



HAL
open science

Raisons de vivre chez les adolescents suicidants, spécificités du trouble de personnalité limite

Sébastien Garny de La Rivière, B. Mirkovic, Alexandra Knafo, N. Bodeau, R. Labelle, D. Cohen, P. Gérardin, Jean-Marc Guilé

► To cite this version:

Sébastien Garny de La Rivière, B. Mirkovic, Alexandra Knafo, N. Bodeau, R. Labelle, et al.. Raisons de vivre chez les adolescents suicidants, spécificités du trouble de personnalité limite. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2020, 68, pp.370 - 376. 10.1016/j.neurenf.2020.05.001 . hal-03493670

HAL Id: hal-03493670

<https://hal.science/hal-03493670v1>

Submitted on 7 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

RAISONS DE VIVRE CHEZ LES ADOLESCENTS SUICIDANTS, SPECIFICITES DU
TROUBLE DE PERSONNALITE LIMITE

Reasons For Living In Suicidal Adolescents With Borderline Personality Disorder

Sébastien Garny de La Rivière¹, Bojan Mirkovic², Alexandra Knafo¹, Nicolas Bodeau³, Real Labelle⁴, David Cohen³, Priscille Gérardin², Jean Marc Guilé^{1*}

1 Université Picardie Jules Verne, Amiens, France

2 Université de Rouen, Rouen, France

3 GH Pitié-Salpêtrière, Université Pierre et Marie Curie, 75013, Paris, France

4 Université du Québec à Montréal, Canada

* Corresponding author,
Jean Marc Guilé
jmguile@gmail.com

RESUME

INTRODUCTION : Le suicide chez les adolescents est un problème de santé publique majeur, en particulier chez ceux présentant un trouble de personnalité limite (TPL). L'étude des facteurs de protection tels que les raisons de vivre est novatrice sur cette question. Notre objectif était d'analyser les caractéristiques des conduites suicidaires et les raisons de vivre chez les adolescents suicidants avec TPL par rapport aux adolescents suicidants sans TPL.

Méthodes : Les adolescents suicidants âgés de 13 à 17 ans et hospitalisés après une tentative de suicide ont été consécutivement inclus et évalués dans les 10 jours avec la version abrégée du Diagnostic Interview for Borderlines-Revised, le Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime version, en utilisant la méthode de la meilleure estimation consensuelle de l'équipe pour le diagnostic principal et l'inclusion dans le groupe TPL, la Columbia-Suicide Severity Rating Scale et la Reasons For Living inventory for Adolescents.

RÉSULTATS : 223 adolescents ont été inclus, avec une sex-ratio (M / F) de 0,22 et un âge moyen de 14,8 ans. Le groupe TPL a obtenu un score significativement inférieur au groupe TPL pour le total RFL-A et pour chaque sous-échelle. Les deux groupes différaient le plus sur les échelles « **Peur reliée au suicide** » et « **Confiance en soi** ».

DISCUSSION : Notre étude a mis en évidence les anomalies du développement des raisons de vivre chez les adolescents avec TPL, et plus particulièrement dans les dimensions « **Peur liées au suicide** » et « **Confiance en soi** ».

CONCLUSION : Nos observations confortent les conceptions psychopathologiques actuelles du TPL et ouvrent des perspectives intéressantes pour la prise en charge des adolescents avec TPL et la prévention des conduites suicidaires.

MOTS CLES : Suicide, Adolescent, Trouble de Personnalité Limite, Borderline, raisons de vivre, RFL-A

ABSTRACT:

INTRODUCTION: Adolescent suicide is a major public health problem, especially among those with Borderline Personality Disorder (BPD). The study of protective factors such as the reasons for living is innovative about this question. Our objective was to analyze the characteristics in the development of reasons for living in suicidal adolescents with BPD, compared with a sample without BPD.

METHODS:

Adolescent inpatients, aged 13 to 17 years, admitted after suicide attempts, were consecutively included and evaluated within ten days, using the abbreviated version of the Diagnostic Interview for Borderlines-Revised, the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version supported by a team consensus best estimate method for the primary diagnosis and the inclusion in the BPD group, the Columbia-Suicide Severity Rating Scale and the Reasons For Living inventory for Adolescents.

RESULTS: 223 adolescents were included, with a sex ratio (M/F) of 0.22 and an average age of 14,8 years. The TPL group scored significantly lower than the non TPL group on the RFL-A total and each of the subscale scores. The highest difference was observed on the subscales « **Suicide-Related Concern** » and « **Self-Acceptance** ».

DISCUSSION: Our study has highlighted the disturbances in the development of reasons for living in BPD patients, especially on the Suicide-Related Concern and Self-Acceptance dimensions.

CONCLUSION : Our observations reinforce the current psychopathological conceptions of BPD and they open interesting perspectives for the management of adolescents with BPD and the prevention of suicidal behaviors.

KEY WORDS: Suicide, Adolescent, Borderline Personality Disorder (BPD), Reasons for living, RFL-A

INTRODUCTION :

La suicidalité de l'adolescent constitue un problème de santé publique majeur. Pour Greenfield et al. (1) le Trouble de la Personnalité Limite (TPL) est l'un des plus importants facteurs de risque indépendants de la récurrence suicidaire chez les adolescents suicidants. Breton et al. (2), après une analyse de dossier portant sur 75 adolescents suicidants admis dans une clinique spécialisée pour troubles de l'humeur sur une période d'un an (2002-2003), ont constaté que plus de la moitié des patients présentaient un TPL. L'association TPL et trouble de l'humeur potentialise le risque suicidaire chez l'adolescent. Les adolescents souffrant d'un TPL présentent un risque suicidaire accru en cas de comorbidité psychiatrique (état dépressif majeur, abus de substance) (1) ou lorsqu'ils sont confrontés à un événement de vie négatif (3-5).

