UNIVERSITÉ DE GENÈVE

Archive ouverte UNIGE
https://archive-ouverte.unige.ch

Thèse 2019

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

Le rôle de l'attachement dans la prise en charge ambulatoire des patients avec des troubles psychiques

Pascual Gil, Silvia

How to cite

PASCUAL GIL, Silvia. Le rôle de l'attachement dans la prise en charge ambulatoire des patients avec des troubles psychiques. Doctoral Thesis, 2019. doi: 10.13097/archive-ouverte/unige:116274

This publication URL: https://archive-ouverte.unige.ch/unige:116274
Publication DOI: 10.13097/archive-ouverte/unige:116274

© This document is protected by copyright. Please refer to copyright holder(s) for terms of use.

UNIVERSITÉ DE GENÈVE

UNIVERSITÉ DE GENÈVE
FACULTÉ DE MÉDECINE

Section de *médecine Clinique, Fondamentale, ou Dentaire*
Département Santé mentale et psychiatrie
Service Psychiatrie Adulte

Thèse préparée sous la direction du Professeur Jean-Michel Aubry

" Le rôle de l'attachement dans la prise en charge ambulatoire des patients avec des troubles psychiques "

Thèse
présentée à la Faculté de Médecine
de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de Docteur en médecine
par

Silvia PASCUAL GIL

Espagne

Thèse n° 10933

Genève
2018

UNIVERSITÉ DE GENÈVE
FACULTÉ DE MÉDECINE

Le rôle de l'attachement dans la prise en charge ambulatoire des patients avec des troubles psychiques

PASCUAL GIL, Silvia

Abstract

Dans le cadre du projet qualité du service de psychiatrie adulte, mené entre les années 2012 et 2013, nous nous sommes intéressés au type d'attachement chez les patients suivis au pôle crise (suivi ambulatoire intensif). L'objectif de notre travail est de caractériser le rôle de l'attachement dans l'optimisation de nos prises en charge. Nous avons abordé l'origine et l'évolution de la théorie de l'attachement, en nous intéressant spécialement à l'attachement adulte et son implication dans l'apparition de psychopathologies. Nous avons observé, sur une cohorte de 504 patients, que le style d'attachement évitant-craintif est le plus fréquent et les patients avec ce type d'attachement sont plus jeunes. De plus, ce style d'attachement semble être un facteur de vulnérabilité dans l'apparition de psychopathologie. Ces résultats offrent des pistes intéressantes de l'intérêt de l'identification et le traitement de l'attachement dans la minimisation de l'impact de celui-ci dans la souffrance psychique de nos patients.

2018

TABLE DES MATIÈRES

1. REMERCIEMENTS 4
2. RÉSUMÉ 5
3. ABRÉVIATIONS 6
4. AVANT-PROPOS 7
5. INTRODUCTION 8
5.1. THÉORIE DE L'ATTACHEMENT 8
5.1.1. Attachement : concept et évolution historique 8
5.1.2. Les modèles internes opérants (MIO) 9
5.1.3. Les styles d'attachement (« patterns ») 9
5.2. L'ATTACHEMENT ADULTE 11
5.2.1. Types d'attachement chez l'adulte 11
5.2.2. Figures d'attachement chez l'adulte 15
5.2.3. Evaluation de l'attachement chez l'adulte 15
5.3. ATTACHEMENT ET PSYCHOPATHOLOGIE 17
5.3.1. Attachement et symptomatologie anxieuse et dépressive 17
5.3.2. Attachement et trouble borderline de la personnalité 18
5.3.3. Attachement et psychose 18
5.3.4. Attachement et autres troubles psychiques 19
5.4. ATTACHEMENT ET PRISE EN CHARGE 19
6. MÉTHODE 22
6.1. OBJECTIFS 22
6.2. PROCÉDURE 22
6.3. INSTRUMENTS 23
6.3.1. Diagnostic 23
6.3.2. Questionnaires de l'étude qualité 23
6.3.3. Instruments utilisés dans notre étude 24
6.4. POPULATION 25
6.5. ANALYSES STATISTIQUES 25
7. RÉSULTATS 26
7.1. DONNEES DESCRIPTIVES 26
7.1.1. Provenance 26
7.1.2. Données sociodémographiques 26

7.1.3. Antécédents cliniques 27
7.1.4. Diagnostic actuel établi de manière structurée 28
7.2. STYLES D'ATTACHEMENT : ANALYSES STATISTIQUES 29
7.2.1. Types d'attachement 29
7.2.2. Type d'attachement et provenance 30
7.2.3. Type d'attachement et données sociodémographiques 31
7.2.3.1 Type d'attachement et âge 31
7.2.3.2. Type d'attachement et genre ; état civil ; lieu de vie ; niveau études ; situation socioprofessionnelle 31
7.2.4. Type d'attachement et données cliniques 33
7.2.5. Type d'attachement et diagnostic actuel 34
7.3. ATTACHEMENT ET PERSONNALITÉ 34
7.4. ATTACHEMENT ET SÉVÉRITÉ DE LA MALADIE 36
8. DISCUSSION 38
8.1. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE 38
8.2. TYPES D'ATTACHEMENT 38
8.3. TYPES D'ATTACHEMENT ET DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES 39
8.4. TYPES D'ATTACHEMENT ET DONNÉES CLINIQUES 40
8.5. TYPES D'ATTACHEMENT ET PERSONNALITÉ 41
8.6. TYPES D'ATTACHEMENT ET SÉVÉRITÉ DE LA MALADIE 43
9. CONCLUSION 44
10. LIMITATIONS 45
11. PERSPECTIVES 46
12. RÉFÉRENCES 47
13. ANNEXES 57

1. REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement le Professeur Jean-Michel Aubry pour la direction de cette thèse ainsi que ses corrections et conseils et le Dr Othman Sentissi, qui a codirigé cette thèse et avec qui j'ai énormément appris, pour sa supervision, ses conseils, sa disponibilité et son aide tout au long de ce travail.

Je remercie également le Professeur Stefan Kaiser pour ses recommandations qui nous ont permis d'enrichir ce travail.

Un grand merci à Monsieur Adriano Zanello pour son aide dans l'analyse statistique des données ainsi que pour ses conseils précieux.

Je remercie également Mme Delphine Rumpczyk pour son aide dans la mise en page et le traitement de texte.

Je remercie encore les patients qui ont participé à l'étude et toutes les personnes qui ont participé au recueil de leurs données ainsi que tous les collaborateurs (médecins, infirmiers et psychologues) qui ont œuvré pour la réussite du projet qualité des unités de crises.

Finalement, je tiens à remercier mon compagnon pour son soutien tout au long de ce travail.

2. RÉSUMÉ

Ce travail de thèse s'inscrit dans le contexte d'une réflexion autour de la prise en charge de crise dans les différents centres ambulatoires à Genève. En effet, la récente restructuration du service de psychiatrie générale à Genève nous permet de nous poser des questions concernant l'impact de nos prises en charge de crise sur l'état psychologique des patients.

A partir des données obtenues à travers le projet qualité du service de psychiatrie adulte (SPA) concernant les caractéristiques démographiques, cliniques et diagnostiques des patients qui ont fréquenté les Centres de thérapie brève (CTB) de Genève durant les années 2012-2013, nous nous sommes intéressés au type d'attachement chez nos patients. En effet, l'attachement, tel qu'il a été défini par Bowlby, est le lien privilégié qui se créé entre l'enfant et la personne qui prend soin de lui et plus tard entre deux adultes. Le type d'attachement va influencer le mode dont l'enfant, et plus tard l'adulte, va interagir avec le monde et son entourage. L'intérêt envers le concept de l'attachement adulte s'est accru dernièrement pour mieux le définir, décrire ses implications dans la psychopathologie et proposer des stratégies thérapeutiques pour améliorer la qualité de vie des patients souffrant de maladies psychiques.

L'objectif de notre travail est de mesurer l'utilité de l'étude de l'attachement dans l'optimisation de nos prises en charge à travers l'exploration de l'association entre le type d'attachement et les différentes variables sociodémographiques, cliniques et diagnostiques étudiées et plus particulièrement au type de personnalité et aussi de vérifier d'éventuels liens entre les différents types d'attachement et les psychopathologies dont souffrent les patients suivis dans des centres de soins ambulatoires.

Nous avons observé que les styles d'attachement sécure et évitant-craintif sont les plus fréquents dans notre population. Par ailleurs, les patients sécurisés sont en moyenne plus âgés que les patients évitant-craintifs; les patients sécurisés sont plus souvent mariés et les patients évitant-craintifs sont plus souvent non mariés. Les patients avec un style d'attachement évitant-craintif ont plus d'antécédents psychiatriques et ont fait plus de passages à l'acte suicidaires. Au niveau de la personnalité, nous avons observé qu'il existe un lien entre les différents types d'attachement et quatre des cinq dimensions de la personnalité (extraversion, agréabilité, conscience et émotions négatives) et que les styles d'attachements anxieux et évitant-craintif pourraient être plus à risque de présenter un trouble de la personnalité. Finalement, les patients avec un style d'attachement évitant-craintif considèrent que leur maladie est plus sévère.

