

Sous la direction de
Roland COUTANCEAU
et Joanna SMITH

Troubles de la personnalité

Ni psychotiques, ni névrotiques,
ni pervers, ni normaux...

Préface de
Jean-Daniel Guelfi et Patrick Hardy

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, Paris, 2013
ISBN 978-2-10-070170-4

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Sommaire

<i>AUTEURS</i>	VII
----------------	-----

<i>PRÉFACE</i>	XI
----------------	----

Julien-Daniel Guelfi et Patrick Hardy

<i>AVANT-PROPOS</i>	XIII
---------------------	------

Roland Coutanceau

PREMIÈRE PARTIE

ASPECTS CLINIQUES

1. Les troubles de la personnalité dans le DSM-V	2
Julien-Daniel Guelfi	
2. Le trouble de la personnalité borderline	15
Bernard Granger	
3. De la personnalité antisociale à la psychopathie	27
Michel Bénézech, Patrick Le Bihan	
4. Perversion-perversité : une recomposition à partir de la clinique médico-légale	50
Daniel Zagury	
5. Parano/mégalo : deux problématiques de l'ego	62
Roland Coutanceau	
6. Les troubles de la personnalité chez l'enfant et le préadolescent	68
Jean-Yves Hayez	

DEUXIÈME PARTIE
PSYCHOPATHOLOGIE

- 7. La relation d'emprise** 89
Roger Dorey
- 8. États limites et traumatismes** 113
Jean-Luc Viaux
- 9. Psychopathologie et troubles de la personnalité : une question de normes ?** 128
Jean Motte dit Falisse
- 10. Profils de personnalité des adolescents auteurs d'agressions sexuelles** 139
Samuel Lemitre
- 11. Nature et rôle des psychotraumatismes dans la genèse des structurations limites de la personnalité** 166
Didier Bourgeois
- 12. Dissociation traumatique, carences précoces et troubles de la personnalité : approche théorique** 185
Joanna Smith

TROISIÈME PARTIE
ÉVALUATION

- 13. Expertise psychiatrique, psychologique ou psycho-criminologique** 193
Roland Coutanceau
- 14. Troubles de la personnalité, expertise pénale psychiatrique et altération du discernement** 204
Cyril Manzanera, Magali Teillard-Dirat et Jean-Louis Senon
- 15. Les expertises psychiatriques et psychologiques dans leur état actuel vivent-elles leurs derniers jours ?** 217
Alain Penin
- 16. Les troubles de la personnalité et les tests** 225
Geneviève Cedile

17. Structure latente de la personnalité	236
M. Benbouriche, N. Longpré, O. Vanderstukken, J.-P. Guay	
18. Niveaux d'organisation de la personnalité au Rorschach	246
Joanna Smith	
19. Évaluation du risque de récidive et de la dangerosité criminologique	266
Joanna Gourlan	
20. Présentation du Centre national d'évaluation	282
Marie Deyts	

QUATRIÈME PARTIE

PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

21. Un certain esprit dans l'approche du suivi	298
Roland Coutanceau	
22. Les états limites à expression psychopathique après l'audition publique de la Haute Autorité de santé sur la psychopathie	300
Jean-Louis Senon	
23. La thérapie des schémas pour le trouble borderline	312
Firouzeh Mehran	
24. La thérapie cognitive émotionnelle de groupe pour le trouble de la personnalité borderline	323
Firouzeh Mehran	
25. Schémas et passages à l'acte	336
Sylvain Crochet	
26. Dissociation traumatique, carences précoces et troubles de la personnalité : approche thérapeutique	347
Joanna Smith	
27. Groupe pour parents ayant un trouble de personnalité limite dont l'enfant est suivi en protection de l'enfance	356
L. Laporte, L. Ounis, I. Laviolette, J.-F. Cherrier, S. Lavoie	
28. Les SPIP et les PPR : une expérience originale et à approfondir	376
Philippe Pottier et Marina Pajoni	

CINQUIÈME PARTIE

PROBLÉMATIQUES SPÉCIFIQUES

- 29. La dissociation traumatique et les troubles de la personnalité** 383
Muriel Salmona
- 30. Troubles de la personnalité et psychothérapie en contexte de deuil** 399
Hélène Romano
- 31. Les mères abusives « Münchausen »** 411
Yves-Hiram Haesevoets
- 32. L'audition judiciaire du mineur victime d'agression sexuelle : approche criminologique** 433
Bernard Vilamot, Jean-Michel Breton, Marc Passamar et Olivier Tellier

SIXIÈME PARTIE

REPÈRES LÉGISLATIFS ET ASPECTS INSTITUTIONNELS

- 33. Troubles de la personnalité et mesures de soins pénalement ordonnés** 465
Myriam Quéméner
- 34. Les troubles de la personnalité en unité pour malades difficiles** 476
Jean-Luc Senninger et Alexandre Baratta
- 35. Prise en charge des troubles de la personnalité au SMPR** 485
Magali Bodon-Bruzel et Florent Gatherias
- 36. Les enjeux de réceptivité chez les auteurs d'agression sexuelle : chronique d'un espoir retrouvé** 498
Virginie Guillard et André McKibben

POSTFACE. LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ DANS L'ACTUALITÉ JUDICIAIRE, THÉRAPEUTIQUE ET ÉDUCATIVE 513

Loick M. Villerbu et Anne Winter

TABLE DES MATIÈRES 522

Auteurs

Ouvrage dirigé par :

Roland COUTANCEAU, psychiatre des hôpitaux, expert national, président de la Ligue française de santé mentale, chargé d'enseignement en psychiatrie et psychologie légales à l'université Paris-V, à la faculté du Kremlin-Bicêtre et à l'École de psychologues praticiens.