L'approche cognitivo-comportementale du Trouble de Personnalité Limite, se base aujourd'hui principalement sur la théorie biosociale de Linehan (6). Cette dernière émet l'hypothèse de l'existence chez les sujets avec personnalité limite d'une forme de vulnérabilité constitutionnelle du système de régulation émotionnelle. Il en découle chez ces personnes une grande réactivité aux stimuli externes et internes, une forte intensité de la réponse émotionnelle et des difficultés au retour à l'état émotionnel de base. Tout l'enjeu serait alors dès l'enfance de pouvoir apporter à ces enfants une aide pour développer des stratégies de gestion de cette problématique, malheureusement ces enfants sont le plus souvent confrontés à un environnement qui n'est pas préparé ou apte à apporter cette aide. Le trouble tend alors à s'auto-entretenir : chaque expérience de l'enfant non ou inadéquatement métabolisée ne faisant qu'exacerber le déficit en compétence de régulation des émotions. On parle alors d'environnement invalidant.

L'association entre dysrégulation émotionnelle et environnement invalidant est pour Linehan à l'origine de l'instabilité très souvent retrouvée chez les sujets avec personnalité limite : Instabilité comportementale (Conduites suicidaires et impulsives), interpersonnelle (relations chaotiques, angoisse d'abandon), émotionnelle (labilité affective, colère) et personnelle (confusion de soi, sensation de vide, perturbation cognitive).

Actuellement l'approche des crises suicidaires prend en compte aussi bien les facteurs de risque que des facteurs de protection (7). L'Inventaire des Raisons de Vivre (*Reasons For Living Inventory, RFL*) a été développé dans les années 80 par Linehan et al. (8), puis par Osman et Linehan et s'inscrit dans cette perspective. Partant de l'observation que jusqu'alors en matière de prévention des conduites suicidaires l'attention se focalisait systématiquement sur les facteurs de risque de passage à l'acte et que très peu d'auteurs s'intéressaient aux facteurs de protection, Linehan a décidé de se pencher sur la question des caractéristiques adaptatives des sujets non-suicidants avec l'idée que les suicidants devaient présenter des carences au niveau **des facteurs de protection, dont les raisons de vivre**. L'approche de Linehan s'inspire de celle de Frankl dans les années 50 (9) qui s'était intéressé à ce qui avait permis aux survivants des camps de concentration de la seconde guerre mondiale de conserver une volonté de vivre malgré leurs conditions de détention. Il suggère ainsi que la capacité à élaborer des croyances sur la vie et de l'espoir vis-à-vis du futur furent des éléments centraux dans la survie de ces individus. À la suite de ces recherches, Frankl a mis au point une thérapie reposant sur le sens de la vie : la logothérapie. Celle-ci met l'accent sur les raisons de vivre d'une personne et surtout sur les efforts qu'elle fait pour les découvrir. Ces théories trouvent leur écho chez A. Beck (10-12) dont les travaux ont démontré que les croyances et le niveau d'espérance vis-à-vis du futur étaient directement liés aux pensées et aux conduites suicidaires. Beck met également en avant l'incapacité du suicidaire à se projeter dans le futur et à imaginer son propre avenir (13). La conceptualisation du RFL s'appuie donc sur une approche cognitivo-comportementale des conduites suicidaires qui suppose qu'un des facteurs différenciant les individus non suicidant des suicidant est le contenu de leur système de croyance.

Le développement de la version adulte du RFL (8) s'est opéré en 2 phases : une phase de développement de l'outil (génération des items, analyse factorielle et évaluation de la cohérence interne), puis une phase de validation par deux études (échantillon clinique et non clinique) visant à déterminer la validité du construit (validité discriminante et convergente). La littérature a depuis largement confirmé les propriétés psychométriques du RFL en population adulte citons ainsi Connel et Meyer (14), Osman et al. (15,16) et Range et Penton (17). L'échelle a été traduite en français par Labelle et al. (18) avec un coefficient alpha de 0,92 pour l'échelle globale et variant de 0,74 à 0,94 pour les différents sous-échelles. D'autres traductions telle celle de l'équipe suédoise de Dobrov (19) ont également confirmé sa solidité.

Toutefois si ces études s'intéressaient souvent à une population jeune aucune n'était spécifiquement tournée vers les adolescents.

Cole et al. (1989) (20) ont, les premiers, tenté d'explorer les propriétés psychométriques du RFL chez l'adolescent. Leur étude fut réalisée sur 2 échantillons d'adolescents (Lycéens et « délinquants juvéniles » issus d'un centre correctionnel pour enfants) à partir d'un RFL à cinq facteurs puisque débarrassé de la sous échelle « considération pour les enfants » (CRC). Ils sont ainsi parvenu à mettre en évidence la validité de construit (validité discriminante et validité convergente) de l'outil, en revanche ils n'ont pas réussi à obtenir une cohérence interne significative. Pinto et al. (1998) (21) sur une population entièrement clinique (n=253) ont confirmé cette inadéquation du modèle à 5 facteurs et ont proposé de recombinaison les items. Le nouveau modèle obtenu, s'il offrait une cohérence interne significative, présentait de fortes inégalités concernant le nombre d'item par sous échelles.

Après des résultats encourageants obtenus dans l'élaboration du BRFL-A (Brief Reason for Living Inventory for Adolescent), une adaptation pour adolescents d'une version abrégée du RFL (BRFL) (22), Osman et al. se sont attelés à la mise au point d'un outil spécifiquement adapté aux adolescents le RFL-A.