D'après les résultats que nous avons obtenu, le type d'attachement évitant-craintif semble être un facteur de risque dans l'apparition de psychopathologie. Par conséquent, il nous semble important d'inclure l'identification et le traitement de l'attachement (de la forme insécurisée à la forme plus sécurisée) afin de minimiser l'impact du style d'attachement dans le développement ou la pérennisation de psychopathologie et dans la souffrance psychique de nos patients. Il nous apparaît nécessaire de réaliser des études ultérieures permettant d'étayer nos résultats.

3. ABRÉVIATIONS

AAI	Adult Attachment Interview
AAS	Adult Attachment Scale
BFI	Big Five Inventory
BFI-FR	Big Five Inventory version française
BSI	Brief Symptom Inventory
CAPPI	Centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrée
CTB	Centre de thérapie brève
GSI	Indice global de sévérité
MADRS	Montgomery and Asberg Depression Rating Scale
MIO	Modèle Interne Opérant
PTSD	Trouble de stress post-traumatique
RAAS	Revised Adult Attachment Scale
SPA	Service de psychiatrie adulte

4. AVANT-PROPOS

La théorie de l'attachement, élaborée par John Bowlby dans la deuxième moitié du XXème siècle, est l'une des théories les plus importantes dans le domaine qui tente d'expliquer les liens interpersonnels. L'attachement est le lien privilégié existant entre le bébé et la personne qui l'élève et plus tard entre deux adultes. Ce lien perdure toute au long de la vie, « *du berceau jusqu'à la tombe*» (Bowlby), et influence les relations interpersonnelles de la personne même à l'âge adulte. Selon le créateur du concept d'attachement, celui-ci va déterminer, en partie, la capacité pour une personne à interagir avec les autres ainsi que la capacité à réguler ses émotions. De nombreuses études ont démontré qu'une perturbation de l'attachement joue un rôle important dans l'apparition de certaines difficultés psychiques. Depuis des décennies, plusieurs études se sont intéressées à l'attachement de l'enfance et, plus récemment, l'intérêt envers le concept de l'attachement adulte s'est accru afin de mieux le définir, décrire les implications dans la psychopathologie et proposer des stratégies thérapeutiques pour améliorer la qualité de vie des patients souffrant de maladies psychiques. Malgré cet intérêt croissant, plusieurs auteurs, qui se sont fortement intéressés à la théorie de l'attachement comme Mistycki et Guedeney, évoquent que ce concept n'est toujours pas suffisamment pris en compte dans les pratiques cliniques.

Ce constat nous a conduits à approfondir ce sujet et à effectuer ce travail pour identifier l'attachement adulte et clarifier les implications cliniques et ainsi mieux comprendre le psychisme de nos patients.

Dans une première partie de ce travail, nous allons aborder l'origine de la théorie de l'attachement, le concept et l'évolution de celui-ci. Puis, nous allons nous focaliser sur le sujet de l'attachement adulte en approfondissant ce concept et son importance en pratique clinique en réalisant une revue non exhaustive de la littérature sur le lien entre le type d'attachement et le développement des psychopathologies qui montre comment l'étude et une meilleure utilisation de ce concept sera utile pour optimiser le traitement des patients souffrant de certaines maladies psychiques. Pour étayer ces propos, dans le cadre d'une enquête observationnelle au sein des Centres Ambulatoires de Psychiatrie et Psychothérapie Intégré (Cappi) avec une cohorte de 1'160 patients, nous avons analysé l'existence ou non de lien entre le type d'attachement de patients suivis dans des centres de crise à Genève, et les différentes variables sociodémographiques, cliniques et diagnostiques.

En effet, l'identification du type d'attachement chez les patients adultes nous semble un paramètre important dans l'optimisation de nos prises en charge. Des études ultérieures afin de préciser comment utiliser l'attachement dans la pratique clinique quotidienne pourraient aider à la mise en place de stratégies thérapeutiques concrètes au bénéfice des personnes souffrant de maladies psychiques.

5. INTRODUCTION

5.1. THÉORIE DE L'ATTACHEMENT

5.1.1. Attachement : concept et évolution historique

Dès les années 1930 un grand nombre de psychanalystes se sont intéressés à l'observation des effets que la séparation de l'enfant et de sa mère durant les premières années de vie a sur le développement de la personnalité [1]. Goldfarb aux États-unis, Anna Freud et Dorothy Burlingham en Grande Bretagne, évoquent à cette époque que les enfants de moins de 7 ans, séparés de leur mère, peuvent subir des difficultés dans leur développement physique, social, intellectuel et émotionnel [2].

En 1950, l'Organisation Mondiale des Nations Unies fait appel à John Bowlby pour travailler sur le sujet de la santé mentale des enfants sans foyer [1]. Il décrit pour la première fois l'existence d'un lien affectif d'attachement entre la mère et le petit enfant [3] et conclu que « *l'essentiel pour la santé mentale est que le nourrisson, puis le jeune enfant, ait une relation chaleureuse intime et continue avec sa mère (ou un substitut maternel stable), source pour tous deux de satisfaction et de joie* » [3]. Dans les années suivantes, Bowlby continue son travail sur ce sujet avec la collaboration de James Robertson, assistant sociale en psychiatrie. Ils adoptent une démarche innovante à l'époque effectuant un travail empirique et prospectif en observant des jeunes enfants jusqu'à trois ans pris en charge à l'hôpital et séparés de leurs mères (et sans substitut maternel stable) [2;3]. Ils remarquent que ses enfants commencent à présenter des changements de comportement lors de la séparation et ses changements persistent après leur retour au domicile familial. Bowlby et son équipe décrivent trois phases chez ses enfants : protestation, désespoir et détachement (tableau 1) [2;3].

***Tableau 1: Phases du comportement des petits enfants lors de la séparation de leur mère* [2;3]**

PROTESTATION (angoisse de séparation)	L'enfant exprime sa détresse suite à la séparation de sa mère: pleurs, cris. Rejet du personnel qui essaye de l'apaiser.
DÉSESPOIR (chagrin et deuil)	L'enfant est replié, inactif, indifférent « *il paraît être dans un deuil profond* »
DÉTACHEMENT (mécanismes de défense)	L'enfant ne rejette plus les personnes qui s'occupent de lui et se montre sociable. Lorsque sa mère revient il reste lointain et apathique et semble avoir perdu tout intérêt pour elle.

A la suite des résultats de ce travail, Bowlby et son équipe concluent que l'attachement du bébé au parent est un besoin primaire et postulent que la séparation prolongée mère-bébé peut engendrer des difficultés à l'âge adulte [2;3]. Parmi ses troubles, ils décrivent des tendances caractéristiques des personnalités névrotiques : « *exigences excessives à l'égard des autres et à être angoissés et irrités*

lorsqu'il n'est pas répondu »; mais aussi *« un blocage dans la capacité à établir des relations profondes* », caractéristique qui peut être présente chez les personnalités psychopathiques [3].

Pour développer la théorie de l'attachement, Bowlby s'inspire du courant psychanalytique (théorie la plus utilisée à l'époque). Il s'appuie notamment sur les concepts psychanalytiques tels que les pulsions, l'angoisse de séparation et les mécanismes de défense et a été fortement influencé par quatre psychanalystes et leur théorie des relations objectales: Melanie Klein, Balint, Winnicott et Fairbrain [3]. Cependant, il s'éloigne de la théorie des pulsions de Freud en s'appuyant sur les travaux des éthologistes Lorenz et Harlow [1] ainsi que sur la théorie cybernétique de la régulation [3]. Bowlby, considère le comportement instinctif animal comme le résultat de systèmes de régulation qui tentent à l'homéostasie à travers de systèmes de rétro-alimentation (feedback) [3]. Egalement, Bowlby s'éloigne des théories psychanalytiques classiques en adoptant une approche prospective (à différence de l'approche rétrospective des théories psychanalytiques), mais aussi par l'observation directe des jeunes enfants [3] et en soulignant l'importance du lien « *non alimentaire* » avec la mère [2;3]. Pour Bowlby il s'agit d'une nouvelle théorie des instincts [3].

5.1.2. Les modèles internes opérants (MIO)

Ce concept, défini par Bowlby, est l'un des éléments clés dans sa théorie de l'attachement. Il s'agit des représentations mentales des expériences d'attachement avec les figures d'attachement, vécues et internalisées par le petit enfant et qui vont perdurer à l'adolescence puis à l'âge adulte [4]. Bowlby identifie deux types de MIO. D'une part, « *le modèle de soi* », selon lequel l'enfant internalise qu'il est suffisamment important ou au contraire sans valeur pour les autres. D'autre part, le « *modèle des autres* », selon lequel l'enfant internalise que son entourage est soutenant ou, au contraire, rejetant [5]. Selon comment les figures d'attachement vont interagir avec le bébé, l'enfant construira un modèle de soi digne d'importance ou au contraire sans valeur et un modèle des autres comme soutenant ou repoussant. Lors de situations de détresse le système d'attachement se réactive et se sont ces MIO qui vont guider les comportements du sujet dans les relations interpersonnelles [4;6]. Il est possible d'observer les comportements d'attachement en lien avec les MIO lors de l'accès à la parentalité mais aussi dans les relations avec ses pairs et dans les relations de couple [7].

