

Validation d'une procédure de dépistage du trouble de personnalité limite selon le Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5

Validation of a screening procedure for borderline personality disorder based on the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders

Dominick Gamache, Claudia Savard, Maude Payant, Philippe Leclerc, Renée-Claude Dompierre, David Roy, Marc Tremblay, Mélissa Verreault and Évans Villeneuve

Volume 47, Number 2, Fall 2022

Les troubles de personnalité limite : réalités actuelles québécoises et dans la francophonie

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1098893ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1098893ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Gamache, D., Savard, C., Payant, M., Leclerc, P., Dompierre, R.-C., Roy, D., Tremblay, M., Verreault, M. & Villeneuve, É. (2022). Validation d'une procédure de dépistage du trouble de personnalité limite selon le Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5. *Santé mentale au Québec*, 47(2), 17–39. <https://doi.org/10.7202/1098893ar>

Article abstract

Objectives The fifth edition of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) includes an Alternative Model for Personality Disorders (DSM-5), which defines personality disorders based on two dimensional criteria. Criterion A corresponds to the severity of personality dysfunction in the areas of self and interpersonal functioning, while Criterion B comprises five pathological domains including a total of 25 facets. Six specific disorders, including borderline personality disorder (BPD), are defined in the AMPD based on Criteria A and B. However, there is currently very little data on these diagnoses as they are operationalized in the MATP. This study aims to present data on this recent operationalization of BPD. More specifically, we will first introduce a procedure, based on self-reported questionnaires covering the two main MATP criteria, implemented to generate the BPD diagnosis from the AMPD. Then, we will assess its validity (a) by documenting its prevalence in a clinical sample; (b) by determining its degree of correspondence with the “traditional” BPD categorical diagnosis and with a dimensional measure of borderline symptomatology; (c) by presenting convergent validity data with constructs relevant to the study of BPD (impulsivity, aggression); and (d) by determining the incremental validity of the proposed procedure in contrast with a simplified approach where only Criterion B would be considered.

Method Data from 287 patients recruited as part of the admission process at the Centre de traitement le Faubourg Saint-Jean of the CIUSSS-Capitale-Nationale were analyzed. The BPD diagnosis from the MATP was generated based on two validated self-report questionnaires, in their French version, namely the Self and Interpersonal Functioning Scale (Criterion A) and the Personality Inventory for DSM-5-Faceted Brief Form (Criterion B).

Results The BPD diagnosis, as operationalized in the AMPD, had a prevalence of 39.7% in the sample. A moderate fit with the clinician's diagnosis of BPD according to the traditional DSM-5 categorical model was observed, as well as a strong correlation with a dimensional measure of borderline symptomatology. Nomological network analysis revealed high and theoretically expected correlations between the disorder and measures of aggression and impulsivity. The proposed diagnostic extraction procedure, which uses Criteria A and B, showed incremental validity in the statistical prediction of external variables (borderline symptomatology, aggression, impulsivity) compared to a simplified procedure using only Criterion B.

Conclusions The proposed procedure for generating the BPD diagnosis according to the MATP definition yields promising results and could allow screening for the disorder based on this contemporary conceptualization of personality pathologies.

Validation d'une procédure de dépistage du trouble de personnalité limite selon le Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5

Dominick Gamache^{a,b}

Claudia Savard^{b,c}

Maude Payant^d

Philippe Leclerc^a

Renée-Claude Dompierre^e

David Roy^e

Marc Tremblay^e

Mélissa Verreault^e

Évens Villeneuve^f

RÉSUMÉ Objectifs La cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) inclut un Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité (MATP), qui définit la pathologie de la personnalité en s'appuyant sur 2 principaux critères dimensionnels. Le critère A correspond à la sévérité du dysfonctionnement de la personnalité dans la sphère du soi et dans la sphère

-
- Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec, Canada.
 - Centre de recherche CERVO, Université Laval, Québec, Canada.
 - Département des fondements et pratiques en éducation, Université Laval, Québec, Canada.
 - Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada.
 - CIUSSS-Capitale-Nationale, Québec, Canada.
 - Faculté de médecine, Université Laval, Québec, Canada.

interpersonnelle, alors que le critère B propose 5 domaines pathologiques de la personnalité se déclinant en 25 facettes. Six troubles spécifiques, incluant le trouble de personnalité limite (TPL), sont définis dans le MATP sur la base des critères A et B. Il existe toutefois très peu de données à l'heure actuelle sur ces diagnostics tels qu'opérationnalisés dans le MATP. La présente étude vise à présenter des données québécoises sur cette récente opérationnalisation du TPL. Plus spécifiquement, nous présenterons d'abord une procédure, basée sur des questionnaires autorévévés couvrant les 2 critères principaux du MATP, permettant de générer le diagnostic. Puis, nous évaluerons sa validité : a) en documentant la prévalence du diagnostic dans un échantillon clinique ; b) en déterminant son degré de correspondance avec le diagnostic catégoriel « traditionnel » du TPL et avec une mesure dimensionnelle de symptomatologie associée au trouble ; c) en présentant des données de validité convergente avec des construits pertinents pour l'étude du TPL (impulsivité, agression) ; et d) en déterminant la validité incrémentielle de la procédure proposée par rapport à une approche simplifiée où seul le critère B serait considéré.

Méthode Les données de 287 patients recrutés dans le cadre de la démarche d'admission au Centre de traitement le Faubourg Saint-Jean du CIUSSS-Capitale-Nationale ont été analysées. Le diagnostic de TPL selon le MATP a été généré à partir de 2 questionnaires validés, dans leur version francophone, soit le *Self and Interpersonal Functioning Scale* (critère A) et le *Personality Inventory for DSM-5-Faceted Brief Form* (critère B).

Résultats Le diagnostic de TPL, tel qu'opérationnalisé par le MATP, présentait une prévalence de 39,7% dans l'échantillon. Une correspondance modérée avec le diagnostic de TPL posé par les cliniciens selon le modèle catégoriel traditionnel du DSM-5 a été observée, de même qu'une forte corrélation avec une mesure dimensionnelle de symptomatologie limite. L'analyse du réseau nomologique a révélé des corrélations élevées et théoriquement attendues entre le trouble et des mesures d'agression et d'impulsivité. La procédure d'extraction du diagnostic, qui utilise les critères A et B, montre une validité incrémentielle dans la prédiction statistique des variables externes (symptomatologie limite, agression, impulsivité) par rapport à une procédure simplifiée n'utilisant que le critère B.

Conclusions La procédure proposée pour générer le diagnostic de TPL selon la définition du MATP génère des résultats valides et pourrait permettre un dépistage du trouble selon cette conceptualisation contemporaine des pathologies de la personnalité.

MOTS CLÉS trouble de personnalité limite, Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité, DSM-5, évaluation, dépistage

Validation of a screening procedure for borderline personality disorder based on the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders

ABSTRACT Objectives The fifth edition of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) includes an Alternative Model for Personality Disorders (DSM-5), which defines personality disorders based on two dimensional criteria. Criterion A corresponds to the severity of personality dysfunction in the areas of self and interpersonal functioning, while Criterion B comprises five pathological domains including a total of 25 facets. Six specific disorders, including borderline personality disorder (BPD), are defined in the AMPD based on Criteria A and B. However, there is currently very little data on these diagnoses as they are operationalized in the MATP. This study aims to present data on this recent operationalization of BPD. More specifically, we will first introduce a procedure, based on self-reported questionnaires covering the two main MATP criteria, implemented to generate the BPD diagnosis from the AMPD. Then, we will assess its validity (a) by documenting its prevalence in a clinical sample; (b) by determining its degree of correspondence with the “traditional” BPD categorical diagnosis and with a dimensional measure of borderline symptomatology; (c) by presenting convergent validity data with constructs relevant to the study of BPD (impulsivity, aggression); and (d) by determining the incremental validity of the proposed procedure in contrast with a simplified approach where only Criterion B would be considered.