Leur étude publiée en 1998 (23) se déroule en quatre phases : (a) Génération des items, (b) Détermination de la structure factorielle du RFL-A, (c) Validation croisée et évaluation des propriétés psychométriques du RFL-A, (d) Validation supplémentaire du RFL-A. Afin de définir les critères, les auteurs ont fait appel à un échantillon d'adolescents (n=68) constitué de 30 lycéens (14-18 ans), 18 patients hospitalisés en psychiatrie (14-18 ans ; 9 suicidant, 9 non suicidant) et 20 étudiants en classe d'introduction à la psychologie (17-19 ans). En supplément de ce panel d'adolescents les auteurs ont fait appel à un psychologue clinicien ainsi qu'à un travailleur social afin de lister les raisons de vivre fréquemment évoquées par les adolescents. Enfin une revue de la littérature complète a été faite sur la question et les 15 items retenus dans la constitution du BRFL-A, lors de l'étude précédente (22), ont été intégrés. Après divers affinages et élimination des redondances les auteurs sont arrivés à une liste de 52 items. Pour déterminer la structure factorielle du RFL-A l'équipe d'Osman a d'abord eu recours à une analyse factorielle exploratoire sur un échantillon non clinique de 1004 adolescents. Les auteurs ont ainsi retenu une structure en cinq sous échelles : (a) Espérance face au Futur (EF) ou Futur Optimism (FO) ; (b) Peur du Suicide (PS) ou Suicide Related Concern (SRC) ; (c) Liens Familiaux (LF) ou Family Alliance (FA) ; (d) Acceptation par les Pairs et Soutient (APS) ou Peer Acceptance and Support (PAS) ; (e) Confiance en Soi (CS) ou Self-Acceptance (SA). Une analyse factorielle confirmatoire a

ensuite permis de déterminer une très bonne cohérence interne avec des coefficients alpha de Cronbach à 0,96 pour le RFL-A total et variant entre 0,89 et 0,94 pour les cinq sous échelles. Après une validation croisée confirmant l'adéquation du modèle à cinq facteurs (échantillon non clinique de 442 adolescents), les auteurs ont certifié les validités convergentes et discriminantes à partir d'un sous échantillon (n=242) non clinique remplissant diverses échelles validées sur le suicide et le désespoir : Suicide Probability Scale (SPS) ; Brief Symptoms Inventory (BSI) ; Beck Hopelessness Scale (BHS) ; Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ)

En 2008 Khodabakhshi Koolae et al. (24), à partir d'un échantillon de 400 adolescents (Deux groupes : suicidant et non suicidant), ont confirmé les bonnes qualités psychométriques du RFL-A sur une population non nord-américaine.

La traduction française avec validation des propriétés psychométriques du RFL-A a été effectuée par Labelle et al. (25). Pour rappel cette équipe Québécoise s'était déjà attelée à la traduction et à la validation d'une version francophone du RFL (16). Afin de mener à bien ce projet ils ont eu recours à une étude sur deux groupes : Un groupe « communautaire » constitué de 283 lycéens francophones de Montréal (120 filles / 163 garçons) âgés de 14 à 17 ans ; et un groupe « clinique » de 146 adolescents (96 filles / 50 garçons) âgés de 13 à 17 ans, consultant au sein de la clinique de l'humeur de l'hôpital Rivière des Prairies de Montréal. Le questionnaire ainsi traduit a ensuite été testé auprès des 2 groupes décrits précédemment. Les auteurs ont ainsi confirmé la cohérence interne de l'outil avec des Alpha de Cronbach compris entre 0,90 et 0,93 dans le groupe « communautaire » et entre 0,93 et 0,95 dans le groupe « clinique ». Des analyses factorielles exploratoires ont ensuite testé la validité du construit avec des résultats similaires à ceux d'Osman et al. (21). Enfin les validités convergentes et discriminantes ont été confirmées à partir de 3 questionnaires validés : Life Event Questionnaire for Adolescent (LEQ-A), Beck Depression Inventory Second Edition (BDI-II) et Beck Hopelessness Scale (BHS)

A la lumière de ce survol de la problématique trois questions s'imposent :

Tout d'abord, bien qu'il soit couramment utilisé en pratique clinique (particulièrement outre atlantique), et souvent intégré aux bilans d'admission, la littérature est pauvre concernant l'étude spécifique des résultats du RFL-A, cette remarque est encore plus pertinente concernant les publications francophones.

De plus la littérature, qu'elle concerne le RFL ou le RFL - A, s'est systématiquement intéressée à valider les propriétés psychométriques et à étudier la capacité de l'outil à

discriminer les patients suicidaires des non suicidaires. Tout au plus certains auteurs se sont aventurés à comparer les résultats aux sous échelles entre les groupes suicidant et non suicidant. L'idée qu'il puisse exister des profils particuliers de raison de vivre indépendamment de la variable « suicide » n'a pas encore été explorée.

Enfin, concernant l'utilisation de questionnaire de raison de vivre chez les patients souffrant de TPL, la littérature fait, là encore, cruellement défaut. Seul Rietjijk et al. (26) font état de l'utilisation du RFL sur un échantillon de 38 femmes (18-70 ans) atteintes de TPL. Leur objectif était de déterminer la solidité du RFL en tant qu'indicateur de passage à l'acte auto-vulnérant au sein de cette population. Une fois de plus l'idée qu'il puisse exister différents profils de raisons de vivre indépendamment de la variable suicide mais dépendamment de la présence ou non d'un TPL n'a pas été explorée.

Alors que le problème du passage à l'acte suicidaire est central chez les patients TPL, mettre en avant une vulnérabilité accrue concernant les raisons de vivre constituerait en soi une avancée dans les tentatives d'expliquer le fait que ces derniers aient un risque suicidaire plus élevé que les adolescents non TPL.

Le but de notre étude était d'analyser les spécificités dans l'élaboration de raison de vivre chez des adolescents suicidant souffrant d'un Trouble de la Personnalité Limite (TPL), par rapport à un échantillon d'adolescents suicidant sans trouble de personnalité sous-jacent. Le devis de l'étude s'attachait à répondre aux trois problématiques précédemment évoquées : (a) une étude sur les raisons de vivre en population adolescente française utilisant le RFL-A ; (b) Une population entièrement constituée d'adolescents suicidant afin de s'affranchir de la variable « suicide » ; (c) Un groupe TPL versus un groupe non-TPL afin de s'intéresser à l'effet de la présence ou non d'un TPL sur les score au RFL-A total et aux sous échelles.

L'objectif principal de l'étude était donc de déterminer s'il existait une différence significative de scores à l'échelle RFL-A entre les groupes d'adolescents suicidants, TPL et non TPL.