5.1.3. Les styles d'attachement (« patterns »)

Ainsworth, psychologue canadienne, va s'unir à l'équipe de Bowlby dans la construction de la théorie de l'attachement. Elle va conceptualiser les styles d'attachement chez l'enfant à travers une étude longitudinal brève, la situation étrange (« *the strange situation* ») [2;8] qui se déroule à Baltimore, au domicile de 26 familles dans lesquelles les auteurs ont observé le comportement d'attachement des enfants de 12 mois [8]. Ainsi, sur l'hypothèse que la figure à laquelle le bébé s'est attaché

(normalement la mère) va lui servir de base de sécurité à partir de laquelle il va pouvoir explorer le monde et vers laquelle il pourra revenir s'il se sent en danger, Ainsworth va observer les comportements des enfants lors de 5 étapes pendant lesquelles l'enfant est séparé puis réuni avec sa mère en alternance et en présence d'une personne étrangère [2;8]. A partir de ces observations empiriques, Ainsworth identifie trois types de comportements d'attachement (« *pattern*s ») de la petite enfance. Dans le modèle A, les enfants continuent à explorer l'endroit même lorsque la mère s'absente et ne semblent pas perturbés lors des séparations d'avec leur mère, l'évitant lorsqu'elle revient. Ces enfants ont un style d'attachement insécure de type anxieux/évitant. Les enfants appartenant au modèle B, vont explorer l'endroit lorsque la mère est présente, un peu moins lorsqu'elle est absente et montrent une attitude positive aux retrouvailles avec la mère, se rapprochant d'elle, sans expression de colère ou évitement. Ils utilisent leur mère comme « *base de sécurité* » pour explorer son entourage. Ces enfants ont un style d'attachement sécure. Les enfants du modèle C se montrent prudents envers la personne étrangère, très perturbés par les séparations d'avec sa mère et, au retour de la mère, se montrent à la fois en colère envers elle mais s'approchant d'elle quand même. Ces enfants ont un style d'attachement insécure anxieux/résistant (aussi appelé anxieux/ambivalent) [8;9]. Durant l'expérience de la situation étrange, Ainsworth observe que les mères des enfants présentant un style d'attachement insécure-évitant (modèle A) montraient des comportements d'aversion pour le contact physique envers leurs enfants. Les mères des enfants insécurisés-résistants (modèle C), n'arrivaient pas à répondre de manière adaptée aux besoins de leur enfant et leurs comportements, vis-à-vis de leur enfant, étaient ambivalents. Les mères des enfants sécurisés (modèle B) présentaient des comportements tendres et affectifs envers leurs enfants [2;9]. Ainsworth souligne, à la suite des résultats obtenus, l'importance de la réponse parentale aux besoins de l'enfant et comment celle-ci influence le développement du style d'attachement de l'enfant. Il s'agit du « *système de caregiving* », réciproque à celui de l'attachement, par lequel les parents développent des comportements qui tendent à chercher la proximité vis-à-vis de l'enfant et à assurer sa protection et son confort [2;9;10].

La situation étrange a été acceptée en tant que base de l'évaluation de l'attachement mère-enfant et les modèles de comportements ont été confirmés dans de nombreuses études ultérieures [9].

Dans les années 80, un quatrième type d'attachement a été décrit par Main, psychologue américaine et élève d'Ainsworth. Il s'agit de l'attachement insécure de type désorganisé-désorienté (groupe D). Les enfants appartenant à ce groupe présentent des comportements contradictoires en présence du parent (il ne peut ni s'approcher ni détourner son attention). Ce type d'attachement a été surtout retrouvé chez les enfants maltraités [9;11].

Ainsi la théorie de l'attachement telle que la décrit Bowlby en s'appuyant sur les théories psychanalytiques, éthologiques, cybernétiques et les travaux empiriques de Robertson et d'Ainsworth

tente d'expliquer les mécanismes par lesquels l'être humain essaie de satisfaire son besoin de sécurité [3]. Ces mécanismes sont les comportements d'attachement qui sont internalisés sous forme de MIO et qui sont définis, par le type de relation du nouveau-né avec les premières personnes qu'il rencontre [3;4]. Le comportement d'attachement comprend n'importe quel type de comportement dont le résultat est qu'une personne obtienne ou conserve une proximité à un autre individu donné pour lequel il existe une préférence. Les comportements d'attachement ne sont activés que sous certaines conditions (crainte de perte de la figure d'attachement par exemple) et sont présents tout au long de la vie. Selon le type de comportements d'attachement, chaque individu présente un « *pattern* » ou style spécifique. Ces styles peuvent être perturbés si le développement du système d'attachement a été anormal [3].

5.2. L'ATTACHEMENT ADULTE

Selon la théorie de l'attachement de Bowlby le lien d'attachement « *est un lien affectif privilégié que l'on établit avec une personne spécifique, auprès de laquelle on va se tourner pour trouver du réconfort en cas de détresse (phénomène de havre de sécurité) et retrouver ainsi un sentiment de sécurité interne qui va permettre de retourner explorer le monde (phénomène de base de sécurité)* » (Mistycki, Guedeney, 2007) [2]. Le système d'attachement est actif tout au long de la vie et son objectif reste chez l'adulte, comme pour le petit enfant, le sentiment de protection et de sécurité [4]. Ce système s'active, à l'âge adulte, suite à trois types de facteurs : les situations de pertes ou de séparation de la figure d'attachement (Mikulincer et al, 2002) ou de danger concernant la figure d'attachement ou soi-même (Simpson et Rholes, 1998) ; les événements qui génèrent anxiété et/ou doute sur soi ou vécu de honte (Simpson et Rholes, 1998 ; Howe, 2011) et les conflits et défis de la vie (Kobak et al, 1993) [4]. A la suite de l'apparition des événements liés à l'attachement, les modèles internes opérants se réactivent de manière automatique. Une fois activés, ils jouent un rôle important en modelant les schémas de réponse émotionnelle, cognitive et comportementale du sujet. Malgré une certaine stabilité, certains auteurs affirment que les modèles internes opérants peuvent se modifier suite à des événements de vie positifs ou négatifs (Thompson, 1999, 2000 ; Weinfield et al, 1999) [4]. Les styles d'attachement chez l'adulte peuvent être définis comme des modèles systématiques et inconscients, d'attente, de besoins, d'émotions, de stratégies de régulation émotionnelle et de comportement social (Guédeney, 2015).

5.2.1. Types d'attachement chez l'adulte

A partir des années 80, se développent deux lignes de recherches différentes de l'attachement adulte [7]. Ces deux lignes de recherche diffèrent dans le type de relation sur laquelle le style d'attachement est définit (parent-enfant versus relations interpersonnelles) ainsi que sur la méthode d'évaluation de l'attachement (entretien versus auto-questionnaire) [5].

La première est menée par des élèves d'Ainsworth intéressés sur la psychopathologie chez l'enfant : Bretherton, Cassid, Crittenden, Kobak, Main et Waters. Ils postulent que le type d'attachement des parents influence leur comportement envers leurs propres enfants ce qui pourrait déterminer le style d'attachement des enfants [7]. Ils développent ainsi *l'Adult Attachement Interview (AAI),* dans laquelle il est demandé aux sujets de décrire leurs relations avec leurs figures d'attachement afin d'activer leur système d'attachement (George, Kaplan et Main, 1984, 1985, 1996). A travers l'évaluation du discours, de sa forme et sa structure mais non pas de son contenu, Main et ses collègues ont identifié 4 types d'attachement adulte, chacun prédisant le type de comportement de l'enfant dans la situation étrange de M. Ainsworth: *Sécure-autonome* (Sécure chez l'enfant) ; *Détaché* (Evitant chez l'enfant) ; *Préoccupé* (résistant-ambivalent chez l'enfant) et *Non-résolu-désorganisé* (désorganisé-désorienté chez l'enfant) [4;9].