Method Data from 287 patients recruited as part of the admission process at the Centre de traitement le Faubourg Saint-Jean of the CIUSSS-Capitale-Nationale were analyzed. The BPD diagnosis from the MATP was generated based on two validated self-report questionnaires, in their French version, namely the Self and Interpersonal Functioning Scale (Criterion A) and the Personality Inventory for DSM-5-Faceted Brief Form (Criterion B).

Results The BPD diagnosis, as operationalized in the AMPD, had a prevalence of 39.7% in the sample. A moderate fit with the clinician’s diagnosis of BPD according to the traditional DSM-5 categorical model was observed, as well as a strong correlation with a dimensional measure of borderline symptomatology. Nomological network analysis revealed high and theoretically expected correlations between the disorder and measures of aggression and impulsivity. The proposed diagnostic extraction procedure, which uses Criteria A and B, showed incremental validity in the statistical prediction of external variables (borderline symptomatology, aggression, impulsivity) compared to a simplified procedure using only Criterion B.

Conclusions The proposed procedure for generating the BPD diagnosis according to the MATP definition yields promising results and could allow screening

for the disorder based on this contemporary conceptualization of personality pathologies.

KEYWORDS borderline personality disorder, Alternative Model for Personality Disorders, DSM-5, assessment, screening

Introduction

Une majorité de cliniciens et d'experts œuvrant dans le domaine des troubles de la personnalité (TP) estiment que le modèle catégoriel traditionnel nécessite une révision majeure et qu'un changement paradigmatique s'impose (Bernstein et coll., 2007 ; Morey et Hopwood, 2020). En effet, les lacunes d'un modèle comme celui du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM), qui présuppose l'existence de 10 catégories distinctes de TP, ont été largement documentées au fil des années. Ces limites incluent la comorbidité excessive entre les diagnostics, l'exhaustivité limitée du modèle (avec une surutilisation de la catégorie « non spécifiée ») et des seuils diagnostiques arbitraires (voir Hopwood et coll., 2018, pour une discussion à propos de ces limites). La plupart des experts du domaine estiment qu'un diagnostic reposant sur une approche dimensionnelle (où la pathologie de la personnalité correspondrait à l'expression extrême de certains traits) ou hybride (combinant une perspective dimensionnelle tout en conservant un certain nombre de catégories diagnostiques) serait mieux à même de représenter la complexité des TP (Bernstein et coll., 2007 ; Morey et Hopwood, 2020).

Un pas déterminant vers ce changement paradigmatique a été franchi dans la plus récente édition de la *Classification internationale des maladies* (World Health Organization, 2019), où un système presque exclusivement dimensionnel a été retenu pour le diagnostic des troubles de la personnalité — seule une spécification pour la présence de caractéristiques associées à la personnalité limite ayant été conservée (Tyrer et coll., 2019). Dans la cinquième et plus récente édition du DSM (DSM-5 ; American Psychiatric Association, 2013), la transition ne s'est opérée qu'à moitié : un Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité (MATP) a bien été proposé, mais l'adoption officielle du modèle a été jugée trop hâtive par le conseil d'administration de l'American Psychiatric Association (Oldham, 2015), qui l'a ultimement relégué à la section III (Mesures et modèles émergents). Le MATP a depuis fait l'objet de centaines de travaux empiriques qui

confirment très largement son utilité tant pour la clinique que pour la recherche, de même que la relative aisance avec laquelle il peut être appris et disséminé dans les milieux (Milinkovic et Tiliopoulos, 2020, Zimmermann et coll., 2019).

Dans le MATP, les troubles de la personnalité sont définis en fonction de 2 principaux critères. D'abord, le critère A fait référence à la sévérité de la pathologie de la personnalité, exprimée à travers ce que nous pourrions résumer comme un rapport pathologique à « soi-même » (c.-à-d. des perturbations de l'identité et de l'autodétermination) et à « autrui » (c.-à-d. des déficits dans la capacité à éprouver de l'empathie et à développer des relations d'intimité). Il a été développé pour distinguer le fonctionnement pathologique de la personnalité de son fonctionnement normal, mais aussi de celui des autres troubles mentaux¹. Le critère B renvoie quant à lui à la présence de facettes pathologiques de la personnalité; le MATP en définit 25, réparties en 5 domaines (affectivité négative, détachement, antagonisme, désinhibition, psychoticisme), qui permettent de dresser un profil personnalisé pour chaque individu. Six diagnostics spécifiques de TP sont également retenus dans le MATP (antisocial, évitant, limite, narcissique, obsessionnel-compulsif, schizotypique). Pour poser ces diagnostics, au moins 2 des 4 éléments du Critère A (identité, autodétermination, empathie, intimité) doivent être présents, et une configuration de facettes pathologiques caractérisant chaque trouble doit également être observée (pour un exemple, voir le Tableau 1, qui présente plus en détail la composition du trouble de personnalité limite selon le MATP).

À ce jour, toutefois, les diagnostics spécifiques du MATP ont généré relativement peu de travaux empiriques (Zimmermann et coll., 2019) et semblent assez peu couramment utilisés. Ce constat est en contraste avec l'avis de la grande majorité des cliniciens qui œuvrent auprès de cette clientèle, qui jugent plutôt que l'approche hybride qui sous-tend leur conceptualisation dans le MATP est la plus optimale pour représenter la pathologie de la personnalité (Morey et Hopwood, 2020). Plusieurs facteurs contribuent vraisemblablement à expliquer cet état de fait: a) le MATP demeure relativement méconnu; b) le milieu de

1. À ce jour, la capacité du Critère A à bien distinguer le fonctionnement pathologique de la personnalité de celui survenant dans les autres troubles mentaux fait toujours l'objet de débats; plusieurs travaux empiriques ont plutôt mis en relief des associations allant de modérées à larges entre le dysfonctionnement de la personnalité et les symptômes cliniques (Sleep et coll., 2020).

TABLEAU 1

Définition des éléments et des facettes composant le diagnostic de trouble de la personnalité limite dans le Modèle Alternatif pour les Troubles de la Personnalité de la cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux

Éléments et Facettes	Définition
Critère A	
Identité	Image de soi appauvrie, instable; autocritique excessive; vide intérieur; expériences dissociatives en réponse aux stressseurs.
Autodétermination	Objectifs, valeurs et plans de carrière instables.
Empathie	Hypersensibilité personnelle qui empêche de bien reconnaître les besoins et sentiments d'autrui; tendance à la dévaluation de l'autre.
Intimité	Relations intenses, instables et conflictuelles; relations oscillant entre idéalisation et dévaluation; craintes abandonniques, méfiance.
Critère B^a	
Dépressivité	Désespoir, pessimisme face au futur; sentiments de honte ou de culpabilité; sentiments d'infériorité; idéations et conduites suicidaires.
Hostilité	Sentiment persistant de colère; irritabilité (même en réponse à des provocations mineures); comportement vindicatif.
Impulsivité	Actions posées sur un coup de tête pour gratifier les besoins immédiats; manque de considération pour les conséquences de ses actions; difficulté à élaborer/suivre un plan; sentiment d'urgence (incluant le recours à l'autoagression) en situation de détresse émotionnelle.
Insécurité face à la séparation	Peur de la solitude due au rejet ou à la séparation d'avec les proches; manque de confiance dans la capacité à prendre en charge ses propres besoins.
Labilité émotionnelle	Humeur et émotions instables; émotions intenses et disproportionnées.
Prise de risque	Engagement dans des activités dangereuses ou potentiellement dommageables sans considération pour leurs conséquences; déni du danger et de ses propres limites.
Tendance anxieuse	Nervosité, panique ou tension dans diverses situations; soucis fréquents en lien avec des expériences désagréables passées ou futures; appréhension face à l'incertitude et face à l'avenir.

