

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
VÉRONIQUE MURRAY

EFFET DE L'IMPULSIVITÉ MOTRICE, COGNITIVE ET AFFECTIVE SUR LA
PRÉSENCE DE PARASUICIDES CHEZ UN GROUPE DE PERSONNES
AYANT UN TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE

OCTOBRE 2007



Mise en garde/Advice

Afin de rendre accessible au plus grand nombre le résultat des travaux de recherche menés par ses étudiants gradués et dans l'esprit des règles qui régissent le dépôt et la diffusion des mémoires et thèses produits dans cette Institution, **l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** est fière de rendre accessible une version complète et gratuite de cette œuvre.

Motivated by a desire to make the results of its graduate students' research accessible to all, and in accordance with the rules governing the acceptance and diffusion of dissertations and theses in this Institution, the **Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** is proud to make a complete version of this work available at no cost to the reader.

L'auteur conserve néanmoins la propriété du droit d'auteur qui protège ce mémoire ou cette thèse. Ni le mémoire ou la thèse ni des extraits substantiels de ceux-ci ne peuvent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

The author retains ownership of the copyright of this dissertation or thesis. Neither the dissertation or thesis, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

Sommaire

Les gestes autodommageables constituent un critère diagnostique du trouble de personnalité limite (TPL) selon l'*American Psychiatric Association (1995)* et peuvent être associés à l'impulsivité. Ces comportements autodommageables se traduisent par des gestes parasuicidaires, incluant l'automutilation. L'objectif de cette étude est de vérifier si l'impulsivité, de nature motrice, cognitive ou affective est plus importante chez les personnes avec un TPL et présentant des gestes parasuicidaires comparativement aux personnes avec le même diagnostic, mais sans gestes parasuicidaires. De plus, une question de recherche est soulevée: « Existe-t-il une forme ou une combinaison de formes d'impulsivité impliquée chez les femmes avec un diagnostic de TPL et avec des comportements d'automutilation comparativement aux femmes avec un TPL, mais sans comportement d'automutilation? ». Un échantillon de 22 participants volontaires (20 femmes et 2 hommes), dont l'âge moyen est de 39,2 ans ($ÉT=16,44$) avec un diagnostic de TPL a été recruté. L'échantillon provient d'une clinique spécialisée dans le traitement des troubles de la personnalité. Cet échantillon est réparti en deux groupes en fonction de la présence ou de l'absence de gestes parasuicidaires. Les participants ont répondu à un questionnaire sociodémographique et à un questionnaire sur le Dépistage et l'Évaluation du Besoin d'Aide alcool/drogues version 1.7 (DÉBA alcool/drogues). Ensuite, ils ont complété l'échelle d'impulsivité de Barratt (BIS-10), la Tour de Londres, le NEO-PI-R ainsi que l'échelle de désespoir de Beck (*Hopelessness Scale*). Pour la question de recherche, un sous-échantillon de 18 femmes volontaires avec un diagnostic de TPL est formé et les femmes sont réparties en

fonction de la présence ou non d'automutilation. Les résultats indiquent que la présence de parasuicide n'implique pas une plus grande impulsivité. En somme, les deux phénomènes ne sont pas reliés dans le contexte de cette étude, contrairement à ce que prévoyait la théorie. Cette constatation pourrait s'expliquer par le concept même de parasuicide qui n'est pas univoque et inclut beaucoup plus de comportements autodommageables que ceux pris en compte dans cette étude. De plus, un facteur d'induction émotionnelle semble avoir un rôle important dans la manifestation des gestes parasuicidaires. Or ce protocole n'induit pas directement de réponse émotionnelle chez les participants. D'autre part, des résultats significatifs sont observés concernant la question de recherche. Les participantes avec et sans automutilation ne se démarquent pas sur les mesures d'impulsivité motrice et cognitive mais se démarquent sur certains aspects affectifs de l'impulsivité. Elles se démarquent sur la délibération et l'ouverture aux actions, mais pas sur l'ouverture aux sentiments au NEO-PI-R bien qu'il y ait cohérence sur ces trois variables. Celles avec automutilation cotent plus bas. L'automutilation serait liée à une expérience émotionnelle moins profonde, ainsi qu'à un manque de planification avant l'action. Les participantes avec automutilation présenteraient plus de difficulté à initier des changements comportementaux liés aux activités quotidiennes. Ceci rendrait plus difficile l'adoption de nouveaux comportements, ce qui peut inclure les comportements susceptibles d'améliorer la régulation émotionnelle. Conséquemment, il demeure possible que l'automutilation soit un moyen de régulation émotionnelle.

Table des matières

Sommaire	ii
Liste des tableaux	vi
Remerciements	viii
Introduction	1
Contexte théorique	5
Concept de parasuicide	8
Trouble de personnalité limite	10
Définitions de l'impulsivité	15
Hypothèse et question de recherche	23
Méthode.....	24
Participants	25
Instruments de mesure.....	28
Déroulement.....	40
Résultats	46
Description de l'échantillon	47
Vérification des hypothèses de recherche	54
Mesures et variables exploratoires	63
Question de recherche	67
Discussion	77
Partie 1 : Les trois formes d'impulsivité et leur implication.....	79

Discussion globale des hypothèses et des résultats.....	84
Partie 2 : Question de recherche.....	92
Partie 3 : Apports et limites de la recherche	100
Apports de la recherche.....	100
Limites de la recherche	101
Suggestions pour les recherches futures	102
Conclusion	104
Références	107
Appendice A: Affiche de recrutement	119
Appendice B: Formulaire de consentement	121
Appendice C: Questionnaire sociodémographique	127
Appendice D: Questionnaire DÉBA alcool/drogues.....	131

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des instruments de mesure soumis aux participants	45
Tableau 2 : Proportion du type de médication prescrite	49
Tableau 3 : Résultats à la BIS-10 et scores d'impulsivité motrice	56
Tableau 4 : Temps moteurs moyens à la Tour de Londres	57
Tableau 5 : Résultats aux facteurs cognitif et de non-planification ainsi que le score total à la BIS-10	58
Tableau 6 : Résultats à la planification au test de la Tour de Londres.....	59
Tableau 7 : Temps moyens et médians de planification à la Tour de Londres.....	60
Tableau 8 : Résultats aux facettes d'impulsivité cognitive du NEO-PI-R.....	61
Tableau 9 : Résultats aux facettes d'impulsivité affective du NEO-PI-R.....	62
Tableau 10 : Résultats à l'Échelle de désespoir	63
Tableau 11 : Résultats aux domaines du NEO-PI-R.....	66
Tableau 12 : Résultats des participantes aux facettes correspondantes du NEO-PI-R.....	70
Tableau 13 : Résultats des participantes à l'Échelle de désespoir	71
Tableau 14 : Résultats des participantes à la BIS-10	72
Tableau 15 : Résultats des participantes au score de planification de la Tour de Londres	73
Tableau 16 : Résultats des participantes au temps de planification de la Tour de Londres	74

Tableau 17 : Résultats des participantes	
au temps moteur de la Tour de Londres.....	75
Tableau 18 : Résultats des participantes au temps total de la Tour de Londres.....	76

Remerciements

Je tiens à exprimer sincèrement ma gratitude envers mon directeur, M. Claude Dubé, Ph.D. neuropsychologue, qui a consenti si généreusement à m'accueillir dans mon intérêt pour le trouble de personnalité limite. Merci aussi pour les encouragements et sa bienveillance. Je remercie mon co-directeur, M. Louis Richer, Ph.D. neuropsychologue, pour sa disponibilité et son indispensable rigueur scientifique. Je veux souligner ma reconnaissance envers M. Dubé et M. Richer qui m'ont fourni un encadrement et un soutien hors du commun. Je veux aussi remercier Mme Sophie Lemelin, Ph D. neuropsychologue à la Clinique Le Faubourg St-Jean, qui s'est impliquée lors de la collecte de données et qui a apporté un point de vue clinique indispensable à ce mémoire. Merci aussi à tous les participants qui ont généreusement consenti à faire partie de l'étude et sans qui il aurait été impossible de faire ce mémoire.

Plus particulièrement, je souhaite remercier Mme Michèle Carrier, psychologue, avec qui j'ai partagé maintes joies et déceptions au cours de ces années et qui m'a fourni un support dans les moments difficiles. De tout mon cœur, un merci sans égal à toute ma famille, d'abord à mon père, M. Roch Murray, à ma mère, Francine Gagnon, à ma sœur Annie-Claude et mon frère David. Ils ont su tenir bon à mes côtés, parfois dans l'incompréhension, dans les plus intenses débordements...je constate que j'ai une famille incroyable dont je serai toujours très fière de faire partie. Enfin, merci à mes fantastiques amis qui m'ont supportée et écoutée et qui n'ont pas douté de mes capacités à terminer ce mémoire.

Introduction

Les personnes avec un trouble de personnalité limite (TPL) sont impulsives et peuvent commettre des gestes parasuicidaires (APA, 2003). Le phénomène des comportements autodommageables, incluant le parasuicide et l'automutilation, a fait l'objet de multiples travaux de recherche tant fondamentaux que cliniques (Hollander & Rosen, 2000; Kocalevent et al., 2005; Zlotnick, Rothschild & Zimmerman, 2002). La quantité de travaux en lien avec ces phénomènes provient de l'importance des conséquences de ces comportements autodommageables pour la personne elle-même et ses proches. Les conséquences de ces gestes peuvent parfois être graves, voire irréversibles. Ceci peut se traduire par des lésions organiques ou même la mort. Dans la population québécoise, le taux de suicide pour les hommes est de 22,4 pour 100 000 (3,0%) et celui des femmes est de 7,6 pour 100 000 (1,1%) en 2004 (Ministère de la santé et des services sociaux, 2006). Considérant le nombre élevé de décès par suicide annuellement et les conséquences associées, les recherches ayant pour objectif d'identifier les principaux déterminants des gestes autodommageables peuvent se révéler importantes lors d'interventions préventives, particulièrement chez les groupes à risque.

Le TPL compte parmi les psychopathologies les plus à risque suicidaire. Les trois quarts de ces personnes posent ce type de geste et 10% d'entre elles en décèdent (Black, Blum, Pfohl & Hale, 2004; Paris, 2002). Le TPL se caractérise par une instabilité générale des relations interpersonnelles et affectives, une problématique identitaire avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte

(American Psychiatric Association, 2003). Parmi ces caractéristiques, l'impulsivité pourrait constituer un facteur-clé dans le déclenchement de gestes autodommageables chez les personnes atteintes du TPL (Brent, Johnson, Perper, & Connolly, 1994).

S'il existe plusieurs définitions de l'impulsivité, celle de Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz et Swann (2001, p.1784) apparaît la plus complète : « Une prédisposition aux actions rapides et non-planifiées envers les stimuli internes ou externes sans égards aux conséquences de ces réactions par rapport à soi ou aux autres. » (traduction libre). Le concept d'impulsivité tel que défini ici pourrait inclure 3 formes distinctes. D'abord une impulsivité motrice faisant en sorte que des actes sont posés de manière soudaine (Postel, 2003). Ensuite, ces actions rapides pourraient aussi être associées à une impulsivité cognitive, qualifiée de dysfonctionnelle par Dickman (1990), puisqu'elles surviennent dans le contexte d'un traitement superficiel de l'information, ce qui rendrait ce contexte propice aux erreurs. Selon Dickman (1990) l'impulsivité dysfonctionnelle se distingue de l'impulsivité fonctionnelle par l'incapacité de la personne à utiliser une approche méthodique, plus lente de traitement de l'information, lorsque la circonstance s'y prête. Un contexte inducteur de stress favoriserait l'impulsivité dysfonctionnelle en limitant l'accès aux processus méthodiques de traitement de l'information, plus lents et plus précis selon la circonstance. L'impulsivité fonctionnelle, favorise aussi l'émission d'erreurs, mais demeure optimale et adaptée au contexte. L'impulsivité dysfonctionnelle sera observée dans le contexte de cette étude. L'impulsivité pourrait également inclure une composante affective puisque les réponses

impulsives peuvent prendre la forme d'émotions intenses et déclenchées de manière rapide. L'impulsivité affective pourrait ainsi se définir comme une instabilité générale des réponses affectives, ce qui correspond au concept classique de labilité affective (Pally, 2002).

Ce projet de recherche a pour objectif d'examiner les liens entre ces trois formes d'impulsivité (motrice, cognitive et affective) et les comportements autodommageables chez des personnes avec un TPL.

Contexte théorique

Parmi l'ensemble des comportements autodestructeurs possibles, les actes suicidaires ont été définis comme des comportements posés avec l'intention de mettre fin à sa vie. Ces actes, dont la mort est l'aboutissement, sont nommés suicide ou suicide complété. « L'acte suicidaire est un comportement autodommageable avec idéations actives et l'intention de mettre fin à sa vie; il en découle un important potentiel léthal. » [traduction libre] (Oquendo & Mann, 2000, p.11). Des études émises par le Gouvernement du Québec indiquent que le taux de suicide dans la population québécoise est passé de 14,8 par 100 000 personnes pour la période de 1976-1978 à 19,1 pour celle de 1999-2001 (St-Laurent & Bouchard, 2004). Pour l'année 1999, approximativement 222 000 Québécois mentionnaient avoir eu l'idée de poser un geste suicidaire au cours des 12 derniers mois (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1999). Les comportements suicidaires peuvent être examinés selon diverses facettes et portent à réflexion concernant l'importance des conséquences négatives, telles que le deuil des proches, la détresse entourant les circonstances particulières du décès, l'incompréhension et l'irréversibilité du geste.

De nombreuses études traitent du suicide et des facteurs qui y sont reliés. Un des facteurs mis en évidence par plusieurs auteurs est la présence d'une pathologie psychiatrique. Ce facteur serait présent dans 90% des décès où le suicide en est la cause (Mann, Waternaux, Haas, & Malone, 1999). Par contre, le diagnostic psychiatrique n'est

pas le seul facteur en lien avec la tentative suicidaire, qu'elle soit létale ou non. Des études sur le suicide ont procédé à un regroupement des participants par catégorie de diagnostic, tels que la schizophrénie, la dépression, le trouble panique, l'alcoolisme et le TPL. Nieto, Vieta, Gastò, Vallejo et Gastò (1992) ont étudié les formes de tentatives de suicide les plus violentes. Ils ont constaté que 81% des participants ayant un diagnostic de schizophrénie présentaient des symptômes psychotiques positifs lors de la tentative suicidaire. Heilä et al. (1997) soulignent qu'un quart des patients schizophrènes ayant fait une tentative de suicide auraient reçu des soins de nature psychiatrique. Dans une étude de Rhodes, Bethell & Bondy (2006) 4,8% des participants souffraient d'une dépression diagnostiquée. De ce nombre, environ 4% indiquaient avoir eu des idées suicidaires tandis que 1% mentionnaient avoir passé à l'acte, mais sans conséquences létales. Pilowsky et al. (2006) avancent que 28,8% des patients souffrant de trouble panique et de dépression majeure font mention d'idées suicidaires récurrentes. Environ 30% des individus qui sont décédés par suicide auraient un trouble de la personnalité (APA, 2003). Les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité constituent 40% de ceux qui font des tentatives de suicide et 50% de la clientèle psychiatrique décédée par suicide (APA, 2003). Schneider et ses collaborateurs (2006) ont constaté qu'un diagnostic de trouble de la personnalité serait un facteur de risque pour le passage à l'acte suicidaire.

Certaines personnes décédées à la suite d'un suicide complété ont en commun un trouble de personnalité, mais aussi une propension à l'affect dépressif (Cheng, Mann, &

Chan, 1997), ainsi qu'à l'agressivité et l'impulsivité (Brent et al., 1994). Le concept d'impulsivité est perçu à certains égards comme un trait de la personnalité (Mann et al., 1999). Ce trait prédisposerait les individus à mettre en action leurs pensées suicidaires (Brodsky et al., 2001; Kim et al., 2005; Maser et al., 2002; Silverman et al., 1991). Mann et ses collaborateurs (1999) considèrent l'impulsivité comme l'un des deux facteurs primordiaux dont l'interaction avec des stressseurs serait en mesure de déclencher l'acte suicidaire. Ces auteurs ont voulu développer un modèle exploratoire pouvant prédire les comportements suicidaires. L'élaboration de ce modèle a permis de cerner un facteur d'agression/impulsivité, parmi d'autres facteurs tels que l'état psychopathologique, le désespoir, l'idéation et la planification suicidaire, chez les participants ayant déjà posé des gestes suicidaires. Ceci permet donc de tenter d'évaluer la relation entre les actes impulsifs posés antérieurement et le risque suicidaire. Selon Mann et al. (1999) les personnes avec un diagnostic de personnalité limite démontrent des scores plus élevés sur le facteur d'agression/impulsivité que les personnes sans ce diagnostic. De plus, la composante du trouble de personnalité limite qui donne la plus forte corrélation avec le comportement suicidaire est l'impulsivité, d'où son importance dans la détermination du risque suicidaire. C'est précisément ce facteur d'impulsivité que la présente étude tente d'explorer davantage.

Concept de parasuicide

Le parasuicide désigne tous les comportements autodommageables non fatals, ce qui comprend l'automutilation et les suicides non-complétés. Ce terme a été proposé par

Kreitman (1977) et a aussi été repris dans les études européennes sur les tentatives de suicide (Kerkhof & Diekstra, 1994). La distinction fondamentale entre l'acte suicidaire et l'acte parasuicidaire se base strictement sur la létalité du geste. En ce sens, tous les gestes autodommageables sont rassemblés dans un même concept qu'est le parasuicide, sauf si ces gestes conduisent à un décès, alors décrit comme geste suicidaire. Par ailleurs, l'automutilation fait aussi partie du concept de parasuicide puisque ce geste est une action autodommageable. D'ailleurs, Platt, Hawton, Kreitman, Fagg et Foster (1988) définissent le terme de parasuicide comme une blessure délibérément auto-infligée pouvant accroître le risque de décès, et cela avec ou sans l'intention de se tuer.

Les personnes ayant un diagnostic de TPL répètent fréquemment des comportements autodommageables qui se traduisent par des coupures, des éraflures, des coups et le fait d'avaler des objets dangereux (Joiner, Brown, & Wingate, 2005). Favazza (1992) et Herpertz (1995) observent aussi que les formes d'automutilation les plus fréquentes sont les coupures, mais indiquent que les brûlures intentionnelles font aussi partie de ces comportements (p. ex.: automutilation à l'aide d'un tison de cigarette). Une revue de littérature sur les comportements autodestructeurs effectuée par Kocalevent et ses collaborateurs (2005) souligne que les comportements d'automutilation sont présents dans un ratio de 2 femmes pour 1 homme. Les femmes posent plus d'actes parasuicidaires que les hommes, mais ces gestes sont moins létaux que ceux des hommes. Les hommes démontrent un taux plus élevé de suicides complétés que les femmes (McIntosh & Lewell, 1986; Moscicki, 1996; Stack, 2000).

Langbehn et Pfohl (1993) avancent que les individus avec un TPL qui ont une histoire d'automutilation présentent un plus grand risque de mourir par suicide. D'autres auteurs indiquent qu'approximativement 55% à 85% des automutilateurs ont fait au moins une tentative de suicide (Dulit, Fyer, Leon, Brodsky, & Frances, 1994; Rosenthal, Rinzier, Walsh, & Klausner, 1972; Roy, 1978; Stanley, Winchel, Molcho, Simeon, & Stanley, 1992).

Ainsi, tous ces gestes autodommageables, qu'il s'agisse d'automutilation ou d'une tentative de suicide non fatale ou incomplète, entrent dans le concept global de parasuicide.

Trouble de personnalité limite

Les critères déterminés par l'*American Psychiatric Association* (1995) concernant le diagnostic du TPL se traduisent par :

[...] Un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et qui est présent dans des contextes divers (p. 765). [...] comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- (1) efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés [...]
- (2) mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation
- (3) perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi
- (4) impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet [...]

- (5) répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations
- (6) instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur [...]
- (7) sentiments chroniques de vide
- (8) colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère [...]
- (9) survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères (pp. 767-768)

L'étude de Mann et ses collaborateurs (1999) démontre que l'une des caractéristiques du TPL qui serait susceptible de favoriser le déclenchement d'un comportement suicidaire demeure l'impulsivité. Le modèle du comportement suicidaire proposé par Mann et al. (1999) vise à expliquer les étapes du passage à l'acte et comprend le critère d'impulsivité comme élément primordial. En effet, ces mêmes auteurs suggèrent que les personnes avec un TPL démontrent significativement plus de comportements de cet ordre que la population normale et que le comportement suicidaire corrèle fortement avec l'impulsivité.

De plus, Corbitt, Malone, Haas et Mann (1996), considèrent que les pathologies de la personnalité qui peuvent entraîner un plus grand risque suicidaire sont le trouble de personnalité antisociale, le trouble de personnalité narcissique et le TPL. Stone (1989) rapporte que le TPL compte parmi les psychopathologies les plus à risque quant au passage à l'acte suicidaire, avec un taux de 3,0% à 9,5% de suicidés. Cette psychopathologie s'étend à travers la population mondiale et sa prévalence s'accroît avec les années (Paris, 1996).

Selon l'*American Psychiatric Association* (1995), la prévalence du TPL est évaluée à 2% de la population, tandis que chez les personnes ayant consulté en psychiatrie, la proportion s'élève à 10% et même à 20% pour ceux ayant été hospitalisés dans des services de psychiatrie. Parmi les gens consultant en clinique pour un trouble de personnalité, il y a entre 30% et 60% des individus qui ont un diagnostic de TPL (APA, 1995). De tous les patients diagnostiqués avec un TPL, les trois quarts (75% des cas) concernent des femmes (APA, 1995). Il y a donc une disproportion importante de femmes qui ont un TPL, comparativement aux hommes. Il existe ainsi une différence en fonction du genre pour cette psychopathologie. Selon Hollander (1998), cette différence se traduit par l'expression différentielle de l'impulsivité et de l'occurrence de comportements autodommageables. Plus spécifiquement, les hommes adopteraient des comportements comme le jeu pathologique, la pyromanie et les relations sexuelles compulsives, tandis que les femmes auraient davantage tendance à acheter compulsivement, à éprouver des troubles alimentaires comme la boulimie et à s'automutiler (Hollander, 1998). C'est précisément sur ce dernier point qu'il est possible de traiter spécifiquement les femmes, en ce qui a trait à l'automutilation et l'impulsivité, et considérant de plus la disproportion de l'échantillonnage. Il en découle une question de recherche spécifique aux femmes, soit est-ce qu'il existe une forme d'impulsivité impliquée dans la survenue des gestes d'automutilation chez les femmes avec automutilation?

L'étiologie du TPL serait en lien avec plusieurs traumatismes infantiles, notamment l'abus sexuel et physique en bas âge (Soloff & Lynch, 2002). Effectivement, les observations tirées d'entrevues cliniques, indiquent que 40% à 70% des gens avec un TPL ont vécu des abus sexuels (Goodman & Yehuda, 2002) et 25% à 73% ont rapporté avoir été abusé physiquement lors de l'enfance (Zanarini, 2000). Van der Kolk et Fisler (1994) relie l'instabilité affective à des abus sexuels ou physiques durant l'enfance. Goodman et Yehuda (2002) avancent que cette instabilité affective se traduit à l'âge adulte par la dépression, l'abus de substances, la somatisation et des troubles de la personnalité.

Cependant, ce ne sont pas toutes les personnes ayant été abusées sexuellement, physiquement ou d'autre manière qui développeront un TPL. Paris et Zweig-Frank (1992) notent que plusieurs adultes, ayant subi des abus, ne démontrent pas de TPL et inversement, il y a des personnes aux prises avec un TPL qui ne présentaient pas d'abus au cours de leur enfance.

Paris et Zweig-Frank (1992) ont mis en lumière un facteur de vulnérabilité qui interviendrait dans les cas typiques, entre les événements d'abus et le développement du TPL. Une prédisposition génétique à l'impulsivité se retrouve dans les familles de personnes avec un TPL (Silverman et al., 1991; Torgersen et al., 2000). Les études sur les caractéristiques de la personnalité ont démontré que les gestes suicidaires, l'instabilité affective et l'impulsivité sont des composantes hérissables (Bouchard, 1994).

D'autres auteurs ne trouvent cependant pas d'influence familiale (Links, Steiner, & Huxley, 1988; Pope, Jonas, Hudson, Cohen, & Gunderson, 1983). Ces résultats suggèrent donc la possibilité d'un risque accru de l'apparition de cette psychopathologie dans les familles de personnes avec un TPL, ce qui ne serait probablement pas spécifique à la psychopathologie en soi (Skodol, Siever, Livesley, & Gunderson, 2002).