L'objectif secondaire était d'analyser les résultats aux 5 sous échelles du RFL-A (FO, SRC, FA, PAS, SA) et de déterminer si il existait des différences significatives entre les 2 groupes (TPL et non TPL). L'idée étant de mettre en avant des différences de profils d'élaboration de raison de vivre entre les adolescents TPL et ceux sans trouble de personnalité sous-jacent.

METHODE :

Notre étude constitue une analyse corrélacionnelle et comparative des données d'une étude multicentrique, prospective intitulée : « *Evaluation des modalités de prise en charge post-hospitalière de la tentative de suicide à l'adolescence* » dirigée par le Pr Gérardin (Rouen) décrite précédemment (27,28) . Les objectifs de cette étude étaient : (a) Comparer l'effet de la prise en charge post-hospitalière par la même équipe ou une équipe différente sur la compliance au suivi thérapeutique, (b) étudier les facteurs de risque de passage à l'acte suicidaire et de réitération, notamment les conduites addictives, les pathologies limites et l'impulsivité/hostilité, (c) étudier les facteurs protecteurs de passage à l'acte suicidaire et de réitération, notamment les raisons de vivre, les stratégies de coping, et la spiritualité, (d) étudier la relation entre compliance et réitérations; les facteurs prédictifs de compliance (continuité) et les facteurs de risque de réitération suicidaire. C'est donc le 3ème de ces objectifs et plus particulièrement la dimension « raison de vivre » qui sera l'objet de notre propos. Le protocole prévoyait 3 centres investigateurs: Amiens, Rouen et Nouvelle Forge (Creil).

Pouvaient être inclus les adolescents admis après une tentative de suicide (définition OMS) dans les services de pédiatrie des trois centres investigateurs, garçons et filles, entre 11 et 18 ans. Etaient exclus les adolescents habitant hors des secteurs géographiques des hôpitaux participants et les adolescents ne bénéficiant pas de régime de sécurité sociale. Les inclusions se sont déroulées entre Novembre 2010 et Juin 2015.

Pour chaque adolescent le protocole était le suivant : Au cours de son hospitalisation (5 jours en moyenne) : (a) Recueil des **données socio-démographiques** (questionnaire standardisé), (b) passation de l'entretien semi structuré (**K-SADS PL**) (29) et de la **grille de suicidalité CSSRS** (30) par l'investigateur, (c) passation des échelles de Beck BDI (31), , **AB-DIB** (32), **RFL-A** (23,30) par l'adolescent. Un protocole d'évaluation du suivi était ensuite mis en place lors de rendez-vous à six mois et un an en présence des parents : (a) nouvelle passation des échelles BDI et CSSRS, (b) questionnaire d'adhésion au suivi à 6 mois rempli par l'investigateur. Notons que les données issues de ce protocole de suivi à 6 mois et un an ne nous concerneront pas pour la présente étude.

Les données sociodémographiques ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire standardisé. Les informations collectées concernent l'adolescent (Date de naissance, sexe), sa scolarité (Type et niveau de scolarité, redoublement) et son milieu de vie (Avec qui vit-il ?

Nombre d'enfants et rang dans la famille biologique). Afin de permettre une évaluation diagnostique psychiatrique à l'axe I selon les critères du DSM-IV, nous avons eu recours à un entretien semi structuré : *l'Echelle des troubles de l'humeur et de la schizophrénie pour les enfants et adolescents d'âge scolaire, Version épisode présent et passé (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children - Present and Lifetime Version: K-SADS PL)*. Cet entretien devait être réalisé par investigateur préalablement formé, la durée de passation est d'environ 1h30. Le diagnostic principal était sélectionné selon la méthode de la meilleure estimation consensuelle de l'équipe (33). Les qualités psychométriques du K-SADS PL ont été mis en évidence par Lauth et al. en 2010 (29) (fiabilité inter-juges : 93 à 100 % ; test-retest : 0,74 à 0,90). L'entrée dans le groupe « Trouble de Personnalité Limite (TPL) » était défini par l'utilisation de *l'Abbreviated Diagnostic Interview for Borderlines (Ab-DIB)* en prenant en compte les réponses du sujet et la présentation clinique selon la méthode de la meilleure estimation consensuelle de l'équipe (33). Il s'agit d'une version abrégée du DIB-R (Diagnostic Interview for Borderline – Revised) un instrument développé par Gunderson et al. (34) et utilisé internationalement dans de nombreuses études sur les TPL, y compris chez l'adolescent. Il a été adapté pour l'identification des TPL dans la population adolescente avec un très bon accord inter-juge (26,27). L'Ab-DIB (Abbreviated-DIB), a été mise au point par Guilé et al (32). Cet auto-questionnaire de 24 items couvre les composantes affectives, cognitives et impulsives du TPL. Il présente une très bonne fiabilité et une bonne validité convergente avec le DIB-R. On dispose de normes en population clinique francophone permettant le dépistage du trouble (l'adolescent était inclu au groupe TPL si **Ab-DIB**>15). La durée de passation est inférieure à 10 minutes.

Les raisons de vivre étaient évaluées à l'aide du *Reasons for Living Inventory for Adolescents (RFL-A)*. Cet outil, développé et validé par Osman, Linehan et al. (23) en 1998, évalue les croyances qui mènent un adolescent à vouloir vivre et ne pas poser un geste suicidaire. Le questionnaire comprend 32 items regroupés en 5 sous-échelles, à savoir : (a) Espérance face au Futur (EF) ou Futur Optimism (FO) ; (b) Peur du Suicide (PS) ou Suicide Related Concern (SRC) ; (c) Liens Familiaux (LF) ou Family Alliance (FA) ; (d) Acceptation par les Pairs et Soutient (APS) ou Peer Acceptance and Support (PAS) ; (e) Confiance en Soi (CS) ou Self-Acceptance (SA) Chaque item est coté sur une échelle de type Likert en six points allant de 1 (raison de vivre pas du tout importante) à 6 (raison de vivre tout à fait importante). Un score global est obtenu, et un score moyen (sur 6) pour chaque sous-échelle est calculé. Les qualités psychométriques de cet inventaire furent l'objet d'une excellente étude menée par Osman et al. (23) et décrite dans la partie introduction. Le RFL-A a été

traduit et validé par Labelle et al. (25) qui avaient déjà procédé à la traduction du RFL (16). La durée de passation est d'environ 5 minutes.