Note: Inspiré de American Psychiatric Association (2013). ^a Afin de poser le diagnostic, 4 des 7 facettes doivent être présentes, et doivent nécessairement inclure l'une des 3 suivantes: Hostilité, Impulsivité, Prise de risque.

la psychiatrie nord-américaine est caractérisé par un certain conservatisme, cette dernière préférant généralement s'harmoniser avec le modèle médical traditionnel (Gøtzsche-Astrup et Moskowitz, 2016; Krueger et Hobbs, 2020); c) les entrevues semi-structurées permettant

d'évaluer les diagnostics spécifiques du MATP (First et coll., 2018) ne sont pas encore largement disséminées dans les milieux de pratique, et leur utilisation n'est pas toujours possible ni souhaitable (p. ex. la formation à ces entretiens et leur implantation dans les milieux de pratique peuvent être hautement chronophages); et d) la recherche sur ces diagnostics (Weekers et coll., 2021) n'en est qu'à ses balbutiements. En ce sens, un contraste important peut être observé avec la recherche portant sur les Critères A et B du MATP, pour lesquels on compte déjà, tel que mentionné précédemment, plusieurs centaines de travaux (Zimmermann et coll., 2019).

Ces observations ont amené Gamache et coll. (2022) à suggérer une alternative simple et efficace afin de dépister les 6 troubles spécifiques définis dans le MATP. Les auteurs ont proposé d'utiliser les résultats obtenus à 2 mesures dûment validées des Critères A et B du MATP, soit respectivement la *Self and Interpersonal Functioning Scale* (dans sa version francophone, l'Échelle de fonctionnement personnel et interpersonnel; Gamache et coll., 2019) et le *Personality Inventory for DSM-5 Faceted Brief Form* (Maples et coll., 2015; validation francophone par Roskam et coll., 2015). Plus spécifiquement, les résultats obtenus à ces 2 mesures peuvent être combinés pour générer les 6 diagnostics spécifiques du MATP, selon une procédure qui sera explicitée plus loin (voir Plan d'analyse). Gamache et coll. (2022) ont montré que cette approche permettait d'obtenir des diagnostics avec des taux de prévalence jugés vraisemblables dans 3 échantillons distincts (patients issus d'une clinique spécialisée dans le traitement des TP, clients consultant en clinique privée et participants de la communauté), et que les diagnostics présentaient des associations attendues avec des indices globaux d'agression, de symptômes psychiatriques et de satisfaction de vie.

Objectifs de la présente étude

L'étude vise à présenter aux chercheurs et cliniciens de la francophonie la procédure de dépistage du TPL selon le MATP proposée par Gamache et coll. (2022), ainsi qu'à fournir des données supplémentaires quant à sa validité. Une focalisation sur ce trouble, de loin le plus étudié parmi les TP et pour lequel des débats importants persistent quant à sa conceptualisation la plus optimale (Gunderson et coll., 2018; Sharp et coll., 2015), nous apparaît comme un point de départ adéquat pour documenter la méthode de Gamache et coll. (2022). L'étude portera par ailleurs sur un échantillon clinique, où la prévalence du trouble est

susceptible d'être relativement élevée, ce qui permettra de mieux faire ressortir les éléments de validité soumis à l'étude.

Plus spécifiquement, 4 objectifs seront visés dans le cadre du présent article. Un premier objectif sera de déterminer, pour le diagnostic de trouble de personnalité limite généré par les questionnaires du Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité (TPL-MATP), son degré de correspondance avec le diagnostic posé par des psychologues sur la base de la définition catégorielle, «classique» de la Section II du DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Nous examinerons les indices de sensibilité et de spécificité ainsi que le pourcentage de classification correcte du diagnostic TPL-MATP par rapport au diagnostic catégoriel posé par les psychologues. Ces analyses seront effectuées dans une visée essentiellement exploratoire, afin de déterminer les recoupements et différences entre les modèles — et, le cas échéant, de pouvoir discuter des implications de ces différences. Elles ne visent pas à évaluer la performance d'un modèle par rapport à l'autre, dans la mesure où il est difficile de quantifier ce qui pourrait représenter une correspondance acceptable. En effet, nous mettrons en contraste non seulement 2 modèles sensiblement différents, mais qui reposent également sur des sources différentes (c.-à-d. le clinicien et le patient). Même si les diagnostics spécifiques du MATP se veulent essentiellement une «traduction», en termes d'éléments spécifiques au dysfonctionnement de la personnalité et de traits pathologiques dimensionnels, des diagnostics traditionnels de la Section II du DSM (Krueger et Hobbs, 2020), un certain nombre de disparités existent (p. ex. le Critère 9 du modèle de la Section II, qui couvre la présence de symptômes transitoires d'allure psychotique, n'est pas représenté dans le diagnostic du MATP). Dans une étude récente où des entrevues semi-structurées administrées par des professionnels ont été utilisées pour poser un diagnostic de TPL selon le modèle catégoriel et selon le MATP, une correspondance de 79,9 % a été obtenue (Weekers et coll., 2021). Par contre, des écarts notoires ont été très largement documentés dans la littérature entre les diagnostics basés sur l'information rapportée par les patients et celle reposant sur le jugement des cliniciens (voir Bornstein, 2015, pour une discussion). Un second objectif sera d'évaluer la validité concurrente du diagnostic TPL-MATP, en explorant sa corrélation avec une mesure dimensionnelle de pathologie limite. Une corrélation significative et élevée ($\geq 0,50$) est attendue. Un troisième objectif consistera à déterminer la validité convergente du diagnostic TPL-MATP, en examinant sa corrélation avec des mesures

d'agression et d'impulsivité. Des corrélations significatives et élevées ($\geq 0,50$) sont également attendues. Gamache et coll. (2022) ont rapporté une corrélation élevée entre le diagnostic TPL-MATP et une mesure globale d'agression, mais aucune donnée n'a été rapportée quant aux manifestations plus spécifiques d'agression extériorisée (physique, verbale) ou intériorisée (colère, hostilité). Enfin, un quatrième et dernier objectif sera d'évaluer la validité incrémentielle de la méthode proposée par Gamache et coll. (2022) où sont combinés à la fois des scores du Critère A et B du MATP, comparativement à une approche simplifiée aux diagnostics spécifiques du MATP où seules les facettes du Critère B seraient prises en considération dans le calcul (Miller et coll., 2022; Samuel et coll., 2013). Ainsi, pour être valide, la méthode proposée devra démontrer une valeur ajoutée significative par rapport à une approche plus simple, plus parcimonieuse dans laquelle le Critère A ne serait pas considéré.