Joanna SMITH, psychologue clinicienne, praticienne de la thérapie EMDR, praticienne de la thérapie ICV, chargée d'enseignement à l'École de psychologues praticiens et à l'université PARIS-V.

Auteurs ayant collaboré :

BARATTA Alexandre, psychiatre.

BENBOURICHE Massil, psychologue clinicien, chargé d'enseignement, doctorant (Rennes 2), école de criminologie (université de Montréal), laboratoire « Applications de la réalité virtuelle en psychiatrie légale », Institut Philippe-Pinel de Montréal.

BÉNÉZECH Michel, professeur associé des Universités, psychiatre, légiste, criminologue, expert judiciaire honoraire, conseiller scientifique de la Gendarmerie nationale.

BODON BRUZEL Magali, psychiatre des hôpitaux, expert près la cour d'appel.

BOURGEOIS Didier : psychiatre, chef de pôle, centre hospitalier de Montfavet.

BRETON Jean-Michel, officier de police judiciaire, brigade des recherches Toulouse-Mirail.

CÉDILE Geneviève, psychologue, expert près la cour d'appel de Paris, expert agréé par la Cour de cassation.

CHERRIER Jean-François, travailleur social et psychothérapeute.

CROCHET Sylvain, psychologue clinicien, psychothérapeute TCC et systémique.

DEYTS Marie, directrice de service de probation (CNE).

DOREY Roger, psychiatre, psychanalyste, professeur honoraire.

GATHÉRIAS Florent, psychocriminologue.

GOURLAN Joanna, psychologue clinicienne.

GRANGER Bernard, professeur de psychiatrie à l'université Paris-Descartes.

GUAY Jean-Pierre, professeur agrégé, chercheur titulaire, école de criminologie, Centre international de criminologie comparée, université de Montréal, Institut Philippe-Pinel de Montréal.

GUELFY Jean-Daniel, professeur de psychiatrie, professeur des universités.

GUILLARD Virginie, psychologue.

HAESEVOETS Yves-Hiram, psychologue clinicien, psychothérapeute, formateur, superviseur institutionnel, expert en victimologie et en criminologie clinique, expert près des tribunaux, professeur des Hautes Écoles et chargé de recherche.

HARDY Patrick, professeur de psychiatrie à la faculté du Kremlin-Bicêtre.

HAYEZ Jean-Yves, psychiatre infanto-juvénile, docteur en psychologie, professeur émérite à la faculté de médecine de l'Université catholique de Louvain.

LAPORTE Lise, PhD, directrice de recherche du Programme des troubles de la personnalité du centre universitaire de santé McGill, chercheur au centre de recherche du centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, professeur adjoint, département de psychiatrie, faculté de médecine, université McGill.

LAVIOLETTE Isabelle, psychologue.

LAVOIE Stéphanie, psychologue, clinique des troubles de la personnalité.

LE BIHAN Patrick, praticien hospitalier, chargé d'enseignement de criminologie clinique à l'université Bordeaux 4.

LEMITRE Samuel, docteur en psychopathologie clinique, psychologue, criminologue, chargé d'enseignement à Paris X-Nanterre.

LONGPRÉ Nicolas, chargé d'enseignement, doctorant, école de criminologie, Centre international de criminologie comparée, université de Montréal, Institut Philippe-Pinel de Montréal.

MANZANERA Cyril, psychiatre, CRIAVS-LR, département Urgence et post-urgence psychiatrique, prof. Courtet, CHRU Lapeyronie, Montpellier.

MCKIBBEN André, criminologue et sexologue. Enseignant en criminologie.

MEHRAN Firouzeh, psychologue.

MOTTE Jean dit FALISSE, docteur criminologue, psychologue, DESS de clinique criminologique, expert agréé près la cour d'appel de Poitiers, chargé de cours universitaires (université de Poitiers, université de Rennes 2, Faculté libre de droit), vice-président de la Fédération nationale des centres de ressources pour les intervenants auprès d'auteurs de violences sexuelles.

OUNIS Linda, adjointe clinique.

PAJONI Marina, Conseillère Pénitentiaire d'Insertion et de probation, rédactrice au bureau PMJ1/(DAP), chargée du suivi des PPR.

PASSAMAR Marc, psychiatre, pédopsychiatre, praticien hospitalier.

PENIN Alain, psychologue, expert national près la Cour de cassation.

POTTIER Philippe, directeur de l'École nationale de l'administration pénitentiaire.

QUÉMÉNER Myriam, magistrat.

ROMANO Hélène, docteur en psychopathologie clinique, psychothérapeute, référente de la cellule d'urgence médico-psychologique du SAMU 94 et de la consultation spécialisée de psycho-traumatisme du CHU Henri-Mondor, chercheur associée au laboratoire INSERM U669.

SALMONA Muriel, psychiatre-psychothérapeute, responsable de l'Institut de victimologie du 92, présidente de l'association Mémoire traumatique et victimologie.

SENNINGER Jean-Luc, psychiatre des hôpitaux.

SENON Jean-Louis, psychiatre, professeur des universités de Poitiers – SHUPPM CHH, faculté de médecine, CRIMCUP, faculté de médecine de Poitiers.

TEILLARD-DIRAT Magali, psychologue, CRIAVS-LR, département Urgence et post-urgence psychiatrique, prof. Courtet, CHRU Lapeyronie, Montpellier.