Bref survol des théories sur la genèse du trouble de personnalité limite selon les approches psychanalytique et cognitive

Ces perspectives ne font pas l'objet d'approfondissement dans ce mémoire, mais pour plus de détails concernant le modèle théorique d'organisation des troubles de la personnalité, il s'avère pertinent de consulter Kernberg et Caligor (2005). Arntz et Veen (2001) indiquent que lorsque les personnes avec un TPL se trouvent confrontées à des situations d'abandon ou d'abus, ils considèrent autrui sous un mode qualifié de primitif. Ce mode, selon la psychanalyse, serait un mécanisme de défense préœdipien, soit le clivage, qui consisterait en une représentation dichotomique de l'objet comme étant complètement bon ou complètement mauvais (Kernberg, 1966, 1967, 1976; Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr, & Appelbaum, 1989). Fonagy et Target (1996) considèrent que les personnes ayant un TPL présentent un schéma comportemental et relationnel particulier. Elles auraient une intégration inadéquate de la réalité. L'apprentissage de la réalité se serait fait sans que ces personnes n'arrivent à mentaliser la différenciation des

expériences externes et internes. La réalité psychique de ces personnes est figée dans un mode de pensée persistant, ceci influencerait la perception que ces personnes ont à propos d'elles-mêmes et des autres, donc sur le monde qui les entoure.

Selon les théories cognitives, la pensée dichotomique est une caractéristique prédominante dans le TPL et ceci est probablement relié aux schémas cognitifs de base que les individus avec un TPL auraient développés tôt dans l'enfance (Arntz, & Veen, 2001). Ce type de pensée résulterait d'un stade du développement de l'enfant durant lequel ces individus se retrouveraient en situation d'expériences traumatisantes d'abus physique ou sexuel par un individu de son réseau. L'enfant dans cette situation développe un schème particulier de pensée envers l'abuseur. Ce schème de pensée s'élabore en fonction de la relation vécue entre l'enfant et l'individu abuseur. L'enfant développe ainsi une conception de la personne selon laquelle l'adulte abuseur et l'adulte pourvoyeur de soins ne pourraient provoquer des sentiments contradictoires (peur/sécurité ou haine/amour) tout en étant la même personne. L'enfant se développe en intégrant un schéma cognitif qui inhibe la capacité à mentaliser des sentiments contradictoires issus des relations avec une même personne (Fonagy, 2000).

Définitions de l'impulsivité

Oquendo et Mann (2000) rapportent que «[...] l'impulsion agressive peut émerger d'une réponse de privation ou de punition et est accompagnée d'états émotionnels tels que la frustration, l'irritabilité, la peur ou la colère.» [traduction libre] (p.12).

L'impulsivité se définirait comme une mise en action très rapide d'un comportement sans égard aux conséquences (Ayd, 1995), ou selon un traitement superficiel de l'information, avec peu de planification que ce soit pour l'impulsivité fonctionnelle ou dysfonctionnelle (Dickman, 1990). « L'impulsivité est définie comme une prédisposition aux actions rapides et non-planifiées envers les stimuli internes ou externes sans égards aux conséquences de ces réactions par rapport à soi ou aux autres. » (Moeller et al., 2001, p.1784). Selon Postel (2003), l'impulsivité correspond à une « Tendance aux actes soudains et incoercibles, échappant au contrôle de la volonté et se déroulant quasi automatiquement et inéluctablement lorsqu'ils ont été commencés.» (p.234).

Ces définitions tentent de délimiter avec le plus de précision possible ce concept qu'est l'impulsivité. Il semble toutefois ardu, selon la documentation scientifique consultée, d'arriver à un consensus concernant une définition simple et concise de ce concept. Ainsi, il est possible de constater que le concept d'impulsivité est difficile à circonscrire et à rendre opérationnel, principalement en raison de son aspect multifactoriel. Toutefois, la définition de Moeller et ses collaborateurs (2001) met en lumière l'aspect multifactoriel, c'est pourquoi cette définition est choisie dans la présente étude afin d'établir le concept d'impulsivité.

Cette définition de l'impulsivité laisse place à plusieurs facteurs qui doivent être précisés et cela peut être conceptualisé selon trois formes distinctes : soit motrice (Reynolds et al., 2006), cognitive (Glicksohn, Leshem, & Aharoni, 2006) et affective

(Koenigsberg et al., 2002). Ces trois formes constituent le premier pas vers une qualification plus précise du concept.

Aspect moteur. L'impulsivité motrice se caractérise par la difficulté pour l'individu de retenir le déclenchement des actions et des comportements (Reynolds, Ortengren, Richards, & de Wit, 2006). Par rapport aux personnes avec un TPL, l'impulsivité motrice se traduit, d'un point de vue clinique, par le premier degré d'impulsivité, c'est-à-dire l'action sans réflexion. Ceci se traduit dans des domaines variés comme des agressions physiques sur autrui, des comportements automutilatoires, des dépenses inconsidérées et le jeu pathologique. Hollander, Swann, Coccaro, Jiang et Smith (2005) abordent l'impulsivité sous l'angle de mouvement d'agression impulsive, où l'agression et l'impulsivité forment un seul construit. L'étude de Fossati et ses collaborateurs (2004) suggère que l'impulsivité serait un trait comportemental présentant un dysfonctionnement et qui entrerait en interaction avec des dimensions de l'agressivité. Barratt (1963, 1965) soutient que sur le plan comportemental, les personnes impulsives performant généralement moins bien dans l'accomplissement de tâches dites perceptivo-motrices.

Aspect cognitif. L'impulsivité cognitive peut correspondre à l'incapacité pour la personne de mener à terme un ensemble de processus cognitifs impliqués dans la résolution d'une tâche, incluant le jugement et la prise de décision en situation délicate. Barratt (1981) indique que les personnes impulsives tendent à mésestimer un temps

défini entre deux stimuli. Selon Norman et Shallice (1980) le système exécutif est mis en marche lorsqu'il est nécessaire d'inhiber une réponse habituelle lors de l'exécution d'une tâche. L'incapacité d'inhiber la réponse habituelle serait due à deux facteurs, soit que la personne ne pourrait s'empêcher d'appliquer des solutions inappropriées par manque de planification ou soit qu'elle se trouve spontanément distraite de la procédure de résolution. Selon Owen, Downes et Sahakian (1990) les personnes atteintes de lésions cérébrales dans les aires frontales présentent un déficit aux phases d'évaluation du problème et de planification de la solution. Cette observation peut correspondre à un problème d'impulsivité s'exprimant dans le déroulement des processus cognitifs. Or, selon Paris et Zweig-Frank (1992), le TPL s'associe à de légers déficits neurologiques, particulièrement de type exécutif, impliquant les régions frontales.

Aspect affectif. L'impulsivité affective peut être considérée comme une instabilité générale des réponses affectives. Selon Pally (2002) les individus avec un TPL présentent une instabilité (équivalente à une labilité des affects) incluant des symptômes d'anxiété, de dépression et une hypersensibilité émotionnelle. Classiquement, ces individus réagissent avec force et rage aux désappointements et aux affronts mineurs et se sentent terrifiés et abandonnés en réponse aux séparations. Linehan (1993) explique que les personnes ayant un TPL auraient une caractéristique biologique qui les prédisposerait à une plus grande vulnérabilité en ce qui a trait aux émotions. Cette vulnérabilité les amènerait à réagir promptement et exagérément aux événements mineurs (Lynch et al., 2006). Les personnes ayant un TPL auraient une difficulté à

accéder aux stratégies requises afin de moduler l'intensité et la fréquence de leurs réactions émotionnelles (Gratz & Roemer, 2004). Il s'agirait donc d'un aspect de l'impulsivité qui serait lié à l'induction émotionnelle. Dans la présente étude, le concept d'impulsivité affective est choisi et représente une instabilité équivalente à la labilité affective décrite par Pally (2002). MacKinnon et Pies (2006) décrivent cette labilité comme un changement rapide de l'humeur et c'est précisément cette rapidité dans le changement qui conduit à utiliser le terme d'impulsivité dans le cadre de ce mémoire. Selon Gurvitz, Koenigsberg et Siever (2000), il est toutefois connu que la manifestation d'instabilité des affects a des sources neurobiologiques.

Mesures de l'impulsivité

Le construit de l'impulsivité est exploré depuis plusieurs années et des instruments de mesure ont été développés en lien spécifique avec ce construit. Les inventaires de personnalité, ainsi que plusieurs échelles, incluent fréquemment un aspect concernant l'impulsivité (Parker, Bagby & Webster, 1993). Les échelles et les mesures ont été développées afin d'évaluer spécifiquement l'impulsivité ou encore des aspects de l'impulsivité, mais plusieurs auteurs observent que ces mesures ne sont pas toujours fortement corrélées (Barratt, 1985; Luengo, Carillo-de-la-Pena, & Otero, 1991; Malle & Neubauer, 1991; Parker, Bagby & Webster, 1993). Parker et ses collaborateurs (1993) mentionnent que les approches théoriques sur ce concept sont diversifiées. D'autres rapportent qu'il y a un manque de clarté conceptuelle en ce qui concerne le construit de l'impulsivité (Gerbing, Ahadi & Patton, 1987; Luengo et al., 1991; Parker et al., 1993).

Les chercheurs qui tentent d'opérationnaliser le construit de l'impulsivité à travers différents instruments constatent que les scores qui découlent de ces mesures proviennent de construits théoriques qui peuvent être divergents (Buss & Plomin, 1975; Paulsen & Johnson, 1980). Cela rend donc plus ardue l'interprétation en fonction d'un construit plus homogène.

Selon Gerbing et ses collaborateurs (1987), trois dimensions sont incluses fréquemment dans les instruments mesurant l'impulsivité. La première est la tendance à engager des pensées et des comportements spontanés tels que : agir sans y penser, agitation, distraction, prise de décision rapide, impatience. La deuxième dimension s'avère être la tendance à la désorganisation et la difficulté à préparer les activités de la vie quotidienne. La troisième dimension est la tendance à démontrer des comportements et des attitudes reflétant l'insouciance.

Dans un aspect plus opérationnel, les mesures qui évaluent l'impulsivité se catégorisent de deux manières :

Les mesures auto-rapportées :

- Les échelles d'impulsivité
- Les inventaires de personnalité

Les approches comportementales :

- Mesure du temps de réaction
- Mesure de la perception du temps

Ces catégories soulignent donc le lien entre trois formes d'impulsivité, soit l'impulsivité motrice avec les approches comportementales (mesure du temps de réaction), l'impulsivité cognitive avec les approches comportementales, mais aussi les mesures auto-rapportées (mesure de la perception du temps, capacité de planification et échelles d'impulsivité) et l'impulsivité affective par les mesures auto-rapportées (inventaires de personnalité, questionnaires auto ou hétéro rapportés).

En résumé, ce projet de recherche a pour objectif de vérifier l'implication de l'impulsivité, selon trois formes, dans le contexte des comportements autodommageables pouvant conduire à poser des gestes parasuicidaires auprès de personnes avec un TPL diagnostiqué. Les écrits scientifiques disponibles indiquent que l'impulsivité est un facteur essentiel dans la manifestation de ce type de comportements. Des instruments de mesure sont utilisés pour évaluer chacun des aspects de l'impulsivité définis dans ce chapitre. L'objectif de cette étude est de vérifier si l'impulsivité motrice, cognitive et affective est plus élevée chez les personnes avec un diagnostic de TPL qui posent des gestes parasuicidaires comparativement à ceux qui ne posent pas de geste parasuicidaire.

L'objectif de la question de recherche est de vérifier, chez un sous-groupe de femmes avec un TPL, si la survenue de gestes d'automutilation implique une forme d'impulsivité. L'échantillon se compose uniquement de femmes, car les écrits scientifiques précisent que ce comportement d'automutilation serait 1,5 à 3 fois plus

souvent posé par des femmes (Robinson & Duffy, 1989). L'automutilation peut d'ailleurs être perçue comme un sous-construit du parasuicide.

Hypothèses et question de recherche

Première hypothèse : Les personnes avec un TPL et qui présentent des gestes parasuicidaires devraient démontrer une impulsivité de type motrice plus élevée que les personnes avec un TPL sans gestes parasuicidaires.

Seconde hypothèse : Les personnes avec un TPL et qui présentent des gestes parasuicidaires devraient démontrer une impulsivité de type cognitive plus élevée que les personnes avec un TPL sans gestes parasuicidaires.

Troisième hypothèse : Les personnes avec un TPL et qui présentent des gestes parasuicidaires devraient démontrer une impulsivité de type affective plus élevée que les personnes avec un TPL sans gestes parasuicidaires.

Question de recherche : Parmi les formes d'impulsivité décrites, existe-t-il une forme ou une combinaison de formes d'impulsivité impliquée chez les femmes avec un diagnostic de TPL et avec des comportements d'automutilation comparativement aux femmes avec un TPL mais sans comportement d'automutilation?

Méthode

Participants

Les participants ont été recrutés dans une clinique psychiatrique de la région de Québec qui assure un service de soins surspécialisés dans le traitement des troubles de la personnalité. Il s'agit d'une clinique externe affiliée à un centre de santé et de services sociaux. Le recrutement dans ce milieu a été rendu possible à la suite d'une collaboration de recherche établie entre les intervenants et les chercheurs en psychologie et en psychiatrie. Le projet de recherche a obtenu des certificats déontologiques de l'Université du Québec à Chicoutimi ainsi que du comité d'éthique du Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard. Le recrutement des participants s'est fait de trois manières :

- Par présentation du protocole à tous les intervenants de la Clinique
- Par présentation du protocole aux personnes débutant un groupe psychoéducatif
- Par des affiches apposées aux babillards de la Clinique

Le projet de recherche a d'abord été présenté par une assistante de recherche à tous les intervenants du milieu d'intervention clinique. Ces derniers pouvaient ainsi transmettre l'information concernant le recrutement à leurs clients et étaient aptes à répondre à leurs questions.

En second lieu, le projet a été présenté par cette même assistante de recherche aux groupes psychoéducatifs. Ces groupes incluent toutes les personnes débutant un suivi thérapeutique. Ces personnes ont toutes un diagnostic de trouble de la personnalité

reconnu. Au cours de cette rencontre, l'assistante de recherche a donné des explications concernant l'implication requise par la participation à l'étude.

D'autres participants ont été recrutés au moyen d'affiches apposées sur les babillards de la Clinique. Les affiches mentionnaient le sujet de l'étude et précisaient les critères d'inclusion. Une copie de cette affiche est présentée à l'Appendice A. Les clients qui n'assistaient pas aux groupes psychoéducatifs ont été rejoints par le moyen de ces affiches. Les clients pouvaient s'inscrire sur une liste confidentielle, conservée au bureau de la secrétaire-réceptionniste. Les personnes intéressées ont informé cette dernière de leur volonté de participation, puis ont laissé leur nom et numéro de téléphone. La secrétaire-réceptionniste informait les clients qu'ils seraient contactés dans les semaines à venir, ainsi que les moments où l'assistante de recherche serait présente à la Clinique. L'assistante de recherche a été contactée par la secrétaire-réceptionniste afin de lui transmettre le nom et les coordonnées des personnes intéressées. L'assistante de recherche a par la suite contacté ces personnes afin de fixer un rendez-vous pour une rencontre individuelle.

La participation était volontaire et requérait un consentement libre et éclairé de la personne. Une copie du formulaire de consentement est présentée à l'Appendice B. La tâche consistait à répondre à un questionnaire sociodémographique, par la suite à des questionnaires auto-rapportés et enfin à accomplir une tâche d'évaluation de la capacité de planification. Les participants devaient aussi autoriser l'assistante de recherche à

communiquer avec leur psychothérapeute attiré de même qu'à accéder à certaines informations de leur dossier à la Clinique. Ces informations colligées au dossier de même que celles en provenance du psychothérapeute concernaient le diagnostic du participant, la description de la médication actuelle, la présence ou non d'un trouble neurologique documenté ou d'un accident sévère n'étant pas un acte suicidaire ou parasuicidaire ainsi que le résultat et la date d'entrevue au *Diagnostic Interview for Borderline-Revised* (DIB-R) (Zanarini, Gunderson, Frankenburg, & Chauncey, 1989). Le DIB-R est l'instrument de mesure utilisé par les intervenants de la Clinique et sert à valider le diagnostic de TPL. Au DIB-R, le score minimal afin d'établir un diagnostic de TPL est de 7 sur 10.

Afin de noter toutes les informations nécessaires à l'inclusion du participant volontaire, une consultation systématique des dossiers médicaux a été nécessaire. L'exactitude des informations fournies par les participants lors du rapport verbal a aussi été vérifiée. Cette vérification portait sur le contenu global des dossiers, soit les notes évolutives, les rapports émis par les psychiatres et les autres intervenants. La durée de la participation exigeait au total de 60 à 90 minutes, en-dehors des activités thérapeutiques courantes avec les intervenants de la Clinique.

Les critères d'inclusion des personnes avec un TPL étaient d'avoir obtenu un score d'au moins 7 au DIB-R dans les deux dernières années et de rencontrer actuellement les critères diagnostiques de TPL du DSM-IV.

Les critères d'exclusion de l'étude étaient les suivants :

- Une toxicomanie active telle qu'évaluée par le Dépistage et l'Évaluation du Besoin d'Aide alcool/drogues (Tremblay, Rouillard, & Sirois, 2004)
- Une histoire positive de trouble neurologique majeur
- Un traitement avec une médication de neuroleptique classique à haute dose

La médication de neuroleptique classique, lorsqu'utilisée à dosage antipsychotique, altère les fonctions exécutives, la planification, l'élaboration et la mentalisation, c'est pourquoi les participants traités avec cette médication ne sont pas inclus.

Instruments de mesure

Questionnaire sociodémographique

Un questionnaire sociodémographique, composé de 18 items (Appendice C) a été administré. Celui-ci permettait d'obtenir des informations concernant l'âge, le sexe, l'emploi du temps, la scolarité, le mode d'hébergement, l'état civil, le statut parental, le rang dans la fratrie, le nombre de frères et de sœurs, la médication, la présence d'une histoire de troubles neurologiques, le nombre de semaines de thérapie complétées à la Clinique, la présence d'un support psychologique externe et la durée de ce service, le comportement durant la période de vie scolaire, ainsi que la présence ou non de

problèmes d'attention durant la scolarisation jusqu'à aujourd'hui. La 18^e et dernière question concernait les gestes parasuicidaires et était formulée de la manière suivante : « Au cours des six derniers mois, avez-vous posé consciemment des gestes portant atteinte à votre intégrité corporelle dans le but de vous blesser ou de causer la mort ? »

Si la question était répondue par l'affirmative, il était demandé au participant de préciser quels étaient les gestes posés, leur description visant à identifier si les parasuicides constituaient une tentative de suicide (volonté de mourir) ou de l'automutilation (blessure sans volonté de se donner la mort), ainsi que la fréquence de ceux-ci. La réponse à cette question était contre-vérifiée par une consultation au dossier du participant, ceci afin d'identifier les patients qui posent des gestes parasuicidaires et ceux qui n'en posent pas.

Entrevue diagnostique pour le trouble de personnalité limite

Le DIB-R (Zanarini et al., 1989) est l'entrevue semi-structurée pour les individus ayant un TPL la plus utilisée et la plus reconnue servant à diagnostiquer cette psychopathologie. Un score de 7/10 ou plus indique la présence d'un TPL. La Clinique utilise le DIB-R dans son processus d'admission afin d'identifier de manière objective la présence d'un TPL. Le résultat obtenu par les patients lors de leur entrée dans le programme de traitement a été utilisé comme premier indice de la présence d'un TPL.

Dépistage et Évaluation du Besoin d'Aide pour la consommation d'alcool et de drogues

Le questionnaire sur le Dépistage et l'Évaluation du Besoin d'Aide alcool/drogues version 1.7 (DÉBA alcool/drogues, voir Appendice D) (Tremblay et al., 2004), est utilisé pour préciser la consommation de drogues chez les participants. Ce questionnaire sert généralement à identifier les différents types de consommateurs d'alcool et de drogues : les individus abstinents, les individus pour qui la consommation présente de faibles risques, les consommateurs à risque, ceux ayant une consommation leur causant divers problèmes et les personnes qui ont un diagnostic d'abus ou de dépendance. Cet instrument possède une cohérence interne, avec un coefficient de fidélité moitié/moitié de 0,87 (Raistrick, Dunbar, & Davidson, 1983). Le DÉBA alcool/drogues est très utilisé par les intervenants en toxicomanie. Il était nécessaire de colliger les données en rapport avec la consommation d'alcool et de drogue du participant afin d'établir la justesse du diagnostic et de s'assurer qu'il n'y ait pas de perturbations induites par l'abus de substances toxiques. Les questionnaires ont été cotés selon le manuel d'utilisation DÉBA alcool/drogues.

Échelle d'impulsivité de Barratt

Cette échelle est utilisée pour mesurer l'aspect moteur et l'aspect cognitif de l'impulsivité. Une version française validée de la *Barratt Impulsivity Scale-10* (BIS-10) a été utilisée (Bayle et al., 2000). Cette échelle d'impulsivité est très utilisée dans le domaine de la recherche sur les troubles de la personnalité (Bayle et al., 2000). L'instrument comporte trois facteurs distincts qui, selon Barratt et Stanford (1995),

correspondent à l'impulsivité motrice, à l'impulsivité cognitive et la difficulté de planification ou d'anticipation. Différents travaux de recherche effectués sur des participants identifiés comme étant cliniquement impulsifs ont permis de vérifier la validité de critère (Kelly et al., 1992; Luengo, Carillo-de-la-Pena, Otero, & Romero, 1994).

La BIS-10 comporte 34 questions. Le participant répond aux questions présentées sur une échelle de type Likert comprenant les valeurs suivantes : 0, 1, 3 ou 4 dans un sens croissant ou décroissant. Suivant l'administration de l'instrument, un résultat global, somme de tous les items, est calculé. Le résultat global peut être réparti en 3 facteurs : (1) manque de planification (2) impulsivité motrice (3) impulsivité cognitive. Le facteur évaluant le manque de planification comporte 12 items et traite de l'impulsivité de façon globale sur le fonctionnement de la personne en lien avec la «notion d'avenir» (Bayle et al., 2000). Dans le présent mémoire, la capacité de planification sera estimée à l'aide du test de la Tour de Londres plus particulièrement. Le deuxième facteur, mesurant l'impulsivité motrice, comporte 11 items qui évaluent l'aspect comportemental de l'impulsivité. Le troisième facteur est relatif aux difficultés dans la réalisation de tâches et au jugement de ses propres capacités intellectuelles et cognitives. Il mesure l'impulsivité cognitive et comporte 11 items. L'intercorrélation moyenne des trois facteurs est de 0,34. Les échelles ont été cotées selon le manuel d'utilisation et les normes de la BIS-10.

Tour de Londres

La Tour de Londres est l'instrument de mesure utilisé comme complément à la BIS-10 pour compléter l'évaluation des aspects cognitifs et moteurs de l'impulsivité, soit par la résolution de problèmes (Shallice, 1982). Cet instrument, très utilisé en neuropsychologie, s'administre individuellement et est destiné à estimer la capacité de résolution de problème, en particulier la capacité de planification. L'épreuve de base comprend 12 problèmes. Le participant doit déplacer, sur une structure de bois, trois cylindres de différentes couleurs, insérées sur des tiges afin de reproduire une configuration particulière à partir d'une position de départ dans un nombre prédéterminé de déplacements. L'administration dure de 10 à 15 minutes.

Le logiciel Cogitex a été utilisé lors des premières rencontres avec les participants pour l'administration du test de la Tour de Londres. Présenté de la même façon que l'épreuve de base, (l'épreuve de base étant décrite dans la section Mesure de l'impulsivité cognitive et motrice - Tour de Londres,) il suffit de se servir d'une manette de jeu d'ordinateur (*joystick*) afin de déplacer des cercles de couleur bleue, rouge et verte apparaissant à l'écran de l'ordinateur. De cette manière, il a d'abord été considéré que l'administration des instruments serait simplifiée, impliquant une diminution de la manipulation par l'assistante de recherche. Toutefois, le boulier classique en bois a été utilisé, à la place de la présentation informatisée du test dès la passation du troisième participant. Ce changement a été effectué en raison des complications qu'amenait la passation par logiciel, notamment lorsque les participants devaient manipuler la manette,

ainsi que lorsque l'assistante de recherche devait noter les temps. En effet, le temps laissé entre chaque problème présenté était insuffisant pour noter toutes les mesures, notamment la planification et le temps de manipulation. L'évaluation a ensuite été réalisée, pour tous les autres participants, à l'aide du boulier classique et les problèmes à résoudre ont été présentés à l'aide d'un carnet de carton.

Il existe une distinction évidente entre contrôler le déplacement de boules sur un écran d'ordinateur avec une manette de jeu (pour les trois premiers participants) et déplacer réellement des cylindres sur une base en bois (pour les autres participants). Cette différence dans l'administration de la Tour de Londres aurait pu influencer les résultats finaux à cette épreuve. Ceci n'impliquait toutefois pas de perturbation dans la planification exécutive de la part du participant. Les résultats de l'analyse statistique vérifiant la présence d'une différence significative entre les deux méthodes d'administration sont exposés dans la section résultats.

