois ?)</p> <p>Avez-vous déjà frappé ou projeté des choses sur votre (EPOUSE/PARTENAIRE) ?</p> <p>(Combien de fois ?)</p> <p>Avez-vous déjà frappé un enfant, le votre ou celui de quelqu'un d'autre, tellement fort qu'il ou elle a eu des contusions ou à dû rester au lit ou voir un médecin ?</p> <p>Avez-vous déjà conduit une voiture quand vous étiez ivre ou abas(e) ?</p> <p>Combien de contravention pour excès de vitesse avez-vous eu ?</p> <p>(Utilisez-vous toujours une protection lorsque vous avez des rapports sexuels avec quelqu'un que vous ne connaissez pas ?)</p> <p>? = information insuffisante 1 = absent ou faux</p>
	<p>142</p> <p>? 1 2 3</p>
	<p>143</p> <p>? 1 2 3</p>
	<p>139</p> <p>? 1 2 3</p>
	<p>140</p> <p>? 1 2 3</p>
	<p>141</p> <p>? 1 2 3</p>

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE

AU MOINS TROIS ITEMS SONT CODES « 3 » 1 3 146

CRITERES A, B ET C SONT CODES « 3 » 1 3 147

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE

? 1 2 3 144

(6) irresponsabilité constante, comme le montrent les échecs répétés à assumer un comportement de travail régulier ou honorer ses engagements financiers.

Combien de temps dans les cinq dernières années n'avez-vous pas travaillé ?

SI PLUS DE SIX MOIS : POURQUOI ?

Quand vous avez travaillé, avez-vous manqué beaucoup de jours de travail ?

SI OUI : POURQUOI ?

Avez-vous déjà quitté un travail sans en avoir un autre ou aller ?

SI OUI : Combien de fois cela est-il arrivé ?

Avez-vous déjà dû de l'argent à des personnes et ne pas leur avoir remboursé ? (Combien de fois ?)

Et en ce qui concerne ne pas payer la charge des enfants, ou ne pas donner d'argent aux enfants qui dépendent de vous ?

SI A RECONNUS DES ACTIONS ANTISOCIALES COMME UN ADULTE : que ressentiez-vous à propos de (LISTE DES ACTIONS ANTISOCIALES) ?

TROUBLE DE LA PERSONNALITE* NOS

REMARQUE - SI EST CARACTERISE PAR UN TROUBLE DE LA PERSONNALITE PLUS SPECIFIQUE MAIS SI TOUTS LES CRITERES NE SONT PAS COMPLETEMENT REMPLIS POUR AUCUN TROUBLE DE LA PERSONNALITE, CONSIDEREZ LE DIAGNOSTIC DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE NOS CI-DESSUS

? 1 2 3 145

(7) manque de remords comme l'indique le fait d'être différent, ou de rationaliser d'avoir fait du mal, maltraité ou volé d'autres personnes.

3 = manque de remords en ce qui concerne plusieurs actions antisociales

? = information insuffisante

1 = absent ou faux

? = information insuffisante

1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil

3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE PERSONNALITE NON SPECIFIQUE

TROUBLE DE PERSONNALITE NON SPECIFIQUE

	1	3
<p>Cette catégorie est réservée aux troubles de la personnalité fonctionnant qui ne remplissent pas les critères pour un Trouble de la Personnalité spécifique. Un exemple est la présence de caractéristiques de plus d'un Trouble spécifique de la Personnalité qui ne remplissent pas le critère complètement pour aucun des Troubles de la Personnalité (« personnalité mélangées ») mais qui réunissent souvent une gêne ou un affaiblissement clinique important dans un ou plusieurs domaines de fonctionnement (par exemple : social ou d'occupation).</p> <p>Cette catégorie peut également être utilisée quand le clinicien juge qu'un Trouble de la Personnalité spécifique qui n'est pas inclus dans le DSM-IV est approprié (par exemple, un trouble de la personnalité insuffisante).</p>		