TELLIER Olivier, psychiatre, praticien hospitalier, unité pour malades difficiles.

VANDERSTUKKEN Olivier, psychologue clinicien, SMPR Annoeullin-Sequedin, coordinateur réseau CRIAVS-URSAVS Nord- Pas de Calais, CHRU Lille.

VIAUX Jean Luc, professeur de psychopathologie, université de Rouen.

VILAMOT Bernard, psychiatre, pédopsychiatre, praticien hospitalier, expert près la cour d'appel de Toulouse.

VILLERBU Loïck, psychologue, psycho-criminologue, professeur émérite Université Rennes 2 et Paris VII.

WINTER Anne, docteur en psychologie, psychologue clinicienne, IGR, GIS Crim-SO, CIPAHS, Rennes 2.

ZAGURY Daniel, psychiatre des hôpitaux, expert près la cour d'appel de Paris, chargé d'enseignement en psychiatrie légale (faculté du Kremlin-Bicêtre, Paris IV).

Préface

Julien-Daniel Guelfi et Patrick Hardy

TOUS LES MANUELS DE PSYCHIATRIE abordent au moins dans un chapitre spécifique le domaine des troubles de la personnalité.

L'originalité du DSM-III, troisième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* publiée en 1980, consistait, d'une part, à employer systématiquement des critères diagnostiques pour délimiter l'ensemble des catégories diagnostiques en psychiatrie, d'autre part, à placer les troubles de la personnalité sur un axe différent de celui des autres troubles mentaux. Cette particularité disparaît — comme l'ensemble des évaluations multi-axiales — dans le DSM-V en 2013.

Il existe néanmoins divers arguments pour penser que les troubles de la personnalité ne sont pas des troubles du fonctionnement psychique « comme les autres ».

Qu'ils se limitent à des troubles de l'identité d'un sujet, ou qu'ils impliquent, de plus, en règle générale, des difficultés dans les relations interpersonnelles, en raison même de l'existence de traits de personnalité particuliers par leur nature ou leur intensité, ils sont à l'origine d'une souffrance (pour le sujet lui-même et, souvent, pour autrui) et, à ce titre, ils méritent bien une place à part au cœur de la psychopathologie.

En revanche, les individualiser sous la forme de catégories diagnostiques paraît de plus en plus contestable, même si les médecins — psychiatres ou non — sont plus à l'aise avec ce type de classification qu'avec le continuum des différentes dimensions psychologiques.

Le recours exclusif à un système dimensionnel de classification représente en effet une tentation croissante, à laquelle les membres de l'Association américaine de psychiatrie ont cependant renoncé à la

dernière minute, fin 2012, lors de l'élaboration définitive des critères pour le DSM-V.

Nous utiliserons donc encore — jusqu'au DSM-VI au moins — les catégories diagnostiques classiques.

Toutefois, des recherches empiriques vont se développer au cours des prochaines années, qui vont permettre d'établir plus solidement quelles dimensions psychologiques paraissent les plus utiles à retenir en pratique clinique et quels seuils diagnostiques vont pouvoir être fixés pour les traits de caractère les plus marquants.

Ce livre est une illustration des perspectives actuelles dans le champ des dimensions paranoïaques, borderline, antisociales ou perverses de la personnalité, des troubles de l'identité sexuelle, des conduites agressives, violentes, dangereuses, de leur psychopathologie, mais aussi de leurs conséquences médico-légales et de leurs répercussions sur les victimes et sur la société.

Ce livre aborde en outre la question des modalités de prise en charge des différents troubles de la personnalité, sachant que l'on assiste de nos jours à un développement considérable des outils thérapeutiques, notamment lorsqu'existent des troubles du comportement associés.

De nombreux espoirs sont ainsi liés à l'utilisation dans un but thérapeutique de certaines molécules nouvelles susceptibles de modifier le potentiel d'agressivité ou d'impulsivité et les expressions pulsionnelles.

Un renouveau est aussi perceptible dans le champ des psychothérapies comme le montre la diversification des techniques destinées à améliorer la régulation des émotions et le contrôle de la réactivité émotionnelle.

Les cadres institutionnels font enfin l'objet de nombreuses réflexions constructives. Tout le monde s'accorde pour condamner le milieu carcéral traditionnel en tant que réponse médico-légale de la société à la pathologie de la personnalité. Des alternatives existent mais elles sont en nombre insuffisant et elles s'avèrent coûteuses. Les preuves de leurs avantages par rapport aux solutions punitives classiques doivent donc être établies scientifiquement de façon suffisamment assurée.

Voici quelques-unes des pistes de réflexion que ce livre nous offre ! À nous de nous en saisir pour approfondir notre réflexion et élaborer de nouvelles pistes de recherches cliniques à préconiser dans ce champ prioritaire de la santé publique de notre société.

Avant-propos

Roland Coutanceau

TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ : ni psychotiques, ni névrotiques, ni structures perverses dans leur grande majorité..., ni personnalités normales.

Définition par défaut dans un premier temps, qui souligne le sous-investissement dans l'enseignement universitaire de ces organisations de la personnalité.

L'esprit de ce livre est de proposer un regard opérationnel pour la pratique quotidienne de ce que nous avons appelé un « troisième champ » de la psychopathologie

Mieux comprendre les troubles de la personnalité, c'est à la fois mieux les évaluer, mais aussi développer des techniques diversifiées et complémentaires pour leur prise en charge.