L'autre ligne de recherche est composée par un groupe de psychologues sociaux et de la personnalité. Ils centrent leur travail sur les relations interpersonnelles adultes et tiennent compte non pas du style d'attachement avec la première figure d'attachement durant l'enfance mais du style relationnel avec d'autres adultes [7]. Les premiers à réaliser des études dans ce sens, à travers l'attachement romantique, sont Hazan et Shaver (1987) qui décrivent trois styles d'attachement chez l'adulte [10] (Tableau 2)

***Tableau 2 : Types d'attachement selon Hazan et Shaver (adaptation de Hazan et Shaver, 1987)* [10]**

Sécure	- Confortable lorsqu'il est proche des autres - Confortable lorsqu'il dépend des autres ou que les autres dépendent de lui. - Pas peur de l'abandon - Ne s'inquiète pas si les autres sont trop proches
Anxieux	- Impression que les autres sont réticents à être proches de lui. - Préoccupé que les autres ne l'aiment pas ou ne veulent pas rester avec lui. - Besoin d'être très proche des autres au point que cela peut gêner ses partenaires
Évitant	- Inconfortable en étant trop proche des autres. - Difficulté à faire confiance aux autres et à dépendre d'eux. - Inquiet lorsque les autres se rapprochent beaucoup de lui - Tendance des partenaires à lui demander d'être plus proche dans la relation de ce qu'il le souhaite.

Dans les années 90, Collins et Read s'intéressent davantage à la qualité des relations romantiques et évoquent la notion de dimensions de l'attachement au lieu de catégories fermées et exclusives [12;13]. Ils définissent 3 dimensions de l'attachement : « *dépendance* » (degré de confort avec la dépendance aux autres et la dépendance des autres envers la personne), « *anxiété* » (degré de peur à l'abandon) et

« *proximité* » (degré de confort avec l'intimité) à partir desquelles il est possible de déduire chaque style d'attachement spécifique [12;13].

Bartholomew et Horowitz (1991) [5] proposent un modèle basé sur les modèles internes opérants et vont définir 4 types d'attachements en tenant compte de la relation avec des proches, qui résultent de la combinaison des deux types de MIO (de soi et des autres): *sécure*, *anxieux*, *évitant-détaché* et *évitant-craintif*. Le modèle de soi peut être aussi considéré, selon ces auteurs, comme la dimension de la « *dépendance* » ou de «*l'anxiété*» et le modèle des autres comme la dimension de « *l'évitement* ». Le degré de présence de chaque dimension va définir le type d'attachement [4;5;14]. (Figure 1 et Tableau 3). Selon ses auteurs, le type d'attachement détermine le mode relationnel ainsi que le type de stratégies de régulation émotionnelle de chaque personne lors de situations de détresse [7;15].

***Figure 1 : Diagramme adapté réalisé par Shaver et Fraley des deux dimensions de l'attachement selon Bartholomew* [14].**

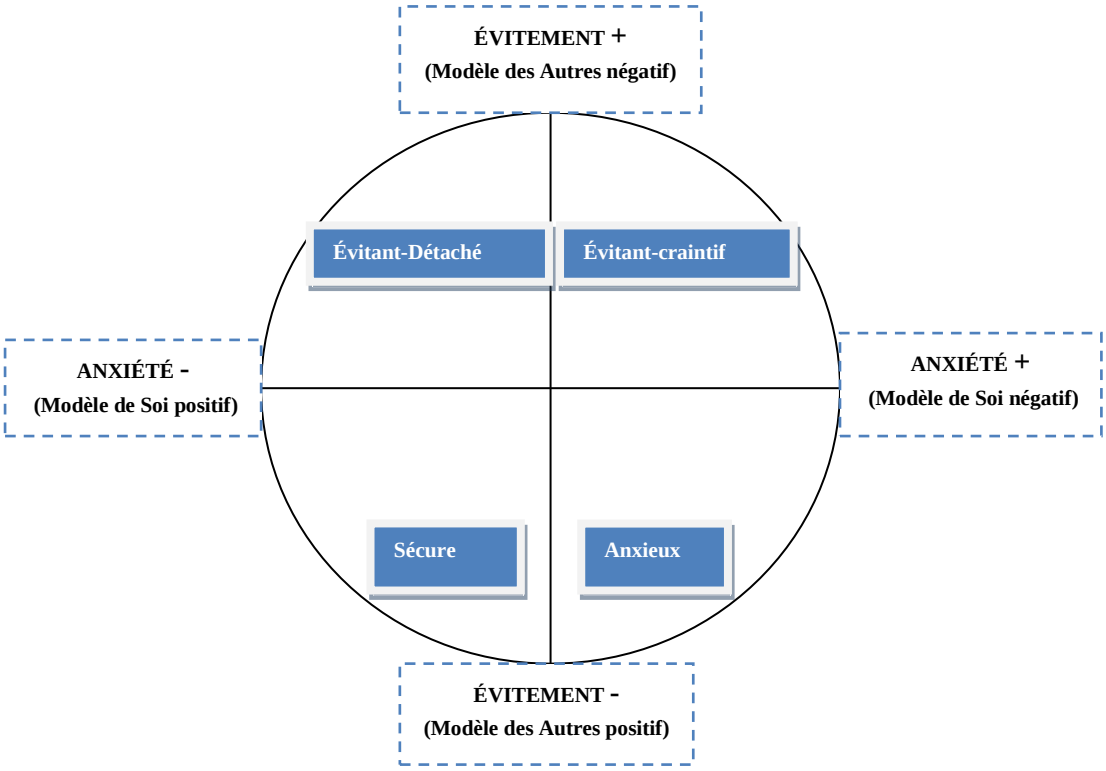
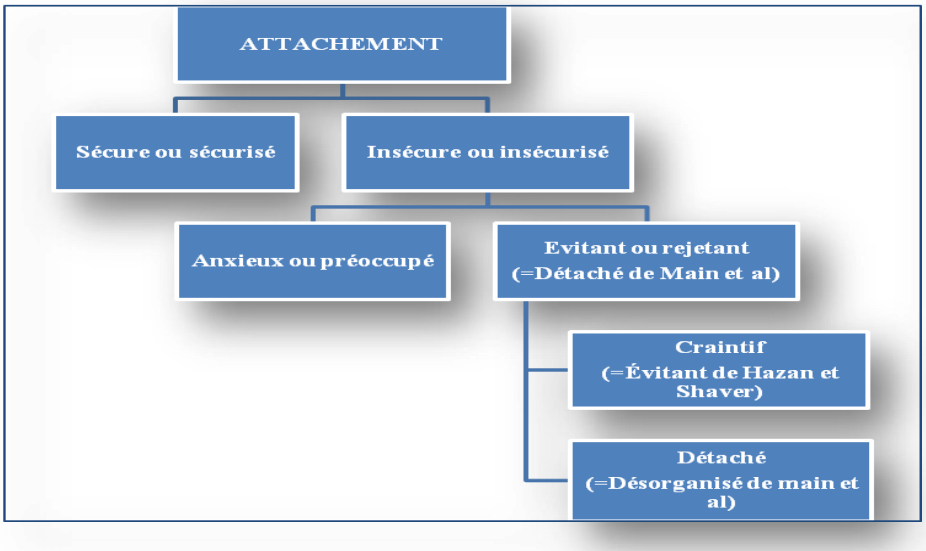


Tableau 3 : Types d'attachement selon Bartholomew et Horowitz (1991) **[5;7;15]**

Sécure	- Il est facile pour moi d'être émotionnellement proche des autres. - Je suis confortable lorsque je dépends des autres ou les autres dépendent de moi - La solitude ou le fait de ne pas être accepté par les autres ne m'inquiète pas **→ Représentation positive de lui-même, vision des autres en tant que disponibles et soutenants de manière générale pour lui**
Anxieux	- J'ai besoin d'être émotionnellement proche des autres - J'ai l'impression que les autres sont réticents à être aussi proches que je le souhaiterais - Je suis inconfortable si je n'ai pas de relation proche, et je m'inquiète que les autres ne m'apprécient pas comme moi je les apprécie. **→ Représentation négative de lui-même et tendance à attendre des réponses positives de son entourage tout en doutant qu'elles soient aussi réconfortantes que souhaité**
Evitant-Craintif	- Je suis inconfortable en étant trop proches des autres - J'ai envie d'avoir des relations émotionnellement proches mais je trouve difficile de faire totalement confiance aux autres ou de dépendre d'eux. - Je m'inquiète d'être blessé si je suis trop proche des autres. **→ Représentation négative de lui-même et vision des autres en tant qu'insuffisamment disponibles ou soutenants pour lui**
Evitant-détaché	- Je suis confortable sans avoir de relation proche. - Il est très important pour moi de me sentir indépendant et auto-suffisant - Je préfère ne pas dépendre des autres ni avoir de personnes dépendant de moi **→ Représentation positive de lui-même et un sentiment de ne pas pouvoir compter sur les autres**

En résumé nous constatons l'existence de deux types d'attachement adulte: sécure et insécure. L'attachement insécure peut être divisé en deux sous-types : évitant et anxieux. Selon Bartholomew et al, le type évitant peut être divisé en deux autres sous-types : évitant-craintif et évitant-détaché [5]. Chaque auteur utilise une nomenclature différente pour désigner un même type d'attachement (Figure 2).