148

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

M.I.N.I. KID

Mini International Neuropsychiatric Interview

Enfants et Adolescents

Version Française 2.0

Version enfant / adolescent

DSM-IV

Y. Lecrubier, T. Hergueta, S. Renou, M. Flament
Hôpital de la Salpêtrière - Paris - FRANCE.

D. Sheehan, D. Shytle, K. Milo
University of South Florida - Tampa - USA.

© 2000 Lecrubier Y., Hergueta T., Sheehan DV. *et al.*

Tous droits réservés. Ce document ne doit être reproduit, tout ou partie, ou transmis, quelle que soit la forme, y compris les photocopies, ni stocké sur système informatique sans une autorisation écrite préalable des auteurs. Les chercheurs et les cliniciens travaillant dans des institutions publiques (comme les universités, les hôpitaux, les organismes gouvernementaux) peuvent faire de simples copies du M.I.N.I. afin de l'utiliser dans le cadre strict de leurs activités cliniques et de recherches

M.I.N.I. KID 2.0 French version / DSM-IV / current children & adolescents (March 2001) CONFIDENTIELLE PAS DIFFUSER
Y. Lecrubier, T. Hergueta, S. Renou, M. Flament (Hôpital de la Salpêtrière-Paris, FRANCE) / D. Sheehan, D. Shytle, K. Milo (University of South Florida-Tampa, USA)

Annexe 6 : M.I.N.I. KID 2.0 (pour une question de copyrights, seuls certains diagnostics sont présentés, à titre d'exemples) :

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S). ENTouREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

NOM DU PATIENT : _____ PROTOCOLE NUMERO : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____ Heure de Début : _____
 ENTRETIEN REALISE PAR : _____ Heure de Fin : _____
 DATE DE L'ENTRETIEN : _____ DUREE TOTALE : _____

M.I.N.I. KID 2.0 / version enfants et adolescent/ DSM-IV / Trouble actuel

MODULES	PERIODE EXPLOREE	INFORMANT	
		Enfants 8 – 12ans	Adolescents 13 – 16 ans
A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR	Actuelle (2 dernières semaines)	X	X
B. DYSTHYMIE	Actuelle (2 dernières années)	X	X
C. RISQUE SUICIDAIRE	Actuelle (mois écoulé)	X	X
D. EPISODE (HYPO-)MANIAQUE	Actuelle + Vie entière	Ø	X
E. TROUBLE PANIQUE	Actuelle (mois écoulé) + Vie entière	Ø	X
F. AGORAPHOBIE	Actuelle	Ø	X
G. PHOBIE SOCIALE	Actuelle (mois écoulé)	X	X
I. TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF	Actuelle (mois écoulé)	X	X
J. ALCOOL (DEPENDANCE / ABUS)	Actuelle (12 derniers mois)	X	X
K. DROGUES (DEPENDANCE / ABUS)	Actuelle (12 derniers mois)	X	X
L. NICOTINE (DEPENDANCE)	Actuelle (12 derniers mois)	X	X
M. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	Actuelle (mois écoulé)	X	X
N. ANOREXIE MENTALE	Actuelle (3 derniers mois)	X	X
O. ANXIETE GENERALISEE	Actuelle (6 derniers mois)	X	X
P. TROUBLE DES CONDUITES	Actuelle (12 derniers mois)	X	X
S. TICS ET GILLES DE LA TOURETTE	Actuelle (12 derniers mois)	X	X

M.I.N.I. KID 2.0 French version / DSM-IV / current children & adolescents (March 2001) CONFIDENTIELLE PAS DIFFUSER
Y. Lecrubier, T. Hergueta, S. Renou, M. Flament (Hôpital de la Salpêtrière-Paris, FRANCE) / D. Sheehan, D. Shytle, K. Milo (University of South Florida-Tampa, USA)

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTouREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT
E+A

I. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

X pour questions non comprises

I1 Ce mois-ci, as-tu souvent été gêné(e) ou très ennuyé(e), par des idées désagréables, qui reviennent sans cesse dans ta tête, tout d'un coup et malgré toi ? Comme par exemple penser que tu n'étais pas assez propre ou que tu avais des microbes ? Ou bien encore qu'il pourrait arriver un accident ou un malheur à toi ou à quelqu'un d'autre parce que tu aurais fait quelque chose de mal ?

COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE

NON OUI

1

NE PAS PRENDRE EN COMPTE DES PREOCCUPATIONS EXCESSIVES CONCERNANT LES PROBLEMES DE LA VIE QUOTIDIENNE NI LES OBSESSIONS LIEES A UN TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE, A DES DEVIATIONS SEXUELLES, AU JEU PATHOLOGIQUE OU A UN ABUS DE DROGUE OU D'ALCOOL PARCE QUE LE PATIENT PEUT EN TIRER UN CERTAIN PLAISIR ET VOULOIR Y RESISTER SEULEMENT A CAUSE DE LEURS CONSEQUENCES NEGATIVES

SI I1 = NON, PASSER A I4

I2 As-tu essayé, mais sans pouvoir y arriver, de résister à certaines de ces idées, de les ignorer ou de t'en débarrasser ?

SI I2 = NON, PASSER A I4

NON OUI

2

I3 Penses-tu que ces idées qui reviennent tout le temps dans ta tête viennent de toi et qu'elles ne te sont pas imposées par quelqu'un d'autre ?

NON OUI

3

I4 Ce mois-ci, as-tu souvent eu besoin de faire certaines choses sans arrêt, sans pouvoir t'en empêcher, comme te laver, les mains, compter, vérifier des choses, ranger ou faire des choses comme les devoirs ou t'habiller dans un certain ordre, répéter des mots ou réciter des chiffres dans ta tête ?

SI I4 = NON, ENTouBER NON EN I5 ET PASSER A I6

NON OUI

4

I5 Est-ce que le fait de faire ces choses te permettent de te sentir mieux, moins mal à l'aise ou moins inquiet ? As-tu l'impression qu'en faisant ces choses tu empêches que quelque chose d'horrible ou de très désagréable arrive ?

NON OUI

5

DES COMPORTEMENTS DOIVENT ETRE SOIT SANS RELATION REALISTE AVEC CE QU'ILS SE PROPOSENT DE NEUTRALISER OU DE PREVENIR, SOIT MANIFESTEMENT EXCESSIFS.

I6 **I3** OU **I5** SONT-ELLES COTEES OUI ?

→ NON OUI

6

CHEZ LES ENFANTS PASSER DIRECTEMENT A I8

I7 Penses-tu que ces idées dont tu ne peux pas te débarrasser et/ou ces comportements que tu fais tout le temps, sont absurdes, un peu bêtes ou stupides ?

→ NON OUI

7

DE L.N.T. **FEZD-2-O-O** French version / DSM-IV / current, children & adolescents (March 2001) CONFIDENTIEL-NE PAS DIFFUSER
V. Lecomte, F. Impagliazzo, S. Elie, M. Fauriol (copiede de la Supplémentaire DSM-IV, FEZD-2-O-O), R. Bouchard, B. Stiehl, K. Witt (translation of current French DSM-IV, DSM-IV)

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTouREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

I8 Tu m'as dit que tu avais des idées qui reviennent tout le temps et que tu ne pouvais pas empêcher comme [CITER LA OU LES OBSESSION(S), VOIR I1] et/ou des choses que tu te sentais obligé de faire comme [CITER LA OU LES COMPULSION(S), VOIR I4]. Est-ce que ça te gêne beaucoup ? Est-ce que ça te cause des problèmes à la maison / à l'école / au collège / avec tes copains ? Est-ce que ces idées/ces choses te prennent plus d'une heure par jour ? COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE

NON OUI

8

X pour questions non comprises

I8 EST-ELLE COTEEE OUI ?