Méthode

Participants

Les données de 287 patients (178 femmes, 109 hommes, âge moyen = 33,73 ans, ÉT = 10,54) ont été analysées. Ces participants ont été recrutés dans le cadre de la démarche d'admission en vue d'un traitement au Centre de traitement le Faubourg Saint-Jean du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale. Lors de la démarche d'admission, les patients prospectifs étaient invités à compléter une batterie de questionnaires informatisés; plus tard, la démarche d'évaluation se poursuivait dans le cadre d'un entretien individuel d'une durée d'environ 2 heures avec un ou une psychologue de l'équipe. Un diagnostic consensuel était alors posé par l'équipe de psychologues à la suite d'une réunion d'équipe hebdomadaire de discussion de cas. Tous les participants inclus dans la présente étude ont consenti de manière libre et éclairée à l'utilisation de leurs données à des fins de recherche.

Parmi les participants, 63,1% étaient détenteurs d'un diplôme postsecondaire, et 19,8% d'un diplôme universitaire. Une majorité, 50,2%, des participants étaient sans emploi, alors que 35,2% d'entre eux étaient actifs sur le marché du travail, 12,5% aux études et 2,1% à la retraite. La plupart des participants, 63,8%, étaient célibataires.

Mesures

Questionnaires permettant de générer le diagnostic TPL-MATP

La version francophone de la *Self and Interpersonal Functioning Scale* (SIFS; Gamache et coll., 2019) a été utilisée afin de mesurer les 4 éléments constitutifs du Critère A selon le MATP: Identité (7 items): alpha de Cronbach (α) = 0,65; Autodétermination (5 items): α = 0,67; Empathie (6 items): α = 0,67; et Intimité (6 items): α = 0,72. Les items du SIFS sont cotés par les participants sur une échelle en 5 points (0-4). Un score plus élevé indique un plus grand degré de dysfonctionnement. La structure factorielle du SIFS est compatible avec celle proposée théoriquement pour le MATP, soit 4 éléments avec un facteur de second ordre correspondant à la sévérité globale de la pathologie de la personnalité (Gamache et coll., 2019). Waugh et coll. (2020), qui ont procédé à une étude de la validité de contenu de différents instruments évaluant le Critère A, ont conclu que les items du SIFS offraient une meilleure couverture des manifestations plus sévères associées aux troubles de la personnalité par rapport à d'autres mesures; pour cette raison, ces auteurs estiment que l'utilisation de ce questionnaire auprès de clientèles présentant des degrés élevés de psychopathologie pourrait être particulièrement indiquée.

La version francophone du *Personality Inventory for DSM-5 Faceted Brief Form* (PID-5-FBF; Roskam et coll., 2015) a été utilisée afin d'évaluer les 7 facettes assignées au trouble de personnalité limite dans le MATP. Chacune de ces facettes comporte 4 items évalués sur une échelle en 4 points (0-3): Dépressivité: α = 0,80; Hostilité: α = 0,79; Impulsivité: α = 0,89; Insécurité face à la séparation: α = 0,84; Labilité émotionnelle: α = 0,82; Prise de risque: α = 0,88; Tendence anxieuse: α = 0,83.

Questionnaires de variables externes de validité concurrente et convergente

La version francophone de la *Borderline Symptom List — Short Form* (BSL-23; Nicastrò et coll., 2016) a été utilisée afin d'évaluer la symptomatologie associée au trouble de personnalité limite selon une perspective dimensionnelle. En plus de couvrir plusieurs des symptômes correspondant au TPL selon la perspective du DSM, l'instrument inclut également des items couvrant des expériences affectives communes dans le trouble (p. ex. honte, dégoût de soi, suspicion). Le questionnaire comporte 23 items évalués sur une échelle en 5 points (0-4). Le score total (α = 0,93) a été utilisé dans la présente étude.

La version francophone du *Buss-Perry Aggression Questionnaire Short Form* (BPAQ-SF; Genoud et Zimmerman, 2009) inclut 4 manifestations d'agressivité, chacune couverte par 3 items: Violence verbale ($\alpha = 0,60$); Violence physique ($\alpha = 0,86$); Colère ($\alpha = 0,82$); Hostilité ($\alpha = 0,69$). Chacun des items du questionnaire est coté sur une échelle en 6 points (1-6).

La version francophone de la *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS-11; Baylé et coll., 2000) comporte 30 items et couvre 3 manifestations d'impulsivité: Impulsivité attentionnelle (8 items; $\alpha = 0,67$), Impulsivité motrice (11 items; $\alpha = 0,76$), et Non-planification (11 items; $\alpha = 0,70$). Chacun des items du questionnaire est coté sur une échelle en 4 points (1-4).

Plan d'analyse

Extraction du diagnostic TPL-MATP

Dans un premier temps, le diagnostic de trouble de la personnalité limite tel que conceptualisé dans le MATP sera « extrait » à partir de l'algorithme fourni par le Groupe de travail sur les troubles de la personnalité du DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Ainsi, la présence d'au moins 2 des 4 éléments du Critère A (évalués au moyen du SIFS), de même que la présence d'au moins 4 des 7 facettes assignées au TPL dans le MATP (évaluées au moyen du PID-5-FBF), indiquera que le diagnostic est présent. Cette approche requiert des décisions « dichotomiques » quant à la présence des éléments et des facettes. Pour le Critère A, à la suggestion de Gamache et coll. (2022), un élément sera jugé présent si le score moyen du participant dépasse le seuil clinique établi à partir de courbes ROC (*Receiver Operating Characteristic curves*) lors de la validation du SIFS (Gamache et coll., 2019)². Pour déterminer la présence d'une facette du Critère B, un score moyen plus grand ou égal à 2 (sur 3) indiquera une élévation significative pour la facette en question. Ce seuil, largement utilisé dans la littérature sur le MATP (Samuel et coll., 2013), avait permis de générer des prévalences jugées vraisemblables pour le TPL dans l'étude de Gamache et coll. (2022). Les algorithmes utilisés tiendront également compte du fait qu'au moins une des facettes parmi Hostilité, Impulsivité ou Prise de

2. Les seuils cliniques sont les suivants pour les 4 éléments du Critère A: Identité > 1,93; Autodétermination > 1,50; Empathie > 1,08; Intimité > 1,50.

risque doit absolument faire partie des 4 facettes sur 7 requises pour poser le diagnostic (American Psychiatric Association, 2013).