En pratique quotidienne, on est plus habitué au champ bien balisé des maladies mentales, ainsi qu'au champ des banales structures normonévrotiques relevant de psychothérapies classiques.

Les professionnels sont moins à l'aise avec le « troisième champ » troubles de la personnalité qui concerne aussi bien les personnalités dérivant vers des passages à l'acte médico-légaux, que des personnalités difficiles compliquant la vie relationnelle dans la famille, les institutions ou les entreprises.

Dans cet ouvrage, nous évoquerons successivement les aspects cliniques, psychopathologiques, puis l'évaluation et la prise en charge.

Dans une première partie, l'analyse clinique approfondira les repérages classiques : psychopathie ou personnalité antisociale, borderline ou état limite, problématiques perverses, caractère paranoïaque.

Sera également traitée la coexistence d'un axe de l'ordre de la psychose et d'un trouble de la personnalité (aménagement paranoïaque, pervers ou psychopathique chez un schizophrène).

Parallèlement, on restituera la place des troubles de la personnalité dans la dernière classification (DSM-V).

Puis, dans une deuxième partie, pour éclairer notre réflexion, nous proposerons plusieurs regards sur la psychopathologie des troubles de la personnalité avec la recherche de thématiques utiles dans l'évaluation, puis pour la prise en charge qu'elle soit psychothérapeutique ou éducative.

Dans une troisième partie, nous aborderons l'évaluation avec un repérage pluri-axial, qui nous est cher ; avec tout d'abord un aspect classique (psychiatrique, psychologique, psychopathologique ainsi que les tests), puis une analyse psycho-criminologique centrée sur le passage à l'acte ou le comportement problématique.

La recherche de thématiques spécifiques complétera l'évaluation (analyse sexologique pour les comportements sexuels ; jalousie, peur de perdre pour les violences conjugales...).

Cette approche évaluative s'inscrit dans la dynamique d'un trident : clinique classique, portant sur la personnalité de l'être humain indépendamment de son comportement ; analyse psycho-criminologique du comportement en lui-même ; recherche de thématiques spécifiques au cas par cas, à situer comme des problématiques existentielles douloureuses sous-tendant des affects débouchant sur des troubles du comportement.

Au-delà de l'évaluation préliminaire, on tentera de théoriser les risques de répétition, la récidive pour mieux circonscrire ce débat parfois trop polémique autour de la question légitime, mais difficile de la dangerosité criminologique.

Dans une quatrième partie, seront développées diverses approches de prise en charge, en soulignant l'intérêt de la complémentarité (individuel, groupe, entourage) et également la pertinence de thématiques à privilégier ; avec parallèlement le repérage de schémas de l'organisation mentale.

Dans un esprit ouvert, les références psycho-dynamiques, psycho-comportementales, systémiques seront proposées dans une recherche de sensibilité intégrative.

Complémentarité également d'une attitude éducative et d'un processus psychothérapeutique.

Intérêt également de variations dans les techniques permettant la prise en charge d'adultes, comme d'adolescents ou d'enfants.

Dans une cinquième partie, seront évoquées quelques problématiques spécifiques (« Troubles de la personnalité et troubles dissociatifs » ; « Contexte de deuil » ; « Mères abusives »...).

Enfin, pour les passages à l'acte médico-légaux, nécessité de situer les éléments législatifs qui balisent le cadre du suivi médico-psycho-social.

Et, dans une dernière partie, nous détaillerons quelques dispositifs institutionnels pour l'accompagnement des troubles de la personnalité ayant déclenché des passages à l'acte médico-légaux (consultations spécialisées, UMD, SMPR, établissements pénitentiaires spécialisés...).

Dans ce livre, il s'agit pour nous de proposer à tous les professionnels du champ de la santé, des sciences de l'éducation, et du droit, des repérages pour mieux évaluer les troubles de la personnalité, et pour développer une prise en charge pluridisciplinaire. Et ce dans une visée d'évolution, mais aussi de prévention ; en privilégiant une sensibilité humaniste et intégrative.

PARTIE I

Aspects cliniques

■ Chap. 1	Les troubles de la personnalité dans le DSM-V	2
■ Chap. 2	Le trouble de la personnalité borderline	15
■ Chap. 3	De la personnalité antisociale à la psychopathie	27
■ Chap. 4	Perversion-perversité : une recomposition à partir de la clinique médico-légale	50
■ Chap. 5	Parano/mégalo : deux problématiques de l'ego	62
■ Chap. 6	Les troubles de la personnalité chez l'enfant et le préadolescent	68

Chapitre 1

Les troubles de la personnalité dans le DSM-V¹

Julien-Daniel Guelfi

HISTORIQUE

Les travaux préparatoires à la révision du DSM-IV ont commencé dès la fin des années 1990, avant même la publication du DSM-IV-TR (APA, 2000), sous la direction annoncée de David Kupfer, Professeur de psychiatrie à l'université de Pittsburg, assisté de Darrel Regier.

L'orientation générale de l'évolution de ce chapitre de la classification a été annoncée par M. First de l'université Columbia dans le livre blanc coordonné par D. Kupfer *et al.* en 2002.

Je résumerai ci-dessous les principales étapes du projet de révision au cours des dix dernières années. Celles-ci illustrent de façon exemplaire les objectifs parfois contradictoires que poursuivent les auteurs de la classification des troubles mentaux la plus utilisée dans le monde.

J'envisagerai successivement la période 2002-2006, puis les recommandations initiales du groupe de travail formulées en février 2010, enfin les réactions et controverses développées depuis lors qui ont conduit à des décisions définitives concernant la structure de la classification et les critères diagnostiques en décembre 2012.