NON OUI
TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF ACTUEL

DE L.N.T. **FEZD-2-O-O** French version / DSM-IV / current, children & adolescents (March 2001) CONFIDENTIEL-NE PAS DIFFUSER
V. Lecomte, F. Impagliazzo, S. Elie, M. Fauriol (copiede de la Supplémentaire DSM-IV, FEZD-2-O-O), R. Bouchard, B. Stiehl, K. Witt (translation of current French DSM-IV, DSM-IV)

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES. ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

C. RISQUE SUICIDAIRE

E+A

X pour questions non comprises

Depuis que tu es né(e),

- C1 T'est-il arrivé de te sentir si mal que tu aurais voulu être mort(e) ? Points
NON OUI 1
- C2 As-tu voulu te faire du mal ? NON OUI 2
- C3 As-tu déjà essayé de te tuer ? NON OUI 4

Y A-T-IL AU MOINS UN OUI CI-DESSUS ?

→ NON OUI

Ce mois-ci, as-tu :

- C4 Pensé qu'il vaudrait mieux que tu sois mort(e) ou souhaité être mort(e) ? NON OUI 1
- C5 Voulu te faire du mal ? NON OUI 2
- C6 Pensé à te tuer ? NON OUI 6
- C7 Pensé à comment tu pourrais faire pour te tuer ? NON OUI 10
- C8 Essayé de te tuer ? NON OUI 10

Y A-T-IL AU MOINS UN OUI CI-DESSUS ?

NON	OUI
RISQUE SUICIDAIRE ACTUEL	
1-5 points LÉGER	<input type="checkbox"/>
6-9 points MOYEN	<input type="checkbox"/>
≥ 10 points ÉLEVÉ	<input type="checkbox"/>

SI OUI, ADDITIONNER LES POINTS POUR LES QUESTIONS C1 A C8 COTEES OUI ET SPECIFIER LE NIVEAU DU RISQUE SUICIDAIRE DANS LA BOITE DIAGNOSTIQUE

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES. ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

E+A

X pour questions non comprises

- A1 Ces deux dernières semaines, t'es-tu senti très triste, déprimé(e) ou as-tu eu souvent envie de pleurer ? Ou bien encore, as-tu été souvent de mauvaise humeur ou énervé(e) ? NON OUI 1
 SI OUI A L'UN OUL'AUTRE, ENTOURER LE(S) SYMPTOME(S) ET COTER OUI
- A2 a Ces deux dernières semaines, est-ce que tu t'es beaucoup ennuyé(e) ou est-ce que tu t'es senti(e) moins intéressé(e) par les choses que tu aimes habituellement (comme jouer à ton jeu préféré ou faire ton activité préférée) ? As-tu eu l'impression de prendre beaucoup moins de plaisir à faire ces choses ? NON OUI 2
 SI OUI A L'UN OUL'AUTRE, ENTOURER LE(S) SYMPTOME(S) ET COTER OUI

A1 OUI A2 SONT-ELLES COTEES OUI ?

→ NON OUI

b Est-ce que tu t'es senti(e) comme ça presque toute la journée ?

→ NON OUI

c Est-ce que tu t'es senti(e) comme ça presque tous les jours ?

→ NON OUI

A3 Au cours des deux dernières semaines, lorsque tu te sentais (NOMMER LES SYMPTOMES CITES EN A1 ET/OU A2) :