Pour l'analyse descriptive de la population de l'étude les effectifs, et pourcentages ont été calculés et présentés. Pour chaque individu nous disposions d'un score sur 6 pour le RFL-A total et pour chaque sous échelle. Nous avons calculé, pour les groupes TPL et non-TPL, les scores moyens avec écart type au RFL-A total et à chaque sous échelle : (a) Espérance face au Futur (EF) ou Futur Optimism (FO) ; (b) Peur du Suicide (PS) ou Suicide Related Concern (SRC) ; (c) Liens Familiaux (LF) ou Family Alliance (FA) ; (d) Acceptation par les Pairs et Soutient (APS) ou Peer Acceptance and Support (PAS) ; (e) Confiance en Soi (CS) ou Self-Acceptance (SA). Nous avons ensuite comparé ces moyennes entre les groupes TPL et non TPL à l'aide d'un test t de Student. La taille d'effet pour chacune des dimensions du RFL-A a été précisée avec un calcul des d de Cohen. Enfin, afin d'explorer l'effet potentiellement variable confondante de la présence ou non d'un trouble dépressif sur les scores RFL-A qui étaient différents entre le groupe déprimé et le groupe non-déprimé, nous avons effectué une régression logistique avec pour variable dépendante, l'appartenance au groupe TPL ou non TPL, et pour variables indépendantes, les scores RFL-A et la présence d'un trouble dépressif selon le K-SADS-PL. Pour toutes les analyses la valeur de p était considérée comme significative si elle était inférieure à 0,05 .

RESULTATS :

242 adolescents ont été inclus sur l'ensemble du projet. Pour 19 adolescents les données concernant le RFL-A étaient incomplètes ou manquantes ce qui ramenait notre échantillon à 223 Adolescents. La population comptait 182 filles (81,6%) et 41 garçons (18,4%), soit un sex-ratio (M/F) de 0,22. L'âge était compris entre 11 et 17 ans, avec une moyenne d'âge de 14,8 ans (écart type = 1,4). Notre échantillon comptait une majorité de patients souffrant d'un TPL soit : 146 individus (65,5%) au sein du groupe TPL contre 77 (34,5 %) pour le groupe « non TPL ». Les caractéristiques cliniques de l'échantillon sont similaires à celles précédemment décrites (28). Aucune différence significative n'a été observée pour le sex-ratio et l'âge. Les 3 diagnostics principaux les plus fréquents retenus par le KSADS-PL étaient : (a) trouble dépressif majeur, (b) Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive et (c) Consommation de tabac, sans différence significative entre les groupes TPL et non TPL. Parmi les diagnostics moins fréquents, seul le trouble oppositionnel avec provocation était significativement plus fréquent dans le groupe TPL.

Concernant le score RFL-A total, le score moyen (sur 6) obtenu par le groupe non-TPL était de 4,4 (+/- 0,9) contre 3,7 (+/- 1,1) pour le groupe TPL ; $t = 4,87$ ($p < 0,001$). Concernant, Futur Optimism (FO), le score moyen (sur 6) obtenu par le groupe non-TPL était de 4,5 (+/- 1) contre 3,9 (+/- 1,3) pour le groupe TPL; $t = 4,30$ ($p = 0,0017$). Concernant Suicide Related Concern (SRC), le score moyen obtenu par le groupe non-TPL était de 4 (+/- 1,4) contre 2,9 (+/- 1,4) pour le groupe TPL; $t = 5,82$ ($p < 0,001$). Concernant Family Alliance (FA), le score moyen obtenu par le groupe non-TPL était de 4,6 (+/- 1) contre 4,1 (+/- 1,3) pour le groupe TPL; $t = 2,93$ ($p = 0,004$). Concernant Peer Acceptance and Support (PAS) le score moyen obtenu par le groupe non-TPL était de 4,7 (+/- 0,9) contre 4,2 (+/- 1,3) pour le groupe TPL ; $t = 3,03$ ($p = 0,003$). Enfin concernant Self-Acceptance (SA), le score moyen obtenu par le groupe non-TPL était de 4,3 (+/- 1,1) contre 3,5 (+/- 1,3) pour le groupe TPL ; $t = 5,11$ ($p < 0,001$). Au total le groupe TPL obtient des scores significativement inférieurs au groupe non-TPL pour chacune des sous échelles. Les deux groupes diffèrent le plus sur les échelles « Peur du Suicide » ($t = 5,82$; $p < 0,001$) et « Confiance en Soi » ($t = 5,11$; $p < 0,001$). Un comparatif des profils de raisons de vivre à partir scores moyens au RFL-A est présenté en figure 1.

Figure 1

Afin d'explorer le potentiel effet de variable confondante de la présence d'un trouble dépressif sur les résultats, nous avons d'abord effectué pour le RFL-A total et pour chaque sous-échelle une comparaison des moyennes des scores en fonction de la présence ou non d'un épisode dépressif en cours. Ensuite une régression logistique a été effectuée en tenant compte des scores de RFL-A et de la présence d'un trouble dépressif. Le diagnostic de trouble dépressif s'appuyait sur le K-SADS PL (diagnostics retenus: trouble dépressif majeur (TDM), dépression mélancolique, trouble dysthymique, trouble de l'adaptation avec humeur dépressive, trouble dépressif non spécifique, caractère saisonnier, dépression avec caractère atypique, TDM avec caractéristiques psychotiques.). Les résultats avec un $OR = 1,55$; $IC_{95} [0,80 ; 2,99]$ $p = 0,2014$, conduisent à écarter un effet de variable confondante du trouble dépressif sur les résultats

DISCUSSION :

Notre étude a rempli son objectif principal qui était de mettre en évidence une différence significative concernant le score total au RFL-A entre les groupes TPL et « Non TPL ». Les échantillons diffèrent également de manière significative sur tous les scores aux

sous échelles, dans le sens d'un score plus élevé pour les patients « non TPL ». Cette différence, et c'est la une piste particulièrement intéressante, n'est pas tout à fait homogène. Les deux groupes diffèrent en effet le plus en ce qui concerne les sous échelles « **Peur du Suicide** » et « **Confiance en Soi** ». L'ensemble de ces observations vient corroborer la psychopathologie du Trouble de Personnalité Limite, et nous offre une lecture très intéressante de la problématique du passage à l'acte suicidaire chez ces jeunes.