Validité du diagnostic TPL-MATP

Une fois le diagnostic de TPL-MATP généré, 4 analyses permettront d'en évaluer la validité: a) nous évaluerons sa sensibilité-spécificité et la correspondance (en %) en comparaison avec le diagnostic traditionnel, c.-à-d. basé sur le modèle catégoriel du DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), assigné aux patients par l'équipe d'évaluation du Centre le traitement le Faubourg Saint-Jean; b) nous évaluerons sa validité concurrente en déterminant la corrélation bivariée de Pearson entre le score TPL-MATP et celui fourni par le BSL-23, une mesure dimensionnelle de la pathologie limite de la personnalité. Pour ce faire, à l'instar de Gamache et coll. (2022), un score dimensionnel pour le diagnostic TPL-MATP correspondant à la somme des scores moyens aux items des 4 éléments (Critère A; étendue de scores possibles de 0 à 16) et des 7 facettes (Critère B; étendue de scores possibles de 0 à 21) du diagnostic selon le MATP (pour une étendue de scores possibles de 0 à 37) sera généré. Cette approche permet un calcul simple et direct du score dimensionnel et ne nécessite aucune transformation des scores moyens obtenus par le participant aux éléments et aux facettes composant le diagnostic, bien qu'elle présente l'inconvénient d'accorder un poids légèrement supérieur au Critère B dans la proportion du score; c) le score dimensionnel ainsi créé pour le diagnostic TPL-MATP sera corrélé avec une mesure d'agression interpersonnelle (BPAQ-SF) et une mesure d'impulsivité (BIS-11) afin d'évaluer sa validité convergente et ainsi approfondir l'étude de son réseau nomologique; d) enfin, nous déterminerons la validité incrémentielle de notre démarche pour déterminer la présence d'un diagnostic MATP par rapport à la méthode simplifiée proposée par d'autres auteurs (Miller et coll., 2022) qui ne prend en considération que la somme des scores obtenus aux facettes du Critère B pour établir le diagnostic. Pour ce faire, nous effectuerons des analyses de régression multiple hiérarchiques, en entrant dans un premier bloc la somme aux 7 facettes du Critère B qui composent le diagnostic TPL-MATP, et dans un deuxième bloc la somme aux 4 éléments du Critère A; nous déterminerons ainsi la valeur ajoutée (en termes de variance expliquée supplémentaire) pour les éléments du Critère A sur les variables externes utilisées, soit le score dimensionnel de pathologie limite (BSL-23), les manifestations d'agression interpersonnelle (BPAQ-SF) et celles d'impulsivité (BIS-11).

Résultats

La méthode proposée pour la création du diagnostic TPL-MATP établit à 39,7 % ($n = 114$) la prévalence du diagnostic dans l'échantillon. Pour leur part, les psychologues de l'équipe d'évaluation du Centre de traitement le Faubourg Saint-Jean avaient établi la prévalence du trouble (tel que défini selon le modèle catégoriel du DSM-5) à 57,6 % ($n = 144$)³. Le diagnostic TPL-MATP, par rapport à celui du modèle catégoriel déterminé par les psychologues, présente une sensibilité de 47,2 % (c.-à-d. la capacité à identifier la présence du diagnostic alors que les psychologues avaient effectivement posé le diagnostic) et une spécificité de 69,8 % (c.-à-d. la capacité d'exclure le diagnostic alors que les psychologues ne l'avaient effectivement pas identifié), pour une classification correcte globale de 56,8 %.

Le Tableau 2 présente les données descriptives des mesures utilisées pour créer le diagnostic TPL-MATP et celles correspondant aux indices externes de validité; les scores sont présentés pour l'échantillon total, ainsi que pour les participants chez qui un diagnostic catégoriel établi par les psychologues ou un diagnostic TPL-MATP ont été retenus. Pour la validité concurrente, une corrélation de $r = 0,62$ ($p < 0,001$) entre le score TPL-MATP et celui obtenu au BSL-23 a été observée. Pour la validité convergente, les corrélations suivantes ont été relevées entre le score TPL-MATP et les indices d'agression interpersonnelle et d'impulsivité (tous les $p < 0,001$): Violence verbale, $r = 0,42$; Violence physique, $r = 0,44$; Colère, $r = 0,65$; Hostilité, $r = 0,65$; Impulsivité attentionnelle, $r = 0,57$; Impulsivité motrice, $r = 0,62$; Non-planification, $r = 0,50$.

Le Tableau 3 présente les résultats aux analyses de validité incrémentielle réalisées au moyen de régressions multiples hiérarchiques. Pour toutes les variables dépendantes étudiées, l'ajout des éléments du Critère A améliore significativement la prédiction statistique, avec des proportions de variance ajoutée oscillant entre 1,1 % (BSL-23) et 7,6 % (Impulsivité attentionnelle de la BIS-11).

3. Cette proportion est basée sur les dossiers de 250 participants, les données n'étant pas disponibles pour 37 participants au moment où elles ont été colligées aux fins de la présente étude.

TABLEAU 2

Statistiques descriptives des différentes mesures de l'étude

Mesures	Échantillon total (N = 287)			Patients avec diagnostic TPL catégoriel (n = 144)			Patients avec diagnostic TPL-MATP (n = 114)		
	Étendue	M	ÉT	Étendue	M	ÉT	Étendue	M	ÉT
SIFS									
Identité	0,57-4,00	2,55	0,70	0,57-4,00	2,56	0,72	1,00-4,00	2,90	0,57
Autodétermination	0,20-4,00	1,99	0,84	0,40-4,00	2,11	0,86	0,80-4,00	2,48	0,73
Empathie	0,00-3,67	1,35	0,78	0,00-3,50	1,32	0,82	0,00-3,67	1,73	0,77
Intimité	0,00-4,00	1,66	0,89	0,00-3,86	1,63	0,91	0,14-4,00	1,93	0,88
PID-5-FBF									
Dépressivité	0,00-3,00	1,53	0,83	0,00-3,00	1,53	0,86	0,00-3,00	2,00	0,72
Hostilité	0,00-3,00	1,45	0,79	0,00-3,00	1,58	0,81	0,00-3,00	1,95	0,71
Impulsivité	0,00-3,00	1,51	0,85	0,00-3,00	1,72	0,83	0,75-3,00	2,14	0,58
Insécurité sép.	0,00-3,00	1,52	0,88	0,00-3,00	1,55	0,88	0,00-3,00	2,04	0,78
Labilité émot.	0,00-3,00	1,95	0,78	0,00-3,00	2,06	0,73	0,75-3,00	2,45	0,45
Prise de risque	0,00-3,00	1,22	0,88	0,00-3,00	1,32	0,90	0,00-3,00	1,62	0,83
Tendance anxieuse	0,00-3,00	2,18	0,77	0,00-3,00	2,16	0,75	0,00-3,00	2,51	0,56
BSL-23	0,00-3,96	2,00	0,92	0,00-3,96	1,97	0,95	0,00-3,96	2,52	0,84
BPAQ-SF									
Violence verbale	1,00-6,00	2,93	1,20	1,00-6,00	2,99	1,26	1,00-6,00	3,42	1,27
Violence physique	1,00-6,00	2,54	1,61	1,00-6,00	2,69	1,69	1,00-6,00	3,33	1,79
Colère	1,00-6,00	3,73	1,46	1,00-6,00	4,01	1,39	1,00-6,00	4,62	1,18
Hostilité	1,00-6,00	3,82	1,40	1,00-6,00	3,83	1,38	1,67-6,00	4,66	1,12
BIS-11									
Attentionnelle	1,25-3,88	2,54	0,52	1,25-3,75	2,58	0,54	1,75-3,88	2,78	0,44
Motrice	1,09-3,73	2,31	0,54	1,09-3,73	2,40	0,55	1,18-3,73	2,61	0,50
Non-planification	1,36-3,82	2,54	0,50	1,36-3,82	2,59	0,51	1,63-3,82	2,73	0,49

Note. Diagnostic TPL Catégoriel = diagnostic de trouble de la personnalité limite assigné par les psychologues selon le modèle catégoriel du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition*. Diagnostic TPL-MATP = diagnostic de trouble de la personnalité limite généré à partir des scores obtenus aux questionnaires basés sur le Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité. SIFS = *Self and Interpersonal Functioning Scale*. PID-5-FBF = *Personality Inventory for DSM-5 Faceted Brief Form*. Insécurité sép. = Insécurité face à la séparation. Labilité émot. = Labilité émotionnelle. BSL-23 = *Borderline Symptom List — Short Form*. BPAQ-SF = *Buss-Perry Aggression Questionnaire Short Form*. BIS-11 = *Barratt Impulsiveness Scale*. Pour toutes les mesures, un score plus élevé indique un degré de dysfonctionnement/pathologie plus important.