1. Je remercie Jean-Pierre Rolland pour sa relecture attentive de ce chapitre et pour ses conseils.

La publication de la cinquième édition du Manuel est prévue pour mai 2013, lors du congrès annuel de l'Association américaine de psychiatrie à San Francisco.

LA PÉRIODE 2002-2006

Le chapitre des troubles de la personnalité du DSM-IV a fait l'objet de critiques croissantes au cours des dernières années résumées récemment par C. Pull en 2011 : critiques du modèle catégoriel pour ce chapitre de la nosographie, attrait croissant pour les modèles dimensionnels, trop grand nombre de diagnostics comorbides, surtout lorsque le trouble a une intensité sévère, utilité clinique contestable pour le choix d'une thérapeutique et difficultés persistantes pour atteindre une fidélité inter-juges suffisante pour les diagnostics portés, malgré les améliorations successives des critères diagnostiques et la multiplication des recommandations destinées à améliorer la situation grâce à l'emploi des entretiens semi-structurés.

Une conférence conjointe APA/NIH (American Psychiatric Association et National Institute of Health) s'est tenue en décembre 2004 à Arlington (VA). Elle a permis de disposer d'une revue générale consacrée aux dix-huit principaux modèles dimensionnels proposés dans la littérature et ayant fait l'objet d'un nombre appréciable de travaux publiés. Cette conférence s'est tenue sous la présidence conjointe de Thomas Widiger, psychologue américain, et d'Eric Simonsen, psychiatre danois, tous deux spécialistes reconnus dans le domaine.

L'ouvrage résumant les exposés, les discussions et les conclusions de la conférence a été publié par Widiger *et al.* en 2006. Il montre que la communauté scientifique est loin d'être unanime sur le choix du « meilleur modèle dimensionnel » à retenir, même si le modèle à cinq facteurs, modèle dit des *Big Five* est, de loin, le modèle qui a fait l'objet du plus grand nombre d'études et dont les conclusions militent en faveur de son emploi (Widiger, 2002, 2006).

Par la suite, les vingt-sept membres de la *task force* du DSM-V ont désigné des groupes de travail chargés d'élaborer des propositions pour la révision du Manuel.

Le groupe de travail sur les troubles de la personnalité a été présidé par Andrew Skodol, de l'université de l'Arizona (askodol@gmail.com).

Ce groupe a publié ses recommandations sur le site internet de l'APA (www.dsm5.org) en février 2010.

Celles-ci comprennent plusieurs innovations majeures.

LES RECOMMANDATIONS INITIALES DU GROUPE DE TRAVAIL EN 2010

Les principales modifications préconisées par le groupe de travail ont concerné :

- la définition même de ce qu'est un trouble de la personnalité, avec de nouveaux critères diagnostiques généraux (projet élaboré par John W. Livesley, psychiatre canadien, alors rédacteur en chef du *Journal of Personality Disorders*) ;
- une évaluation en cinq points du niveau global de fonctionnement d'une personnalité, préparée par une psychologue de l'Arizona, Donna S. Bender ;
- une description dimensionnelle de la personnalité à côté des catégories préexistantes avec six dimensions principales correspondant à un total de trente-sept facettes cliniques de traits de personnalité, préparée par deux psychologues américains de renom : Lee Anna Clark de l'Iowa et Robert F. Krueger du Minnesota ;
- une limitation enfin du nombre de catégories diagnostiques distinctes : cinq au lieu des dix figurant dans le DSM-IV, à savoir les personnalités antisociales, évitantes, borderline, obsessionnelles et schizotypiques ; les autres configurations de traits ne devaient désormais figurer que sous la forme de profils de traits pathologiques de personnalité « trait specific type », à savoir les traits histrioniques, narcissiques, paranoïaques, dépendants et schizoïdes ;
- Les principaux arguments (Skodol, 2011a et b) pour préconiser une diminution du nombre des types pathologiques ont été : l'insuffisance de justifications empiriques publiées permettant de s'assurer de la validité d'un certain nombre de catégories et la quasi-absence de travaux de recherche spécifiques les concernant. Cette réduction du nombre total des catégories devait par ailleurs conduire à une diminution notable du nombre des comorbidités, considérée comme un objectif nécessaire pour améliorer la validité discriminante des différents diagnostics. Enfin, l'emploi de traits de personnalité au sein même des critères diagnostiques des troubles de la personnalité représente aussi une reconnaissance de la continuité entre personnalité et trouble de la personnalité. Cet emploi devait, aussi, conduire à une meilleure stabilité temporelle du diagnostic (Skodol, 2011a et b)

La nouvelle définition générale d'un trouble de la personnalité retenue par le groupe de travail, du moins dans sa version provisoire initiale, est

la suivante : « critère A : “Échec du développement du sens de l’identité et de la personne (le soi) et de la capacité à disposer d’un fonctionnement interpersonnel adapté” ». De nouveaux critères diagnostiques sont par ailleurs proposés pour délimiter les deux volets de dysfonctionnement :

- le soi (avec trouble de l’identité et de l’auto-détermination) ;
- le registre relationnel (degré d’empathie, relations intimes, coopération et intégration des représentations d’autrui).

Le second critère obligatoire pour porter un diagnostic de trouble de la personnalité (critère B), comprend « au moins un trait pathologique de personnalité répertorié, à l’origine de l’échec adaptatif », présent « à un degré extrême ».