Un chronomètre manuel (Timex triathlon avec 10 mémoires) a été utilisé afin de mesurer la durée de la période de planification, la durée de la période de manipulation du premier cylindre et le temps total de réalisation d'un problème. Cette prise en considération du temps de planification, qui a été introduite pour cette expérimentation, correspond au délai entre la présentation du problème sur le carnet et la saisie du premier cylindre. Ce temps de planification devrait être associé à l'aspect cognitif de l'impulsivité. Le temps moteur correspond au délai entre la saisie du premier cylindre et

le dépôt de ce cylindre sur un autre bâtonnet. Ce temps moteur est utilisé comme indice de l'impulsivité motrice surtout s'il survient très précocement suivant l'exposition du problème et d'exécution rapide. Le temps total correspond au temps mis afin de terminer un problème. Dans le contexte de ce mémoire, l'utilisation de la Tour de Londres permet d'estimer l'impulsivité cognitive et en somme la capacité de planification. Le temps s'écoulant entre la présentation du problème et le premier mouvement, le temps dit de planification, serait un indicateur de l'impulsivité cognitive et d'une limite à la planification, si le temps de planification s'écoulant entre la présentation du problème et le premier mouvement moteur (qui consiste à saisir le premier cylindre) est bref et conduit plus probablement à un échec du problème. Une impulsivité motrice sévère, sous la forme d'une désinhibition motrice, équivalente à un comportement d'utilisation impulsif, devrait être observable si le participant émet l'action motrice de préhension du premier cylindre avant même l'exposition du problème ou simultanément à celui-ci. Il devient alors possible de discriminer l'impulsivité sévère purement motrice de l'impulsivité cognitive à même l'expression du geste moteur.

Description du matériel. L'utilisation de la Tour de Londres requiert du matériel comprenant certaines caractéristiques spécifiques. Ce matériel est composé d'une base en bois de 15 cm de long par 5 cm de large par 2 cm de haut, auquel est fixé trois tiges à 2,5, 7,5 et 12,5 cm du bord latéral gauche. Les trois tiges sont de longueurs différentes, de gauche à droite. Celle de gauche mesure 13 cm, celle du centre 9 cm et celle de droite 4,5 cm. Trois cylindres de couleur rouge, verte ou bleue percés au centre peuvent glisser

sur chaque bâtonnet. Chaque cylindre mesure 4,5 cm de haut et 3 cm de diamètre, de sorte que trois cylindres peuvent tenir sur le bâtonnet de 13 cm, deux sur celui de 9 cm et un seul sur celui de 4,5 cm.

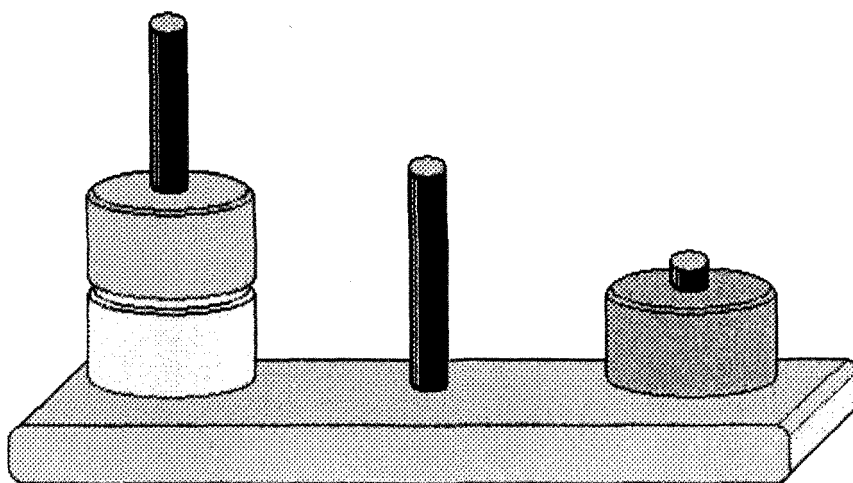


Figure 1. La Tour de Londres.

L'épreuve comprend 3 problèmes de familiarisation et ensuite les 12 problèmes de test sont présentés à l'aide d'un carnet. Chaque page du carnet de 15 cm de long par 10,5 cm de large est cartonné. Sur la première page, à gauche la position de départ des cylindres. Sur les autres pages, à droite figurent les problèmes de familiarisation ou les problèmes de test, de même que le nombre de déplacements des cylindres autorisés afin de réussir un problème. Pour chacun des 12 problèmes, il y a trois essais possibles. Le participant dispose toujours de la position de départ à gauche, la position d'arrivée à droite et le nombre exact de déplacements des cylindres pour chaque problème.

Inventaire de personnalité NEO-PI-Révisé

Cet instrument évalue la personnalité selon le *Five Factor Model*. Chaque facteur correspond à cinq domaines : le névrosisme (N), l'extraversion (E), l'ouverture (O), l'agréabilité (A) et la conscience (C). Chacun de ces domaines comprend six facettes spécifiques. Le temps d'administration de l'inventaire varie de 30 à 45 minutes. Les tests ont été cotés selon le manuel d'utilisation et les normes européennes du NEO-PI-R. Ce point sur les normes sera discuté plus bas.

Le questionnaire est utilisé afin d'évaluer l'impulsivité affective à l'aide des facettes suivantes : soit : N2 : Colère-Hostilité, N5 : Impulsivité, N6 : Vulnérabilité, E5 : Recherche de sensations, O3 : Ouverture aux sentiments et A4 : Compliance. Ces facettes ont été associées à l'impulsivité affective en raison des divers aspects émotifs qu'elles abordent pouvant représenter ce type d'impulsivité. En effet, Costa et McCrae (1992) identifient la facette Colère-Hostilité (N2) comme représentant «la tendance à ressentir de la colère et des émotions du même ordre que la frustration et l'amertume» (p.18). La facette Impulsivité (N5) représente «l'incapacité à maîtriser ses désirs et ses besoins.» (p.19). Costa et McCrae (1992) indiquent aussi le lien entre la facette N5 et la tolérance à la frustration. La facette Vulnérabilité (N6) est abordée par Costa et McCrae (1992) comme étant liée au stress et à la façon de le gérer : «Les sujets qui ont des notes élevées à cette échelle (...) deviennent dépendants et désespérés ou ils paniquent quand ils se trouvent dans des situations problématiques.» (p.19). La facette Recherche de

sensations (E5) réfère au «...besoin impérieux d'animation et de stimulation.» (Costa & McCrae, 1992, p.19). La facette d'Ouverture aux sentiments (O3) aborde la réceptivité aux sentiments et aux émotions, ainsi que la reconnaissance de ceux-ci, alors que la facette Compliance (A4) tente d'établir les caractéristiques reliées aux conflits interpersonnels et l'inhibition de l'agressivité (Costa & McCrae, 1992). Pally (2002) décrit d'ailleurs l'impulsivité émotionnelle comme une instabilité équivalente à une labilité des affects, c'est donc en fonction de la particularité émotionnelle commune que les facettes mentionnées et décrites sont retenues comme mesure de la labilité ou l'impulsivité émotionnelle. Deux autres facettes (C2 : Ordre et C6 : Délibération) sont utilisées comme mesures de l'impulsivité cognitive. La description de ces facettes correspond à la définition de l'impulsivité cognitive, notamment en ce qui a trait à la résolution de tâche, le jugement et la prise de décision (Glicksohn, Leshem, & Aharoni, 2006). Ensuite, l'ensemble du questionnaire est utilisé à titre exploratoire, au sens où les autres facettes que comprend le NEO-PI-R ne sont pas associées à l'un des trois aspects de l'impulsivité, mais ces autres facettes sont analysées afin d'explorer un lien potentiel avec l'impulsivité qui ne serait pas déjà objet d'une hypothèse.

Récemment, des échelles de validité ont été construites et plusieurs études ont démontré que le NEO-PI-R mesure efficacement les facteurs de la personnalité (Morey et al., 2002). Selon Costa et ses collaborateurs (1991), les cohérences internes du NEO-PI-R s'étendent de 0,56 à 0,81, les valeurs sont acceptables pour des échelles constituées de 8 items seulement. Les échelles à 48 items (facteurs) ont des coefficients plus élevés

qui s'étendent de 0,86 à 0,92 (Costa, McCrae, & Dye, 1991). Une étude de McCrae et Costa (1983) évalue la fidélité test-retest des échelles du NEO-PI-R sur un échantillon de 31 participants. Les scores de fidélité des facettes s'étendent de 0,66 à 0,92 alors que les fidélités des facteurs N, E et O sont de 0,87, 0,91 et 0,86 respectivement (McCrae & Costa, 1983). La fidélité test-retest estimée sur une courte période n'a pas été bien étudiée pour le NEO-PI-R. La fidélité test-retest pour la stabilité à long terme a été étudiée. En effet, une étude longitudinale de 6 ans réalisée sur les échelles N, E et O a montré des coefficients qui s'étendaient de 0,68 à 0,83 et des coefficients test-retests estimés sur trois ans s'échelonnaient de 0,63 à 0,79 pour les versions courtes des domaines A et C (Costa & McCrae, 1988). Costa, McCrae et Dye (1991) ont effectué une analyse factorielle des 240 items du NEO-PI-R, 5 facteurs ont été extraits par analyse en composantes principales avec rotation varimax et ceux-ci correspondaient clairement aux 5 facteurs.

La cotation de l'instrument a été réalisée avec des normes européennes. La population québécoise se rapprocherait davantage de la population européenne que de la population américaine dans les normes du NEO-PI-R. En termes d'expression des caractéristiques de la personnalité, sur une base culturelle, la population européenne serait plus proche de la population québécoise. L'utilisation de normes européennes risque de limiter l'induction d'un biais ou d'une distorsion concernant l'expression de la psychopathologie. Une différence significative a été décelée entre les normes américaines et européennes. En effet, lorsque les scores *t* provenant des normes

européennes sont soustraits des scores t provenant des normes américaines, il y a un écart indiquant une différence entre les populations. Les normes américaines semblent surestimer la psychopathologie lorsqu'appliquées à une population européenne. La structure normative la plus adéquate serait celle de la population européenne, puisque cette différence entre les normes américaines et européennes prend beaucoup d'importance lorsqu'il s'agit d'estimer les niveaux de psychopathologie. En somme, les normes américaines risquent de surestimer la psychopathologie auprès des cultures d'inspiration européennes. L'utilisation de normes européennes chez une culture franco-américaine, d'inspiration latine, permet de réduire le risque de détection de faux-positifs ou de faux-négatifs. Ceci justifiant le choix d'appliquer les normes européennes auprès d'une population québécoise (Craig, 2005).

Les questionnaires ont été reprographiés avec l'autorisation de *Psychological Assessment Resources Inc.*, l'organisme détenant les droits d'auteurs du NEO-PI-R. La présentation générale du NEO-PI-R a dû être modifiée afin de mettre la feuille réponse sur le questionnaire. Les cases à cocher étaient clairement identifiées et reliées à chaque item, ceci réduisant ainsi la possibilité d'erreurs de transcription. Si la feuille réponse avait été laissée en annexe du questionnaire, il aurait été plus probable d'observer un décalage dans les réponses des participants, cela ayant pour conséquence d'invalider les résultats du questionnaire.

Échelle de désespoir de Beck

L'échelle de désespoir de Beck (*Hopelessness Scale*) (Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974) est utilisée à titre exploratoire, afin de vérifier l'impact du pessimisme et du désespoir sur la survenue de gestes parasuicidaires. La version française validée a été utilisée (Bouvard, Charles, Guérin, & Aimard, 1992). L'Échelle de désespoir consiste en 20 items répondus par vrai ou faux. Ce questionnaire est employé comme une mesure auto-rapportée du pessimisme et du désespoir. Le questionnaire a été coté selon le manuel d'utilisation et les normes de l'Échelle de désespoir.

Déroulement

Des autorisations déontologiques ont été obtenues des comités institutionnels d'éthique et de déontologie de l'Université du Québec à Chicoutimi et du Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard. Suivant le recrutement, les participants ont été rencontrés et invités à lire le formulaire de consentement puis le signer en présence de l'assistante de recherche. Ce même formulaire de consentement a été reproduit en deux copies signées par le directeur de la recherche, puis la responsable de la recherche. Une des deux copies a été remise aux participants. Après l'obtention du consentement éclairé du participant, ce dernier a été rencontré à une seule reprise, pour une durée de 60 à 90 minutes afin de procéder à la collecte des données. Le protocole sera décrit dans les paragraphes suivants.

Le questionnaire sociodémographique est complété par le participant avec l'aide de l'assistante de recherche. Cette aide consistait à lire les questions puis à noter les réponses des participants sur le questionnaire. Cette stratégie a été mise en place afin de s'assurer que le questionnaire a été complété dans son intégralité. Le questionnaire DÉBA alcool/drogues est aussi administré avec l'aide de l'assistante de recherche.

Par la suite, la BIS-10 a été complétée par les participants selon cette consigne :

« Les gens agissent et réfléchissent différemment devant des situations variées. Ce questionnaire a pour but d'évaluer certaines de vos façons d'agir et de réfléchir. Lisez chaque énoncé et remplissez la case appropriée sur la droite de la page. Ne passez pas trop de temps sur chaque énoncé. Répondez vite et honnêtement. »

L'échelle de désespoir de Beck a également été complétée par les participants de manière auto-rapportée. La consigne étant la suivante :

« Veuillez attribuer à chacune des affirmations suivantes la caractéristique vrai ou faux en fonction de la manière dont vous vous êtes senti(e) depuis _____ . »

Les participants répondaient au questionnaire en se basant sur l'état émotionnel général ressenti au cours de la dernière année.

L'épreuve de la Tour de Londres était ensuite administrée. La consigne était celle-ci :

« La tâche consiste à reproduire le modèle présenté sur le carnet à gauche, à partir du modèle de base indiqué à droite de ce même carnet. Il y a

ici trois cylindres de couleur vert, rouge et bleu, vous les voyez bien? Avez-vous un problème connu quant à la reconnaissance des couleurs? Bien, poursuivons. Vous devez alors placer les cylindres du modèle numéro un (à droite) au modèle numéro deux (présenté à gauche) en vous servant d'une seule main et déplacer un seul cylindre à la fois. Quelle est votre préférence manuelle, gauche ou droite? »

Si le participant est gaucher, alors le modèle en bois est inversé. La même chose est faite pour le modèle en version informatique, c'est-à-dire que la manette de jeu est prise de l'autre sens par le participant. Un chronomètre servait à mesurer, au centième de seconde, le délai entre l'exposition du problème et le premier mouvement du participant, c'est-à-dire, du moment où il prend connaissance du problème jusqu'à ce qu'il saisisse le premier cylindre. Le deuxième temps qui doit être considéré est celui du déplacement du premier cylindre (le participant déplace le premier cylindre de son endroit initial sur un bâtonnet puis l'installe sur un autre bâtonnet, selon son choix). Ainsi le deuxième temps, le temps moteur, qui correspond au premier mouvement est considéré. Le troisième temps consiste au temps total utilisé par le participant afin de terminer un problème. Cette démarche est répétée pour chaque problème et essai de la Tour de Londres.

L'inventaire de personnalité NEO-PI-R a ensuite été administré. La consigne était celle-ci :

« Ce questionnaire contient 240 affirmations. Lisez chacune d'elles soigneusement. Pour chaque affirmation, cocher sur la feuille de réponse la case qui correspond le mieux à votre opinion. Si vous avez des questions, marquez les énoncés d'un X et je viendrai environ à toutes les 10 minutes pour vérifiez avec vous si tout est clair et répondre à vos questions. Il n'y a pas de « bonnes » ou de « mauvaises » réponses, et vous n'avez pas besoin d'avoir une compétence particulière pour remplir ce questionnaire. Le but de ce

questionnaire sera atteint si vous vous décrivez vous-même et si vous exprimez vos opinions aussi exactement que possible. Répondez pour chaque phrase. »

Certaines phrases de la consigne ont été retirées en raison des modifications apportées à la feuille de réponse tel que mentionné auparavant dans la partie traitant de cet instrument de mesure. Ces consignes retirées étaient :

« Écrivez sur la feuille de réponse ci-jointe votre nom dans la case prévue à cet effet. Indiquez votre âge, votre sexe en cochant la case appropriée sous la rubrique « Sexe ». Indiquez la date et votre numéro d'identification, si on vous en a attribué un. Écrivez « moi-même » dans la case marquée « personne décrite », puisque vous allez vous décrire vous-même. Écrivez votre âge et marquez une croix dans la case S dans l'espace « Forme ». »

Ces consignes avaient comme objectif de rassembler certains éléments déjà recueillis par l'assistante de recherche lors de l'administration du questionnaire socio-démographique. Les autres consignes qui ont été éliminées étaient des directives concernant la feuille de réponse, cette feuille ayant été modifiée et placée directement sur le questionnaire dans le contexte de cette présente étude.

Plusieurs participants ont répondu au questionnaire simultanément, mais dans différents locaux. L'assistante de recherche pouvait passer d'un local à un autre pour vérifier le déroulement de l'administration auprès de chacun des participants.

La plupart des participants se sont présentés au jour et à l'heure convenue, ceci facilitant le travail de l'assistante de recherche. Ces derniers se sont montrés intéressés

par leur contribution à cette recherche et plusieurs ont mentionné qu'ils se sentaient directement concernés par les travaux de recherche sur le TPL.

Le Tableau 1 indique les instruments de mesure choisis et les caractéristiques essentielles retenues en lien avec l'impulsivité motrice, cognitive ou affective. Les instruments sont classés en deux catégories, soit les mesures primaires et les mesures secondaires. La première catégorie sert à identifier le plus concrètement possible les facteurs directement liés à chaque type d'impulsivité. La seconde catégorie, les mesures secondaires, sont plus globalement liées aux trois formes d'impulsivité, mais sont étudiées comme un complément pouvant élaborer la mesure primaire.

Tableau 1

Caractéristiques des instruments de mesure soumis aux participants

	Mesures primaires	Mesures secondaires
BIS-10	<ul style="list-style-type: none"> - facteur d'impulsivité motrice (11 items) évaluant la dimension comportementale de l'impulsivité; - facteur d'impulsivité cognitive (11 items) relatif aux difficultés dans la réalisation de tâches 	<ul style="list-style-type: none"> - facteur manque de planification (12 items)
Tour de Londres	<ul style="list-style-type: none"> -Temps de planification : Intervalle de temps que met le participant à observer le problème sur le carnet, depuis la soumission de ce problème et jusqu'à ce qu'il saisisse le premier cylindre. Ce temps de planification devrait être associé à l'aspect cognitif de l'impulsivité. -Temps moteur : Le temps de manipulation du premier cylindre. Ce temps moteur est utilisé comme indice de l'impulsivité motrice. 	<ul style="list-style-type: none"> -Résultat au score de planification : Nombres de problèmes réussis au premier essai - Temps total : Délai entre la présentation du problème et la fin de l'exécution.
NEO-PI-R	<ul style="list-style-type: none"> - N2 : Colère-Hostilité : Ressentir de la colère et des émotions - N5 : Impulsivité : Incapacité de maîtriser ses désirs et ses besoins - N6 : Vulnérabilité : Vulnérabilité au stress - E5 : Recherche de sensations : Besoin d'animation et de stimulation - O3 : Ouverture aux sentiments : Façon d'être réceptif à ses propres sentiments et émotions - A4 : Compliance : Réactions caractéristiques aux conflits interpersonnels - C2 : Ordre : Façon de s'organiser, s'ordonner et se soigner - C6 : Délibération : Tendance à bien réfléchir avant d'agir 	<ul style="list-style-type: none"> - L'ensemble des facteurs N, E, O, A et C
Échelle H	Ne s'applique pas.	Score Total

Résultats

La présentation des résultats se divise en trois sections. La première section consiste en une description de l'échantillon, selon les données sociodémographiques obtenues. La deuxième section confronte les résultats obtenus par les instruments de mesure aux hypothèses à l'aide de tests statistiques non-paramétriques. Cette section compare les résultats, différenciés selon la présence ou l'absence de gestes parasuicidaires, sur les variables pertinentes issues des instruments de mesure. Ces analyses avaient comme objectif de déterminer si le comportement parasuicidaire est lié à l'impulsivité, soit dans son aspect cognitif, moteur ou affectif. La troisième section traite des résultats en lien avec les autres mesures et les variables exploratoires, suivront ensuite les résultats des analyses statistiques liés à la question de recherche qui porte sur l'automutilation chez les femmes avec un TPL.

Description de l'échantillon

Répartition selon le genre

L'échantillon comprend 22 participants, dont 20 femmes et 2 hommes. La différence entre le nombre de femmes et d'hommes s'explique par le fait que les femmes reçoivent plus fréquemment le diagnostic de TPL que les hommes (Bjorklund, 2006), mais aussi que les hommes ont tendance à moins demander d'aide que les femmes, notamment pour une problématique de santé mentale (Addis & Mahalik, 2003). L'âge

moyen des participants est de 39,2 ans ($\acute{E}T= 9,37$). L'âge moyen des femmes est de 39,35 ans ($\acute{E}T= 9,09$) et celui des deux hommes est de 37,5 ans ($\acute{E}T= 16,44$). L'âge des participants ne présente aucune différence statistiquement significative selon la présence ou non de gestes parasuicidaires.

Scolarité

Pour l'ensemble des participants, le nombre moyen d'années de scolarité est de 9,4 ($\acute{E}T= 3,62$). Un seul participant (1/22) a abandonné l'école primaire, alors que la moitié des participants (11/22) auraient partiellement (6/22) ou totalement complété (5/22) des études secondaires. Cinq participants (5/22) ont poursuivi au niveau collégial et de ce nombre, quatre (4/22) ont complété leur programme d'études. Cinq participants (5/22) ont entrepris des études universitaires selon diverses options de formation, notamment en éducation, en agriculture-environnement, en orientation et en administration. Trois participants sur ces cinq (3/5) ont terminé le programme amorcé.

Position dans la fratrie

Six participants (6/22) indiquent être l'aîné de leur famille, alors que 9/22 affirment être second dans la fratrie. Le troisième rang est occupé par 3 participants (3/22) alors que 2 participants (2/22) occupent le quatrième rang ou suivant.

Médication

Tous les participants sont polymédicamentés et reçoivent une médication psychotrope. Le nombre moyen de médicaments distincts prescrits pour chaque participant est de 3,5 ($\text{ÉT} = 2,24$) et le nombre moyen de médicaments psychotropes prescrits par personne est de 3 ($\text{ÉT} = 1,57$). Deux participants sont traités avec le Nozinan. En premier lieu, il s'agit d'un neuroleptique classique, qui bloque moins fortement les récepteurs dopaminergiques que les autres médicaments neuroleptiques classiques. En conséquence, le Nozinan agit moins fortement sur la motricité. En second lieu, la présence des deux participants dans l'échantillon est acceptée en raison du faible dosage de cette médication, respectivement de 25 mg et 50 mg. En troisième lieu, le Nozinan est généralement utilisé comme anxiolytique lorsque la dose prescrite est de 50 mg ou moins (Bezchlibnyk-Butler & Jeffries, 2000). Le critère d'exclusion ne s'applique donc pas pour ces deux participants, puisque la dose prescrite n'induit pas de ralentissement moteur. Le tableau 2 présente le type de médication prescrite et la proportion de participants qui consomment chaque type de médicament.

Tableau 2

Proportion du type de médication prescrite

Type de molécule	Nombre de participants (<i>N</i>)	Pourcentage (%)
Antidépresseur	21	95,5%
Anxiolytique	15	68,2%
Stabilisateur thymique	5	22,7%
Neuroleptique	21	95,5%
Narcotique opiacé	2	9,1%

Histoire de troubles neurologiques

Les participants relatant des accidents ayant pu entraîner des séquelles neurologiques mineures ou modérées sont toujours dans l'échantillon. Le critère d'exclusion concernant l'histoire de trouble neurologique s'adresse aux troubles majeurs. Trente-six pour cent des participants (8/22), rapportent des antécédents neurologiques. Des accidents sont le plus souvent rapportés : un accident de voiture, accidents survenus lors de l'enfance (porte refermée sur l'enfant, fracture du crâne survenue lors de l'enfance et blessure à la tête sans plus de précisions de la part du participant). Outre les accidents rapportés, certains participants mentionnent des troubles épileptiques, des abus physiques ainsi qu'une « fragilité neurologique » sans en préciser l'origine. L'effet de ces accidents et autres événements rapportés par les participants a été contrôlé par une statistique U de Mann-Whitney. Ce contrôle démontre que les histoires probables de trouble neurologique relatées par les participants n'ont pas d'effet sur leur performance lors de la passation. Ainsi, le groupe de participants qui rapporte des problématiques au point de vue neurologique ne se démarque pas des autres participants ne rapportant aucune histoire de troubles neurologiques.

Durée du suivi thérapeutique en clinique et hors clinique

Les participants rapportent poursuivre leur traitement en thérapie individuelle spécialisée en moyenne depuis 20,5 semaines ($\bar{ET}= 19,61$). Le nombre de semaines de thérapie est équivalent entre les groupes avec et sans parasuicide. Le test U de Mann-Whitney est non-significatif. Parmi ceux-ci, 9/22 disent recevoir des services provenant

d'intervenants externes qui sont identifiés comme étant des médecins, des psychiatres, des psychologues, des intervenants de CLSC, des intervenants en centres jeunesse. D'autres intervenants proviennent d'organismes communautaires et fournissent, entre autres, un support en thérapie cognitive. La durée de l'engagement avec les intervenants externes varie de quelques mois à plusieurs années. En moyenne, la durée de ces suivis externes est de 3,38 ans. L'effet de ce facteur a été contrôlé par une statistique U de Mann-Withney et démontre que cet aspect n'a pas d'influence.