TABLEAU 3

Validité incrémentielle des éléments du Critère A sur les facettes du Critère B associées au diagnostic de trouble de la personnalité limite dans le Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition

Variable prédite		Étape 1		Étape 2	
		PID-5-FBF	PID-5-FBF	SIFS	SIFS
BSL-23	β	0,617***	0,526***	0,139*	
	R^2	0,380	0,392		
	R^2 ajusté	0,378	0,387		
	ΔR^2	—	0,011		
	ΔF	174,334***	5,20*		
BPAQ-SF Violence verbale	β	0,395***	0,269***	0,194**	
	R^2	0,156	0,178		
	R^2 ajusté	0,153	0,172		
	ΔR^2	—	0,022		
	ΔF	52,564***	7,529**		
BPAQ-SF Violence physique	β	0,424***	0,331***	0,143*	
	R^2	0,179	0,191		
	R^2 ajusté	0,177	0,186		
	ΔR^2	—	0,012		
	ΔF	62,128***	4,12*		
BPAQ-SF Colère	β	0,652***	0,556***	0,147*	
	R^2	0,425	0,437		
	R^2 ajusté	0,423	0,433		
	ΔR^2	—	0,012		
	ΔF	209,796***	6,273*		
BPAQ-SF Hostilité	β	0,625***	0,461***	0,253***	
	R^2	0,391	0,428		
	R^2 ajusté	0,389	0,424		
	ΔR^2	—	0,037		
	ΔF	182,183***	18,331***		
BIS-11 Impulsivité attentionnelle	β	0,506***	0,270***	0,363***	
	R^2	0,256	0,332		
	R^2 ajusté	0,253	0,327		
	ΔR^2	—	0,076		
	ΔF	97,717***	32,286***		
BIS-11 Impulsivité motrice	β	0,562***	0,333***	0,353***	
	R^2	0,316	0,388		
	R^2 ajusté	0,314	0,384		
	ΔR^2	—	0,072		
	ΔF	131,161***	33,354***		
BIS-11 Non-planification	β	0,447***	0,257***	0,293***	
	R^2	0,200	0,249		
	R^2 ajusté	0,197	0,244		
	ΔR^2	—	0,050		
	ΔF	70,855***	18,674***		

Note. PID-5-FBF = Personality Inventory for DSM-5 Faceted Brief Form. SIFS = Self and Interpersonal Functioning Scale. BSL-23 = Borderline Symptom List — Short Form. BPAQ-SF = Buss-Perry Aggression Questionnaire Short Form. BIS-11 = Barratt Impulsiveness Scale.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Discussion

Le présent article visait dans un premier temps à faire connaître aux chercheurs et cliniciens de la francophonie une méthode de dépistage des troubles de la personnalité spécifiques définis dans le Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5, en focalisant sur le trouble de la personnalité limite. L'étude visait également à fournir des informations supplémentaires quant à la validité de la démarche proposée par Gamache et coll. (2022), et ce, à partir des données recueillies auprès d'un échantillon de patients québécois prenant part à la démarche d'admission au Centre de traitement le Faubourg Saint-Jean du CIUSSS-Capitale-Nationale.

Concernant le premier objectif, une correspondance de 56,8 % a été obtenue entre le diagnostic TPL-MATP et celui assigné par les psychologues sur la base du modèle catégoriel du DSM-5; la spécificité du diagnostic MATP-TPL (69,8 %) s'est révélée supérieure à sa sensibilité (47,2 %), qui demeure relativement faible. Des travaux antérieurs ont déjà largement documenté les écarts parfois très importants entre les évaluations du patient et celles du clinicien pour les troubles de la personnalité (Davidson et coll., 2003; Samuel, 2015), si bien qu'il apparaît difficile de tirer des conclusions définitives à partir des taux obtenus ici. Le degré d'accord est inférieur à ce qui a été récemment rapporté par Weekers et coll. (2021) pour les diagnostics catégoriels et MATP (79,9 %), mais tous leurs diagnostics reposaient sur le jugement du clinicien (entrevues semi-structurées), éliminant une source considérable de variance. L'entente relativement modeste obtenue ici doit sans doute être vue comme un rappel de l'importance d'une méthodologie multisources et multiméthodes dans l'évaluation des TP. Ni les patients ni les cliniciens ne sont exempts de biais. D'une part, les perturbations identitaires et le recours à des mécanismes de défense comme le déni et la projection peuvent empêcher le patient d'avoir une perspective juste à propos de ses difficultés; d'autre part, le jugement des cliniciens peut être biaisé par un certain nombre d'heuristiques dans le traitement de l'information et dans la prise de décision clinique (Garb, 1998; Kim et Ahn, 2002; Morey et Benson, 2006). Rappelons également qu'il existe un certain nombre de différences conceptuelles entre les diagnostics des Sections II et III (p. ex. l'absence de couverture des symptômes d'allure psychotique et la place accordée à la tendance anxieuse dans le MATP) pouvant également contribuer à expliquer la correspondance modeste observée.

Les deuxième et troisième objectifs étaient respectivement de documenter la validité concourante et convergente du diagnostic TPL-MATP, où des corrélations élevées ($\geq 0,50$) ont été obtenues dans les 2 cas, comme anticipé. D'une part, une forte association a été obtenue entre le diagnostic TPL-MATP et une mesure purement dimensionnelle de personnalité limite ($r = 0,62$). D'autre part, le diagnostic TPL-MATP présentait des corrélations généralement élevées ($r = 0,42$ à $0,65$) avec des mesures externes d'agression et d'impulsivité, renforçant les résultats rapportés par Gamache et coll. (2022) quant à la validité convergente de la procédure. Il est intéressant de noter que pour l'agression, les corrélations obtenues sont plus élevées avec des indices de manifestations intériorisées (colère, hostilité) qu'extériorisées (violence physique et verbale). Cela pourrait refléter la large part qu'occupent les facettes associées au domaine de l'Affectivité négative dans la définition du TPL-MATP, mais nous ne pouvons exclure la possibilité que les patients prospectifs ayant participé à l'étude aient été plus réticents à dévoiler leurs gestes agressifs extériorisés. Ici également, la possibilité de bénéficier d'une approche multisources dans des études futures pourrait permettre d'approfondir la question. Il est par ailleurs à noter que les corrélations obtenues dans le cadre de la présente étude pourraient être en partie artificiellement gonflées par l'utilisation d'une méthode/source similaire (c.-à-d. des questionnaires autorévélés) pour évaluer le diagnostic TPL-MATP et les variables externes (Podsakoff et coll., 2012). Nous ne pouvons non plus exclure que les corrélations puissent avoir été augmentées par la présence d'items dont la formulation se ressemble beaucoup à travers les différents questionnaires couvrant des construits apparentés.