Tout d'abord nous observons que les adolescents TPL sont sur tous les domaines moins bien équipés en facteurs de protection que les autres adolescents. Cette observation vient confirmer les théories de Linehan. L'adolescent, au cours d'une crise suicidaire, se trouve dans un état émotionnel instable. **Un stimulus provoque une émotion dont l'impact sur les conduites sera modulé par les facteurs de risque et de protection.** Chez l'adolescent avec personnalité limite, du fait de l'état de dysrégulation émotionnelle, un même stimulus provoquera une émotion bien plus forte **sans que les facteurs de protection, trop faiblement présents, contrebalancent cet impact.** Ce phénomène se trouve amplifié par l'existence d'un environnement invalidant : le sujet avec personnalité limite a bien souvent été invalidé dans sa perception de ses propres émotions et cognitions, il a donc tendance à ne pas se fier à ses propres **ressentis internes en lien avec les raisons de vivre.**

Par ailleurs notre analyse nous apprend que cette différence n'est pas tout à fait homogène. Nos deux groupes diffèrent en effet le plus en ce qui concerne les sous-échelles « Peur du Suicide » et « Confiance en Soi ». Cette vulnérabilité sur le registre de la confiance en soi et de la peur du suicide est tout particulièrement intéressante ; elle vient en effet formaliser bon nombre d'observations psychopathologiques concernant le TPL, mettant en avant l'extrême fragilité de cet aménagement.

Quelques limites doivent tout de même nuancer nos résultats :

Tout d'abord, il faut noter que la littérature francophone est pauvre concernant l'utilisation du RFLA. La version adulte du RFL est d'usage courant en langue française, mais sa version pour adolescents, est encore assez peu utilisée. Cette sous-utilisation nous offre peu de recul sur l'efficacité concrète de l'outil. Si la traduction et la validation des qualités psychométriques de l'outil par Labelle et al. (25) est d'une très grande rigueur, la publication de leurs résultats n'est que très récente ; on peut donc supposer que cette publication permette la diffusion de ce questionnaire et que d'autres publications suivront venant appuyer ses qualités et illustrant son utilisation concrète.

Par ailleurs il faut noter que notre population contenait une très large majorité de filles (81,6%). Ce sex-ratio (0,22) ne semble toutefois pas être une limite rédhibitoire. En effet il faut d'abord noter qu'il reflète une réalité clinique fréquemment observée. Peyre et al. (ESCAPAD 2008) (35) retrouvent ainsi sur une cohorte de 3146 adolescents rapportant au moins un antécédent de tentative de suicide, un sex-ratio de 0,33. Osman et al. (23) dans leur étude de validation du RFL-A obtiennent un ratio de 0,44. La prédominance de filles concernées par la problématique de la tentative de suicide à l'adolescence est un fait avéré, avec un ratio de 0,22 nous nous situons en dessus de la moyenne mais dans des limites tolérables. De plus il faut noter que le sex-ratio au sein des deux groupes était très proche (0,25 pour le groupe « TPL », contre 0,23 pour le groupe « non TPL »), la comparativité des groupes ne souffrant donc pas de cette prédominance de filles, il ne nous a pas semblé opportun de procéder à une standardisation.

De la même façon, l'analyse présentée dans l'article fait état des données catégorielles concernant la dépression, c'est-à-dire la présence d'un trouble dépressif actuel tel qu'évalué par le K-SADS, bien que des données dimensionnelles aient été recueillies avec le questionnaire de Beck mais non-analysées à l'époque de la rédaction de cette étude.

Enfin, la dernière limite que nous devons évoquer concerne la spécificité de notre échantillon. Nous nous sommes en effet volontairement intéressés à une population de suicidant, notre objectif étant de s'affranchir de l'effet déjà mainte fois étudié de cette variable sur les résultats à l'IRV. Conséquemment, ils convient de ne pas tirer des conclusions générales et de convenir de la portée réelle de nos résultats. Ces derniers ne peuvent en effet prétendre être extrapolables à l'ensemble des adolescents présentant un TPL, mais seulement aux suicidant.

CONCLUSION :

Notre étude a permis de mettre en évidence entre les groupes TPL et non-TPL des différences significatives sur les résultats à l'Inventaire de Raison de Vivre tant au niveau du score total que des scores aux différentes sous échelles. Ces différences suggèrent des particularités dans l'élaboration de raisons de vivre chez les patients avec personnalité limite.

Ce projet est, en l'état actuel des connaissances, le premier à proposer des résultats significatifs concernant l'utilisation du RFL-A en population adolescente Française. Par ailleurs, il est également novateur dans sa manière d'utiliser le questionnaire puisqu'il est le

premier, sur une population adolescente, à utiliser ses qualités dimensionnelles afin d'établir une réflexion sur les particularités de la crise suicidaire chez les patients présentant un TPL.

Notre approche constitue, avec d'autres, telle que l'étude du coping (vii), une nouvelle manière d'appréhender la crise suicidaire tant pour les adolescents que pour les adultes. Cette approche, initié par Linehan, propose d'ajouter à la traditionnelle évaluation des facteurs de risques de passage à l'acte, une évaluation des facteurs de protections. Cette conception **renouvelle** la vision du suicide et offre notamment des possibilités thérapeutiques bien plus vaste que celles jusqu'alors à notre disposition. En s'intéressant aux capacités adaptatives **et facteurs de protection** qui pourraient empêcher le jeune de tenter de mettre fin à ses jours, on peut l'aider d'une part à renforcer ses aptitudes et d'autre part à en élaborer de nouvelles, **notamment dans le domaine des raisons de vivre**. C'est dans cet esprit que Linehan a développé la Thérapie Comportementale Dialectique pour les adultes avec personnalité limite (6) basée sur l'apprentissage de compétences spécifiques dont la première étape est de prévenir le passage à l'acte. Cette approche a fait l'objet d'adaptation aux adolescents, et d'expérience pilote auprès d'adolescents francophones (36).