Problèmes d'attention

Dix participants sur 22 (10/22) (45.5%) mentionnent avoir éprouvé des problèmes d'attention dans leur enfance. Huit participants (8/22) mentionnent avoir actuellement un problème d'attention. Mais il s'avère qu'une proportion de ces huit participants n'aurait pas eu de problématique par rapport à l'attention dans l'enfance. Par contre, les participants indiquant avoir eu ce type de problématique dans l'enfance mentionnent que cela n'est plus présent à l'âge adulte.

Utilisation de substances illicites non-prescrites

Dans la présente expérimentation, l'instrument DÉBA alcool/drogues a permis d'identifier 2 types de consommateurs, soit les individus abstinents et les individus pour qui la consommation représente seulement de faibles risques. Les résultats démontrent qu'il n'y a pas de consommateurs réguliers et abusifs de drogues dures. Il y a quelques consommateurs modérés d'alcool.

Tous les participants ont nié consommer des substances sédatives lorsqu'ils ont été interrogés à ce propos. Toutefois, une minorité (3/22) se démarque lorsqu'il s'agit de consommation quasi-quotidienne de cannabis. Deux participants rapportent une consommation restreinte (moins d'une fois par mois) de ce type de drogue. De ce nombre, 1 participant sur 22 aurait développé un problème relié à la consommation de cannabis. Parmi tous les participants, 2/22 affirment consommer soit du « *PCP* » environ une fois par mois ou encore du « *speed* », mais cette fois sur une base plus régulière, c'est-à-dire 1 à 2 fois par semaine. La consommation de substances illicites ne représente pas une caractéristique majeure de cet échantillon, puisque seulement une minorité affirme en consommer régulièrement. D'après les observations aucun des participants n'avait consommé ou ne semblait en état d'ébriété lors de l'expérimentation.

Les résultats quand aux habitudes de consommation d'alcool ne démontrent aucune consommation problématique. Parmi les participants, dix (10/22) mentionnent ne jamais consommer d'alcool et 9/22 indiquent que leur consommation d'alcool se situe à moins d'une fois par mois selon une quantité qui n'atteint pas un seuil d'intoxication sévère. Un seul participant affirme consommer de l'alcool deux à trois fois par mois et finalement deux participants rapportent consommer de l'alcool trois fois et plus par semaine. Selon le DÉBA alcool/drogues administré auprès de cet échantillon,

il est observé que ces habitudes de consommation ne peuvent être considérées comme problématiques.

Sous-groupes identifiés par la présence ou l'absence de gestes parasuicidaires

Sur 22 participants, 12 ont répondu par l'affirmative à la 18^e question du questionnaire sociodémographique : « Au cours des six derniers mois, avez-vous posé consciemment des gestes portant atteinte à votre intégrité corporelle dans le but de vous blesser ou de causer la mort? ». Quatre d'entre eux ont posé 1 geste, 4 autres ont posé 2 gestes, 1 participant a posé 3 gestes, 1 participant a posé 4 gestes et 2 participants ont posé 5 gestes auto-dommageables dans les six derniers mois. Ces gestes auto-dommageables étaient ainsi décrits : intoxication médicamenteuse, intoxication à l'alcool (ou les deux à la fois [intoxication médicamenteuse + intoxication alcool]), automutilation, lacération des veines, lacération de la peau.

Résultats à l'entrevue diagnostique pour le trouble de personnalité limite

Tous les participants ont un diagnostic psychiatrique de TPL. L'entrevue diagnostique DIB-R a été utilisée afin d'appuyer ce diagnostic, ainsi 16 participants sur 22 ont répondu au questionnaire et ont obtenu un score égal ou supérieur à 7 sur 10, ce qui souligne la présence d'un TPL. Le score moyen est de 8,6 et l'écart-type est de 1,17. Des 6 participants restants, 5 n'ont pas eu cette entrevue diagnostique avec le DIB-R et

1 participant n'a pas complété l'entrevue. Ces participants ont tout de même été inclus car le diagnostic de TPL a été posé auparavant par un médecin psychiatre.

Comparaison des méthodes d'administration du test de la Tour de Londres

La Tour de Londres a été administrée de deux manières différentes au cours de l'expérimentation. La première façon d'administrer ce test a été réalisée à l'aide d'un système informatisé et la deuxième façon par le biais de l'utilisation d'un boulier standard. Cette présentation avec le boulier standard est attribuable à la difficulté à noter les temps de planification et d'exécution des problèmes avec la version informatisée. En effet, le rythme de présentation des problèmes ne laissait qu'environ 10 secondes pour noter les données nécessaires, ce qui s'est avéré insuffisant. La comparaison statistique des résultats à la Tour de Londres entre les deux formes d'administration s'est révélée non-significative sur l'ensemble des variables pour cet échantillon.

Vérification des hypothèses de recherche

Analyse des résultats obtenus aux questionnaires et aux tâches motrices

Afin de procéder aux analyses des résultats obtenus aux questionnaires et tâches motrices, le test U de Mann-Withney de même que le test de Kruskal-Wallis ont été utilisés. Ces tests non-paramétriques ont été utilisés en raison de la faible taille de l'échantillon et aussi afin de réduire l'impact des données provenant de scores extrêmes (Howell, 1998).

Il est important de noter que l'échantillon soumis à l'analyse est particulier car fortement déséquilibré selon le genre, il comprend 20 femmes et seulement 2 hommes. Il demeure possible que les deux hommes soient en fait générateurs de bruits dans les données par leur seule présence. Toutes les analyses de cette section ont, en conséquence, été faites avec et sans les deux hommes. Cette manipulation ne modifie en aucun cas les résultats des tests statistiques. En conséquence, les résultats des analyses statistiques présentées dans cette section incluent les deux hommes puisque leur impact statistique est nul.

Première hypothèse: La première hypothèse prévoit que l'impulsivité motrice sera plus élevée parmi les participants présentant un TPL avec épisodes de parasuicide comparativement à ceux sans épisode de parasuicide. Pour vérifier cette hypothèse, le test U de Mann-Whitney a été effectué sur une variable de la BIS-10, soit la variable d'impulsivité motrice en fonction de la présence ou de l'absence de parasuicide. Les tests non-paramétriques ont ensuite été effectués sur les données se rapportant aux temps moteurs moyens et médians (temps de manipulation du premier cylindre) de la Tour de Londres.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative observée entre les participants avec un TPL selon la présence ou l'absence de parasuicides au score moteur de la BIS-10 ($U= 56,0$ et $Z= -0,264$). Un résultat similaire est observé lors de la manipulation du premier cylindre des trois essais aux problèmes de la Tour de Londres.

(Temps moyens : Essai 1 : $U= 34,0$ et $Z= -1,714$, Essai 2 : $U= 39,5$ et $Z= -1,031$, Essai 3 : $U= 20,0$ et $Z= -1,217$). Temps médians : Essai 1 : $U= 50,0$ et $Z= -0,660$, Essai 2 : $U= 39,0$ et $Z= -1,067$, Essai 3 : $U= 20,0$ et $Z= -1,217$). Ainsi, il n'est pas possible de confirmer la première hypothèse et de conclure qu'il existe une implication significativement plus élevée de l'impulsivité motrice chez les personnes présentant un TPL avec épisodes de parasuicide. Les Tableaux 3 et 4 présentent respectivement les résultats au facteur d'impulsivité motrice à la BIS-10 et les résultats des temps moteurs moyens à la Tour de Londres.

Tableau 3

Résultats à la BIS-10 moteur

Variable de la BIS-10	SANS parasuicide <i>M</i> et <i>N</i>	AVEC parasuicide <i>M</i> et <i>N</i>	Valeur <i>U</i>	<i>p</i>	Valeur <i>Z</i>
BIS Moteur	$M=20,10$ ($N=10$)	$M=22,58$ ($N=12$)	56,0	0,40 (n.s).	-0,264

Note. *M* = moyenne. *N* = taille de l'échantillon. (Test bilatéral)

* $p < 0,05$

Tableau 4

Temps moteurs moyens à la Tour de Londres

Variabes de la Tour de Londres	SANS parasuicide <i>M</i> et <i>N</i>	AVEC parasuicide <i>M</i> et <i>N</i>	Valeur <i>U</i>	<i>p</i>	Valeur <i>Z</i>
Temps moteur moyen Essai 1	<i>M</i> =1,47 (<i>N</i> =10)	<i>M</i> =1,15 (<i>N</i> =12)	34,0	0,086 (n.s.)	-1,714
Temps moteur médian Essai 1	<i>M</i> =1,13 (<i>N</i> =10)	<i>M</i> =0,91 (<i>N</i> =12)	50,0	0,509 (n.s.)	-0,660
Temps moteur moyen Essai 2	<i>M</i> =1,96 (<i>N</i> =9)	<i>M</i> =2,44 (<i>N</i> =12)	39,5	0,303 (n.s.)	-1,031
Temps moteur médian Essai 2	<i>M</i> =0,91 (<i>N</i> =9)	<i>M</i> =2,05 (<i>N</i> =12)	39,0	0,286 (n.s.)	-1,067
Temps moteur moyen Essai 3	<i>M</i> =1,41 (<i>N</i> =9)	<i>M</i> =0,81 (<i>N</i> =7)	20,0	0,223 (n.s.)	-1,217
Temps moteur médian Essai 3	<i>M</i> =1,41 (<i>N</i> =9)	<i>M</i> =0,81 (<i>N</i> =7)	20,0	0,223 (n.s.)	-1,217

Note. *M* = moyenne. *N* = taille de l'échantillon. (Tests bilatéraux)

**p*<0,05

Seconde hypothèse: Cette hypothèse prévoit que l'impulsivité cognitive sera plus élevée parmi les participants présentant un TPL avec parasuicide comparativement à ceux sans parasuicide. Afin de vérifier cette hypothèse, des tests *U* de Mann-Whitney ont été effectués sur les résultats d'impulsivité cognitive et de non-planification, de même que le résultat total de la BIS-10, en fonction de la présence ou non de parasuicide. Des tests non-paramétriques *U* de Mann-Whitney ont ensuite été effectués sur le temps de planification lors des essais aux problèmes de la Tour de Londres. Cette mesure est un indicateur de la résistance à la réponse impulsive lors d'une tâche qui exige une planification préalable, de même que de la capacité de contrôle de l'impulsivité. Le même type de tests (*U* de Mann-Whitney) a aussi été effectué sur deux

facettes du NEO-PI-R, soit C2 (Ordre) et C6 (Délibération), qui selon leur description, correspondent à l'aspect cognitif de l'impulsivité. Ces analyses ont aussi été réalisées afin de comparer les participants présentant un TPL avec et sans parasuicide en ce qui concerne la capacité de planification cognitive.

Concernant les observations aux variables de la BIS-10, soit respectivement les résultats BIS-10 cognitif ($U= 43,5$ et $Z= -1,092$), BIS-10 non-planification ($U= 44,5$ et $Z= -1,025$) et BIS-10 total ($U= 47,0$ et $Z= -0,860$), aucune différence significative n'est observée. Le Tableau 5 présente les résultats obtenus à la BIS-10 en fonction des participants avec un TPL présentant ou non des gestes parasuicidaires.

Tableau 5

Résultats aux facteurs cognitifs et de non-planification
ainsi que le score total à la BIS-10

Variabiles de la BIS-10	SANS parasuicide <i>M</i> et <i>N</i>	AVEC parasuicide <i>M</i> et <i>N</i>	Valeur <i>U</i>	<i>p</i>	Valeur <i>Z</i>
cognitif	<i>M</i> =25,50 (<i>N</i> =10)	<i>M</i> =30,17 (<i>N</i> =12)	43,5	0,275 (n.s.)	-1,092
non-planification	<i>M</i> =17,90 (<i>N</i> =10)	<i>M</i> =22,00 (<i>N</i> =12)	44,5	0,305 (n.s.)	-1,025
total	<i>M</i> =61,00 (<i>N</i> =10)	<i>M</i> =70,83 (<i>N</i> =12)	47,0	0,390 (n.s.)	-0,860

Note. *M* = moyenne. *N* = taille de l'échantillon. (Test bilatéral)

* $p < 0,05$

Aucune différence significative n'est observée entre les participants avec un TPL présentant ou non des gestes parasuicidaires, concernant les observations obtenues à la

Tour de Londres, soit les variables relatives aux temps de planification moyen et médian aux trois essais des différents problèmes (Temps moyens: Essai 1: $U= 48,0$ et $Z= -0,791$, Essai 2: $U= 52,0$ et $Z= -0,142$, Essai 3: $U= 24,0$ et $Z= -0,794$. Temps médians: Essai 1: $U= 49,5$ et $Z= -0,693$, Essai 2: $U= 41,0$ et $Z= -0,924$, Essai 3: $U= 24,0$ et $Z= -0,794$).

Le Tableau 6 présente les résultats obtenus au score de planification à la Tour de Londres en fonction des participants présentant ou non des gestes parasuicidaires. Le Tableau 7 présente les temps moyens de planification à chacun des essais, mais aussi les temps médians de planification.

Tableau 6

Résultats à la planification au test de la Tour de Londres

Variable à la Tour de Londres	SANS parasuicide <i>M</i> et <i>N</i>	AVEC parasuicide <i>M</i> et <i>N</i>	<i>Valeur U</i>	<i>p</i>	<i>Valeur Z</i>
Score de planification	<i>M</i> =7,30 (<i>N</i> =10)	<i>M</i> =6,42 (<i>N</i> =12)	42,5	0,238 (n.s.)	-1,181

Note. *M* = moyenne. *N* = taille de l'échantillon. (Test bilatéral)

* $p < 0,05$

Tableau 7

Temps moyens et médians de planification à la Tour de Londres

Variabes de la Tour de Londres	SANS parasuicide <i>M</i> et <i>N</i>	AVEC parasuicide <i>M</i> et <i>N</i>	Valeur <i>U</i>	<i>p</i>	Valeur <i>Z</i>
Temps moyen de planification Essai 1	<i>M</i> =8,30 (<i>N</i> =10)	<i>M</i> =6,84 (<i>N</i> =12)	48,0	0,429 (n.s.)	-0,791
Temps médian de planification Essai 1	<i>M</i> =6,97 (<i>N</i> =10)	<i>M</i> =5,71 (<i>N</i> =12)	49,5	0,489 (n.s.)	-0,693
Temps moyen de planification Essai 2	<i>M</i> =9,08 (<i>N</i> =9)	<i>M</i> =10,59 (<i>N</i> =12)	52,0	0,887 (n.s.)	-0,142
Temps médian de planification Essai 2	<i>M</i> =6,92 (<i>N</i> =9)	<i>M</i> =10,04 (<i>N</i> =12)	41,0	0,356 (n.s.)	-0,924
Temps moyen de planification Essai 3	<i>M</i> =8,35 (<i>N</i> =9)	<i>M</i> =9,92 (<i>N</i> =7)	24,0	0,427 (n.s.)	-0,794
Temps médian de planification Essai 3	<i>M</i> =8,35 (<i>N</i> =9)	<i>M</i> =9,92 (<i>N</i> =7)	24,0	0,427 (n.s.)	-0,794

Note. *M* = moyenne. *N* = taille de l'échantillon. (Test bilatéral)

**p*<0,05

Le Tableau 8 présente les résultats obtenus aux facettes C2 (Ordre) (*U*= 38,5 et *Z*= -0,840) et C6 (Délibération) (*U*= 42,5 et *Z*= -0,533) du NEO-PI-R en fonction des participants présentant ou non des gestes parasuicidaires. Les résultats ne révèlent aucune différence significative.

Tableau 8

Résultats aux facettes d'impulsivité cognitive du NEO-PI-R

Facette	SANS parasuicide <i>M et N</i>	AVEC parasuicide <i>M et N</i>	<i>Valeur</i> <i>U</i>	<i>p</i>	<i>Valeur</i> <i>Z</i>
<i>C2 Ordre</i>	<i>M=53,67</i> <i>(N=9)</i>	<i>M=49,36</i> <i>(N=11)</i>	38,5	0,401 (n.s.)	-0,840
<i>C6 Délibération</i>	<i>M=46,67</i> <i>(N=9)</i>	<i>M=42,00</i> <i>(N=11)</i>	42,5	0,594 (n.s.)	-0,533

Note. *M* = moyenne. *N* = taille de l'échantillon. (Tests bilatéraux)

**p* < 0,05

Les résultats ne permettent pas de confirmer la seconde hypothèse et de soutenir qu'il existe un effet significatif de l'impulsivité cognitive chez les participants ayant un TPL avec gestes parasuicidaires comparativement aux participants qui n'en présentent pas.

Troisième hypothèse : Cette hypothèse propose que l'impulsivité affective soit plus élevée parmi les personnes avec un TPL présentant des gestes parasuicidaires comparativement à ceux qui n'en présentent pas. Pour vérifier cette hypothèse, des tests *U* de Mann-Whitney ont été effectués afin de comparer les participants présentant des gestes parasuicidaires à ceux qui n'en présentent pas sur les observations obtenues des facettes de la personnalité du NEO-PI-R pertinentes. Plus particulièrement, les variables N2 (Colère-Hostilité) (*U*= 47,0 et *Z*= -0,190), N5 (Impulsivité) (*U*= 42,0 et *Z*= -0,573), N6 (Vulnérabilité) (*U*= 45,5 et *Z*= -0,305), E5 (Recherche de sensations) (*U*= 38,0 et *Z*= -0,881), O3 (Ouverture aux sentiments) (*U*= 40,0 et *Z*= -0,726) et

A4 (Compliance) ($U= 40,5$ et $Z= -0,686$) du NEO-PI-R, font figure de descripteurs sur le plan affectif et ont été analysées. Le Tableau 9 présente les résultats à ces facettes.

Tableau 9

Résultats aux facettes d'impulsivité affective du NEO-PI-R

Facette	SANS parasuicide <i>M et N</i>	AVEC parasuicide <i>M et N</i>	<i>Valeur U</i>	<i>p</i>	<i>Valeur Z</i>
N2Colère- Hostilité	<i>M=59,33 (N=9)</i>	<i>M=60,09 (N=11)</i>	47,0	0,849 (n.s.)	-0,190
N5Impulsivité	<i>M=55,67 (N=9)</i>	<i>M=56,64 (N=11)</i>	42,0	0,566 (n.s.)	-0,573
N6Vulnérabilité	<i>M=59,89 (N=9)</i>	<i>M=62,55 (N=11)</i>	45,5	0,761 (n.s.)	-0,305
E5Recherche de sensation	<i>M=50,33 (N=9)</i>	<i>M=53,82 (N=11)</i>	38,0	0,378 (n.s.)	-0,881
O3Ouverture aux sentiments	<i>M=52,89 (N=9)</i>	<i>M=49,91 (N=11)</i>	40,0	0,468 (n.s.)	-0,726
A4Compliance	<i>M=47,56 (N=9)</i>	<i>M=42,73 (N=11)</i>	40,5	0,492 (n.s.)	-0,686

Note. *M* = moyenne. *N* = taille de l'échantillon. (Tests bilatéraux)

* $p < 0,05$

Les observations reliées à l'impulsivité affective du NEO-PI-R, ne démontrent aucun effet significatif en fonction de la présence ou de l'absence de gestes parasuicidaires. Ainsi, il n'est pas possible de confirmer la troisième hypothèse et d'établir qu'il existe une plus grande impulsivité affective chez les participants ayant un TPL avec parasuicide comparativement à ceux sans parasuicide dans cet échantillon.

Mesures et variables exploratoires

Échelle de désespoir

Le Tableau 10 présente les résultats obtenus à l'Échelle de désespoir en fonction des participants présentant ou non des gestes parasuicidaires. L'échelle de désespoir de Beck et ses collaborateurs (1974) évalue la dimension cognitive de la dépression parmi les autres dimensions possibles. Cette mesure ne révèle aucune différence significative entre les participants avec un TPL avec ou sans gestes parasuicidaires, ce qui suggère que cette dimension cognitive de la dépression n'est pas un facteur primordial dans l'expression des gestes parasuicidaires pour cet échantillon.

Tableau 10

Résultats à l'Échelle de désespoir

Variable	SANS parasuicide <i>M</i> et <i>N</i>	AVEC parasuicide <i>M</i> et <i>N</i>	Valeur <i>U</i>	<i>p</i>	Valeur <i>Z</i>
Échelle H	<i>M</i> =8,40 (<i>N</i> =10)	<i>M</i> =10,50 (<i>N</i> =12)	47,0	0,390 (n.s.)	-0,860

Note. *M* = moyenne. *N* = taille de l'échantillon. (Test bilatéral)

**p*<0,05

NEO-PI-R

À titre exploratoire, l'ensemble des autres domaines du NEO-PI-R, le Névrosisme (N), l'Extraversion (E), l'Ouverture (O), l'Agréabilité (A) et la Conscience

(C), ont été analysés en fonction de la présence ou de l'absence de gestes parasuicidaires chez les participants avec un TPL. Le Tableau 11 présente les résultats obtenus suite à l'analyse statistique. D'un point de vue plus général, aucun des cinq domaines évalués, soit le Névrosisme ($U= 48,5$ et $Z= -0,076$), l'Extraversion ($U= 42,0$ et $Z= -0,571$), l'Ouverture ($U= 30,0$ et $Z= -1,488$), l'Agréabilité ($U= 46,0$ et $Z= -0,266$) et la Conscience ($U= 44,0$ et $Z= -0,418$), ne se révèle significatif en fonction de la présence ou de l'absence de parasuicide. Les scores obtenus par les participants à cet inventaire de personnalité se situent tous à l'intérieur d'un écart-type de la population normale. Toutefois, certaines nuances sont observables lorsqu'il s'agit du domaine Névrosisme.

Selon Costa et McCrae (1992), l'interprétation des résultats élevés dans le domaine Névrosisme se traduit par la présence d'une psychopathologie. Ces auteurs précisent toutefois que ces résultats peuvent être élevés sans qu'il n'y ait de problème de nature psychiatrique ou inversement, que les participants qui n'obtiennent pas de résultats élevés peuvent tout de même avoir un diagnostic psychiatrique. Dans le contexte de cette étude, l'objectif n'est pas d'obtenir un diagnostic à l'aide du NEO-PI-R, mais bien de déterminer les caractéristiques de la personnalité pouvant définir éventuellement les conditions de la survenue des gestes parasuicidaires au plan de l'impulsivité affective.

Le domaine Névrosisme (N) mesure la « tendance générale à éprouver des affects négatifs tels que la peur, la tristesse, la gêne, la colère, la culpabilité et le

dégoût...» (Costa & McCrae, 1992, p.14). Ces affects négatifs sont vécus par les participants qui obtiennent des résultats élevés comme perturbateurs et mettent un frein aux mécanismes d'adaptation (Costa & McCrae, 1992). Les personnes qui présentent des scores élevés dans ce domaine sont décrites comme ayant tendance à entretenir des pensées irréalistes, à avoir des difficultés à « maîtriser leurs pulsions » (p.14), qui entre en relation avec la maîtrise des affects, et à être plus affectés en situation de stress (Costa & McCrae, 1992). Les participants à cette étude obtiennent tous un score dans la moyenne élevée, mais à l'intérieur d'un écart-type, et les participants affirmant avoir posé un ou plusieurs gestes parasuicidaires obtiennent un résultat encore plus élevé, mais toujours dans la moyenne, donc non-significatif.

Les participants à l'étude obtiennent une moyenne plus basse que la norme observée dans la population pour le domaine Extraversion (E). Ceci signifie, selon Costa et McCrae (1992), qu'ils sont considérés comme étant introvertis, c'est-à-dire qu'ils présentent des traits d'indépendance, une nature constante et régulière puis adoptent des comportements traduisant le désir d'être plutôt solitaires, sans pour autant souffrir d'anxiété sociale. Ainsi les participants de cet échantillon présenteraient une légère tendance à ces caractéristiques liées à l'introversion.

Les résultats des participants se situent exactement dans la moyenne pour les domaines Ouverture (O), Agréabilité (A) et Conscience (C). Le domaine Ouverture (O) traite de la sensibilité, de l'attention portée au monde interne, aux nuances, à la

réflexion, la nouveauté et l'imagination, ce domaine est lié à la pensée libre, autonome (Costa et McCrae, 1992). Le domaine d'Agréabilité (A) traite de l'altruisme, mais aussi des aspects qui touchent les capacités et les habiletés relationnelles (Costa et McCrae, 1992). Le domaine Conscience (C) fait référence à un contrôle des pulsions et une capacité à gérer les désirs et les besoins. Ce domaine touche les aspects de planification, d'organisation et de mise en place de structure (Costa et McCrae, 1992). Les participants à l'étude ont donc des scores semblables à la norme pour ces domaines. Il est possible d'en conclure que ces participants avec un TPL, présentant ou non des gestes parasuicidaires auraient des caractéristiques semblables à la norme par rapport à l'Ouverture (O), l'Agréabilité (A) et la Conscience (C). Le Tableau 11 présente les résultats aux cinq domaines du NEO-PI-R pour les participants avec ou sans parasuicide.