Enfin, le quatrième et dernier objectif était d'évaluer la validité incrémentielle de la méthode proposée par Gamache et coll. (2022). Les résultats suggèrent que cette procédure, qui intègre le Critère A à l'extraction du diagnostic — contrairement à celle simplifiée proposée par d'autres auteurs (Miller et coll., 2022; Samuel et coll., 2013) — présente une valeur ajoutée significative. Cela pourrait ainsi justifier l'utilisation de cette méthode plus complète, quoique légèrement plus longue et complexe, pour le calcul des diagnostics spécifiques du MATP. Ces résultats s'inscrivent dans un débat plus large dans lequel certains chercheurs estiment que les Critères A et B du MATP sont redondants et que le premier devrait être abandonné pour ne conserver qu'une évaluation des domaines et facettes pathologiques (Sleep et

coll., 2021). Nos résultats suggèrent plutôt, à l’instar de ceux de Roche et Jaweed (2021), que le Critère A présente une validité incrémentielle modeste, mais statistiquement significative, par rapport au Critère B⁴. La variance expliquée supplémentaire obtenue ici (1,1 – 7,6 %) se situe à l’intérieur de l’étendue rapportée par Roche et Jaweed (0 – 11 %) quant à la validité incrémentielle des mesures du Critère A par rapport au Critère B. Il convient de souligner que la validité incrémentielle du Critère A dans la présente étude demeure modeste — une variance expliquée de 1,1 % correspondant à un effet de très petite taille. Cela nous apparaît tout de même méritoire dans le contexte de la présente étude, considérant la proximité conceptuelle entre certaines facettes du Critère B entrant dans la composition du diagnostic TPL-MATP et certaines variables externes servant à évaluer la validité incrémentielle (p. ex. Hostilité, Impulsivité). Cette proximité conférerait un « avantage » au Critère B et soumettait le Critère A à un test particulièrement sévère. La variance expliquée supplémentaire obtenue ici par le Critère A, en particulier pour les dimensions de l’impulsivité, apparaît d’autant plus notable.

Un certain nombre de limites à la présente étude viennent restreindre la portée et la généralisation des résultats. L’étude n’a porté que sur un échantillon unique et homogène de participants provenant du même centre de traitement, comportant certaines caractéristiques distinctives pouvant potentiellement affecter la généralisation des résultats (p. ex. un taux de diplomation postsecondaire relativement élevé). D’autres études sont nécessaires afin de confirmer ces résultats, notamment avec des populations spécifiques (p. ex. minorités culturelles). La présente étude a mis l’accent sur le TPL; des travaux supplémentaires portant sur les 5 autres diagnostics spécifiques du MATP (antisocial, évitant, narcissique, obsessionnel-compulsif, schizotypique) constitueront une étape nécessaire dans la validation de la procédure d’extraction mise de l’avant ici. Les participants avec TPL ont été considérés comme un groupe homogène dans le cadre de la présente étude, mais des travaux

4. Comme le soulignent Roche et Jaweed (2021), il ne semble pas y avoir de consensus clair parmi les chercheurs du domaine à savoir quel pourcentage de variance expliquée supplémentaire est nécessaire pour être jugée « significative » sur un plan clinique ou pratique. Ce pourcentage pourrait dépendre de la variable externe étudiée. Hyatt et coll. (2020) ont notamment fait valoir, dans le domaine de l’agression, que même les effets de petite taille sont importants à prendre en compte, considérant son origine multidéterminée et son impact élevé sur les plans individuel et sociétal.

antérieurs (Gamache et coll., 2021; Smits et coll., 2017) suggèrent la présence de sous-types au sein de cette population, qui pourraient être pris en compte dans les travaux futurs sur la validation de la procédure. Les diagnostics catégoriels établis par les psychologues n'ont pas été formulés à partir d'une méthode standardisée, par exemple, à partir d'une entrevue semi-structurée comme le *Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders* (First et coll., 2016), et aucune procédure formelle pour évaluer l'entente interjuges des diagnostics n'a été implantée. Notons en contrepartie que le diagnostic final assigné par les psychologues repose sur une discussion en groupe, conférant ainsi à la procédure une forme d'entente interjuges. Enfin, comme nous l'avons suggéré précédemment, une approche multisources et multiméthodes pour l'évaluation et la sélection des variables externes gagnera à être privilégiée dans le cadre des études futures portant sur la procédure diagnostique afin d'éviter que les résultats ne soient influencés — d'une manière difficile à quantifier pour l'instant — par des artefacts méthodologiques (p. ex. l'inflation des corrélations due à l'utilisation d'une méthode d'évaluation similaire).

Conclusion

Les présents résultats viennent appuyer la validité de la procédure d'extraction proposée par Gamache et coll. (2022), basée sur 2 questionnaires autorapportés mesurant les Critères A et B du MATP, suggérant que celle-ci peut représenter un outil de dépistage prometteur du TPL, tel que conceptualisé dans ce modèle. La procédure d'extraction combinant les données de la SIFS et du PID-5-FBF génère un diagnostic de TPL présentant des associations fortes et attendues sur le plan conceptuel avec des indices externes de symptomatologie limite, d'agression et d'impulsivité. Malgré une complexité légèrement supérieure à une approche où seul le Critère B serait utilisé pour extraire le diagnostic TPL-MATP, l'ajout du Critère A présente une valeur ajoutée statistiquement significative pour tous les indices de validité externe considérés. La correspondance modeste, bien qu'appréciable, entre le diagnostic catégoriel posé par les cliniciens et celui extrait à partir de questionnaires complétés par le patient, nous rappelle que l'utilisation des questionnaires ne saurait se substituer à une évaluation clinique en bonne et due forme et que ces sources d'information sont vraisemblablement complémentaires. Cela étant dit, davantage d'études comparant les taux de prévalence obtenus selon diverses

méthodes (p. ex. des questionnaires en comparaison à des entrevues semi-structurées) semblent nécessaires afin de bien cerner la portée clinique et épidémiologique des diagnostics du MATP.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Baylé, F. J., Bourdel, M. C., Caci, H., Gorwood, P., Chignon, J. M., Adés, J. et Léo, H. (2000). Structure factorielle de la traduction française de l'Échelle d'impulsivité de Barratt (BIS-10). *Revue canadienne de psychiatrie*, 45(2), 156-165. <https://doi.org/10.1177/070674370004500206>
- Bernstein, D. P., Iscan, C., Maser, J., Board of Directors of the Association for Research in Personality Disorders et Board of Directors of the International Society for the Study of Personality Disorders. (2007). Opinions of personality disorder experts regarding the DSM-IV personality disorders classification system. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 536-551. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.5.536>
- Bornstein, R. F. (2015). Processed-focused assessment of personality pathology. Dans S. K. Huprich (Ed.), *Personality disorders: Toward theoretical and empirical integration in diagnosis and assessment* (pp. 271-290). American Psychological Association.
- Davidson, K. M., Obonsawin, M. C., Seils, M. et Patience, L. (2003). Patient and clinician agreement on personality using the SWAP-200. *Journal of Personality Disorders*, 17(3), 208-218. <https://doi.org/10.1521/pedi.17.3.208.22148>
- First, M. B., Skodol, A. E., Bender, D. S. et Oldham, J. M. (2018). *Structured Clinical Interview for the DSM-5[®] Alternative Model for Personality Disorders (SCID-5-AMPD) Module III: Personality disorders (including personality disorder—trait specified)*. American Psychiatric Association Publishing.
- First, M. B., Williams, J. B., Benjamin, L. S. et Spitzer, R. L. (2016). *SCID-5-PD: Structured Clinical Interview for DSM—5 Personality Disorders*. American Psychiatric Association.
- Gamache, D., Leclerc, P., Payant, M., Mayrand, K., Nolin, M.-C., Marcoux, L.-A., Sabourin, S., Tremblay, M. et Savard, C. (2022). Preliminary steps toward extracting the specific Alternative Model for Personality Disorders diagnoses from Criteria A and B self-reports. *Journal of Personality Disorders*, 1—S6. Advance online publication. https://doi.org/10.1521/pedi_2012_35_540
- Gamache, D., Savard, C., Leclerc, P. et Côté, A. (2019). Introducing a short self-report for the assessment of DSM—5 level of personality functioning for personality disorders: The Self and Interpersonal Functioning Scale. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(5), 438-447. <https://doi.org/10.1037/per0000335>
- Gamache, D., Savard, C., Leclerc, P., Payant, M., Côté, A., Faucher, J., Lampron, M. et Tremblay, M. (2021). Latent profiles of patients with borderline pathology based on the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1), Article 4. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00146-w>