Les six dimensions de la personnalité initialement retenues sont largement inspirées du modèle à cinq facteurs ; elles comprennent : l’émotionnalité négative (qui englobe l’ancien névrosisme ou *neuroticism*), le détachement (qui comprend l’ancienne introversion), l’antagonisme, la désinhibition, la compulsivité et la schizotypie (ne figurant pas en tant que telle dans le modèle à cinq facteurs).

C’est pour ces deux dernières dimensions qu’il n’y a pas de stricte superposition entre les cinq facteurs et le nouveau modèle proposé.

En effet, une des dimensions du modèle à cinq facteurs, l’Ouverture, est peu concernée dans les troubles de la personnalité ; en revanche, deux dimensions du modèle à cinq facteurs ne couvrent pas le champ psychopathologique des troubles de la personnalité de façon optimale et doivent donc être ajoutées aux premières dimensions, à savoir la dimension obsessionnelle-compulsive (qui déborde le « caractère consciencieux ») et la schizotypie, particulièrement dans ses dimensions cognitivo-perceptuelles et comportementales.

C’est ainsi qu’un total de six grands domaines ont été proposés par le groupe de travail auxquels correspondent, selon les experts, trente-sept facettes cliniques (à l’image de ce qui avait été établi pour le modèle à cinq facteurs, avec six facettes cliniques par facteur, soit un total de trente facettes).

Quant au procédé préconisé pour déterminer si une personne satisfaisant aux critères généraux d’un trouble de la personnalité répond aussi au diagnostic d’un trouble spécifique, il s’agit de l’approche dite du *prototype matching*. Ce procédé, imaginé initialement par une psychologue américaine, Tracie Shea, à la fin des années 1970 dans un questionnaire, le *Personality Assessment Form*, consiste pour le clinicien à apprécier le degré d’appariement ou d’adéquation entre la personne

examinée et des descriptions de cas prototypiques. Une échelle globale en cinq points permet ainsi d'évaluer la qualité de l'appariement entre un sujet et diverses descriptions prototypiques. Le diagnostic d'un trouble déterminé est confirmé lorsqu'il existe un bon appariement, c'est-à-dire une bonne ou une très bonne adéquation (*very good match*) entre une personne et une description prototypique.

LES RÉACTIONS DU MONDE SCIENTIFIQUE AUX PROPOSITIONS INITIALES

Elles ont été nombreuses et majoritairement très critiques.

Dans un commentaire signé par le psychologue américain J. Shedler en collaboration avec six auteurs de renommée internationale, A. Beck, P. Fonagy, G. Gabbard, J. Gunderson, R. Michels et D. Westen, il a été solennellement affirmé que le nouveau système proposé était beaucoup trop complexe, que son utilité clinique n'avait pas été véritablement évaluée, même si quelques publications montrent qu'il peut être appliqué dans la pratique quotidienne, et surtout que les preuves de validation des domaines dimensionnels retenus ainsi que des facettes n'étaient en rien établies (Shedler *et al.*, 2011).

Par ailleurs, si plusieurs articles font état d'un certain intérêt clinique pour les modèles prototypiques (Westen, 1997 ; Westen et Shedler, 2000), les psychiatres ne sont pas accoutumés à ce type de procédure diagnostique par raisonnement analogique, et le modèle choisi n'a pas fait la preuve de sa validité (Zimmerman, 2011).

Quelques mois plus tard, en janvier 2011, Skodol, dans une lettre à l'éditeur de l'*American Journal of Psychiatry*, simplifiait notablement le système proposé, maintenait l'évaluation globale du fonctionnement en cinq points, réhabilitait la personnalité narcissique en tant que catégorie diagnostique à part entière et réaffirmait que la validité du système hybride proposé ainsi que son intérêt clinique allaient bien être explorés, comme prévu, par les enquêtes sur le terrain (*field trials*) dont deux vagues étaient programmées dans la période 2010-2012. Ces enquêtes programmées étaient destinées à tester l'applicabilité des propositions faites et à vérifier la qualité des accords diagnostiques inter-juges obtenus avec les nouveaux critères (par le calcul des coefficients kappa de Cohen auxquels les auteurs américains accordent une importance déterminante depuis le DSM-III de 1980, sous la direction de R. Spitzer, psychiatre et statisticien).

La simplification annoncée par Skodol concerne aussi le nombre des domaines concernés : cinq au lieu de six, la désinhibition *versus* contrainte, champ bipolaire englobant la compulsivité, et le nombre des facettes cliniques : vingt-cinq au lieu de trente-sept.

Toutefois, la simplification ne concerne pas le critère B d'un trouble de la personnalité ainsi libellé :

« *“Good match” or “very good match” to a personality disorder type or with a rating of “quite a bit like the trait” or “extremely like the trait” on one or more personality domaine.* »

Les critères simplifiés ont été mis en ligne en juin 2011 et ont été à nouveau soumis à discussion sur Internet. Le maintien d'un système hybride intégrant catégories et dimensions n'a pas atténué la violence des critiques adressées au nouveau système proposé, et ce, malgré un nombre croissant d'arguments plaidant en faveur de ce type d'approche mixte.

Certaines de ces critiques sont d'ailleurs venues du groupe de travail lui-même, dont deux membres ont démissionné : J. Livesley de Vancouver et R. Verheul d'Amsterdam.

Dans un éditorial, en 2012, Livesley (william.livesley@ubc.ca) a rappelé que 80 % des utilisateurs du DSM-IV s'étaient déclarés insatisfaits de la classification catégorielle des troubles de la personnalité et que le temps était donc venu de proposer dans le DSM-V un changement radical par l'adoption d'un modèle délibérément dimensionnel.