Tableau 11

Résultats aux domaines du NEO-PI-R

Domaine	SANS parasuicide <i>M</i> et <i>N</i>	AVEC parasuicide <i>M</i> et <i>N</i>	Valeur <i>U</i>	<i>p</i>	Valeur <i>Z</i>
<i>N névrosisme</i>	<i>M</i> =62,89 (<i>N</i> =9)	<i>M</i> =63,09 (<i>N</i> =11)	48,5	0,939 (n.s.)	-0,076
<i>E extraversion</i>	<i>M</i> =39,67 (<i>N</i> =9)	<i>M</i> =41,72 (<i>N</i> =11)	42,0	0,568 (n.s.)	-0,571
<i>O ouverture</i>	<i>M</i> =48,67 (<i>N</i> =9)	<i>M</i> =42,18 (<i>N</i> =11)	30,0	0,137 (n.s.)	-1,488
<i>A agréabilité</i>	<i>M</i> =45,89 (<i>N</i> =9)	<i>M</i> =44,54 (<i>N</i> =11)	46,0	0,790 (n.s.)	-0,266
<i>C Conscience</i>	<i>M</i> =48,11 (<i>N</i> =9)	<i>M</i> =48,72 (<i>N</i> =11)	44,0	0,676 (n.s.)	-0,418

Note. *M* = moyenne. *N* = taille de l'échantillon. (Tests bilatéraux)

**p*<0,05

Question de recherche

Ce travail de recherche a aussi comme objectif de considérer une question de recherche spécifique aux participantes, tenant compte de leur nombre prépondérant dans l'échantillon, mais aussi des écrits scientifiques rapportant que les gestes d'automutilation se retrouvent en majorité chez une population féminine (Kocalevent et al., 2005). La question de recherche concerne plus particulièrement l'automutilation chez les femmes avec un TPL. La formulation de la question est la suivante : Existe-t-il une forme ou une combinaison de formes d'impulsivité impliquée chez les femmes avec un diagnostic de TPL et avec des comportements d'automutilation comparativement aux femmes avec un TPL mais sans comportement d'automutilation?

Une nouvelle série d'analyses a donc été effectuée auprès des participantes avec un TPL afin de vérifier si une des trois formes d'impulsivité est en lien avec les comportements d'automutilation.

Ce sous-échantillon, tiré entièrement de l'échantillon original, comprenait 18 femmes adultes, avec une moyenne d'âge de 39,4 ans ($ÉT= 9,1$). Deux participantes ont été retirées, étant donné qu'elles n'ont pas répondu au questionnaire NEO-PI-R. Toutes les participantes ont une médication psychotrope prescrite. Trente-neuf pour cent des participantes rapportent la présence de troubles neurologiques. Ce facteur a été contrôlé par un test statistique U de Mann-Withney et s'est révélé sans impact pour ce groupe.

Du nombre total de participantes, 5/20 sont reconnues comme étant automutilatrices. Il y a donc 13/20 participantes qui ne posent pas de gestes automutilateurs. Voici une liste des gestes d'automutilation rapportés par les femmes participantes: se couper, se pincer, se mordre, s'arracher de la peau et se cogner la tête. Ceci coïncide avec la définition de Herpertz (1995) et Favazza (1992) qui décrivent l'automutilation comme une blessure auto-infligée délibérément sans avoir l'intention de mourir.

Résultats au NEO-PI-R

Les résultats observés des participantes au NEO-PI-R (Tableau 11) ont été analysés avec une statistique U de Mann-Withney. Comme cette partie touche une question de recherche qui est de nature nettement exploratoire, un seuil de signification de 0,05 bilatéral sera appliqué. Parmi l'ensemble des facettes du NEO-PI-R évaluant la personnalité, certaines sont révélées significatives en fonction de leur correspondance à la question de recherche, c'est-à-dire en fonction de la présence ou de l'absence d'automutilation. Les facettes soumises à l'analyse sont les suivantes: l'impulsivité (N5) qui correspond à l'incapacité de maîtriser ses désirs et ses besoins (Costa & McCrae, 1992). L'impulsivité dont il est question ne doit pas être confondue avec la spontanéité, la prise de risques ou le fait de se décider rapidement. La délibération (C6) représente la tendance à bien réfléchir avant d'agir, ce qui correspondrait à une capacité de résistance face à l'action impulsive. (Costa & McCrae, 1992). L'aspect émotionnel correspond à la facette ouverture aux sentiments (O3), qui réfère à la réceptivité à ses propres sentiments

et émotions (Costa & McCrae, 1992). L'ouverture aux actions (O4) réfère à la recherche de nouveauté et la volonté affichée d'essayer des activités différentes (Costa & McCrae, 1992).

Le résultat obtenu pour la facette N5 (Impulsivité) est non-significatif ($U= 24,5$ et $Z= -0,795$). Les participantes avec et sans automutilation ne démarquent pas sur l'impulsivité décrite comme l'incapacité à maîtriser ses désirs et ses besoins. En ce sens, les participantes avec un TPL et automutilation ne sont pas plus impulsives que celles sans automutilation.

Cependant, les participantes qui présentent un TPL avec automutilation se démarquent significativement ($U= 10,0$ et $Z= -2,222$) de celles sans automutilation sur la facette C6 (Délibération). Celles avec automutilation ont un résultat moyen plus faible. Les résultats faibles sont compatibles avec l'expression de précipitation sans envisager les conséquences des actions (Costa & McCrae, 1992).

Le résultat obtenu à la facette O4 (Ouverture aux actions) est significatif ($U= 12,5$ et $Z= -1,979$). Les participantes ayant un TPL avec et sans automutilation se démarquent sur cette facette et les participantes sans automutilation obtiennent un score plus élevé. Celles-ci adopteraient des comportements pouvant manifester de la volonté d'essayer de nouvelles choses (Costa & McCrae, 1992). Le Tableau 12 présente les résultats à ces quatre facettes.

Cependant, les participantes ayant un TPL avec automutilation ne se démarquent pas de celles sans automutilation sur la facette O3 (Ouverture aux sentiments). Toutefois, celles avec automutilation montrent un résultat moyen plus bas, comme pour les deux facettes significatives précédentes. Le résultat sur la facette O3 n'est pas significatif ($U= 13,5$ et $Z= -1,884$). Mais une homogénéité de la tendance aux scores faibles est observé considérant les facettes C6 et O4. Il semble qu'ici la moindre puissance statistique du test non-paramétrique puisse avoir un effet. Les personnes obtenant un résultat faible sur O3 n'accordent pas d'importance aux états émotionnels et leurs affects semblent émoussés (Costa & McCrae, 1992).

Tableau 12

Résultats des participantes aux facettes du NEO-PI-R

Facettes	SANS automutilation <i>M</i> et <i>N</i>	AVEC automutilation <i>M</i> et <i>N</i>	<i>Valeur U</i>	<i>p</i>	<i>Valeur Z</i>
N5 Impulsivité	<i>M</i> =54,38 (<i>N</i> =13)	<i>M</i> =59,80 (<i>N</i> =5)	24,5	0,427 (n.s.)	-0,795
O3 Ouverture aux sentiments	<i>M</i> =54,23 (<i>N</i> =13)	<i>M</i> =43,60 (<i>N</i> =5)	13,5	0,060 (n.s.)	-1,884
O4 Ouverture aux actions	<i>M</i> =43,38 (<i>N</i> =13)	<i>M</i> =31,00 (<i>N</i> =5)	12,5*	0,048	-1,979
C6 Délibération	<i>M</i> =48,54 (<i>N</i> =13)	<i>M</i> =32,20 (<i>N</i> =5)	10,0*	0,026	-2,222

Note. *M* = moyenne. *N* = taille de l'échantillon. (Tests bilatéraux)

* $p < 0,05$.

Résultats à l'Échelle de désespoir

Les scores des participantes à l'Échelle de désespoir ont été analysés avec une statistique U de Mann-Withney à 0,05 bilatéral.

Le Tableau 13 illustre que les participantes avec et sans automutilation se démarquent significativement à l'Échelle de désespoir ($U= 16.5$ et $Z= -2,109$) où celles sans automutilation ont un résultat plus bas. Le résultat est significatif et selon cette mesure, les valeurs basses suggèrent un désespoir, un pessimisme plus accentué que les personnes ayant obtenu un résultat plus élevé.

Tableau 13

Résultats des participantes à l'Échelle de désespoir

Variable	SANS automutilation <i>M</i> et <i>N</i>	AVEC automutilation <i>M</i> et <i>N</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>Z</i>
Échelle de désespoir	<i>M</i> =8,00 (<i>N</i> =13)	<i>M</i> =13,33 (<i>N</i> =5)	16,5*	0,035	-2,109

Note. *M* = moyenne. *N* = taille de l'échantillon. (Test bilatéral)

* $p < 0,05$.

Résultats à la BIS-10

Les scores des participantes à la BIS-10 ont été analysés avec une statistique U de Mann-Withney à 0,05 bilatéral. Le Tableau 14 illustre que les participantes avec et sans automutilation se démarquent significativement au facteur de non-planification de la BIS-10 ($U= 17$ et $Z= -2,069$), ce qui suggère que les participantes qui posent des gestes automutilatoires auraient plus de difficulté à planifier dans le temps ou à anticiper les événements et les actions (Baylé et al., 2000).

Tableau 14

Résultats des participantes à la BIS-10

Variable	SANS automutilation <i>M</i> et <i>N</i>	AVEC automutilation <i>M</i> et <i>N</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>Z</i>
BIS moteur	<i>M</i> =9,79 (<i>N</i> =13)	<i>M</i> =25,00 (<i>N</i> =5)	31,5	0,386 (n.s.)	-0,867
BIS cognitif	<i>M</i> =26,86 (<i>N</i> =13)	<i>M</i> =30,83 (<i>N</i> =5)	31	0,362 (n.s.)	-0,911
BIS non- planification	<i>M</i> =16,71 (<i>N</i> =13)	<i>M</i> =24,67 (<i>N</i> =5)	17*	0,039	-2,069
BIS total	<i>M</i> =59,93 (<i>N</i> =13)	<i>M</i> =76,50 (<i>N</i> =5)	22	0,098 (n.s.)	-1,655

Note. *M* = moyenne. *N* = taille de l'échantillon. (Tests bilatéraux)

* $p < 0,05$.

Résultats à la Tour de Londres

Les scores des participantes à la Tour de Londres ont été analysés avec une statistique U de Mann-Withney à 0,05 bilatéral. Le Tableau 15 illustre que les

participantes avec et sans automutilation ne se démarquent pas significativement au score de planification de la Tour de Londres. Les participantes avec un TPL et automutilatrices ne présentent pas un score de planification plus élevé ou plus faible à cette tâche que celles qui ne s'automutilent pas ($U= 40,5$ et $Z= -0,126$).

Tableau 15

Résultats des participantes au score de planification de la Tour de Londres

Tour de Londres	SANS automutilation <i>M</i> et <i>N</i>	AVEC automutilation <i>M</i> et <i>N</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>Z</i>
Score de planification	<i>M</i> =6,93 (<i>N</i> =13)	<i>M</i> =6,83 (<i>N</i> =5)	40,5	0,899 (n.s.)	-0,126

Note. *M* = moyenne. *N* = taille de l'échantillon. (Test bilatéral)

* $p < 0,05$

Le Tableau 16 illustre que les participantes avec et sans automutilation ne se démarquent pas significativement au temps de planification de la Tour de Londres. Ceci signifie donc que l'ensemble des participantes, peu importe qu'elles posent des gestes d'automutilation ou non, mettent un temps similaire à planifier les tâches demandées. Les participantes avec un TPL et automutilatrices ne présentent pas un temps de planification plus élevé ou plus bas à chaque essai que celles qui ne s'automutilent pas.

Tableau 16

Résultats des participantes au temps de planification de la Tour de Londres

Tour de Londres	SANS automutilation <i>M</i> et <i>N</i>	AVEC automutilation <i>M</i> et <i>N</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>Z</i>
Moyenne temps de planification Essai 1	<i>M</i> =8,71 (<i>N</i> =13)	<i>M</i> =5,83 (<i>N</i> =5)	31	0,364 (n.s.)	-0,907
Médiane temps de planification Essai 1	<i>M</i> =7,22 (<i>N</i> =13)	<i>M</i> =5,45 (<i>N</i> =5)	34,5	0,536 (n.s.)	-0,619
Moyenne temps de planification Essai 2	<i>M</i> =8,71 (<i>N</i> =13)	<i>M</i> =13,90 (<i>N</i> =5)	26	0,254 (n.s.)	-1,14
Médiane temps de planification Essai 2	<i>M</i> =7,17 (<i>N</i> =13)	<i>M</i> =13,30 (<i>N</i> =5)	20	0,096 (n.s.)	-1,666
Moyenne temps de planification Essai 3	<i>M</i> =8,52 (<i>N</i> =13)	<i>M</i> =16,23 (<i>N</i> =2)	8	0,396 (n.s.)	-0,849
Médiane temps de planification Essai 3	<i>M</i> =8,52 (<i>N</i> =13)	<i>M</i> =16,23 (<i>N</i> =2)	8	0,396 (n.s.)	-0,849

Note. *M* = moyenne. *N* = taille de l'échantillon. (Tests bilatéraux)

**p*<0,05

Le Tableau 17 illustre que les participantes avec et sans automutilation ne se démarquent pas significativement au temps moteur de la Tour de Londres. Ces données indiquent que les participantes avec un TPL et automutilatrices ne présentent pas un temps de manipulation différent de celles qui ne s'automutilent pas.

Tableau 17

Résultats des participantes au temps moteur de la Tour de Londres

Tour de Londres	SANS automutilation <i>M</i> et <i>N</i>	AVEC automutilation <i>M</i> et <i>N</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>Z</i>
Moyenne temps moteur Essai 1	<i>M</i> =1,34 (<i>N</i> =13)	<i>M</i> =1,19 (<i>N</i> =5)	32	0,409 (n.s.)	-0,825
Médiane temps moteur Essai 1	<i>M</i> =1,07 (<i>N</i> =13)	<i>M</i> =0,93 (<i>N</i> =5)	40	0,869 (n.s.)	-0,165
Moyenne temps moteur Essai 2	<i>M</i> =1,65 (<i>N</i> =13)	<i>M</i> =2,93 (<i>N</i> =5)	18,5	0,072 (n.s.)	-1,799
Médiane temps moteur Essai 2	<i>M</i> =0,82 (<i>N</i> =13)	<i>M</i> =3,03 (<i>N</i> =5)	22,5	0,148 (n.s.)	-1,448
Moyenne temps moteur Essai 3	<i>M</i> =1,31 (<i>N</i> =13)	<i>M</i> =0,40 (<i>N</i> =2)	2	0,062 (n.s.)	-1,868
Médiane temps moteur Essai 3	<i>M</i> =1,31 (<i>N</i> =13)	<i>M</i> =0,40 (<i>N</i> =2)	2	0,062 (n.s.)	-1,868

Note. *M* = moyenne. *N* = taille de l'échantillon. (Tests bilatéraux)

**p*<0,05

Le Tableau 18 illustre que les participantes avec et sans automutilation ne se démarquent pas significativement au temps total de la Tour de Londres. Les participantes avec un TPL et automutilatrices ne présentent pas un temps de résolution des problèmes total plus élevé ou plus faible à chaque essai que celles qui ne s'automutilent pas.

Tableau 18

Résultats des participantes au temps total de la Tour de Londres

Tour de Londres	SANS automutilation <i>M</i> et <i>N</i>	AVEC automutilation <i>M</i> et <i>N</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>Z</i>
Moyenne temps total Essai 1	<i>M</i> =18,02 (<i>N</i> =13)	<i>M</i> =14,65 (<i>N</i> =5)	35	0,564 (n.s.)	-0,577
Médiane temps total Essai 1	<i>M</i> =14,47 (<i>N</i> =13)	<i>M</i> =14,48 (<i>N</i> =5)	41	0,934 (n.s.)	-0,082
Moyenne temps total Essai 2	<i>M</i> =17,39 (<i>N</i> =13)	<i>M</i> =29,25 (<i>N</i> =5)	28	0,335 (n.s.)	-0,965
Médiane temps total Essai 2	<i>M</i> =14,99 (<i>N</i> =13)	<i>M</i> =30,38 (<i>N</i> =5)	23	0,161 (n.s.)	-1,403
Moyenne temps total Essai 3	<i>M</i> =18,50 (<i>N</i> =13)	<i>M</i> =28,42 (<i>N</i> =2)	6	0,234 (n.s.)	-1,189
Médiane temps total Essai 3	<i>M</i> =18,50 (<i>N</i> =13)	<i>M</i> =28,42 (<i>N</i> =2)	6	0,234 (n.s.)	-1,189

Note. *M* = moyenne. *N* = taille de l'échantillon. (Tests bilatéraux)

**p*<0,05

Discussion

Cette discussion comprend trois parties. La première partie concerne les hypothèses de recherche, plus spécifiquement les hypothèses relatives à l'implication des trois formes d'impulsivité, soit cognitive, motrice et affective, chez des personnes présentant un TPL et qui posent des gestes parasuicidaires. La seconde partie concerne la question de recherche exploratoire, soit l'implication des trois formes d'impulsivité en lien avec la présence ou l'absence des comportements d'automutilation, auprès d'un échantillon féminin avec un TPL diagnostiqué. La troisième partie concerne les apports et les limites de ce travail de recherche. Cette partie concerne l'autocritique du travail de recherche incluant les retombées et les recommandations concernant les aspects cliniques et traitera aussi de suggestions concernant les recherches futures.

Partie 1 : Les trois formes d'impulsivité et leur implication

Cette étude avait pour objectif de déterminer quelle était l'implication de l'impulsivité, plus spécifiquement dans les aspects moteur, cognitif et affectif, en lien avec la présence ou l'absence de comportements parasuicidaires chez des personnes présentant un TPL. Pour ce faire, trois hypothèses de recherche ont été vérifiées. Aucune d'entre elles n'a pu être supportée par les données obtenues.

Impulsivité motrice et parasuicide

La première hypothèse de recherche visait à vérifier l'existence d'une impulsivité motrice plus importante chez les participants avec un TPL présentant des gestes parasuicidaires, comparativement aux participants avec un TPL ne présentant pas de gestes parasuicidaires. Selon les résultats obtenus à deux instruments (Tour de Londres et BIS-10) qui abordent le construit théorique d'impulsivité motrice de manière tout à fait distincte, l'hypothèse n'a pas été confirmée. Les différents tests statistiques non-paramétriques effectués n'ont révélé aucune distinction significative.

Étant donné les résultats, un effet significatif de l'impulsivité motrice sur les gestes parasuicidaires chez des personnes avec un TPL n'a pu être démontré. Les résultats révèlent que le score obtenu au facteur d'impulsivité motrice de la BIS-10, de même que le temps d'exécution moteur total obtenu à la Tour de Londres, ne permettent

pas de soutenir la présence d'une d'impulsivité motrice plus importante chez les participants ayant un TPL avec parasuicide comparativement à ceux sans parasuicide.

Les éléments théoriques à la base de cette hypothèse situaient le concept d'impulsivité comme un trait de la personnalité et ceci prédisposerait les individus à mettre en action brusquement leurs pensées suicidaires (Brodsky et al., 2001; Kim et al., 2005; Maser et al., 2002; Silverman et al., 1991). Il aurait été possible de s'attendre à ce que les participants avec parasuicide présentent une moins bonne performance aux instruments retenus afin d'évaluer la tendance à l'action motrice impulsive. De plus, les résultats obtenus ne correspondent pas à ce que mentionnait Barratt (1963, 1965) au sujet des personnes impulsives qui performant moins bien à des tâches perceptivo-motrices. Selon d'autres études, l'impulsivité motrice est perçue différemment, c'est-à-dire non pas comme un facteur de mise en action des comportements parasuicidaires, mais bien comme un élément de prédiction au diagnostic de TPL (Fossati et al., 2004). L'impulsivité motrice est aussi souvent associée à des comportements de nature agressive (Hollander et al., 2005). Cette agressivité démontrée lors de gestes impulsifs moteurs, appelé manque de contrôle comportemental, s'associe à des émotions négatives comme la colère, la rage, mais aussi au désespoir et à la culpabilité (Fossati et al., 2004).

Impulsivité cognitive et parasuicide

La deuxième hypothèse de recherche visait à vérifier l'existence d'une influence de l'impulsivité cognitive sur les parasuicides, à savoir que les participants ayant un TPL

avec parasuicide présenteraient une impulsivité cognitive supérieure aux participants avec un TPL sans parasuicide. Selon les résultats obtenus aux facteurs d'impulsivité cognitive et de manque de planification à la BIS-10, au temps de planification à la Tour de Londres et aux facettes C2 : Ordre et C6 : Délibération au NEO-PI-R, cette hypothèse n'a pas été confirmée, et cela encore ici, malgré la diversité des mesures retenues pour évaluer le même construit théorique soit l'impulsivité cognitive. Les différents tests non-paramétriques effectués sur les variables pertinentes n'ont pas démontré une impulsivité cognitive plus importante chez les participants posant des gestes parasuicidaires.

Selon le contexte théorique, l'impulsivité cognitive aurait une influence négative sur le jugement et la prise de décision, ainsi que l'évaluation et la planification. Il aurait été attendu que les participants avec un TPL et présentant des parasuicides obtiennent des résultats qui démontrent des lacunes concernant ces processus cognitifs. De plus, il semble que les résultats n'appuient pas ce que Norman et Shallice (1980) mentionnent à propos de l'inhibition des réponses habituelles lors de l'exécution de tâches, s'il est considéré que les comportements parasuicidaires seraient habituels lors de certains états émotionnels chez cette population. Il aurait été attendu que les résultats démontrent une difficulté à inhiber ces réponses pathologiques qui seraient devenues habituelles selon le contexte. L'induction d'une activité émotionnelle préalable pourrait être un facteur instigateur d'une perturbation de la capacité de jugement et de résolution de problème. Ce facteur n'ayant pas été induit dans le cadre de cette expérimentation, c'est peut-être une explication à l'effet que les résultats ne se sont pas avérés significatifs.

Il est alors possible de considérer que l'impulsivité cognitive, dans le cas de personnes avec un TPL, serait la résultante d'une exacerbation de la durée et de l'intensité des émotions lorsqu'elles sont activées.

Impulsivité affective et parasuicide

La troisième hypothèse de recherche tentait de vérifier l'existence d'une impulsivité affective plus importante chez les participants avec un TPL présentant des gestes parasuicides, comparativement aux participants sans gestes parasuicides. Les résultats obtenus au NEO-PI-R ne permettent pas de confirmer cette hypothèse. Les différents tests non-paramétriques effectués sur les variables (N2 : Colère-Hostilité, N5 : Impulsivité, N6 : Vulnérabilité, E5 : Recherche de sensations, O3 : Ouverture aux sentiments, A4 : Compliance) portant sur le construit théorique d'impulsivité affective démontrent que cette forme d'impulsivité n'est pas plus élevée chez les participants présentant des gestes parasuicides, comparativement à ceux sans geste parasuicide.

Le contexte théorique traite de l'impulsivité affective comme d'une instabilité générale, qui correspond à une labilité des réponses affectives. Les individus avec un TPL réagiraient plus vivement et avec plus d'intensité affective aux affronts mineurs et aux déceptions (Donogan et al., 2003; Berlin, Rolls & Iversen, 2005). Ainsi, il aurait été possible de s'attendre à ce que les participants avec TPL et présence de gestes parasuicides se démarquent sur le plan de l'impulsivité affective, mais les résultats

des participants avec ou sans geste parasuicidaire ne se distinguent pas et se situent dans les normes à l'inventaire de personnalité NEO-PI-R. Il semble y avoir lieu ici de distinguer entre les concepts d'impulsivité affective et d'intensité de l'expression de l'affect une fois induite.

Les participants à cette étude obtiennent des scores correspondant aux normes mais se situant plus généralement aux limites des normes, plus spécifiquement en ce qui touche le facteur N qui s'approche des valeurs supérieures et du facteur E qui s'approche des valeurs inférieures de leur l'échelle respectives au NEO-PI. En somme, les participants mentionnant avoir posé un ou plusieurs gestes parasuicidaires obtiennent des scores pouvant être plus près des limites selon l'échelle, mais à l'intérieur des limites normatives. Ces résultats ne permettent pas d'affirmer que les participants se distinguent de la population normale, mais peuvent amener à réfléchir sur certaines nuances à faire malgré les statistiques non-significatives. Un facteur pouvant rendre compte de cette observation concerne le fait que tous les participants reçoivent des services de support psychothérapeutiques. D'autre part, les scores peuvent indiquer que les participants, posant des gestes parasuicidaires ou non, présentent des caractéristiques en lien avec la difficulté à gérer un contenu affectif négatif. Ceci correspondrait à ce que Pally (2002) de même que Berlin, Rolls & Iversen (2005) mentionnaient à propos de l'instabilité des affects. Cette nuance amène à considérer la possibilité d'une instabilité qui se manifesterait par une réaction démesurée de colère et de rage en réponse aux affronts mineurs et un sentiment d'abandon lorsqu'une séparation est vécue. Ces réactions

émotionnelles excessives auraient pour conséquence une perturbation de la capacité de planification avant l'action et une perturbation du jugement. Ces particularités affectives sont par conséquence reliées au concept d'impulsivité cognitive.