Figure 2 : Styles d'attachement adulte selon Bartholomew et al et équivalence des types d'attachement dans la littérature [5;7;9;10]



5.2.2. Figures d'attachement chez l'adulte

Pour Ainsworth la figure d'attachement représente une personne « *unique et non interchangeable* » qui offre une expérience de sécurité lorsqu'elle est proche et provoque un sentiment de détresse lors des séparations [4]. Pour Bartholomew, les figures d'attachement de l'adulte peuvent appartenir à la sphère privée (partenaire amoureux, amis proches, parents) mais il peut s'agir aussi de personnes moins proches comme des professeurs, des personnages religieux ou autres [4;5]. Mikulincer et Shaver évoquent la possibilité que les thérapeutes puissent également devenir des figures d'attachement pour l'adulte [4]. Ceci est spécialement important si l'on considère que l'attachement, malgré une certaine stabilité, peut se modifier. En effet, à la suite du processus thérapeutique, les individus avec un style d'attachement insécure, pourraient, à travers une nouvelle expérience d'attachement sécurisante avec le thérapeute comme figure d'attachement, créer de nouveaux modèles d'attachement plus sécures qui les aideraient dans leur relations postérieures [4].

Hazan et Shaver proposent que la relation amoureuse est une relation d'attachement comme celle de l'enfant avec ses parents et que le partenaire amoureux est une figure d'attachement [10]. Collins réalise deux études décrites dans ses articles de 1990 et 1996 proposant également le partenaire amoureux comme figure d'attachement chez l'adulte et évoque l'existence d'un lien entre le type d'attachement et les comportements dans la relation de couple [12;16].

5.2.3. Evaluation de l'attachement chez l'adulte

Il existe plusieurs outils d'évaluation de l'attachement adulte (Tableau 4). Le courant psychosocial utilise plutôt les auto-questionnaires, type *Adult Attachment Scale* (AAS) et le courant développemental les entretiens, type *Adult Attachment Interwiew* (AAI) dans l'objectif d'éliminer le

biais des réponses conscientes du sujet examiné. En effet, l'un des désavantages des auto-questionnaires est qu'ils ne peuvent pas éviter que les défenses du sujet modifient les réponses au questionnaire, par contre, les entretiens semi-structurés nécessitent la formation du personnel [17]. Egalement, il faut différencier les outils catégoriels, qui aident à classer les sujets selon leur style d'attachement et les outils dimensionnels qui détectent dans quelle mesure les dimensions de l'attachement (proximité, anxiété et dépendance) sont présentes [4;17].

Tableau 4: Outils d'évaluation de l'attachement adulte **[18;19;20;21;22]**

Adult Attachment Interview (AAI) **George, Kaplan et Main (1984,1985, 1996)**	- Premier outil d'évaluation de l'attachement adulte - Catégoriel - Types attachement: sécure-autonome; détaché, préoccupé et non-résolu-désorganisé
Attachement Style Questionnaire (ASQ) **Hazan et Shaver (1987)**	- Premier auto-questionnaire créé pour évaluer l'attachement adulte - Attachement romantique -Types d'attachement: sécure, évitant, anxieux
Adult Attachment Scale Questionnaire (AASQ) **Simpson (1990)** **Simpson, Rholes et Phillips (1996)**	- Auto-questionnaire basé sur celui de Hazan et Shaver - Attachement romantique - Types d'attachement: sécure, évitant, anxieux
- Relationship Questionnaire (RQ) **Bartholomew et Horowitz (1991)** **- Relationship Style Questionnaire (RSQ)** **Bartholomew (1994)**	- Auto-questionnaires - Style d'attachement dans les relations avec les proches - RSQ est un auto-questionnaire de 30 items élaboré à partir du RQ et de l'AAS - 4 types d'attachement : sécure, anxieux, évitant-craintif, évitant-détaché
Experiences in Close Relationships (ECR) **Brenan et al (1998) [16]**	- Auto-questionnaire - Style d'attachement dans les relations avec les proches - Types d'attachement: anxieux et évitant [21].
- Adult Attachment Scale (AAS) **Collins et Read (1990)** **- Revised Adult Attachement Scale** **Collins (1996)**	- Auto-questionnaire - Créé à partir de l'échelle de Hazan et Shaver - Attachement romantique et relations proches - Outils dimensionnel - Types d'attachement : sécure; anxieux et évitant (craintif et détaché)

5.3. ATTACHEMENT ET PSYCHOPATHOLOGIE

Le système d'attachement semble jouer un rôle important en tant que modèle de vulnérabilité ou de résilience à l'apparition de la psychopathologie [2].

Dans les années 90, Mary Main évoque au moins 5 facteurs de risque de développer un trouble psychique en relation avec l'attachement: « *L'incapacité à former un lien d'attachement entre les âges de 6 mois à 3 ans ; les formes « organisées » d'attachement insécurisé (type A et C) ; les séparations majeures ou la perte permanente de figures d'attachement ; l'attachement désorganisé (type D) à la suite de la maltraitance ; l'attachement désorganisé (type D) résultant de l'effet intergénérationnel d'un traumatisme du parent.»* [9].

De nombreux auteurs [2;3;9;23] ont évoqué le lien existant entre le type d'attachement insécure et le développement d'une pathologie psychique à l'âge adulte. Notamment, dans l'étude de West et al (1993) [23], il est demandé à deux groupes (patients versus contrôle) de remplir des auto-questionnaires mesurant l'intensité des caractéristiques de l'attachement anxieux. Ils observent que le groupe « *patients* » présente plus souvent un attachement de type anxieux.

Dans ces études, l'attachement a été évalué principalement en lien avec la dépression et les troubles anxieux, le trouble borderline de la personnalité, la schizophrénie, les dépendances, les troubles de la conduite alimentaire et le trouble de stress post-traumatique (PTSD).

5.3.1. Attachement et symptomatologie anxieuse et dépressive

La théorie de l'attachement peut servir de modèle compréhensif dans la construction de cognitions et d'attentes interpersonnelles pouvant être sources de vulnérabilité dépressive et/ou anxieuse [24]. Bowlby [3] décrit le lien existant entre l'attachement insécure et l'apparition de symptomatologie anxieuse et dépressive. Nous retrouvons de nombreuses études ultérieures qui confirment ce lien.

En effet, Chahraoui et Vinay réalisent une étude publiée en 2012 avec 43 femmes dont 23 patientes déprimées et 20 patientes atteintes d'un mélanome [25]. L'objectif de cette étude était de savoir si les personnes déprimées ont des profils narratifs particuliers pouvant traduire des difficultés dans le domaine de l'attachement. Les deux groupes ont participé à un entretien semi-structuré. Les deux groupes sont ensuite comparés entre eux puis avec un groupe témoin. Les auteurs trouvent que les femmes déprimées ont un profil compatible avec les caractéristiques de l'attachement anxieux.

Dans une étude prospective menée par Lee et Hankin (2009) [26], trois-cent-cinquante adolescents entre 11 et 17 ans, recrutés dans 5 écoles à Chicago, ont complété des auto-questionnaires sur l'attachement, les attitudes dysfonctionnelles, l'estime de soi et les symptômes de dépression et anxiété. Les résultats suggèrent que l'attachement insécure (anxieux et évitant) est un facteur de risque

de développer des symptômes dépressifs et anxieux. Il s'avère également que les facteurs cognitifs, les attitudes dysfonctionnelles et la faible estime de soi jouent un rôle en tant que médiateurs de l'association attachement anxieux (mais non pas évitant) et dépression et anxiété.

Dans une étude plus récente, réalisée en Chine et publiée en 2012 [27], 662 étudiants d'une université ont rempli des auto-questionnaires sur le type d'attachement (ASQ) ; la symptomatologie anxieuse et dépressive (MASQ) et les facteurs de stress au quotidien (GASHSS). Les auteurs ont trouvé que l'attachement anxieux, en présence de facteurs de stress, était lié à l'augmentation de l'intensité de la dépression. Ils observent, également, que l'attachement évitant et l'attachement insécure en général (évitant et anxieux) ont un effet direct sur le déploiement de la symptomatologie dépressive et anxieuse respectivement en l'absence de facteurs de stress.

5.3.2. Attachement et trouble borderline de la personnalité

Fonagy et al (1996) [28] retrouvent que 92% des patients avec un trouble borderline de la personnalité présentaient un attachement insécure et plus concrètement un attachement anxieux ou désorganisé (ils utilisent l'échelle AAI dans leur étude). Fonagy confirme ses résultats dans deux études ultérieures [29;30].

Barone et al (2011) trouvent des taux plus élevés d'attachement insécure et désorganisé chez les patients avec un trouble de la personnalité borderline [31].

West et al (1993) [32] observent que les patients avec un trouble borderline de la personnalité ont plus souvent un attachement de type anxieux. Ces résultats sont confirmés ultérieurement par Patrick et al (1994) [33] ainsi que par Gunderson (1996) [34].

Tous ces résultats sont confirmés dans la revue de la littérature de Mosquera et al publiée en 2014 [35].