- a Avais-tu moins faim ou au contraire avais-tu plus faim, presque tous les jours ou bien encore, as-tu pris ou perdu du poids sans le vouloir ? (VARIATION AU COURS DU MOIS DE ± 5 %, C.A.D. ± 2 KG, POUR UN ENFANT DE 40 KG OU ABSENCE DE LA PRISE DE POIDS ATTENDUE)
 COTER OUI, SI OUI A L'UN OUL'AUTRE NON OUI 3
- b As-tu eu des problèmes pour dormir, presque toutes les nuits (ENDORMISSEMENT, REVEILS NOCTURNES OU PRECOCEX, DORMIR TROP) ?
 COTER OUI, SI OUI A L'UN OUL'AUTRE NON OUI 4
- c Avais-tu l'impression de parler ou de bouger plus lentement que d'habitude ou au contraire étais-tu agité(e) ou avais-tu du mal à rester en place, presque tous les jours ?
 COTER OUI, SI OUI A L'UN OUL'AUTRE NON OUI 5
- d Etais-tu presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et cela t'arrivait-il presque tous les jours ? NON OUI 6
- e T'es-tu senti nul(le), bon(e) à rien ? T'es-tu fait des reproches ou t'es-tu senti(e) coupable ou responsable, et cela t'arrivait-il presque tous les jours ?
 COTER OUI, SI OUI A L'UN OUL'AUTRE NON OUI 7
- f Avais-tu du mal à t'intéresser aux choses et aux gens, à te concentrer ? As-tu trouvé difficile de faire des choix, de prendre des décisions, et cela t'arrivait-il presque tous les jours ? Tes notes en classe ont-elles baissé ?
 COTER OUI, SI OUI A L'UN OUL'AUTRE NON OUI 8
- g T'es-tu senti(e) si mal que tu as souhaité être mort(e) ? As-tu pensé à te faire du mal ? As-tu pensé à te tuer ?
 COTER OUI, SI OUI A L'UN OUL'AUTRE NON OUI 9

A4 Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A3 ? (ou 4 si A1 OUI A2 EST COTEES NON)

NON	OUI
EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL	

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT
M. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE E+A

		X pour questions non comprises
M1	As-tu déjà vu ou vécu quelque chose de vraiment horrible comme un incendie ou un grave accident ou bien encore as-tu déjà été sérieusement agressé(e) ou as-tu vu quelqu'un se faire agresser ou tuer ? EX DE CONTEXTES TRAUMATIQUES : ACCIDENT GRAVE, AGRESSION, ABUS SEXUEL, VIOL, ATTENTAT, PRISSE D'OTAGES, KIDNAPING, INCENDIE, DECOUVERTE DE CADAVRE, MORT SUBITE DANS L'ENTOURAGE, GUERRE, CATASTROPHE NATURELLE...	NON OUI
M2	Pendant [CITER LE OU LES EVENEMENT(S) TRAUMATIQUES, VOIR M1] étais-tu terrifié(e) ou bien sans réaction, comme paralysé(e) ou au contraire étais-tu complètement paniqué(e) et agité(e) ?	NON OUI
M3	Ce mois-ci, as-tu constamment repensé à [CITER LE OU LES EVENEMENT(S) TRAUMATIQUES, VOIR M1] ? En as-tu souvent rêvé ? Ou as-tu souvent l'impression de revivre ce/ces moments ? COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE	NON OUI

M4	Ce mois-ci : a As-tu essayé de ne plus penser à [CITER LE OU LES EVENEMENT(S) TRAUMATIQUES, VOIR M1] ou as-tu évité tout ce qui pouvait te rappeler ce/ces moments ?	NON OUI
	b As-tu eu du mal à te souvenir exactement de [CITER LE OU LES EVENEMENT(S) TRAUMATIQUES, VOIR M1] ?	NON OUI
	c Etais-tu moins intéressé(e) par tes activités ?	NON OUI
	d Avais-tu l'impression d'être un peu comme un « étranger » avec les autres, de ne plus t'intéresser aux autres, à ta famille, à tes copains ?	NON OUI
	e As-tu eu l'impression de moins ressentir les choses, de ne plus être capable d'aimer quelque chose ou quelqu'un ?	NON OUI
	f As-tu eu l'impression que ta vie ne serait plus jamais pareille à cause de [CITER LE OU LES EVENEMENT(S) TRAUMATIQUES, VOIR M1] ? Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN M4 ?	NON OUI
M5	Ce mois-ci : a As-tu eu des difficultés à dormir ou t'es-tu réveillé(e) la nuit ?	NON OUI
	b As-tu eu tendance à t'énerver pour un rien ou à te mettre facilement en colère ?	NON OUI
	c As-tu eu du mal à faire attention aux choses et aux gens, du mal à te concentrer ?	NON OUI
	d Te sentais-tu « pas tranquille », nerveux ou tout le temps sur tes gardes ?	NON OUI
	e Un rien te faisait-il sursauter ? Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN M5 ?	NON OUI