Discussion globale des hypothèses et des résultats

Les résultats mentionnés soulignent que l'impulsivité sous ses trois formes n'est pas plus élevée chez les participants présentant des gestes parasuicidaires comparativement à ceux sans gestes parasuicidaires. Deux conclusions peuvent être tirées de ces observations. La première est que l'impulsivité ne serait pas une condition suffisante en elle-même selon l'un ou l'autre de ses trois aspects dans l'occurrence de gestes parasuicidaires, la deuxième est que la présente étude n'a pas été en mesure de mettre en évidence un tel lien chez ces personnes lors d'une situation d'évaluation où la composante affective peut être qualifiée de neutre. Cette neutralité affective est comprise dans la mesure où la présente recherche n'induisait pas de contexte d'éveil émotionnel.

Les résultats de cette étude suggèrent que l'impulsivité et les gestes parasuicidaires n'ont peut-être pas le même lien que celui mis en évidence par Mann et ses collaborateurs (1999) entre l'impulsivité et l'acte suicidaire. Toutefois, ces auteurs abordent l'aspect de l'interaction entre l'impulsivité et des événements inducteurs de réponses émotionnelles. Cet élément d'interaction avec des événements inducteurs de réponses émotionnelles n'est pas étudié dans la présente étude. Ceci laisse croire que si des inducteurs de réponses émotionnelles avaient été introduits lors de

l'expérimentation, les résultats auraient pu être différents considérant l'effet présumé sur l'intensité, la fréquence et la durée de l'éveil émotif. Linehan (1993) aborde l'émotivité des personnes ayant un TPL comme de l'intolérance à la détresse ou plus spécifiquement, une plus grande vulnérabilité aux émotions se traduisant par une plus grande sensibilité, à une plus grande réactivité et à un retour difficile à un état d'apaisement. L'étude de Lynch et ses collaborateurs (2006) considère cet aspect de réactivité en fonction de l'observation des changements subtils des expressions émotionnelles chez les autres. Ils expliquent cela comme étant un facteur pouvant influencer la labilité des émotions chez les personnes ayant un TPL.

Le protocole expérimental n'a peut-être pas été en mesure de faire ressortir l'importance de l'une ou des trois formes d'impulsivité par rapport aux gestes parasuicidaires. Parmi les causes possibles reliées au protocole, il y a d'abord la taille de l'échantillon et les caractéristiques de cet échantillon. Le nombre de participants était peut-être trop restreint, ce qui réduit la puissance statistique. Par contre, les observations par rapport à l'échantillon ne s'arrêtent pas à sa taille, au sens où d'autres facteurs sont à considérer.

Plusieurs des facteurs qui découlent de la nature de l'échantillon doivent être pris en considération. Le premier de ces facteurs est le nombre de gestes parasuicidaires. Ce nombre de gestes posés est-il élevé, correspond-t-il à ce qui est habituellement observé dans les études sur le parasuicide? Le deuxième facteur concerne la fréquence des gestes

parasuicidaires ainsi que la consommation d'alcool et de drogues. Les participants affirmant ne pas avoir posé de gestes parasuicidaires depuis les six derniers mois (période fixée lors de la passation du questionnaire sociodémographique) ont peut-être posé des gestes de ce type auparavant. De cette même manière, le passé de consommation au delà d'une année n'est pas investigué par le DÉBA alcool/drogues. Il demeure ainsi la possibilité qu'un ou plusieurs participants aient consommé des drogues ou de l'alcool de façon importante par le passé. Le troisième facteur concerne la présence ou l'absence des gestes parasuicidaires rapportés par les participants. Un premier élément porte sur le fait que les participants recevaient tous un traitement de nature psychiatrique au moment de l'expérimentation, ce traitement a sûrement un impact sur la manifestation de gestes parasuicidaires. Un deuxième élément à considérer porte sur les comportements à risque que ces participants pouvaient adopter et qui ne sont pas considérés comme parasuicidaires, tels que les compulsions alimentaires (boulimie), le jeu pathologique ou encore des comportements sexuels débridés (APA, 1995). Ces comportements, identifiés comme exutoires, n'ont pas été abordés dans la présente étude. Le quatrième facteur traite du concept de parasuicide, afin de déterminer si le construit possède une définition suffisamment précise.

Premier facteur : L'implication de la fréquence de gestes parasuicidaires

Les études portant sur les gestes parasuicidaires s'intéressent aux moments suivant la manifestation d'un geste. Le nombre d'épisodes préalables n'est pas considéré. Par exemple, dans l'étude de Vincent, Boddana et Macleod (2004) les

participants étaient rencontrés le plus tôt possible suivant leur admission à l'hôpital dans un contexte de geste parasuicidaire et l'évaluation clinique ne tenait pas compte des gestes préalables. Seulement le geste et la situation qui les a conduits à l'hôpital étaient investigués. Dans l'étude de Macleod et ses collaborateurs (2005) les participants étaient rencontrés dans un intervalle de sept jours suivant le geste parasuicidaire et ces participants devaient avoir au moins un épisode parasuicidaire préalable. Dans la présente étude, l'accent est mis sur le nombre de gestes parasuicidaires et les participants n'étaient pas rencontrés dans un contexte d'urgence psychiatrique ou d'hospitalisation. La présente étude se distingue par le fait que les stressseurs potentiels impliqués lors de la mise en action de gestes parasuicidaires ne sont pas au premier plan. Les participants ne sont pas rencontrés spécifiquement à l'issue d'un geste de ce type. Ceci peut inclure des participants ayant posé des gestes parasuicidaires tout récents et subissant des stressseurs dans l'immédiat, mais il y a aussi une probabilité que des participants soient dans une situation de stabilité et de calme émotionnel. Cette situation de calme émotionnel favoriserait la réflexion avant l'action, ce qui aurait un impact sur la diminution des actions impulsives. Il est possible de conclure que l'impulsivité affective se trouve à être mieux gérée lorsque l'effet des stressseurs est atténué.

Considérant ces éléments, les résultats auraient-ils été différents, en fonction de la présence de stressseurs psychosociaux actifs? En effet, si une partie des participants avait rapporté des stressseurs actifs au moment de l'expérimentation, il aurait peut-être été possible de relier les comportements parasuicidaires avec l'impulsivité. Ce facteur de

stress émotionnel oriente peut-être les gestes parasuicidaires, mais seulement lorsqu'il est en interaction avec l'impulsivité.

Deuxième facteur : Parasuicides et consommation abusive de drogues et d'alcool

Une interrogation se pose lorsqu'il s'agit de la consommation d'alcool et de drogues illicites non-prescrites. Le questionnaire DÉBA alcool/drogue investigate les habitudes de consommation des participants depuis la dernière année. Par contre, il est possible que certains participants aient eu une consommation abusive et potentiellement dommageable au-delà de cette année. Conséquemment, un questionnement survient à propos d'un biais éventuel sur les réponses consécutivement à des abus antérieurs répétés de consommation de substances.

Troisième facteur : Le traitement et les comportements exutoires

Le traitement. Les participants de cette étude sont rencontrés dans une clinique et reçoivent des soins relativement à leur TPL et aux gestes parasuicidaires, s'ils en posent. Dans d'autres études traitant des gestes autodommageables, les participants sont rencontrés dans les hôpitaux, dans les quelques jours suivant le geste (Macleod et al., 2005). Le fait que les participants de cette étude soient en traitement a peut-être un impact sur la présence ou l'absence de comportements parasuicidaires et sur la fréquence de la manifestation de ceux-ci. Les soins donnés aux personnes avec un TPL visent la diminution allant jusqu'à la l'élimination des gestes parasuicidaires. Les participants à cette étude fournissent des réponses qui sont influencées par les

traitements reçus. Il s'avère donc plus difficile de déterminer s'il y a une forme d'impulsivité impliquée dans les gestes parasuicidaires, puisque les interventions cliniques visent à éliminer ces gestes.

Les comportements exutoires. Un deuxième élément à considérer concerne les comportements autodommageables qui ne sont pas reconnus comme des parasuicides. Ces comportements sont décrits dans le DSM-IV comme des : « [...]domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex., dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie). » (APA, 1995, p.767). Dans cette étude, la possibilité que des participants aient pu présenter certains de ces comportements n'a pas été évaluée. Ainsi, il aurait peut-être été pertinent de vérifier si l'impulsivité est plus grande chez les participants démontrant globalement des comportements autodommageables, autant pour les gestes parasuicidaires que pour les autres comportements ayant un potentiel dommageable comme ceux cités dans le DSM-IV (APA, 1995).

Quatrième facteur : Le concept de parasuicide

Le concept de parasuicide n'est pas univoque. Il englobe une diversité d'autres concepts. En effet, le parasuicide comprend une diversité de comportements, allant du passage à l'acte légèrement autodommageable (par ex. : des égratignures) à la tentative de suicide pouvant nécessiter une hospitalisation et des soins médicaux durant plusieurs jours (p. ex.: une intoxication médicamenteuse). La consommation excessive de

médicament peut être une tentative de suicide ou encore un acte parasuicidaire selon l'intention de la personne. En somme, l'intention visée par la personne posant ce type de gestes est difficile à cerner au premier abord. Un comportement d'automutilation diffère d'une tentative de suicide quant à l'issue possible du geste posé, c'est-à-dire si le geste peut entraîner la mort. Il faut aussi tenir compte qu'un geste d'automutilation peut être léthal. De toute évidence, les gestes parasuicidaires, qu'ils se manifestent sous forme d'automutilation ou de tentative de suicide, soulignent un malaise évident que ces personnes n'arrivent pas à soulager.

Les données indiquent qu'il n'y a pas de différence au plan de l'impulsivité cognitive entre les deux groupes de participants avec un TPL. Les participants qui présentent des gestes parasuicidaires se comporteraient de la même manière que ceux ne posant pas de gestes de ce type dans le contexte de cette étude. En effet, l'expérimentation visait à ce que les participants soient évalués dans un environnement neutre, réduisant ainsi la stimulation ou une charge émotionnelle qui pourrait survenir. Toutefois, les participants auraient pu vivre une situation de crise dans leur vie personnelle, ceci amenant une charge émotionnelle n'ayant pas pu être contrôlée.

La distinction entre l'activité impulsive cognitive et motrice et même affective n'est peut-être difficile à isoler de manière très précise. Ainsi, il est possible de se questionner à propos d'un contexte éventuel de charge affective perturbatrice qui aurait peut-être des implications lors d'une résolution de problème. En effet, Gratz et Roemer

(2004) ont mentionné qu'un dérèglement émotionnel impliquait non seulement un manque de compréhension et d'acceptation des émotions, mais aussi une limite à l'accès aux stratégies de modulation des affects. Le protocole expérimental n'avait pas de condition «avec charge affective ou émotionnelle induite» parce que l'expérimentation s'est déroulée dans un environnement émotionnel neutre. Il pourrait être supposé que l'impulsivité manifestée chez les personnes avec un TPL soit en interaction ou simplement conditionnelle à la présence d'une charge affective pouvant perturber le fonctionnement cognitif d'une manière transitoire ou les séquences motrices d'une tâche de manière momentanée. La présente recherche n'avait pas pour but de faire une évaluation neuropsychologique complète des participants, donc il s'avère impossible de comparer l'échantillon avec les profils disponibles dans la documentation scientifique.

Partie 2 : Question de recherche

La présente étude soulevait une question de recherche. Le but de ce questionnaire était de vérifier l'implication de l'impulsivité motrice, cognitive et affective lors de comportements d'automutilation et non pas parasuicide, auprès de femmes avec un TPL.

Les participants masculins ont été retirés de cet échantillon en raison de la prévalence du diagnostic, mais aussi des statistiques par rapport aux gestes d'automutilation en fonction du sexe. Le diagnostic de TPL est donné trois fois sur quatre à une femme (APA, 1995) et statistiquement, les hommes présentent deux fois moins de gestes d'automutilation que les femmes (Kocalevent et al., 2005).

L'automutilation se distingue au plan statistique lorsque ce concept n'est pas inclut dans celui de parasuicide. Ainsi, il semble que l'automutilation diffère de la notion de parasuicide, selon l'intention létale ou non du geste posé.

Les résultats obtenus au NEO-PI-R, à l'Échelle H et à la BIS-10 permettent d'observer une différence entre les participantes en fonction de la présence ou non d'automutilation. Les facettes O3 (ouverture aux sentiments), O4 (ouverture aux actions) et C6 (délibération) sont celles où les automutilatrices cotent systématiquement plus bas, quoique de manière non-significative pour O3. Ces résultats suggèrent une

réceptivité moindre aux sentiments et aux émotions, ainsi qu'à la précipitation dans l'action ce qui laisse entrevoir une capacité plus faible ou encore une limite à la capacité de mentalisation en lien aux antécédents et aux conséquences d'une action précipitée. Cette hypothèse de la faiblesse de mentalisation reste à explorer plus avant dans une perspective cognitive et neuropsychologique.

L'expression de cette moins bonne capacité de mentalisation au plan cognitif pourrait rendre plus difficile l'adoption de comportements susceptibles de modifier les schèmes d'action habituels. Ces schèmes peuvent se traduire par la mise en action de comportements autodommageables, tels que l'automutilation.

Selon ces résultats, il est possible de considérer l'éventualité que l'automutilation puisse faire office de « régulateur émotionnel » (Suyemoto, 1998), comme si les gestes posés servaient d'exutoire à une charge émotionnelle incompréhensible et inacceptable pour la personne qui l'éprouve, avec une limite potentielle à la mentalisation.

Malgré la petite taille de l'échantillon (N=18) appliqué à la question de recherche, les résultats ont permis certains constats.

Les facettes reliées à l'impulsivité affective (N2, N5, N6, E5, O3 et A4) ont été choisies en raison de leur référence au monde émotionnel et aux affects pouvant

fréquemment aller de pair avec l'impulsivité. La facette reliée à l'affectivité, soit l'ouverture aux sentiments (O3) n'est pas significative, ce qui peut être attribuable à la faible puissance statistique du test non-paramétrique utilisé. Par contre, les femmes automutilatrices cotent faiblement à facette O3, comme pour les facettes O4 et C6 qui elles sont significatives avec des scores faibles à leurs échelles respectives pour les femmes avec automutilation. D'un point de vue plus global, le domaine d'Ouverture (O) inclut les aspects de la personnalité telle que la réceptivité aux expériences humaines, aux émotions nuancées et à la profondeur du vécu (Costa & McCrae, 1992). En effet selon Costa et McCrae, (1992, p.15) « Les sujets ouverts sont curieux de tout ce qui provient de leur univers interne et externe et leur vie est plus riche en expériences. Ils sont disposés à concevoir des idées nouvelles et à adopter des valeurs non conventionnelles. Ils vivent plus intensément les émotions positives et négatives que les sujets fermés ». Plus précisément, les personnes qui obtiennent un score bas à la facette O3 seraient moins enclines à se pencher sur l'intensité des émotions vécues et démontrent un émoussement des affects. Ceci peut être interprété chez les participantes avec un TPL comme une indication d'une difficulté au niveau de la conscience, de la compréhension et de l'acceptation de leurs émotions (Gratz & Roemer, 2004).

Le Névrosisme, l'Extraversion et l'Agréabilité sont les autres domaines dans lesquels des facettes sont associées à l'impulsivité affective. Le Névrosisme fait référence aux capacités d'adaptation et à la gestion des émotions (p. ex : les mécanismes développés ou mis en place lors de situations de crise). L'Extraversion vise à

circonscrire la sociabilité, le contact avec les autres et l'aisance, par rapport au désir avec lequel ce contact s'établit. L'Agréabilité traite aussi des relations interpersonnelles, mais ce domaine met l'accent sur la tendance à être soit affable ou plus hostile au contact d'autrui.

Comme il est mentionné dans le texte de Costa et McCrae (1992), l'Ouverture à l'expérience diffère des deux domaines Névrosisme et Extraversion, car il est moins connu comme dimension fondamentale de la personnalité. Ce même domaine se distingue de l'Agréabilité en raison du volet traitant des relations interpersonnelles. L'Ouverture vise donc des éléments secondaires ou simplement en arrière-plan de ce qui est mesuré habituellement quant aux traits de personnalité.

Les faibles résultats obtenus à la facette ouverture aux sentiments (O3, non-significatif) et ouverture aux actions (O4, significatif) sont différents en fonction de la présence ou non d'automutilation chez les participantes. Ces facettes traitent respectivement des expériences et de la richesse du vécu ainsi que la volonté d'essayer des activités différentes. Cela implique par ailleurs la capacité à se projeter dans l'avenir, à s'ouvrir à la nouveauté, mais principalement à s'intéresser à son monde interne et à investir la profondeur de celui-ci. Les participantes ayant un TPL et qui présentent des comportements automutilatoires obtiennent des scores qui suggèrent une moins grande capacité à accorder de l'importance aux états émotionnels et trouveraient le changement difficile. Selon Fonagy et Target (1996), ces personnes auraient une

difficulté à intégrer la réalité psychique provenant autant du monde interne que du monde extérieur. Ces auteurs mentionnent que les personnes avec un TPL n'arrivent pas à mentaliser adéquatement les événements de la réalité et cela serait dû à la persistance d'un mode de pensée spécifique. Ce mode de pensée amène ces individus à percevoir leur univers de façon scindée et à nuancer les situations avec difficulté.

L'autre facette se démarquant significativement est la Délibération (C6), « [...] c'est-à-dire la tendance à bien réfléchir avant d'agir. » (Costa & McCrae, 1992, p.23). Cette facette a été associée à l'impulsivité cognitive principalement en raison de son contenu portant sur la pensée, l'autocritique, la réflexion et la structure dans l'action.

Les participantes ayant obtenu des notes élevées sont décrites comme étant « [...] prudentes et réfléchies. » (Costa & McCrae, 1992, p.23). Ceci fait référence à des processus cognitifs adéquats, excluant l'action impulsive puisque la précipitation ou la mise en action rapide n'est pas évoquée. Lorsque les participantes obtiennent des scores faibles, elles sont identifiées comme « [...] précipitées. Elles parlent et agissent souvent sans envisager les conséquences de leurs paroles et de leurs actes. » (Costa & McCrae, 1992, p.23). La description correspond à ce qui a été défini comme de l'impulsivité motrice par Baylé et ses collaborateurs (2000), se caractérisant par la difficulté à retenir la mise en action de comportements.

Une autre facette a été associée à l'impulsivité cognitive, soit la facette C2 (Ordre). Cette facette correspondrait à l'impulsivité cognitive puisqu'elle serait en lien avec des comportements d'organisation et méthodiques. Cette facette n'est pas ressortie comme élément significatif chez les personnes avec un TPL et automutilatrices.

Le fait que seule la facette délibération (C6) soit ressortie s'explique par une différence nuancée entre les deux facettes. La facette C2 (Ordre) suggère un aspect plus circonscrit de l'organisation, plus superficiel, alors que C6 (Délibération) fait référence à des processus cognitifs permettant une résolution de problème ou encore un jugement lors de situations ou d'événements plus abstraits.

À l'échelle H, une mesure de pessimisme, de désespoir et de projection dans le futur utilisé ici à titre exploratoire, les résultats indiquent que les femmes avec un TPL et automutilation cotent significativement plus haut à l'échelle que les femmes sans automutilation. Ces résultats font mention de leur état affectif et émotionnel tel que Pally (2002) les décrit. Cette auteure indique que les individus avec un TPL présentent des symptômes d'anxiété, de dépression et une hypersensibilité émotionnelle. Ces caractéristiques pourraient se manifester de façon encore plus intense pour ceux qui s'automutilent. Les résultats à l'échelle H signifient que les femmes avec un TPL et automutilatrices ressentent plus d'émotions dites négatives. Ces émotions s'associent à la dépression, mais aussi au manque de contrôle comportemental (Fossati et al., 2004).

À la BIS-10, une mesure portant sur l'impulsivité, le facteur de non-planification s'est révélé significatif. Les résultats indiquent que les participantes avec automutilation démontrent un manque de planification avant l'action plus accentué que chez les participantes sans automutilation. Ce facteur de non-planification à la BIS-10 s'associe à la définition de l'impulsivité cognitive de Moeller et ses collaborateurs (2001) qui parlent de ce concept comme d'une tendance aux actes prompts et non-planifiés envers les stimuli internes ou externes. Cette définition est reliée à ce que Fossati et ses collaborateurs (2004) mentionnent à propos des émotions dites négatives, de la dépression et au manque de contrôle comportemental.

À la Tour de Londres, aucun résultat significatif n'a toutefois été observé pour les variables reliées à la planification (score de planification et temps de planification). Il aurait été possible de s'attendre à ce que les résultats à ces variables soient significatifs, tout comme à la BIS-10. Ceci pourrait s'expliquer par la différence des méthodes d'évaluation. La BIS-10 est un questionnaire auto-rapporté et qui demande aux participants d'évaluer leurs propres attitudes face à la planification, tandis que la Tour de Londres est un instrument neuropsychologique qui demande aux participants de résoudre des problèmes. La BIS-10 comprend alors une composante de jugement de ses propres actions, qui demande une réflexion portant sur des situations de la vie réelle. La Tour de Londres est au contraire une mise en situation. Ceci pourrait signifier que les participantes avec un TPL et automutilatrices auraient tendance à être moins planifiées et structurées dans leurs actions de la vie quotidienne, mais démontrent davantage de

planification lors de l'exécution d'une tâche de résolution de problèmes qui leur est demandée.

Les observations obtenues pour les facettes ouverture aux émotions (O3) du NEO-PI-R avec des scores faibles, quoique non-significatif, la délibération (C6) du NEO-PI-R, la mesure de désespoir qu'est l'Échelle H, ainsi qu'à la BIS-10 non-planification, tout trois significatifs, suggèrent qu'il est possible d'établir un lien entre les états affectifs et émotionnels négatifs, le fait que les participantes semblent y porter peu attention et une précipitation dans l'action sans réflexion préalable. Ces liens indiquent, selon la précédente interprétation de la BIS-10, que la composante affective occupe une part importante dans la mise en action des comportements d'automutilation, sans pour autant que l'impulsivité cognitive soit un aspect suffisant de déclenchement du comportement. Cette composante émotionnelle aurait un rôle important, ce rôle semblerait si considérable qu'il est possible de se demander s'il n'y a pas paralysie de la composante cognitive, considérant la force de la réponse émotionnelle, dans le cas de comportement impulsif.

Une interprétation de nature clinique et d'inspiration psychodynamique de ces données serait que les personnes avec un TPL et automutilatrices se confrontent peut-être à l'implication que requiert une introspection du vécu émotionnel, cette implication pouvant être perçue comme trop menaçante et risquée. Ce serait l'explication clinique à

l'apparition d'un « mécanisme » impulsif amenant à négliger les processus cognitifs et à poser des gestes autodommageables tels que l'automutilation.

Partie 3 : Apports et limites de la recherche

Apports de la recherche

L'apport principal concerne l'approfondissement des connaissances sur le TPL, précisément à propos des comportements autodommageables.

Les comportements autodommageables peuvent prendre plusieurs formes et se traduisent notamment par des gestes parasuicidaires, ceci incluant l'automutilation. La présente étude traite de ces comportements, mais des résultats significatifs ne sont obtenus que lorsque les gestes d'automutilation sont abordés séparément du concept de parasuicide. Ainsi, ces résultats fournissent quelques éclaircissements par rapport aux mécanismes déclenchant l'automutilation, mais aussi par rapport au mode de pensée des participantes avec un TPL qui posent ces gestes. La sphère émotionnelle serait un facteur d'importance primordiale, en lien avec le système cognitif et la mise en action. Considérant ceci, peut-être est-il pertinent de formuler l'hypothèse que les gestes d'automutilation seraient la résultante d'un manque de compréhension, d'acceptation et de gestion des états émotionnels, ce qui rends d'autre part la gestion cognitive d'une situation génératrice d'émotion, difficile à introduire et à soutenir (Gratz & Roemer, 2004). La résolution de problème devient moins accessible, puisque la pensée se

retrouve limitée, car elle est submergée par des états émotionnels intenses et difficiles à apaiser.

Limites de la recherche

Certaines critiques doivent être abordées, notamment en ce qui concerne la méthode. Des aspects de ce travail de recherche auraient pu être organisés différemment et ceci aurait pu avoir un effet sur les résultats.

La première limite porte sur la taille de l'échantillon. Cette étude aurait peut-être bénéficié d'un plus grand nombre de participants. De cette manière, aurait-il été possible de percevoir des caractéristiques plus nuancées, de faire ressortir de façon significative d'autres aspects? Le recrutement a toutefois été fait de manière à recruter le plus de participants disponibles. En effet, la participation à cette étude était volontaire et il est supposé que tous les clients ont été informés de la recherche en cours.

Une seconde limite concerne les questions visant à connaître le nombre de gestes parasuicidaires antérieurs. Ce questionnement ne concernait pas l'histoire entière des gestes parasuicidaires des participants, mais seulement les six derniers mois. Il est alors possible de se questionner sur la probabilité que les participants aient commis des gestes parasuicidaires avant cette période de six mois et rapportaient à présent ne pas en poser. Le temps écoulé entre le dernier geste parasuicidaire posé et le moment de

l'expérimentation est peut-être trop long pour distinguer clairement deux groupes, avec et sans parasuicide.