BIBLIOGRAPHIE :

1. Greenfield B, Henry M, Castro F, Lis E, Slatkoff J, Guile JM, Dougherty G, Zhang X, Arnold LE, Daniel L, Mishara B. Correlates, Stability and Predictors of Borderline Personality Disorder among Previously Suicidal Youth. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2015 Apr;24(4):397-406.
2. Breton, J.J., Labelle, R., Huynh, C., Berthiaume, C., St-Georges, M., et Guilé, J.M. (2011). Caractéristiques cliniques des jeunes déprimés en pédopsychiatrie. *Journal de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 21(1), 16-22.
3. Guilé JM, Greenfield B (2004). Personality Disorders in Childhood and Adolescence. *Journal of Canadian Child and Adolescent Psychiatry*, 13(3): 51-52.
4. Garny de La Rivière S, Knafo A, Pripis C, Rey N, Guilé JM. Les troubles de la personnalité limite à l'adolescence *Lett Psychiatre*. 2014;10(3):92-7.
5. Guilé JM, Boissel L, Alaux-Cantin S, de La Rivière SG. Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther*. 2018 Nov 23;9:199-210.
6. Linehan M. *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press; 1993. 584 p.
7. Breton JJ, Labelle R, Berthiaume C, Royer C, St-Georges M, Ricard D, Abadie P, Gérardin P, Cohen D, Guilé JM. Protective Factors Against Depression and Suicidal Behaviour in Adolescence. *Can J Psychiatry*. 2015 February; 60(2 Suppl 1): S5–S15.
8. Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory. *J Consult Clin Psychol*. 1983 Apr;51(2):276–86.
9. Frankl VE. *From death-camp to existentialism: A psychiatrist's path to a new therapy*. First Edition edition. Beacon Press; 111 p.
10. Beck AT. Thinking and depression. I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Arch Gen Psychiatry*. 1963 Oct;9:324–33.
11. Beck AT, Resnik HLP, Lettieri DJ, Psychiatry U of PD of, Prevention NI of MH (U S) C for S of S. *The Prediction of suicide*. Charles Press Publishers; 1974. 272 p.
12. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol*. 1974 Dec;42(6):861–5.
13. Beck AT. *Cognitive Therapy in Clinical Practice: An Illustrative Casebook*. Reprint edition. London; New York: Routledge; 1991. 272 p.
14. Connell DK, Meyer RG. The reasons for living inventory and a college population: adolescent suicidal behaviors, beliefs, and coping skills. *J Clin Psychol*. 1991 Jul;47(4):485–9.
15. Osman A, Gifford J, Jones T, Lickiss L, Osman J, Wenzel R. Psychometric evaluation of the Reasons for Living Inventory. *Psychol Assess*. 1993;5(2):154–8.
16. Osman A, Kopper BA, Linehan MM, Barrios FX, Gutierrez PM, Bagge CL. Validation of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire and the Reasons for Living Inventory

- in an adult psychiatric inpatient sample. *Psychol Assess.* 1999;11(2):115–23.
17. Range LM, Penton SR. Hope, hopelessness, and suicidality in college students. *Psychol Rep.* 1994 Aug;75(1 Pt 2):456–8.
 18. Labelle R, Lachance L, Morval M. Validation d'une version canadienne-française du Reasons for Living Inventory. [Validation of a French-Canadian version of the Reasons for Living Inventory.]. *Sci Comport.* 1996;24(3):237–48.
 19. Dobrov E, Thorell LH. "Reasons For Living" – translation, psychometric evaluation and relationships to suicidal behaviour in a Swedish random sample. *Nord J Psychiatry.* 2004 Jan 1;58(4):277–85.
 20. Cole DA. Validation of the reasons for living inventory in general and delinquent adolescent samples. *J Abnorm Child Psychol.* 1989 Feb;17(1):13–27.
 21. Pinto A, Whisman MA, Conwell Y. Reasons for living in a clinical sample of adolescents. *J Adolesc.* 1998 Aug;21(4):397–405.
 22. Osman A, Kopper BA, Barrios FX, Osman JR, Besett T, Linehan MM. The brief Reasons for Living Inventory for adolescents (BRFL-A). *J Abnorm Child Psychol.* 1996 Aug 1;24(4):433–43.
 23. Osman A, Downs WR, Kopper BA, Barrios FX, Baker MT, Osman JR, et al. The Reasons for Living Inventory for Adolescents (RFL-A): development and psychometric properties. *J Clin Psychol.* 1998 Dec;54(8):1063–78.
 24. Khodabakhshi Koolae A, Mahmmodi O. Standardization of Reasons for Living Inventory for adolescents: Iran Rehabil J. 2008 Dec 15;6(7):47–58.
 25. Labelle R, Breton J-J, Berthiaume C, Royer C, Raymond S, Cournoyer M, et al. Psychometric properties of three measures of protective factors for depression and suicidal behaviour among adolescents. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* 2015 Feb 1;60(2 Suppl 1):S16–26.
 26. Rietdijk EA, van den Bosch LM, Verheul R, Koeter MW, van den Brink W. Predicting self-damaging and suicidal behaviors in female borderline patients: reasons for living, coping, and depressive personality disorder. *J Personal Disord.* 2001 Dec;15(6):512–20.
 27. Mirkovic B, Labelle R, Guilé JM, Belloncle V, Bodeau N, Knafo A, Condat A, Bapt-Cazalets N, Marguet C, Breton JJ, Cohen D, Gérardin P. Coping Skills Among Adolescent Suicide Attempters: Results of a Multisite Study. *Can J Psychiatry.* 2015 February; 60(2 Suppl 1): S37–S45.
 28. Knafo A, Guilé JM, Breton JJ, Labelle R, Belloncle V, Bodeau N, Boudailliez B, Garny de la Rivière S, Kharij B, Mille C, Mirkovic B, Pripis C, Renaud J, Vervel C, Cohen D, Gérardin P. Coping Strategies Associated With Suicidal Behaviour in Adolescent Inpatients With Borderline Personality Disorder. *Can J Psychiatry.* 2015 February; 60(2 Suppl 1): S46–S54.
 29. Lauth B, Arnelsson GB, Magnússon P, Skarphéðinsson GÁ, Ferrari P, Pétursson H. Validity of K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children--Present and Lifetime Version) depression diagnoses in an adolescent clinical population. *Nord J Psychiatry.* 2010 Dec;64(6):409–20.
 30. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry.* 2011;168(12):1266–77.
 31. Bouvard M, Cottraux J (2002) *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie.* Paris, Masson.
 32. Guilé JM, Greenfield B, Berthiaume C, Chapdelaine C, Bergeron L. (2009). Reliability and diagnostic efficiency of the abbreviated-diagnostic-interview-for-borderlines