M. J. N. L. KZYD 2-O French version / DSM-4 / current, children & adolescents (March 2001) / CONFIDENTIEL-NE PAS DIFFUSER
 Y. Guimont, Y. Turgeon, S. Bouché, M. Hamelin (traduction de la validation française, KZYD 2) / B. Bouché, B. Jodanis, K. Miller (traduction de l'adulte French version, KZYD)

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

		X pour questions non comprises
M6	Tu m'as dit qu'en ce moment tu avais [NOMMER LES PERTURBATIONS PRINCIPALES CITEES DERRIERS M3]. Est-ce que ça te gêne beaucoup ? Est-ce que ça te cause des problèmes à la maison / à l'école / au collège / avec tes copains ? COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE	NON OUI
	M6 EST-ELLE COTEE OUI ?	NON OUI

NON OUI
**ETAT DE STRESS
 POST-TRAUMATIQUE
 ACTUEL**

M. J. N. L. KZYD 2-O French version / DSM-4 / current, children & adolescents (March 2001) / CONFIDENTIEL-NE PAS DIFFUSER
 Y. Guimont, Y. Turgeon, S. Bouché, M. Hamelin (traduction de la validation française, KZYD 2) / B. Bouché, B. Jodanis, K. Miller (traduction de l'adulte French version, KZYD)

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASES DIAGNOSTIQUES, ENTouREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT
O. ANXIETE GENERALISEE E+A

O1 a Si NECESSAIRE, AIDER LE PATIENT A EVALUER DEPUIS QUAND LES SYMPTOMES SONT PRESENTS (CF INSTRUCTIONS).

Depuis au moins six mois, t'es-tu senti(e) vraiment très préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), tracassé(e) à propos de plusieurs problèmes de la vie de tous les jours à l'école / au collège, à la maison ? As-tu eu l'impression de te faire trop de souci à propos de tout et de rien ?
 COTER OUI, SI OUI A L'UN OUL' AUTRE

NE PAS COTER OUI SI L'ANXIETE SE RESUME A UN TYPE D'ANXIETE DEJA EXPLORÉ PRECEDEMMENT COMME LA PEUR D'AVOIR UNE ATTAQUE DE PANIQUE (TROUBLE PANIQUE), D'ETRE GENE EN PUBLIC (PHOBIE SOCIALE), D'ETRE CONTAMINE (TOC), DE PRENDRE DU POIDS (ANOREXIE MENTALE) ETC...

b As-tu ces préoccupations, ces inquiétudes ou ces soucis presque tous les jours ?

O2 Quand tu as ces préoccupations/inquiétudes/soucis, t'est-il difficile d'arrêter d'y penser ?

O3 Au cours des six derniers mois lorsque tu te sentais très préoccupé(e), inquiet(e), soucieux(se), t'arrivait-il souvent :

- a De te semir agité(e), tendu(e), les nerfs à fleur de peau ?
- b D'avoir les muscles tendus, contractés ?
- c De te sentir fatigué(e) ou facilement épuisé(e) ?
- d D'avoir des difficultés à te concentrer ou des passages à vide ?
- e D'être particulièrement irritable, de te mettre facilement en colère ?
- f D'avoir des problèmes pour dormir (DIFFICULTES D'ENDORMISSEMENT, REVELS AU MILIEU DE LA NUIT, SOMMEIL AGITE ET NON SATISFAISANT) ?

ENFANT :
 Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN O3 ?
 ADOLESCENT :
 Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN O3 ?