Suggestions pour les recherches futures

Pour faire suite à cette partie discutant des limites et apports de l'étude, des recommandations et des suggestions d'orientations du travail de recherche sur les aspects cliniques sont abordées.

La première des propositions concerne les gestes autodommageables. Dans cette étude, les gestes parasuicidaires constituent une catégorie de gestes autodommageables. Dans les études futures, il serait intéressant d'aborder le concept large de gestes autodommageables, toutes catégories confondues, qu'il s'agisse des dépenses, de la sexualité, des toxicomanies, des crises de boulimie et des parasuicides. Peut-être qu'en incluant tous ces comportements, le lien avec une forme d'impulsivité pourrait être démontré.

Une seconde proposition pour les futures études concerne l'état d'éveil émotionnel des participants. Les personnes ayant un TPL vivent parfois des moments de crises si intenses que cela les amène à consulter aux services d'urgences psychiatriques. Il pourrait être intéressant de faire le contraste entre le milieu thérapeutique où cette

présente étude a été effectuée, avec un protocole expérimental qui induirait un éveil émotionnel.

Conclusion

Cette recherche avait pour but de déterminer quelle forme d'impulsivité, soit motrice, cognitive ou affective pouvait être impliquée dans les gestes parasuicidaires chez des participants avec un TPL. Elle visait également à examiner s'il y avait un lien entre l'automutilation et une des trois formes d'impulsivité chez un groupe de femmes avec un TPL.

Les résultats n'ont pas permis de confirmer les hypothèses formulées. En effet, aucune des trois formes d'impulsivité n'est ressortie en fonction de la présence ou non de parasuicides. Il existe différentes explications à ces résultats, notamment en ce qui a trait au concept de parasuicide et aussi l'induction émotionnelle qui présente des particularités chez les personnes avec un TPL. Les mécanismes de pensée et de mise en action des comportements autodommageables sont parfois difficiles à cerner, mais cette étude suggère l'apport de la composante émotionnelle dans la manifestation de ces gestes.

D'autre part, des résultats significatifs sont observés par rapport aux femmes avec un TPL et automutilatrices. Ces résultats démontrent que les participantes posant des gestes d'automutilation ont davantage de difficulté à accorder de l'importance à leur vécu émotionnel. Toutefois, il s'avère que les personnes ayant un TPL vivent ces émotions plus intensément et plus durablement (Linehan, 1993). Il est donc possible de

proposer que les participantes avec un TPL et automutilatrices utilisent ce geste autodommageable comme une stratégie de régulation émotionnelle.

La présente recherche s'intéresse aux comportements autodommageables et ce sujet constitue, dans le domaine du TPL, un intérêt de plus en plus pertinent étant donné que ce type de geste est souvent la représentation de la souffrance vécue par ces personnes. Les interprétations tirées des résultats fournissent des éléments de réflexion au plan clinique. Effectivement, les hypothèses concernant l'induction de l'émotion ainsi que l'incapacité à formuler des stratégies d'adaptation peuvent suggérer des pistes d'intervention auprès des personnes avec un TPL. La compréhension des mécanismes conduisant à un passage à l'acte s'avère essentielle pour arriver à fournir un support et des soins adéquats aux personnes souffrant de ce trouble et qui posent des gestes, parfois irrémédiables.

Références

- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58, 5-14.
- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Washington DC, Traduction française par J.-D. Guelfi et al., Masson, Paris.
- American Psychiatric Association (2003). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 4e édition., texte révisé*. Coordination de la traduction française: Julien Daniel Guelfi et Marc-Antoine Crocq, Masson, Paris.
- American Psychiatric Association (2003). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *American Journal of Psychiatry*, 160.
- Arntz, A., & Veen, G. (2001). Evaluation of others by borderline patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(8), 513-521.
- Ayd, F. J. (1995). *Lexicon of psychiatry, neurology, and the neurosciences*. Baltimore: Williams and Wilkins Co.
- Barraclough, B., Bunch, B., Nelson, B., & Sainsbury, P. (1974). A hundred case of suicide, clinical aspects. *British Journal of Psychiatry*, 125, 355-373.
- Barratt, E. S. (1963). Intraindividual variability of performance: ANS and psychometric correlates. *Texas Reports on Biology and Medicine*, 21, 496-504.
- Barratt, E. S. (1965). Factor analysis of some psychometric measures of impulsiveness and anxiety. *Psychological Reports*, 16, 547-554.
- Barratt, E. S. (1981). Time perception and cortical evoked potential among male juvenile delinquents, adolescent psychiatric patients and normal controls. Dans J. Ray Hays et al., (Eds), *Violence and the violent individual*. (pp.87-95) New York: Spectrum publishers.
- Barratt, E. S. (1985). Impulsiveness substrats : Arousal and information processing. Dans J.T. Spence & C.E. Itard (Eds.), *Motivation, emotion and personality* (pp.137-146). Amsterdam: Elsevier/North-Holland.
- Barratt, E. S. & Stanford, M. S. (1995). Impulsiveness. Costello, C.G.ed., *Personality characteristics of the personality disordered*. (pp.91-119) New York: John Wiley & Sons, Inc.

- Baylé, F. J., Bourdel, M., Caci, H., Gorwood, P., Chignon, J., & Adès, J. (2000). Structure factorielle de la traduction française de l'échelle d'impulsivité de Barratt (BIS-10). *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 156-165.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865.
- Berlin, H. A., Rolls, E. T., & Iversen, S. D. (2005). Borderline personality disorder, impulsivity, and the orbitofrontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2360-2373.
- Bezchlibnyk-Butler, K., & Jeffries, J. (2000). *Clinical Handbook of Psychotropic Drugs*. Seattle: Hogrefe & Huber.
- Bjorklund, P. (2006). No Man's land: Gender bias and social constructivism in the diagnosis of borderline personality disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(1), 3-23.
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: Prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of Personality Disorders*, 18 (3), 226-239.
- Bouchard, T. J. Jr (1994). Genes, environment, and personality. *Science*, 264, 1700-1701.
- Bouvard, M., Charles, S., Guérin, J., & Aimard, G. (1992). Étude de l'échelle de désespoir de Beck (Hopelessness Scale). Validation et analyse factorielle. *L'Encéphale*, 18(3), 237-240.
- Brent, D. A., Johnson, B. A., Perper, J., & Connolly, J. (1994). Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(8), 1080-1086.
- Brodsky, B. S., Oquendo, M., Ellis, S. P., Haas, G. L., Malone, K. M., & Mann, J. J. (2001). The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *American Journal of Psychiatry* 158, 1871-1877.
- Buss, A. H., & Plomin, R. (1975). *A temperament theory of personality development*. New York: Wiley.
- Casey, P. R. (1989). Personality disorder and suicide intent. *Acta psychiatry scandinavia*, 79, 290-295.

- Cheng, A. T., Mann, A. H., & Chan, K. A. (1997). Personality disorders and suicide. A case-control study. *The British Journal of Psychiatry; The Journal of Mental Science*, 170, 441-446.
- Cherek, D. R., & Lane, S. D. (2001). Acute effects of D-fenfluramine on simultaneous measures of aggressive escape and impulsive responses of adult males with and without a history of conduct disorder. *Psychopharmacology*, 157, 221-227.
- Clarkin, J. F., Friedman, R. C., Hurt, S. W., Corn, R., & Aronoff, M. (1984). Affective and character pathology of suicidal adolescent and young adult inpatient. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 19-22.
- Corbitt, E. M., Malone, K. M., Haas, G. L., & Mann, J. J. (1996). Suicidal behavior in patients with major depression and comorbid personality disorders. *Journal of Affective Disorders*, 39(1), 61-72.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1988). Personality in adulthood: A six-year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO Personality Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(5), 853-863.
- Costa, P. T., McCrae, R. R., & Dye, D. A. (1991). Facet scales for agreeableness and conscientiousness: A revision of the NEO Personality Inventory. *Personality and Individual Differences*, 12(9), 887-898.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *NEO-PI-R Inventaire de Personnalité-Révisé*. Paris: Les éditions du centre de psychologie appliquée.
- Courtet, P., Jollant, F., Castelnaud, D., Astruc, B., Buresi, C., & Malafosse, A. (2004). Implication of genes of the serotonergic system on vulnerability to suicidal behavior. *Journal of Psychiatry & Neurosciences*, 29(5), 350-359.
- Craig, R. J. (2005). *New directions in interpreting the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)*. (pp.144-161). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc, 416 pp.
- Dickman, S. J. (1990). Functional and dysfunctional impulsivity: Personality and cognitive correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(1), 95-102.
- Donegan, N. H., Sanislow, C. A., Blumberg, H. P., Fulbright, R. K., Lacadie, C., Skudlarski, P., Gore, J. C., Olson, I. R., McGlashan, T. H., & Wexler, B. E. (2003). Amygdale hyperreactivity in borderline personality disorder: Implications for emotional dysregulation. *Biological Psychiatry*, 54, 1284-1293.

- Dulit, R. A., Fyer, M. R., Leon, A. C., Brodsky, B. S., & Frances, A. J. (1994). Clinical correlates of self-mutilation in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *151*, 1305-1311.
- Favazza, A. R. (1992). Repetitive self-mutilation. *Psychiatrics Annals*, *22*, 60-63.
- Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *48*(4), 1129-1146.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of psychoanalysis*, *77*, 217-233.
- Fossati, A., Barratt, E. S., Carretta, I., Leonardi, B., Grazioli, F., & Maffei, C. (2004). Predicting borderline and antisocial personality disorder features in nonclinical subjects using measures of impulsivity and aggressiveness. *Psychiatry Research*, *125*(2), 161-170.
- Gerbing, D. W., Ahadi, S. A., & Patton, J. H. (1987). Toward a conceptualization of impulsivity: Components across the behavioral and self-report domains. *Multivariate Behavioral Research*, *22*, 357-379.
- Glicksohn, J., Leshem, R., & Aharoni, R. (2006). Impulsivity and time estimation: Casting a net to catch a fish. *Personality and Individual Differences*, *40*(2), 261-271.
- Goodman, M., & Yehuda, R. (2002). The relationship between psychological trauma and borderline personality disorder. *Psychiatric Annals* *32*(6), 337-345.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *26*, 41-54.
- Gurvitz, I. G., Koenigsberg, H. W., & Siever, L. J. (2000). Neurotransmitter dysfunction inpatients with borderline personality disorder. *Psychiatry clinical of North America* *23*, 27-40.
- Heilä, H., Isometsä, E. J., Henriksson, M. M., Heikkinen, M. E., Marttunen, M. J., & Lönnqvist, J. K. (1997). Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age -and sex- specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 1235-1242.
- Herpertz, S. (1995). Self-injurious behaviour: psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, *91*, 57-68.

- Hollander, E. (1998). Treatment of obsessive-compulsive spectrum disorders with SSRIs. *British Journal of Psychiatry*, 173 (35), 7-12.
- Hollander, E., & Rosen, J. (2000). Impulsivity. *Journal of Psychopharmacology*, 14 (2), 39-44.
- Hollander, E., Swann, A. C., Coccaro, E. F., Jiang, P., & Smith, T. B. (2005). Impact of Trait Impulsivity and State Aggression on Divalproex Versus Placebo Response in Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 621-624.
- Howell, D. C. (1998). *Méthodes statistiques en sciences humaines*. Paris: De Boeck Université.
- Joiner, T. E. Jr, Brown, J. S., & Wingate, L. R. (2005). The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annual Review of Psychology*, 56, 287-314.
- Kelly, T., Soloff, P. H., Cornelius, J., Georges, A., Lis, J. A., & Ulrich, R. (1992). Can we study (treat) borderline patients? Attrition from research and open treatment. *Journal of personality disorder*, 6, 417-433.
- Kerkhof, J. F. M., & Diekstra, R. (1994). The prevention of suicidal behaviour: A review of effectiveness. *International review of health psychology*, 3, 145-165.
- Kernberg, O. (1966). Structural derivatives of object relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 47, 236-253.
- Kernberg, O. (1967). Borderline Personality Organisation. *Journal of American psychoanalysis Association*, 15, 641-685.
- Kernberg, O. (1976). *Object relation theory and clinical psycho-analysis*. Northvale: Jason Aronson.
- Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. In M. F. Lenzenweger & J.F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorders (2e ed., pp.114-156)*. New York, NY: The Guilford Press.
- Kernberg, O., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., & Appelbaum, A. H. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York: Basic Books.
- Kim, C. D., Seguin, M., Therrien, N., Riopel, G., Chawky, N., Lesage, A. D., & Turecki, G. (2005). Familial aggregation of suicidal behavior: a family study of male suicide

- completers from the general population. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1017-1019.
- Kocalevent, R. D., Fliege, H., Rose, M., Walter, M., Danzer, G., & Klapp, B. F. (2005). Autodestructive Syndromes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(4), 202-211.
- Koenigsberg, H. W., Harvey, P. D., Mitropoulou, V., New, A., Goodman, M., Schmeidler, J., Silverman, J. M., Serby, M., Siever, L. J., & Schopick, F. (2002). Characterizing Affective instability in borderline personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159, 784-788.
- Kreitman, N. (1977). *Parasuicide*. Chichester: Wiley.
- Langbehn, D. R., & Pfohl, B. (1993). Clinical correlates of self-mutilation among psychiatric inpatients. *Annals Clinical Psychiatry*, 5, 45-51.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Links, P. S., Steiner, M., & Huxley, G. (1988). The occurrence of borderline personality disorder in the families of borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, 2, 14-20.
- Luengo, M. A., Carillo-de-la-Pena, M. T., & Otero, J. M. (1991). The components of impulsiveness : A comparison of the 1.7 Impulsiveness questionnaire and the Barratt Impulsiveness scale. *Personality and individual differences*, 12, 657-667.
- Luengo, M. A., Carillo-de-la-Pena, M. T., Otero, J. M., & Romero, E. (1994). A short-term longitudinal study of impulsivity and antisocial behavior. *Journal of Personal and Social Psychology*, 66, 542-548.
- Lynch, T. R., Kosson, D. S., Lejuez, C. W., Rosenthal, M. Z., Cheavens, J. S., & Blair, R. J. R. (2006). Heightened sensitivity to facial expressions of emotion in borderline personality disorder. *Emotion*, 6(4), 647-655.
- MacKinnon, D. F., & Pies, R. (2006). Affective instability as rapid cycling: theoretical and clinical implications for borderline personality and bipolar spectrum disorders. *Bipolar Disorders*, 8(1), 1-14.
- MacLeod, A. K., Tata, P., Tyrer, P., Schmidt, U., Davidson, K., & Thompson, S. (2005). Hopelessness and positive and negative future thinking in parasuicide. *British Journal of Clinical Psychology*. 44(4), 495-5045.

- Malle, B. F., & Neubauer, A. C. (1991). Impulsivity, reflection and questionnaire response latencies : No evidence for a broad impulsivity trait. *Personality and individual differences, 12*, 865-871.
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry, 156*(2), 181-189.
- Maser, J. D., Akiskal, H. S., Schettler, P., Scheftner, W., Mueller, T., Endicott, J., Solomon, D., & Clayton, P. (2002). Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behavior? A 14-year prospective study, *Suicide & Life-threatening Behavior, 32*, 10-32.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1983). Joint factors in self-reports and ratings: Neuroticism, extraversion and openness to experience. *Personality and Individual Difference, 4*(3), 245-255.
- McIntosh, J. L., & Lewell, B. L. (1986). Sex differences in trends in completed suicide. *Suicide & Life-threatening Behavior, 16*, 16-27.
- Ministère de la santé et des services sociaux (1999). *Suivi de la mortalité au Québec 1967-1997*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2006). *La situation démographique au Québec, Bilan 2005*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1783-1793.
- Moscicki, E. K. (1996). Gender differences in completed and attempted suicides. *Annals of Epidemiology, 4*, 152-158.
- Morey, L. C., Quigley, B. D., Sanislow, C. A., Skodol, A. E., McGlashan, T. H., & Shea, M. T. (2002). Substance or style? An investigation of the NEO-PI-R validity scales. *Journal of Personality Assessment, 79*(3), 583-599.
- New, A. S., Gerlenter, J., Goodman, M., Mitropoulou, V., Koenigsberg, H. W., & Silverman, J. M. (2001). Suicide, impulsive aggression and HTR 1B genotype. *Biological Psychiatry, 50*, 62-65.
- Nieto, E., Vieta, E., Gastò, C., Vallejo, J., & Gastò, C. (1992). Suicide attempts of high medical seriousness in schizophrenic patients. *Comprehensive Psychiatry, 33*, 384-387.

- Norman, D. A., & Shallice, T. (1980). Attention to action: Willed and automatic control of behaviour. In R. Davidson, G. E. Schwartz D. Shapiro, *Consciousness and self-regulation* (pp. 1-15). New York: Plenum Press.
- Oquendo, M. A., & Mann, J. J. (2000). The biology of impulsivity and suicidality. *Psychiatric Clinics of North America (Special Issue: Borderline Personality disorder)*, 23(1), 11-25.
- Owen, A. M., Downes, J. J., & Sahakian, B. J. (1990). Planning and spatial working memory following frontal lobe lesions in man. *Neuropsychologia*, 28(10), 1021-1034.
- Pally, R. (2002). The neurobiology of Borderline Personality Disorder: The synergy of "nature and nurture". *Journal of psychiatric practice*, 8, 133-142.
- Paris, J. (1996). *Social factors in personality disorders- A biopsychosocial approach to etiology and treatment*. New York: Cambridge University Press.
- Paris, J. (2002). Implications of long-term outcome research for the management of patients with borderline personality disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 10 (6), 315-323.
- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (1992). A critical review of childhood sexual abuse in the aetiology of borderline personality disorder. *Canadian Journal of psychiatry*, 37, 125-128.
- Parker, J. D. A., Bagby, R. M., & Webster, C. D. (1993). Domains of the impulsivity construct: A factor analytic investigation. *Personality and Individual differences*, 15, 267-274.
- Paulsen, K., & Johnson, M. (1980). Impulsivity: A multidimensional concept with developmental aspects. *Journal of abnormal Child Psychology*, 8, 269-277.
- Pilowsky, D. J., Olfson, M., Gameraff, M. J., Wickramaratne, P., Blanco, C., Feder, A., Gross, R., Neria, Y., & Weissman, M. M. (2006). Panic disorders and suicidal ideation in primary care. *Depression & Anxiety*, 23, 11-16.
- Platt, S., Hawton, K., Kreitman, N., Fagg, J., & Foster, J. (1988). Recent clinical and epidemiological trends in parasuicide in Edinburgh and Oxford: a tale of two cities. *Psychological Medicine*, 18, 405-418.

- Pope, H. G., Jr, Jonas, J. M., Hudson, J. L., Cohen, B. M., & Gunderson, J. G. (1983). The validity of the DSM-III borderline personality disorder: A phenomenologic, family history, treatment, and long-term follow-up study. *Archives of General Psychiatry*, 40, 23-30.
- Postel, J. (2003). *Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique*. Paris: Références Larousse.
- Raistrick, D., Dunbar, G., & Davidson, R. (1983). Development of a questionnaire to measure Alcohol Dependence. *British Journal of Addiction*. 78(1), 89-95
- Reynolds, B., Ortengren, A., Richards, J. B., & de Wit, H. (2006). Dimensions of impulsive behavior: Personality and behavioral measures. *Personality and Individual Differences*, 40(2), 305-315.
- Rhodes, A.E., Bethell, J., & Bondy, S. J. (2006). Suicidality, depression and mental health services use in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(1), 35-41.
- Robinson, A. C., & Duffy, J. C. (1989) A comparison of self-injury and self-poisoning from the regional poisoning treatment centre, Edinburgh, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 272-279.
- Rosenthal, R. J., Rinzler, C., Walsh, R., & Klausner, E. (1972). Wrist-cutting syndrome: the meaning of a gesture. *American Journal of Psychiatry*, 128, 1363-1368.
- Roy, A. (1978). Self-mutilation. *Medical Psychology*, 51, 201-203.
- Schneider, B., Wetterling, T., Sargk, D., Schneider, F., Schnabel, A., Maurer, K., & Fritze, J. (2006). Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 256 (1), 17-27.
- Shallice, T. (1982). Specific impairment of planning. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 298, 199-209.
- Silverman, J. M., Pinkham, L., Horvath, T. B., Coccaro, E. F., Klar, H., Schear, S., Apter, S., Davidson, M., Mohs, R. C., & Siever, L. J. (1991). Affective and impulsive personality disorder traits in the relatives of patients with borderline personality disorder, *American Journal of Psychiatry*, 148, 1378-1385.
- Skodol, A. E., Siever, L. J., Livesley, W. J., & Gunderson, J. G. (2002). The borderline diagnosis II: Biology, genetics, and clinical course. *Biological Psychiatry*, 51, 951-963.

- Soloff, P. H., & Lynch, K. G. (2002). Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorder, 16*(3), 201-214.
- Soubrié, P. (1986). Reconciling the role of central serotonin neurones in human and animal behaviour. *Behavioral and Brain Sciences, 9*, 319-364
- Spreux-Varoquaux, O., Alvarez, J. C., Berlin, I., Batista, G., Despierre, P. G., Gilton, A., & Cremniter, D. (2001). Differential abnormalities in plasma 5-HIAA and platelet serotonin concentrations in violent suicide attempters: relationships with impulsivity and depression. *Life Sciences, 69*, 647-657.
- Stack, S. (2000). Suicide: a 15-year review of the sociological literature Par I: cultural and economic factors. *Suicide & Life-threatening Behavior, 24*, 362-374.
- Stanley, B., Winchel, R., Molcho, A., Simeon, D., & Stanley, M. (1992). Suicide and the self-harm continuum: phenomenological and biochemical evidence. *International Review of Psychiatry, 4*, 149-155.
- St-Laurent, D., & Bouchard, C. (2004). *L'épidémiologie du Suicide au Québec : Que savons-nous de la situation récente?* Montréal: Institut National de Santé Publique du Québec.
- Stone, M. (1989). The course of borderline personality disorder. Dans A. Tasman, R. E. Hales, & A. J. Frances (Eds.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* (pp. 103-123). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Suyemoto, K. L. (1998) The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review, 18* (5), 531-554.
- Torgersen, S., Lygren, S., Øien, P.A., Skre, I., Onstad, S., & Edvardsen, J. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry, 41*, 416-425.
- Tremblay, J., Rouillard, P., & Sirois, M. (2004). *Dépistage/Évaluation du besoin d'aide-Alcool/Drogues, version 1.7h, Manuel d'utilisation DÉBA-alcool/drogues*. Montréal: Bibliothèque nationale du Québec, Bibliothèque nationale du Canada.
- Van der Kolk, B. A., & Fislser, R. E. (1994). Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bulletin of the Menninger Clinic, 58*, 145-168.
- Vincent, P. J., Boddana, P., & MacLeod, A. K. (2004). Positive lifegoals and plans in parasuicide. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 11*(2), 90-99.

- Virkkunen, M., Goldman, D., Nielsen, D. A., & Linnoila, M. (1995). Low brain serotonin turnover rate (low CSF 5-HIAA) and impulsive violence. *Journal of Psychiatry & Neuroscience, 20*(4), 271-275.
- Winstanley, C. A., Theobald, D. E. H., Dalley, J. W., Cardinal, R. N., & Robbins, T. W. (2006). Double dissociation between serotonergic and dopaminergic modulation of medial prefrontal and orbitofrontal cortex during a test of impulsive choice. *Cerebral Cortex 16*(1), 106-114.
- Zanarini, M. C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinical of North America, 23*, 89-101.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1989). The revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other Axis II disorders. *Journal of Personality Disorders, 3*(1), 10-18.
- Zlotnick, C., Rothschild, L., & Zimmerman, M. (2002). The role of gender in the clinical presentation of patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 16* (3), 277-282.

Appendice A
Affiche de recrutement

Êtes-Vous Impulsif?



La réponse est **Oui** ...

L'Université du Québec à Chicoutimi

&

La Clinique le Faubourg St-Jean

S'intéressent à vous !

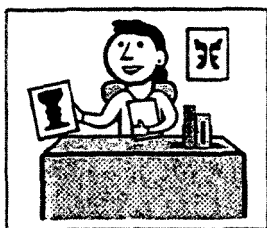
La présente recherche a pour but d'obtenir de nouvelles connaissances au sujet du

Trouble de personnalité limite

Nous espérons contribuer à la recherche dans ce domaine et ce, par le biais de votre participation volontaire.

Votre volonté de participation atteint des niveaux jamais égalés?!

Vous pouvez contacter
Mme Sophie Lemelin
dès maintenant...



Ou attendre sagement la venue de
Mme Véronique Murray,
Étudiante à l'Université du Québec à Chicoutimi

Celle-ci vous fournira toutes les informations nécessaires reliées à l'étude.