Le modèle hybride proposé lui a paru rigoureusement inadapté, manquant de justifications empiriques et entretenant le mythe des catégories discrètes. Pour Livesley, les modèles catégoriels et les modèles dimensionnels sont en réalité incompatibles les uns avec les autres. Les premiers impliquent des distributions continues de variables, les seconds, une discontinuité. En d'autres termes, selon cet auteur, le modèle à retenir pour la description de la pathologie de la personnalité n'est, en définitive, pas le même que celui qui convient pour la pression artérielle. Pour cette dernière en effet, au-delà d'un certain seuil, on entre dans la maladie, déterminée par la fréquence des complications à partir du seuil considéré.

Les critiques développées par R. Verheul sont partiellement distinctes de celles de Livesley. Ce dernier nous met en effet surtout en garde contre les risques d'opter pour une rupture complète avec les recherches antérieures, ruinant ainsi trente années de recherches cliniques, sans assurance aucune que le nouveau système proposé sera plus efficace et médicalement plus utile que son prédécesseur.

LES ENQUÊTES D'OPINION

Elles représentent une autre source d'informations.

Une enquête préalable (Bernstein *et al.*, 2007) avait montré, chez des spécialistes des troubles de la personnalité recrutés au sein de deux associations internationales reconnues, que 80 % des quatre-vingt-seize réponders (sur quatre cents personnes sollicitées) s'étaient déclarés favorables à un point de vue dimensionnel (ou à celui de spectre) plutôt qu'à un point de vue catégoriel traditionnel.

Une enquête de plus grande envergure (Mullins-Sweatt *et al.*, 2012) a été effectuée auprès des membres de l'ARPD (Association for Research on Personality Disorders) et de ceux de l'ISSPD (International Society for the Study of Personality Disorders). Cent quarante-six experts — soit 28 % des personnes contactées (dont deux Français seulement !) — ont répondu aux questions posées sur l'utilité clinique, la validité et le statut de chacune des dix catégories de troubles de la personnalité individualisées dans le DSM-IV ainsi que sur les propositions simplifiées de Skodol.

Une majorité substantielle des réponders à cette enquête a considéré que tous les troubles isolés dans le DSM-IV possédaient une certaine validité, celle-ci étant la plus fermement établie pour les personnalités antisociales et borderline. Seule, une minorité d'experts a considéré que certaines individualisations étaient non valides, par exemple 23 % des réponders pour les personnalités schizoïdes, 19 % pour les personnalités histrioniques et 18 % pour les personnalités obsessionnelles.

Les diagnostics les plus souvent portés par ces spécialistes chez leurs propres patients (diagnostics portés « fréquemment » ou « très fréquemment ») sont ceux de personnalités borderline (92 %), antisociales (61 %), narcissiques (57 %) ou évitantes (51 %).

Au moins trois-quarts des réponders considèrent que porter un diagnostic de personnalité borderline, antisociale, paranoïaque, évitante ou narcissique est « important » ou « très important » pour prendre une décision thérapeutique.

Le seul diagnostic qui n'est pas considéré comme « utile » pour la majorité des experts est celui de personnalité schizoïde (55,5 %), sans qu'une majorité se déclare pour autant pour sa suppression de la classification (37 % seulement se déclarent favorables à cette suppression). Des chiffres très proches sont obtenus pour la personnalité histrionique.

Il semble par ailleurs que la revue de la littérature sur laquelle s'est reposé Skodol en 2011 n'ait été « ni systématique, ni exhaustive » et sans utilisation des techniques statistiques de type méta-analyse.

LES DÉCISIONS DÉFINITIVES

Les décisions définitives prises par l'Association américaine de psychiatrie ont été rendues publiques le 1^{er} décembre 2012.

Elles ont entériné la suppression pure et simple de l'Axe II, les troubles de la personnalité étant désormais classés sur le même axe que les autres troubles mentaux. Elles ont maintenu les dix catégories diagnostiques du DSM-IV et elles ont ajouté, dans une troisième section du Manuel, une nouvelle méthodologie « trait-specific », destinée à encourager des travaux de recherche dans ce secteur.

Ainsi, la décision définitive concernant le statut des troubles de la personnalité peut apparaître comme un net recul par rapport aux propositions initiales. Ce recul est survenu malgré la publication toute récente de plusieurs résultats intéressants concernant la validité prédictive du modèle hybride et malgré l'intérêt heuristique potentiel du nouveau modèle proposé.

Un des avantages potentiels d'un modèle hybride, celui d'améliorer la stabilité temporelle des diagnostics de troubles de la personnalité, est suggéré dans la littérature depuis plusieurs années (McGlashan, 2005 ; Sanislow *et al.*, 2009).

De plus, Hopwood et Zanarini ont montré en 2010 que l'utilisation conjointe du diagnostic de personnalité borderline *et* de deux dimensions du modèle à cinq facteurs, l'extraversion et l'agréabilité, permettait d'améliorer l'exactitude d'un pronostic annoncé concernant l'adaptation sociale sur une durée de dix années.

De la même façon, l'étude de la cohorte issue du *Collaborative Longitudinal Personality Disorder Study* (Morey *et al.*, 2011), chez quatre cent trente et un patients sur les six cent soixante-huit inclus initialement dix années auparavant, a comparé le modèle catégoriel du DSM-IV au modèle dimensionnel des cinq facteurs et au modèle développé par L. A. Clark avec le questionnaire SNAP de trois cent soixante-quinze items intégrant quinze traits de personnalité (*Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality*) en termes de validité prédictive au long terme.