- Garb, H. N. (1998). *Studying the clinician: Judgment research and psychological assessment*. American Psychological Association.
- Genoud, P. A. et Zimmermann, G. (2009, Août). *French version of the 12-item Aggression Questionnaire: Preliminary psychometric properties*. Affiche présentée au 11e congrès de la Swiss Psychological Society, Neuchâtel, Suisse.
- Gøtzsche-Astrup, O. et Moskowitz, A. (2016). Personality disorders and the DSM-5: Scientific and extra-scientific factors in the maintenance of the status quo. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(2), 119-127. <https://doi.org/10.1177/0004867415595872>
- Gunderson, J. G., Fruzzetti, A., Unruh, B. et Choi-Kain, L. (2018). Competing theories of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 32(2), 148-167. <https://doi.org/10.1521/pedi.2018.32.2.148>
- Hopwood, C. J., Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Widiger, T. A., Althoff, R. R., Ansell, E. B., Bach, B., Bagby, R. M., Blais, M. A., Bornovalova, M. A., Chmielewski, M., Cicero, D. C., Conway, C., De Clercq, B., De Fruyt, F., Docherty, A. R., Eaton, N. R., Edens, J. F.,... Zimmermann, J. (2018). The time has come for dimensional personality disorder diagnosis. *Personality and Mental Health*, 12(1), 82-86. <https://doi.org/10.1002/pmh.1408>
- Hyatt, C. S., Chester, D. S., Zeichner, A. et Miller, J. D. (2020). Facet-level analysis of the relations between personality and laboratory aggression. *Aggressive Behavior*, 46, 266-277. <https://doi.org/10.1002/ab.21887>
- Kim, N. S. et Ahn, W.-k. (2002). Clinical psychologists' theory-based representations of mental disorders predict their diagnostic reasoning and memory. *Journal of Experimental Psychology: General*, 131(4), 451-476. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.131.4.451>
- Krueger, R. F. et Hobbs, K. A. (2020). An overview of the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders. *Psychopathology*, 53(3-4), 126-132. <https://doi.org/10.1159/000508538>
- Maples, J. L., Carter, N. T., Few, L. R., Crego, C., Gore, W. L., Samuel, D. B., Williamson, R. L., Lynam, D. R., Widiger, T. A., Markon, K. E., Krueger, R. F. et Miller, J. D. (2015). Testing whether the DSM-5 personality disorder trait model can be measured with a reduced set of items: An item response theory investigation of the Personality Inventory for DSM-5. *Psychological Assessment*, 27(4), 1195-1210. <https://doi.org/10.1037/pas0000120>
- Milinkovic, M. S. et Tiliopoulos, N. (2020). A systematic review of the clinical utility of the DSM—5 Section III Alternative Model of Personality Disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(6), 377-397. <https://doi.org/10.1037/per0000408>
- Miller, J. D., Bagby, R. M., Hopwood, C. J., Simms, L. J. et Lynam, D. R. (2022). Normative data for PID-5 domains, facets, and personality disorder composites from a representative sample and comparison to community and clinical samples. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/per0000548>
- Morey, L. C. et Benson, K. T. (2016). An investigation of adherence to diagnostic criteria, revisited: Clinical diagnosis of the DSM-IV/DSM-5 Section II personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 30(1), 130-144. https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_188

- Morey, L. C. et Hopwood, C. J. (2020). Expert preferences for categorical, dimensional, and mixed/hybrid approaches to personality disorder diagnosis. *Journal of Personality Disorders*, 34(Suppl C), 1-8. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_398
- Nicastro, R., Prada, P., Kung, A. L., Salamin, V., Dayer, A., Aubry, J. M., Guenot, F. et Perroud, N. (2016). Psychometric properties of the French Borderline Symptom List, short form (BSL-23). *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 3(1), 4-12. <https://doi.org/10.1186/s40479-016-0038-0>
- Oldham J. M. (2015). The Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders. *World Psychiatry*, 14(2), 234-236. <https://doi.org/10.1002/wps.20232>
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B. et Podsakoff, N. P. (2012). Sources of method bias in social science research and recommendations on how to control it. *Annual Review of Psychology*, 63(1), 539-569. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100452>
- Roche, M. J. et Jaweed, S. (2021). Comparing measures of Criterion A to better understand incremental validity in the Alternative Model of Personality Disorders. *Assessment*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/10731911211059763>
- Roskam, I., Galdiolo, S., Hansenne, M., Massoudi, K., Rossier, J., Gicquel, L. et Rolland, J.-P. (2015). The psychometric properties of the French version of the Personality Inventory for DSM—5. *PLoS ONE*, 10, Article e0133413. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0133413>
- Samuel, D. B. (2015). A review of the agreement between clinicians' personality disorder diagnoses and those from other methods and sources. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(1), 1-19. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12088>
- Samuel, D. B., Hopwood, C. J., Krueger, R. F., Thomas, K. M. et Ruggero, C. J. (2013). Comparing methods for scoring personality disorder types using maladaptive traits in DSM-5. *Assessment*, 20(3), 353-361. <https://doi.org/10.1177/1073191113486182>
- Sharp, C., Wright, A. G. C., Fowler, J. C., Frueh, B. C., Allen, J. G., Oldham, J. et Clark, L. A. (2015). The structure of personality pathology: Both general ('g') and specific ('s') factors? *Journal of Abnormal Psychology*, 124(2), 387-398. <https://doi.org/10.1037/abn0000033>
- Sleep, C., Lynam, D. R. et Miller, J. D. (2021). Personality impairment in the DSM-5 and ICD-11: Current standing and limitations. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(1), 39-43. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000657>
- Smits, M. L., Feenstra, D. J., Bales, D. L., de Vos, J., Lucas, Z., Verheul, R. et Luyten, P. (2017). Subtypes of borderline personality disorder patients: a cluster-analytic approach. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4, Article 16. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0066-4>
- Tyrer, P., Mulder, R., Kim, Y.-R. et Crawford, M. J. (2019). The development of the ICD-11 classification of personality disorders: An amalgam of science, pragmatism, and politics. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 481-502. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095736>
- Weekers, L. C., Hutsebaut, J., Zimmermann, J. et Kamphuis, J. H. (2021). Changes in the classification of personality disorders: Comparing the DSM—5 Section II personality disorder model to the Alternative Model for Personality Disorders using structured clinical interviews. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/per0000512>

World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>

Zimmermann, J., Kerber, A., Rek, K., Hopwood, C. et Krueger, F. R. (2019). A brief but comprehensive review of research on the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 21(9), Article 92. <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-019-1079-z>