Lori et al en 2009 [36] rapportent que les personnes avec un style d'attachement anxieux, du fait de la présence plus importante d'impulsivité et d'émotions négatives, sont plus à risque de développer un trouble de la personnalité borderline.

5.3.3. Attachement et psychose

Plusieurs études retrouvent que les styles d'attachement anxieux et évitant (spécialement ce dernier) sont plus fréquents dans les populations atteintes de psychoses en comparaison des populations non atteintes [37;38;39]. Dans deux de ces études publiées en 2011 et 2014 [38;39], les auteurs retrouvent des taux plus élevés d'attachement désorganisé chez les personnes souffrant d'une psychose en comparaison avec le taux de ce type d'attachement dans la population générale.

Ces résultats sont confirmés dans la revue de Harder publiée en 2014 [40]. Cet auteur conclut qu'il existe un lien entre l'attachement évitant et désorganisé et la psychose ; ilpostule que ces deux types d'attachements sont un facteur de risque pour développer une psychose.

Mikulincer et Shaver [21] (en utilisant l'AAI) rapportent que les personnes qui souffrent d'une schizophrénie ont plus souvent un attachement insécure (Dozier, 1990). Dans deux articles ultérieurs, Dozier et al (1994) et Tyrrell et al (1997), rapportent (en utilisant l'AAI) que c'est l'attachement évitant qui est le plus fréquent chez les personnes souffrant d'une schizophrénie.

5.3.4. Attachement et autres troubles psychiques

Quelques études montrent un pourcentage plus élevé d'attachement insécure et notamment anxieux chez des personnes souffrant d'un PTSD [41;42;43].

Plusieurs études montrent le lien entre l'attachement évitant et les troubles par abus de substances [44;45;46]. Cooper et al (1998) [47] retrouvent un lien entre l'attachement insécure, particulièrement le style anxieux, et les troubles par abus de substance. McNally et al (2003) [48] observent un lien entre les styles d'attachement évitant-craintif et anxieux et ce même trouble psychique. Schindler et al (2005) [49] trouvent que les adolescents avec une dépendance aux toxiques ont plus souvent un style d'attachement évitant-craintif.

Dans les études de Candelori et Ciocca (1998) [50] et celui de Ringer et Crittenden (2007) [51] les auteurs retrouvent un lien entre l'attachement anxieux et les troubles de la conduite alimentaire. Ces résultats sont confirmés dans une revue de la littérature publiée en 2010 [52].

Franc et al (2008) [53] évoque que l'attachement insécure est un facteur de vulnérabilité pour le trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité (TDAH).

5.4. ATTACHEMENT ET PRISE EN CHARGE

Bowlby, dans son ouvrage « *The secure base* » (1988), a évoqué que l'identification des styles d'attachement chez le patient est un facteur primordial dans le processus thérapeutique [21]. Plusieurs auteurs se sont intéressés à ce lien.

En effet, Cienachowski et al (2002) [54] ont évoqué que le style d'attachement du patient conditionne la recherche d'aide auprès de professionnels de la santé. Ainsi, les personnes avec un attachement insécure peuvent se montrer réticents à recevoir de l'aide, méfiants envers les soignants (ayant moins

de capacité à faire confiance à l'autre) et avoir plus de mal à exprimer leurs difficultés. Concernant les patients sécurisés, ils font plus facilement confiance aux autres, reconnaissent plus facilement leur vulnérabilité et peuvent faire appel plus aisément.

Quijada et al (2015) [55] identifient d'une manière prospective l'impact du traitement des comportements d'attachement sur la prise en charge des patients à risque de développer une psychose. Ils retrouvent que des niveaux moins élevés d'attachement insécure-évitant sont liés à des meilleurs résultats après la prise en charge. De plus l'attachement sécure est lié à une amélioration dans le fonctionnement global des patients après le traitement. Egalement, ils trouvent qu'une diminution de l'intensité de l'attachement de type insécure-préoccupé est associé à une amélioration de la symptomatologie. Cette étude propose que la diminution de l'intensité de l'attachement insécure par l'intermédiaire de la prise en charge spécialisée, lors des premières étapes de la psychose, influence de manière favorable l'évolution de la maladie.

Dozier (1990) [56], rapporte que l'attachement sécure est associé à une meilleure compliance au traitement tandis que l'attachement évitant est associé à une tendance à refuser les soins. L'auteur conclut que le type d'attachement a un lien avec l'acceptation des soins ainsi que du traitement et influence le résultat de la prise en charge.

Eames et Roth (2000) [57] observent que l'attachement sécure est lié à une meilleure alliance thérapeutique alors que les patients avec un attachement évitant-craintif ont une plus faible alliance thérapeutique. Ce résultat est confirmé par Bernecker et al (2014) [58]. En effet, dans leur méta-analyse avec 24 études réalisées entre 1995 et 2012, les auteurs observent que chez les patients avec des attachements anxieux ou évitant, l'alliance thérapeutique est moins bonne. Ils concluent que l'identification du type d'attachement peut réduire le risque de rupture prématurée du suivi et proposent que le traitement de l'attachement insécure puisse être en soi un objectif de la prise en charge psychiatrique.

Ainsi, plusieurs auteurs évoquent que l'identification du style d'attachement chez nos patients et le traitement de celui-ci améliore les prises en charge. D'une part, le thérapeute peut, selon le type d'attachement, mettre en place les mesures nécessaires pour établir et maintenir une bonne alliance thérapeutique nécessaire à l'évolution favorable de la thérapie [2;59]. D'autre part, la théorie de l'attachement fournit un cadre théorique de compréhension des mécanismes de défense des patients et de son mode de relation interpersonnel [2;60]. En effet, la théorie de l'attachement représente la base de référence de la thérapie basée sur le mentalisation (TBM) de Bateman et Fonagy [61], de la thérapie interpersonnelle pour la dépression de Klerman [62] et de la thérapie focalisée sur le transfert (TFP). Cette dernière a montré son efficacité dans le traitement des personnes souffrant d'un trouble

borderline de la personnalité permettant l'évolution du type d'attachement vers des formes sécurisées [63].

En résumé

La revue de la littérature non exhaustive que nous avons effectuée dans le cadre de ce travail de thèse nous a permis de constater l'importance du lien des différents types d'attachement avec les troubles psychiques. En effet, il a été observé que l'attachement de type anxieux est un facteur de risque pour développer une pathologie psychique à l'âge adulte [23]. D'autre part, l'attachement insécure (anxieux et évitant) est prédictible de l'apparition d'une symptomatologie anxio-dépressive [3;25;26]. Par ailleurs plusieurs études ont noté un lien entre le trouble borderline de la personnalité et l'attachement insécure (spécialement avec les type anxieux et désorganisé) [28;29;30;31;32;33;34;35;36]. Pour les troubles psychotiques, il a été observé un lien avec les styles d'attachement évitant et désorganisé [37;38;39] et avec l'attachement insécure en général [21]. Nous retrouvons également dans la littérature, des éléments qui évoquent le lien entre le type d'attachement et les résultats des prises en charge thérapeutiques [2;21;54;55;56;58;59;60]. En effet, il a été rapporté que des niveaux moins élevés d'attachement anxieux et évitant sont liés à une meilleure évolution clinique [55]. Ensuite, nous avons observé que les patients avec un attachement insécure consultent moins fréquemment [54] et ont plus de difficultés à ancrer un lien thérapeutique [58], alors que l'attachement de type sécure est associé à une meilleure adhésion thérapeutique [56]. Enfin, plusieurs auteurs insistent sur le rôle du type d'attachement comme valeur prédictive de l'évolution de la prise en charge des patients avec des troubles psychiques [2;59;60].

6. MÉTHODE

6.1. OBJECTIFS

Devant ce constat, dans le cadre du projet qualité qui a été mené entre 2012 et 2013 dans les différents centres ambulatoires du SPA, nous nous sommes intéressés au type d'attachement chez des patients suivis au pôle crise (suivi ambulatoire intensif). Nous avons mené une étude sur une population de 504 patients dans les conditions naturelles afin de tenter de vérifier si le type d'attachement pourrait avoir un rôle dans l'apparition de la psychopathologie et d'évaluer l'utilité de l'étude de l'attachement dans l'optimisation de nos prises en charge. Pour cela nous avons fixé les objectifs suivants:

1) Décrire les différents types d'attachement chez nos patients ;
2) Evaluer l'association entre les différents types d'attachement et les variables sociodémographiques ;
3) Evaluer l'association entre les différents types d'attachement et les diagnostics (antécédents et diagnostic actuel) ;
4) Evaluer l'association entre les types d'attachement et les dimensions de la personnalité ;
5) Evaluer l'association entre les types d'attachement et la sévérité de la maladie.

6.2. PROCÉDURE

Dans le cadre du projet qualité du SPA, qui s'inscrit dans le contexte d'une réflexion-action autour de la prise en charge de crise dans les Centres de Thérapie Brève (CTB) à Genève soumis à la Commission d'éthique en 2012, nous avons mené une étude naturalistique, observationnelle et prospective qui s'est déroulée sur 24 mois. Elle visait à quantifier l'impact de nos prises en charge sur l'évolution des patients et, dans un objectif plus large, une meilleure compréhension du rôle des centres ambulatoires dans le réseau de soins psychiatriques Genevois.