NON	OUI
ANXIETE GENERALISEE ACTUEL	

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASES DIAGNOSTIQUES, ENTouREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT
S. TROUBLE : TICS ET SYNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE E+A

S1 a Cette année, t'est-il souvent arrivé d'avoir des tics ?
 SI L'ENFANT NE COMPREND PAS, EXPLIQUER COMME CI-DESSOUS CE QU'EST UN TIC

MOTEUR :
 Les tics sont des mouvements rapides d'une partie du corps qu'on ne peut pas s'empêcher de faire, qui sont très difficiles à contrôler, et qui reviennent très souvent. Ça peut être des clignements des yeux, ton visage ou ta bouche qui se contracte ou se crispe d'un seul coup, un mouvement avec ta tête, des mouvements avec tes mains ou tes bras (AU BESOIN MIMER).
 SI TICS VOCAUX UNIQUEMENT COTER NON ET PASSEZ A S1b

b Cette année, t'est-il souvent arrivé d'avoir des tics comme dire des mots ou faire des sons, qu'il était très difficile d'arrêter, comme tousser, renifler, te racler la gorge ou chaquer ta langue, grogner, crier ou autre chose encore ?
 COTER OUI SI OUI A L'UN OUL' AUTRE

S1a OUI S1b SONT-ELLES COTEES OUI ?

S2 Est-ce que tu as eu ces tics plusieurs fois par jour, presque tous les jours ?

S3 Est-ce que tu as des tics depuis plus d'un an ?

S4 As-tu eu, cette année, une période de plus de 3 mois où tu n'avais plus du tout de tics ?

S5 Est-ce que ces tics apparaissent uniquement quand tu prends de la Ritaline ?

S6 Est-ce que ces tics te gênent beaucoup ou est-ce qu'ils te causent des problèmes à la maison / à l'école / au collège / avec tes copains ? Est-ce qu'à cause de ces tics, les autres se moquent de toi ?
 COTER OUI SI OUI A L'UN OUL' AUTRE

S1a, S1b, S2, S3 ET S6 SONT-ELLES COTEES OUI

ET
 S4 ET S5 SONT-ELLES COTEES NON ?

NON	OUI
SYNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE ACTUEL	

S1a, S2, S3 ET S6 SONT-ELLES COTEES OUI

ET
 S1b, S4 ET S5 SONT-ELLES COTEES NON ?

NON	OUI
TICS MOTEURS CHRONIQUES ACTUEL	

ANOREXIE MENTALE DE L'ADOLESCENTE ET TROUBLES DE LA PERSONNALITE : RESULTATS PRELIMINAIRES D'UNE ETUDE OBSERVATIONNELLE PROSPECTIVE

RESUME EN FRANÇAIS :

L'anorexie mentale (AM) est une pathologie psychiatrique grave débutant durant l'adolescence. Une revue de la littérature souligne la complexité des relations entre l'AM et les troubles de la personnalité (TP). Nous présentons une étude observationnelle longitudinale de la mesure répétée de TP chez 16 adolescentes débutant un soin hospitalier pour une AM. Objectif : mise en évidence de l'apparition de TP spécifiques au cours du temps. Méthode : échelles de mesure de TP (SCID II), de psychopathologie générale (M.I.N.I. KID 2.0) et de troubles alimentaires (EAT-26) à T0, 6 et 12 mois. Résultats : à l'entrée, présence d'un TP chez 31 % des patientes. Les résultats prospectifs préliminaires retrouvent l'apparition significative de TP borderline après un an de suivi ($p < 0,05$). L'instabilité des traits de personnalité apparaît donc comme l'un des éléments à surveiller dans la prise en charge de l'AM de l'adolescente, afin de permettre une adaptation spécifique du soin pour ces patientes.

ADOLESCENT ANOREXIA NERVOSA AND PERSONALITY DISORDERS : PRELIMINARY RESULTS OF AN OBSERVATIONAL PROSPECTIVE STUDY

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : Anorexie Mentale, Adolescent, Trouble de la personnalité, Troubles des conduites alimentaires, Traits de personnalité, Trouble de la personnalité borderline, Instabilité des traits de personnalité, Comorbidités, Etude prospective, Etude observationnelle, Etude longitudinale.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Franck HAZANE