Les trois modèles s'avèrent valides mais le modèle intégratif de Clark est celui qui fournit les coefficients de validité les plus élevés.

Enfin, il ne faut pas minimiser l'intérêt potentiel d'une évaluation simple, globale, de la gravité d'ensemble de l'altération du fonctionnement psychique. Il a pu être établi par exemple que le pronostic des troubles de la personnalité est plus lié à cette gravité d'ensemble qu'à la nature même des troubles spécifiques de tel ou tel trouble de la personnalité (Tyner, 2011).

Il est vraisemblable que les décisions prises en décembre 2012, qui peuvent apparaître comme une victoire des positions conservatrices, sont aussi dues à d'autres facteurs, non mentionnés jusqu'à présent.

Ainsi, la suppression de l'axe II était aussi une demande formulée par un nombre croissant de spécialistes des troubles de la personnalité pour des raisons extra-scientifiques de non-remboursement des frais médicaux par les assurances pour un trouble isolé de la personnalité.

L'instauration d'un axe II dans le DSM-III en 1980 avait eu un double intérêt majeur, celui d'attirer l'attention des cliniciens sur ce secteur de la pathologie et celui d'évaluer une personnalité indépendamment des troubles de l'axe I associés, que ceux-ci soient d'ordre anxieux, dépressif ou d'une autre nature.

La disparition de l'axe II va inévitablement réalimenter les débats anciens concernant l'appartenance ou non des troubles de la personnalité au reste de la pathologie mentale, bien qu'un nombre croissant d'arguments existent en faveur d'une continuité entre l'axe I et l'axe II (Krueger *et al.*, 2008).

Par ailleurs, il est aussi vraisemblable que les résultats décevants — voire catastrophiques pour certains d'entre eux — des enquêtes sur le terrain en matière de concordances inter-juges des diagnostics soient intervenus pour précipiter la décision d'un retour en arrière.

Ces mauvais résultats ont été dénoncés sur Internet, dès décembre 2012, par Allen Frances, le responsable de la *task force* du DSM-IV. Cet auteur a multiplié, en fait, les mises en garde et les critiques des modalités de travail de ses successeurs au sein de l'APA depuis plusieurs années (Frances, 2009, 2010). Il a notamment déploré la rédaction hâtive, sinon bâclée, de nombre de critères diagnostiques et les modalités précipitées des enquêtes sur le terrain. Il avait d'ailleurs appelé de ses vœux le report d'une année de la parution du DSM-V, mais sans succès, plusieurs retards ayant déjà été enregistrés par rapport aux prévisions initiales.

Des résultats plus complets concernant les coefficients de concordance inter-juges des diagnostics de troubles de la personnalité vont sans nul doute être publiés dans les prochains mois, qui risquent de donner cruellement raison à Allen Frances.

CONCLUSION : LES ÉTUDES DE DEMAIN

À ce stade de la réflexion sur l'élaboration du DSM-V en matière de troubles de la personnalité, il est nécessaire de rappeler certains des principes généraux qu'avait énoncés et publiés Kupfer en 2002.

La classification du DSM-IV et les critères diagnostiques ne devront être modifiés que lorsque des études empiriques auront établi que les avantages des changements envisagés sont supérieurs à leurs inconvénients. Or la quasi-totalité des propositions du groupe de travail sur les troubles de la personnalité du DSM-V ne remplissent pas aujourd'hui ces conditions. Plutôt que de rompre avec le passé, il a paru préférable aux responsables de l'élaboration du Manuel de chercher à améliorer l'existant en recommandant la promotion d'études empiriques destinées à vérifier la validité et l'utilité clinique (First, 2004) des propositions formulées avant de se prononcer sur leur acceptation définitive.

Il est certainement nécessaire de promouvoir d'autres techniques que l'entretien clinique traditionnel pour explorer le fonctionnement d'une personnalité ; il en est ainsi, par exemple, des échelles d'évaluation et des tests psychométriques comme les questionnaires d'auto-évaluation. Mais ceux-ci doivent être utilisés et maîtrisés par les cliniciens et ils doivent faire l'objet de diverses études de validation avant que leur emploi puisse être officiellement recommandé. Dans ce domaine, l'expérience des psychologues est bien supérieure à celles des psychiatres, viscéralement attachés aux modèles catégoriels médicaux et globalement réticents vis-à-vis de l'approche psychométrique.

Changer les esprits et étudier la validité des outils à préconiser demande manifestement plus de temps que celui de la préparation d'une nouvelle version du DSM. Il est, à ce propos, utile de rappeler que l'outil qui a véritablement popularisé le modèle à cinq facteurs, le NEO-PI-R ou *Neuroticism Extraversion Openness Personality Inventory Revised*, a été publié par Costa et Mc Crae aux États-Unis il y a plus de vingt ans, en 1992 ! L'ensemble des études menées avec ce questionnaire ont largement contribué à améliorer la compréhension des relations entre la personnalité normale et pathologique (Widiger et Costa, 2012).

De longues études s'avèrent donc nécessaires, réalisées avec de nouveaux outils d'évaluation, avec de nouveaux critères diagnostiques, de nouvelles échelles d'appréciation du fonctionnement psychique et des échelles indépendantes visant à explorer les traits (*Clinicians' Personality Trait Rating Forms*) avant que l'on puisse être assuré de réels progrès dans la connaissance des diverses formes de pathologie de la personnalité. À titre d'exemple, la stabilité factorielle du nouveau modèle