Il s'agit d'une étude observationnelle qui s'est déroulée entre 2012 et 2013 dans les CTB du SPA qui se trouvent à Genève. En plus du suivi habituel de crise d'une durée de 4 à 8 semaines, tous les patients suivis ont bénéficié d'un programme consistant en un entretien médico-infirmier avec un recueil extensif de données sociodémographiques et cliniques, d'une évaluation somatique avec une prise de sang et d'un entretien diagnostique standardisé. Une évaluation clinique et psychométrique approfondie a aussi été effectuée à travers la passation de plusieurs échelles.

6.3. INSTRUMENTS

6.3.1. Diagnostic

Un entretien diagnostique standardisé a été effectué au début de la prise en charge en utilisant le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Lecrubier et al. 1997 ; Sheehan et al. 1997; 1998). Le MINI est un instrument qui permet d'aider à effectuer un diagnostic psychiatrique selon les critères des classifications internationales en psychiatrie (DSM-IV ou CIM-10). Dans cette étude, nous avons utilisé la version 6.0.0 de cet instrument.

6.3.2. Questionnaires de l'étude qualité

A l'admission au programme, nous avons administré les outils psychométriques suivants: HoNOS ; HAM-A ; MADRS ; EGF ; CGI ; BSI ; SF-36 ; BFI ; AAS.

A la fin du suivi, les questionnaires effectués sont : HoNOS, EGF, MADRS, HAM-A, BSI et CGI (Tableau 5).

Tableau 5 : Questionnaires utilisés dans le protocole de l'étude qualité

Hétéro-questionnaires	HoNOS	« *Health of the Nation Outcome Scales* » (Wing et al., 1998) évalue la santé mentale et le fonctionnement social
	HAM-A	« *Hamilton anxiety scale* » (Hamilton, 1969) mesure la sévérité de l'anxiété
	MADRS	« *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale* » (Montgomery and Asberg, 1979, Bouvard et Cottraux, 2005), permet d'évaluer la gravité de la dépression
	EGF	« *Echelle Globale de Fonctionnement* » (Endicott et al. 1976 ; APA, 1994) évalue le fonctionnement social général (psychologique, social et professionnel)
	CGI	« *Clinical Global Impression* » (Guy, 1976) résume l'impression subjective du clinicien de la symptomatologie psychiatrique de ses patients
Auto-questionnaires	BSI	« *Brief Symptom Inventory* » (Derogatis et Melisaratos, 1983) évalue la sévérité des symptômes psychiatriques
	SF-36	« *Medical Outcome study 36-items Short-Form Health Survey* » (Ware et Sherbourne, 1992 ; Ware et al. 1994, McHorney et al. 1994) examine la qualité de vie subjective associée à la santé
	BFI	« *Big Five Inventory* » (John et al. 1991) évalue les dimensions de la personnalité : l'ouverture, la conscience, l'extraversion, l'agréabilité et le névrosisme
	AAS	« *Adult Attachment Scale*» (Collins, 1990) permet de définir les styles d'attachement

6.3.3. Instruments utilisés dans notre étude

Adult Attachment scale (AAS)

Pour l'évaluation de l'attachement, nous avons utilisé l'AAS de Collins [4;12;13]. Il s'agit d'un auto-questionnaire contenant 18 items côtés sur une échelle de type Likert. Les réponses aux items vont de 1 (faux ou pas du tout) à 5 (vrai ou beaucoup). D'une part, s'agissant d'un auto-questionnaire, la facilité de passation est l'un de ses avantages. En effet, les entretiens semi-structurés nécessitent la formation du personnel pour assurer leur fiabilité et leur valeur prédictive et statistique [17]. D'autre part, étant un outil dimensionnel, sa valeur statistique est plus importante et tient compte des différences individuelles. Cet outil psychométrique permet, à partir de l'analyse des dimensions de l'attachement, de catégoriser les individus dans les différents types d'attachement. Selon la cotation élevée ou faible (moyenne supérieure ou inférieure à 3, respectivement) dans chaque dimension de l'attachement (« *anxiété* » et « *évitement* »), nous avons catégorisé les patients selon 4 types d'attachement : sécure ; anxieux; évitant-craintif et évitant-détaché (figure 1). La catégorie « *Non spécifique* » correspond aux patients qui ont obtenu une moyenne de 3 à l'échelle (ils ne peuvent pas être classés comme « *élevé* » ou « *faible* » dans une dimension).

Big five Inventory version française (BFI-Fr)

Pour évaluer la personnalité de nos patients, nous avons utilisé la version française du BFI. Dans sa version anglaise, le BFI a été créé en 1991 par John et al [64] dans l'objectif d'avoir une échelle de passation facile, qui permette de décrire les 5 principales facettes de la personnalité : extraversion, agréabilité, conscience, émotions négatives (ou névrosisme) et ouverture. Il s'agit d'un instrument composé de 44 items, sous forme d'une phrase courte définissant un aspect de la personnalité. Un langage familier est utilisé. Les réponses aux items vont de 1 (fortement en désaccord) à 5 (fortement d'accord) [65].

Plaisant et al en 2010 ont validé une version française, le Big Five Inventory français (BFI-Fr). A cette version, un 45e item a été ajouté dans le domaine de l'agréabilité. Le test a montré sa fidélité et sa validité [66].

Brief Symptom Inventory (BSI) - Global severity Index (GSI)

Le BSI (Dérogatis 1975) [67] est une forme abrégée de la Symptom Checklist List 90-R (SCL-90-R) sous forme d'auto-questionnaire composé de 53 items côtés sur une échelle de type Likert. Les réponses vont de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement). Il permet d'évaluer, de manière subjective, l'état psychique global du patient à travers la description de 9 types de symptômes psychiques principaux : somatisation, le trouble obsessif-compulsif, la sensibilité interpersonnelle, la dépression, l'anxiété, l'hostilité, la phobie, l'idéation paranoïde et le psychotisme. Le BSI comprend, en plus, trois indices globaux permettant de mesurer la détresse psychique: l'indice global de sévérité (Global Severity Index, GSI), l'indice de détresse pour les symptômes positifs (Positive Symptom Distress Index,

PSDI) et le total des symptômes positifs (ou Positive Symptom Total, PST). Le GSI mesure le niveau de détresse psychique globale perçu par le sujet. Le BSI et le GSI ont montré une bonne fiabilité et validité [68].

Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS)

La MADRS (Montgomery et Asberg 1979) [69], échelle développée à partir de la Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS) d'Asberg et al (1978) permet d'évaluer la sévérité de la dépression. Il s'agit d'un outil hétéro-administré composé de 10 items : tristesse apparente, tristesse exprimée, tension intérieure, incapacité à ressentir, pensées pessimistes, idées de suicide, difficultés de concentration, réduction de sommeil, lassitude. Les items sont côtés de 0 (absence du symptôme) à 6 (forte présence du symptôme). Cet outils permet classer les individus selon l'intensité de la dépression: 0 à 6: absence de dépression ; 7 à 19: dépression légère ; 20 à 34: dépression moyenne et score supérieur à 34: dépression sévère. L'échelle a été traduite en français par Bouvard et Cottraux en 2005.

6.4. POPULATION

Mille cent soixante patients ont bénéficié du programme. Parmi eux, 527 ont complété l'AAS, dont 504 l'ont complété en intégralité (95,63% patients ont complété le questionnaire en entier versus 4,36% qui ont laissé des items sans réponse). Pour des raisons méthodologiques, nous avons opté de ne pas prendre en compte les patients qui n'ont pas rempli complètement l'auto-questionnaire.

6.5. ANALYSES STATISTIQUES

Les proportions observées ont été comparées avec le test du Chi Carré ainsi qu'avec le test Binomial. Les moyennes des groupes indépendants ont été comparées avec l'analyse de variance à un facteur (ANOVA) et des analyses post-hoc ont été effectuées, si nécessaire, avec le test de Tukey HSD. Le test t de Student pour échantillon dépendant a été utilisé pour comparer les moyennes pré et post intervention de crise. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel SPSS Statistics version 24 (Chicago, SPSS INC. IBM Corp. 2016). Le seuil de signification était fixé à $p < 0,05$ sans corrections pour comparaisons multiples.