in an adolescent clinical population. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(9):575-81.

33. Klein DN, Ouimette PC, Kelly HS, et al. Test-retest reliability of team consensus best-estimate diagnoses of axis I and II disorders in a family study. *Am J Psychiatry*. 1994;151(7):1043–1047

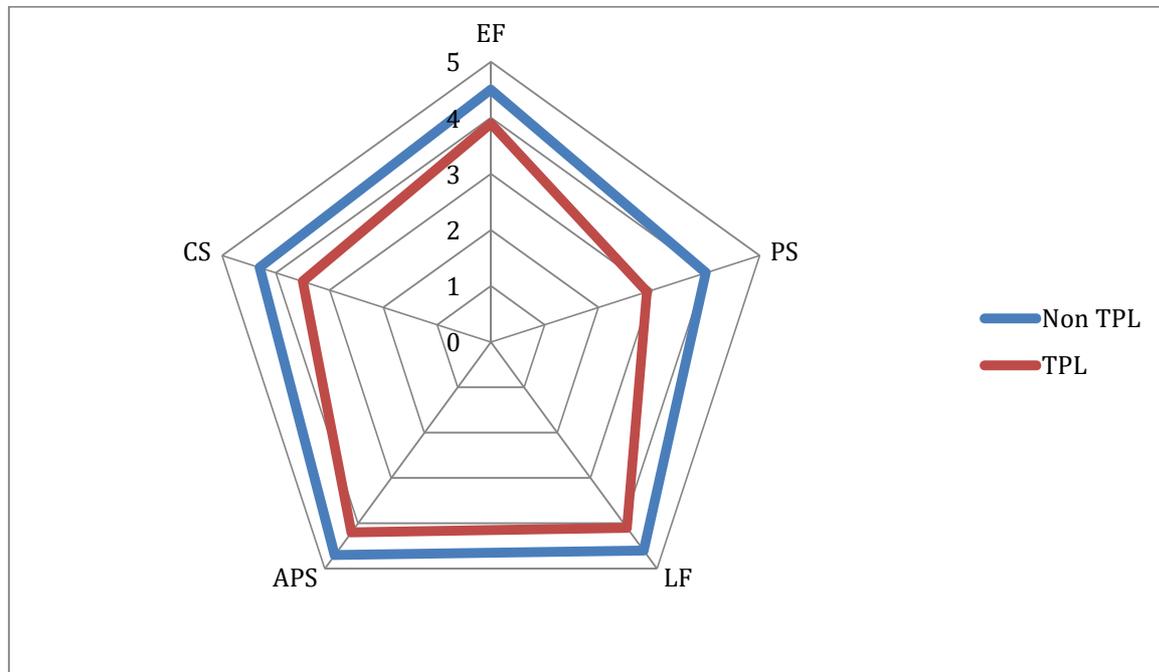
34. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR, Chauncey DL (1989) The revised diagnostic interview for borderlines: discriminating BPD from other axis II disorders. *J Personality Disorders* 3:10–1827.

35. Peyre H, Hatteea H, Rivollier F, Consoli A. Tentatives de suicide chez les adolescents français de 17ans : données de l'étude ESCAPAD 2008. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2014 Jan;62(1):22–7.

36. Garny De La Rivière S, Houinou Ebo B, B. N, Segard V, Gueant A, Rey N, et al. Adaptation de la thérapie comportementale dialectique aux adolescents francophones, une expérience pilote auprès d'adolescentes avec dépression et trouble de personnalité limite. *Neuropsychiatr Enfance Ado* 2017;65:5-13.

Figure 1

Profil de raisons de vivre en fonction du groupe TPL ou non-TPL



TPL : trouble de personnalité limite

EF : espérance face au Futur

PS : peur du Suicide

LF : liens Familiaux

APS : acceptation et soutien par les pairs

CS : confiance en Soi

Tableau 1 scores au Reasons for Living-Adolescent

	Non TPL		TPL		t	p	d Cohen
	N	Moyenne (SD)	N	Moyenne (SD)			
Espérance face au Futur (EF)	77	4,5 (+/- 1)	146	3,9 (+/- 1,3)	4,30	< 0,001	0,52
Peur du Suicide (PS)	77	4 (+/- 1,4)	146	2,9 (+/- 1,4)	5,82	< 0,001	0,79
Liens Familiaux (LF)	77	4,6 (+/- 1)	146	4,1 (+/- 1,3)	2,93	0,004	0,43
Acceptation par les Pairs et Soutien (APS)	77	4,7 (+/- 0,9)	146	4,2 (+/- 1,3)	3,03	0,002	0,45
Confiance en Soi (CS)	77	4,3 (+/- 1,1)	146	3,5 (+/- 1,3)	5,11	< 0,001	0,66
RFL-A total	77	4,4 (+/- 0,9)	146	3,7 (+/- 1,1)	4,87	< 0,001	0,70