Appendice B
Formulaire de consentement

L'effet de l'impulsivité cognitive, émotionnelle et motrice sur le nombre de parasuicides chez un groupe de personnes ayant un trouble de personnalité limite

INFORMATIONS AUX PARTICIPANTS ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet

L'effet de l'impulsivité cognitive, émotionnelle et motrice sur le nombre de parasuicides chez un groupe de personnes ayant un trouble de personnalité limite

But de l'étude et résumé

Le trouble de personnalité limite inclut, parmi ses critères diagnostiques, des menaces suicidaires et des gestes parasuicidaires répétés. Avec un taux de suicide variant de 3,0 à 9,5%, le trouble de personnalité limite constitue l'une des atteintes psychiatriques les plus à risque de suicide. Le trouble de personnalité limite se caractérise aussi par un niveau élevé d'impulsivité. Cette impulsivité pourrait jouer un rôle primordial dans la mise en action de comportements suicidaires et parasuicidaires. Si l'implication de l'impulsivité dans la problématique des gestes parasuicidaires est reconnue, son rôle précis demeure obscur. La présente étude examine 3 formes d'impulsivité, soit l'impulsivité cognitive, affective et motrice et tente d'établir l'effet particulier de chacune d'entre elles dans la problématique des comportements parasuicidaires et suicidaires.

Responsables du projet :

La recherche est menée par une équipe composée des docteurs Sophie Lemelin et Évens Villeneuve de la Clinique Le Faubourg St-Jean en collaboration avec Véronique Murray, étudiante à la maîtrise en psychologie, ainsi que les docteurs Claude Dubé, neuropsychologue et directeur et Louis Richer, neuropsychologue et co-directeur de l'Université du Québec à Chicoutimi.

Déroulement de l'étude

Si vous acceptez de participer à cette étude, nous vous demanderons :

- 1) De nous donner accès à votre dossier médical du Faubourg St-Jean afin que nous puissions prendre connaissance de votre résultat à l'Entrevue DIB-R (Diagnostic Interview for Borderline). Cette entrevue vous a été administrée par un clinicien du Faubourg St-Jean lors de votre admission dans le programme de traitement. Un score de 7 ou plus est requis afin de participer à l'étude.
- 2) De nous permettre de communiquer avec votre psychothérapeute du Faubourg St-Jean afin de confirmer que vous rencontrez actuellement les critères diagnostiques d'un trouble de personnalité limite.
- 3) De nous donner accès à votre dossier médical du Faubourg St-Jean afin que nous puissions noter le nombre de gestes parasuicidaires posé au cours des 6 derniers mois.
- 4) De vous rendre au Faubourg St-Jean pour une seule rencontre d'environ 90 minutes avec Mme Véronique Murray, étudiante à la maîtrise en psychologie de l'Université du Québec à Chicoutimi. Durant cette rencontre, nous vous inviterons à remplir 4 questionnaires et à effectuer un test neuropsychologique :
 - a. Un questionnaire général recueillant des informations comme votre sexe, votre âge, votre scolarité, votre médication actuelle, etc. Nous vous demanderons également de nous parler des gestes parasuicidaires posés durant les 6 derniers mois. Cette dernière information sera comparée avec les données consignées au dossier. Le temps de passation est d'environ 5 minutes.
 - b. Le 2^e questionnaire est l'Échelle d'impulsivité de Barratt. Il s'agit d'un questionnaire comprenant 34 questions qui évalue différents aspects de l'impulsivité : impulsivité motrice, impulsivité cognitive et capacité de planification. Le temps nécessaire pour compléter ce questionnaire est d'environ 10 minutes.

- c. Le 3^e questionnaire est le NEO-PI. Il s'agit d'un inventaire de personnalité évaluant différentes dimensions de la personnalité, dont l'impulsivité dans sa forme affective. Le temps de passation varie généralement de 10 à 15 minutes.
- d. Le 4^e questionnaire est l'Échelle H de Beck. Il s'agit d'un questionnaire de 20 questions évaluant le degré de pessimisme. Le temps de passation est d'environ 5 minutes.
- e. Le test de la « Tour de Londres » est une épreuve neuropsychologique qui évalue la capacité de résolution de problème et de planification. Il s'agit d'une épreuve simple, largement utilisée en neuropsychologie et dont la durée d'administration est de 10 à 15 minutes.

Retrait précoce de l'étude

Votre participation à cette étude est totalement volontaire. Votre refus de participer ou votre décision de vous retirer à n'importe quel moment durant l'étude n'impliquera aucune pénalité ou perte de bénéfices de quelque nature que ce soit et vous pourrez continuer de recevoir les soins médicaux requis par votre état.

Bénéfices et Risques

Votre participation à l'étude implique que vous investissiez un peu de votre temps mais ne comporte aucun risque pour vous. Il n'y a aucun bénéfice personnel découlant de votre participation à l'étude, mais votre implication permet l'avancement des connaissances et la possibilité de raffiner les interventions face à la problématique à l'étude.

Confidentialité

Toutes les données en lien avec votre participation à l'étude seront traitées de façon strictement confidentielle. Tous les questionnaires seront identifiés par un code numérique. Ils seront conservés à la Clinique Le Faubourg St-Jean dans un classeur verrouillé qui se trouve dans un local fermé à clé. Ces données seront conservées pour une période de 5 ans après quoi, elles seront détruites. Une copie des données brutes,

rendue anonyme, sera transférée aux chercheurs de l'Université du Québec à Chicoutimi pour analyse statistique.

Votre nom n'apparaîtra sur aucun document public, que ce soit un rapport de recherche ou une publication scientifique résultant de l'étude.

Informations supplémentaires

Vous êtes libre de poser des questions à l'équipe de recherche de la Clinique Le Faubourg St-Jean. Pour toutes informations, il est possible de communiquer avec le Dr. Évens Villeneuve, psychiatre responsable médical de la Clinique Le Faubourg St-Jean, et avec la Dre Sophie Lemelin, psychologue responsable de l'étude, au (418) 648-6166. Si vous avez des questions concernant vos droits, vous pouvez communiquer avec Monsieur Pierre Maxime Bélanger, président du comité d'éthique au Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard au (418) 663-5000, poste 4736. Advenant la nécessité de loger une plainte, vous pouvez référer à Madame Nicole Gagnon, commissaire locale à la qualité des services au Centre hospitalier Robert-Giffard au (418) 663-5555.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je soussigné(e) _____ déclare avoir pleinement pris connaissance et compris le document précédent décrivant la présente étude. J'ai eu l'opportunité d'obtenir des réponses à toutes mes questions concernant cette étude. Je comprends également que je suis libre de me retirer de l'étude à n'importe quel moment sans que cela n'affecte mes soins médicaux futurs. Ma signature indique que j'ai volontairement accepté de participer à cette étude et que par la présente je donne mon consentement. Je comprends que j'aurai à répondre à quatre questionnaires différents ainsi qu'à une épreuve neuropsychologique, le tout durant 60 à 90 minutes. Je comprends que la participation à cette étude n'implique aucun risque ni bénéfice, mais qu'elle constitue une contribution appréciable à la recherche. Tous les documents me concernant seront traités avec confidentialité.

Je comprends qu'une copie du présent document *Informations au participant et formulaire de consentement* me sera remise au moment où j'apposerai ma signature.

Signature du participant

Date

Signature du chercheur

Date

Signature du responsable médical

Date

Appendice C
Questionnaire sociodémographique

Numéro du participant: _____

Renseignements personnels

1) Votre date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____ 2) Votre âge : _____

3) Votre sexe : féminin masculin

4) Votre emploi du temps :

travailleur salarié : (emploi occupé) _____

temps plein Temps partiel

chômeur :

bénéficiaire de l'aide sociale :

étudiant(e) :

(programme d'étude _____)

sans emploi rémunéré :

5) Votre scolarité : (indiquez la dernière année complétée)

Primaire : 1^{ère} 2^{ème} 3^{ème} 4^{ème} 5^{ème} 6^{ème}

Secondaire : 1^{ère} 2^{ème} 3^{ème} 4^{ème} 5^{ème}

Collégiale : 1^{ère} 2^{ème} 3^{ème}

Temps plein Temps partiel

Programme d'étude terminé : oui non

Concentration : _____

Universitaire : Baccalauréat : 1^{ère} 2^{ème} 3^{ème} 4^{ème}

Temps plein Temps partiel

Programme d'étude terminé : oui non

Concentration : _____

Maîtrise : 1^{ère} 2^{ème} 3^{ème} 4^{ème} 5^{ème}

Temps plein Temps partiel

Programme d'étude terminé : oui non

Concentration : _____

Doctorat : 1^{ère} 2^{ème} 3^{ème} 4^{ème} 5^{ème}

Temps plein Temps partiel

Programme d'étude terminé : oui non

Concentration : _____

6) Présentement vivez-vous :

Chez vos parents

Seul

Colocataire

Ressource Hébergement

En couple

7) Quel est votre état civil :

Célibataire

Union de fait

Marié(e)

Séparé(e)

Divorcé(e)

Veuf (Veuve)

Numéro du participant: _____

Depuis combien de temps ? _____

8) Avez-vous des enfants? oui non (Si la réponse est non, passez à la question 9)

Combien d'enfants avez-vous ? _____ Quel est l'âge et le sexe de chacun :

1^{er} enfant : âge _____ sexe : féminin masculin

2^{ème} enfant : age _____ sexe : féminin masculin

3^{ème} enfant : age _____ sexe : féminin masculin

4^{ème} enfant : age _____ sexe : féminin masculin

5^{ème} enfant : age _____ sexe : féminin masculin

Avec qui vivent-ils ? le père et la mère la mère le père autre

(spécifier : _____)

9) Quel rang occupez-vous dans votre famille?

1^{er} 2^{ème} 3^{ème} 4^{ème} 5^{ème} Autre : _____

10) Combien avez-vous de frère(s)? _____ 11) Combien avez-vous de sœur(s)? _____

11) Prenez-vous des médicaments (prescrits ou non) ? oui non Si oui :

Nom du médicament : _____

Dosage par jour : _____

Nom du médicament : _____

Dosage par jour : _____

Nom du médicament : _____

Dosage par jour : _____

12. Avez-vous une histoire médicale de troubles neurologiques à la suite d'un accident ou de tout autre événement dans lequel vous auriez subi des lésions cérébrales ? oui non

Si oui, relatez brièvement les faits : _____

13. Indiquez le nombre de semaines de thérapie complétées à la Clinique Le Faubourg St-Jean à ce jour: _____

14. Recevez-vous un service thérapeutique d'autres intervenants ? oui non

Si oui, indiquez le type de thérapie : _____

Depuis quand suivez-vous cette autre thérapie :

moins de 6 mois

6 mois et plus

un an

plusieurs années (nombre : _____)

15. Durant votre période de vie scolaire, vous étiez :

Studieux

Un peu dissipé

Dissipé

Un élève problématique

Numéro du participant: _____

16. Durant votre scolarisation, on vous a souvent mentionné que vous aviez des problèmes d'attention :

Oui

Non

17. Actuellement, je suis reconnu (e) comme étant une personne présentant une problématique attentionnelle :

Oui

Non

18. Au cours des six derniers mois, avez-vous posé consciemment des gestes portant atteinte à votre intégrité corporelle dans le but de vous blesser ou de causer la mort :

Non

Oui Gestes posés : _____

Merci de votre précieuse collaboration!

Appendice D
Questionnaire DÉBA alcool/drogues

7665193771 **Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide - Drogues (DÉBA-Drogues) v1.7p**

Tremblay, J., Rouillard, P., April, N., & Sirois, M. 2000. Rev. 01 mai 2001

Prénom de l'usager (en lettres moulées s.v.p.)

Nom de l'usager (en lettres moulées s.v.p.)

Age

Femme Homme

Sur la liste de produits suivants, indiquer à quelle fréquence la personne a consommé de chacun de ceux-ci depuis un an.

Questionner sur chacun des produits la liste des noms de produits les plus communs au verso

	Jamais	< 1 fois / mois	1 à 3 fois / mois	1 à 2 fois / sem	3 fois et + / sem	
1. Médicaments sédatifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si prend méd. sédatifs à toutes les semaines, demander les 3 quest. suivantes
						<input type="radio"/> Dépasse posologie <input type="radio"/> De plus d'un médecin <input type="radio"/> Non-prescrits

No. tél. résidence

Autre no. téléphone

	Jamais	< 1 fois / mois	1 à 3 fois / mois	1 à 2 fois / sem	3 fois et + / sem	
2. Cannabis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Oral <input type="radio"/> Nasal "sniffé" <input type="radio"/> Fumé <input type="radio"/> Injecté <input type="radio"/>
3. PCP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4. Hallucinogènes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Cocaïne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Autres stimulants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Opiacés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Inhalants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Fréquence cumulée des drogues 2 à 8 confondues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	

Si l'usager a recours à plus d'un mode de consommation pour un seul produit, les noter tous.

Si a consommé plus d'une des drogues 2 à 8, demander la question 9

Si vous avez coché dans une zone grise, passez aux questions 10 à 15. Sinon, terminez ici.

Échelle de Sévérité de la Dépendance (ESD)

Traduction par Tremblay, J. (1999) du "Severity of Dependence Scale" (SDS) de Gossep, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J. Powis, B., Hall, W. & Strang, J., (1995)

Choisir la drogue la plus consommée ou celle causant problèmes et poser les quest. 10 à 14 uniquement pour cette drogue.

Méd. sédatifs Cocaïne Cannabis Autres stimulants PCP Opiacés Hallucinogènes Inhalants

Répondez aux 5 questions suivantes en pensant à votre consommation de _____ DEPUIS UN AN...

	Jamais ou presque jamais	Quelquefois	Souvent	Toujours ou presque toujours
10. Avez-vous pensé que vous aviez perdu le contrôle de votre consommation de _____ ?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
11. Est-ce que l'idée de ne pas consommer du tout de _____ vous a rendu inquiet ou anxieux?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
12. Est-ce que votre consommation de _____ vous a préoccupée?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
13. Avez-vous souhaité être capable d'arrêter votre consommation de _____ ?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
14. Jusqu'à quel point est-ce que ce serait difficile pour vous d'arrêter de consommer ou de vivre sans _____ ?	<input type="radio"/> Facile (0)	<input type="radio"/> Assez difficile (1)	<input type="radio"/> Très difficile	<input type="radio"/> Impossible (3)

15. Voulez-vous recevoir de l'aide pour changer vos habitudes de consommation de médicaments ou de drogues? Oui Non

ESD / Total =

Interprétation au verso

Tremblay, J., Rouillard, P., April, N., & Sirois, M. 2000. 22. 01 mai 2001

1. Médicaments sédatifs

Altitiques	Hypnotiques	Barbituriques
x n ar nil xam um ril x xene um ax	Dalmane Doriden Halcion Imovane Mandrax Mogadon Noctec Noludar Placidyl Restoril	Amytal Butisol Carbital Fiorinal Nembutal Phénobarbital Sécorial Tuinal

5. Cocaïne

Cocaïne (inhalee + I.V.)
Crack (fumé)
Freebase (fumé)

6. Autres stimulants

Benzadrine
Crystal
Dexadrine
Fastin
Méthadrine
Pondéral
Préludine
Ritalin
Ténuate

7. Inhalants

Aérosol
Colle
Chloroforme
Décapant
Dissolvant
Essence
Éther
Pam
Peinture
"Poppers"
"Spray net"
Térébenthine
Varathane
Vernis à ongles

Cannabis

3. PCP

Kétanine

4. Hallucinogènes

Acide
Champignons
Ecstasy (MDMA/MDA)
L.S.D.
Mescaline

8. Opiacés

Héroïne (smack)
Codéine
Darvon
Demerol
Dilaudid
Empracet (codéine)
Fiorinal (codéine)
222
Lomolil
Speedball
(héroïne/cocaïne)
Morphine
MS Contin
Percocet
Talwin
Tylenol avec codéins

Sirops avec codéine ou hydrocodone

(Ces sirops sont en vente libre mais derrière le comptoir)
Benlylin codéine 3,3 mg D-E
Dimétane expectorant-C et DC
Novahistex C et DH
Triaminic DH
Tussaminic C et DH

Interprétation des scores de l'ÉSD

- 2 Intervention première ligne par le CLSC
- 5 Répondre aux questions 16 à 24 avant de contacter l'intervenant du centre spécialisé en toxicomanie pour discussion concernant l'orientation
- 15 Intervention par centre spécialisé en toxicomanie

J'autorise _____ à faire parvenir la présente évaluation à _____ et à en discuter pour fin d'orientation.

Date: _____ Signature usager _____

Valide jusqu'au _____

Échelle des Conséquences de la Consommation de Drogues (ÉCCD)

Tremblay, Rouillard, April, & Sirois, (2000)

l'individu a un score se situant entre 3 et 5 à l'ÉSD, demander les questions suivantes avant de contacter l'intervenant de la ressource spécialisée

DEPUIS UN AN...

- Est-ce que votre consommation de drogues a nui à votre rendement au travail, à l'école, ou dans vos tâches ménagères? 16. ○
- Est-ce que votre consommation de drogues a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches? 17. ○
- Est-ce que votre consommation de drogues a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille? 18. ○
- Avez-vous manqué des jours de travail ou d'école à cause de votre consommation de drogues? 19. ○
- Avez-vous consommé de la drogue dans des situations où cela augmente le risque de se blesser, comme par exemple opérer de la machinerie, utiliser une arme à feu ou des couteaux, traverser dans le trafic intense, faire de l'escalade ou se baigner? ... 20. ○
- Avez-vous conduit un véhicule à moteur (automobile, bateau, motocyclette, VTT, "sea-doc") alors que vous aviez consommé de la drogue? 21. ○
- Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies suite à votre consommation de drogues? 22. ○
- Avez-vous eu des problèmes judiciaires (autres qu'arrestation pour conduite avec facultés affaiblies) reliés à votre consommation de drogues?
Si oui, spécifiez : _____ 23. ○
- Est-ce que votre consommation de drogues a diminué votre capacité à prendre soin de vos enfants? 24. ○

	Jamais	Une fois	2 ou 3 fois	4 à 10 fois	Tous les mois (12 à 31 fois)	Toutes les semaines (52 fois ou plus)
16. ○	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ○	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. ○	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. ○	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. ○	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. ○	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. ○	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. ○	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. ○	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Prénom de l'utilisateur (en lettres moulees s.v.p.)

Nom de l'utilisateur (en lettres moulees s.v.p.)

Femme
 Homme

Age

No. tél. résidence

Autre no. téléphone

Question #1

Durant les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé de la bière, du vin, du "fort" ou d'autres boissons alcoolisées?

- Jamais consommé
- Moins d'une fois par mois i.e total de 11 fois ou moins/an
- 1 à 3 fois par mois (12 à 51 fois)
- 1 ou 2 fois par semaine
- 3 fois et plus par semaine

Terminer ici

Passer aux quest. 2 et 3

Question #2 Depuis un an, lors d'une semaine typique de consommation d'alcool ...

... combien de journées par semaine buvez-vous? ... les journées où vous buvez, combien de consommations prenez-vous habituellement?

X

=

Voir charte au verso

Calculez le nombre de consommations lors d'une semaine typique

Question #3 (Épisodes de forte consommation)

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu ...

FEMMES → ... 4 verres ou plus en une seule occasion?
HOMMES → ... 5 verres ou plus en une seule occasion?

Si cons./sem. est de 10 et + pour les femmes et 15 et + pour les hommes
OU
Si nombre d'épisodes de forte cons. au cours de la dernière année est de 12 et +,
passer aux quest. 4 à 19.
Sinon, terminer ici.

Questionnaire Bref sur la Dépendance à l'Alcool (QBDA)

Traduction par Tremblay J. (1999) du "Severity of Alcohol Dependence Data" (SADD) de Raistrick, D., Dunbar, G., & Davidson, D. G. (1983)

"Je vais vous poser quelques questions reliées à la consommation d'alcool. Pensez à vos habitudes de consommation d'alcool DEPUIS UN AN et répondez-moi sans réfléchir trop longtemps." *Noircir la case appropriée.*

	Jamais	Quelquefois	Souvent	Presque toujours
4. Avez-vous de la difficulté à chasser de votre esprit l'idée de boire?	4. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Est-ce que boire est plus important pour vous que de prendre votre prochain repas?	5. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Organisez votre journée en fonction du moment et du lieu où vous pouvez boire?	6. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Buvez-vous du matin au soir?	7. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Buvez-vous pour l'effet de l'alcool, peu importe le type de boisson?.....	8. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Buvez-vous autant que vous voulez sans vous soucier de ce que vous ferez le lendemain?....	9. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Continuez-vous à beaucoup boire, tout en sachant que l'alcool peut causer plusieurs problèmes?	10. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Pensez-vous qu'après avoir commencé à boire vous ne serez pas capable d'arrêter?	11. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Essayez-vous de contrôler votre consommation d'alcool en arrêtant complètement de boire durant plusieurs journées ou plusieurs semaines d'affilées?	12. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Le lendemain d'un jour où vous avez beaucoup bu, avez-vous besoin de prendre un premier verre pour commencer la journée?.....	13. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Le lendemain d'un jour où vous avez beaucoup bu, est-ce que vos mains tremblent à votre réveil?	14. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Au réveil, après avoir beaucoup bu, avez-vous des maux de coeur ou des vomissements?.....	15. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Le lendemain d'un jour où vous avez beaucoup bu, faites-vous des efforts pour éviter de rencontrer des gens?.....	16. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Après avoir beaucoup bu, voyez-vous des choses effrayantes en vous rendant compte, plus tard, qu'elles sont imaginaires?	17. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Vous arrive-t-il de boire et de constater, le lendemain, que vous avez oublié ce qui s'est passé la veille?.....	18. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Voulez-vous recevoir de l'aide pour changer vos habitudes de consommation d'alcool? Oui Non

QBDA Total 4 à 18

/ /

Interprétation au

Nom, prénom de l'intervenant(e) (en lettres majuscules s.v.p.)

DÉBA-Alcool v1.7p

Tremblay, J., Rouillard, P., April, N., & Sirois, M. 2000. Rev. 01 mai 2001

"FORT" (40%)	BIÈRE (5%)	VIN (12%)
nl (≅ 1½ onces) = 1 cons.	1 petite (341 ml) = 1 cons.	1 coupe (5oz/142 ml) = 1 cons.
ml (≅ 13 onces) = 9 cons.	1 grosse (625 ml) = 2 cons.	1/2 litre = 3,5 cons.
ml (≅ 26 onces) = 18 cons.	1 King can (750 ml) = 2 cons.	Bout. (750 ml) = 5 cons.
fl (≅ 40 onces) = 27 cons.	1 Boss (950 ml) = 3 cons.	Bout. (1 litre) = 7 cons.
ml de Listerine = 1 cons.	1 Max Bull (1.18 l) = 3.5 cons.	"VIN FORTIFIÉ (20%)"
ml d'Aqua Velva = 1 cons.	1 pichet = 4 à 6 cons.	
		1 petite coupe (85 ml) = 1 cons. <i>Porto. Bellini - Vin Suave</i>

is. = 17 ml ou 13,6 g d'alcool pur. Par exemple, une bière de 341 ml à 5% contient 17 ml d'alcool pur (i.e. 341 ml X .05)

Interprétation des scores du QBDA

- 9 Intervention première ligne par le CLSC
- 17 Répondre aux questions 20 à 28 avant de contacter l'intervenant du centre spécialisé en toxicomanie pour discussion concernant l'orientation
- 45 Intervention par centre spécialisé en toxicomanie

J'autorise _____ à faire
parvenir la présente évaluation à _____
et à en discuter pour fin d'orientation.

Date: _____ Signature usager _____

Valide jusqu'au _____

Échelle des Conséquences de la Consommation d'Alcool (ÉCCA)

Tremblay, Rouillard, April, & Sirois. (2000)

l'individu a un score se situant entre 10 et 17 au QBDA, demander les questions suivantes avant de contacter l'intervenant de la ressource spécialisée

PUIS UN AN...

	Jamais	Une fois	2 ou 3 fois	4 à 10 fois	Tous les mois (12 à 31 fois)	Toutes les semaines (52 fois et +)
Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à votre rendement au travail, à l'école, ou dans vos tâches ménagères?	20. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches?	21. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille?	22. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous manqué des jours de travail ou d'école à cause de votre consommation d'alcool?	23. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous bu dans des situations où le fait de boire augmente le risque de se blesser, comme par exemple opérer de la machinerie, utiliser une arme à feu ou des couteaux, traverser dans le trafic intense, faire de l'escalade ou se baigner?	24. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous conduit un véhicule à moteur (automobile, bateau, motocyclette, VTT, "sea-doo") alors que vous aviez bu de l'alcool?	25. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies?	26. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous été arrêté ou retenu au poste de police pour ivresse publique ou pour avoir troublé la paix sous l'effet de l'alcool?	27. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Est-ce que votre consommation d'alcool a diminué votre capacité à prendre soin de vos enfants?	28. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Le DÉBA dans ses versions 'Alcool' et 'Drogues' est accompagné d'un manuel d'utilisation où le rationnel scientifique est largement décrit, en plus des procédures d'administration et d'interprétation. Vous pouvez vous le procurer auprès de Joël Tremblay à un des deux centres de réadaptation en toxicomanie suivants: ALTO en Chaudières/Appalaches (418) 834-5512 ou au Centre de Réadaptation Ubalde-Villeneuve de Québec (418) 525-4444, poste 3546 ou via email à joel.tremblay@qc.air.com Tout centre intéressé à utiliser le DÉBA est invité à communiquer avec nous afin de s'assurer qu'il utilise la version la plus récente de l'instrument. En effet, l'année 2000-2001 en est une d'expérimentation afin d'ajuster le DÉBA aux besoins de ses utilisateurs.