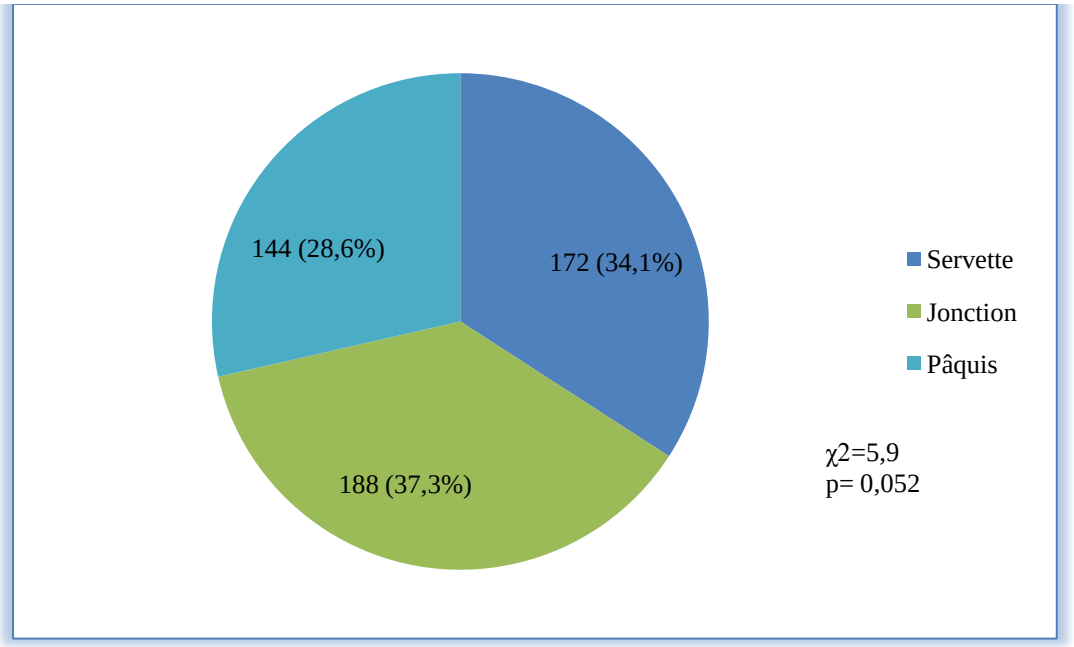
7. RÉSULTATS

7.1. DONNEES DESCRIPTIVES

7.1.1. Provenance

Nous avons pris en compte pour ce travail, 504 patients qui ont complété entièrement l'échelle de Collins. Cette population est composée d'environ un tiers de patients de chaque CAPPI. Nous n'avons pas trouvé de différence significative dans la distribution, avec toutefois une tendance selon laquelle une majorité des patients proviennent du CAPPI Jonction (Graphique 1). Nous avons réalisé des analyses post-hoc qui montrent que les populations du CAPPI Jonction et Pâquis sont différentes au niveau de la distribution (p= 0,018), avec plus de patients provenant du CAPPI Jonction. Aucune autre différence n'a été retrouvée.

Graphique 1 : Distribution par CAPPI



7.1.2. Données sociodémographiques

La moyenne d'âge est de 40,45 ans (18-68), avec une déviation standard de 11,43. Parmi les 504 patients, 310 sont des femmes et 253 d'entre eux exercent une activité professionnelle (Tableau 6).

Tableau 6 : Données sociodémographiques des 504 patients.

	Total (N=504) (%)				
Âge	500 (99,2%)	**Moyenne**	**Std Déviation**	**Minimum**	**Maximum**
		40,45	11,43	18	68
		Sous-type		**Nombre patients (%)**	
Genre	502 (99,6%)	Hommes		192 (38,2%)	
		Femmes		310 (61,8%)	
État civil	495 (98,2%)	Célibataire		193 (39%)	
		Marié		165 (33.3%)	
		Séparé/Divorcé/Veuf		126 (25,5%)	
		Autre		11 (2,2%)	
Lieu de vie	493 (97,8%)	Seul		159 (32,3%)	
		Conjoint		70 (14,2%)	
		Parents		31 (6,3%)	
		Famille		186 (37,7%)	
		Autre		47 (9,5%)	
Niveau études	504 (100%)	Ecole obligatoire		126 (25%)	
		Cycle d'orientation		160 (31,7%)	
		Etudes supérieures/maturité		144 (28,6%)	
		Autres/sans information		74 (14,7%)	
Situation socioprofessionnelle	492 (97,6%)	Employé/ Indépendant		253 (51,4%)	
		Etudiant		38 (7,7%)	
		Chômage		66 (13,4%)	
		Services sociaux (Assurance Invalidité ; Hospice Général)		93 (18,9%)	
		Autre		42 (8,5%)	

7.1.3. Antécédents cliniques

Nous observons que 70% des participants ont des antécédents psychiatriques. Parmi ces antécédents, le trouble dépressif a été le diagnostic le plus fréquent (54,8%). Le trouble de la personnalité et le trouble anxieux ont été le deuxième et troisième diagnostic les plus fréquents parmi les antécédents (13% et 11,6%, respectivement).

La majorité des patients de cette cohorte a bénéficié par le passé d'un traitement psychotrope. Les antidépresseurs ont été les molécules les plus prescrites avant la prise en charge actuelle (52,3% de la population), alors que les hypnotiques et les thymorégulateurs ont été les moins prescrits (4,9% et 5,5% respectivement). Cent cinquante-quatre patients (31,4%) ont au moins un antécédent de tentative de suicide antérieure à la prise en soin (Tableau 7).

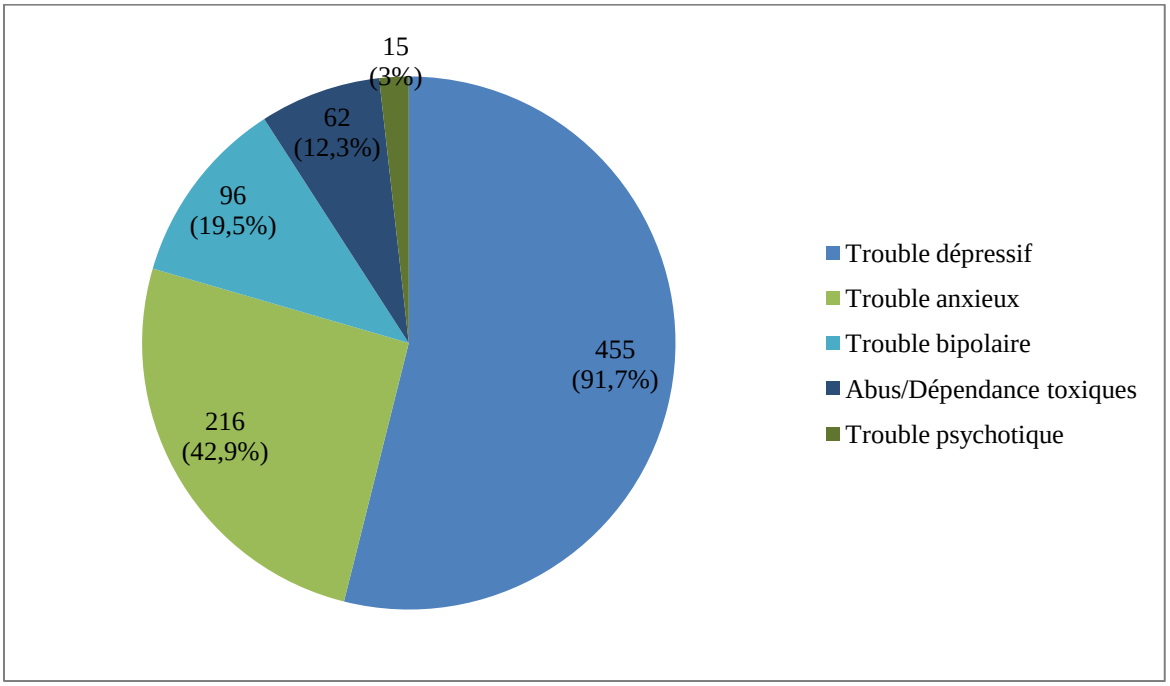
Tableau 7 : Antécédents cliniques

Antécédents psychiatriques N= 493 (97,8%)	NON	148 (30%)		
	OUI	345 (70%)	Trouble dépressif	270 (54,8%)
			Trouble bipolaire	19 (3,9%)
			Trouble anxieux	57 (11,6%)
			Trouble psychotique	31 (6,3%)
			Trouble de personnalité	64 (13%)
			Trouble de l'adaptation	7 (1,4%)
			Abus de substances	31 (6,3%)
			Trouble du sommeil	8 (1,6%)
			Autre	12 (2,4%)
Traitement psychotrope antérieur N= 491 (97,4%)	NON	174 (35,4%)		
	OUI	317 (64,6%)	Antidépresseur	257 (52,3%)
			Thymorégulateur	27 (5,5%)
			Anxiolytique	173 (35,2%)
			Antipsychotique	89 (18,1%)
			Hypnotiques	24 (4,9%)
			Autre	11 (2,2%)
Tentative suicidaire antérieure N= 490 (97,2%)	NON	336 (68,6%)		
	OUI	154 (31,4%)		

7.1.4. Diagnostic actuel établi de manière structurée

Dans cette population, le diagnostic actuel le plus fréquent est le trouble de l'humeur, principalement dépressif (91,7%). Le trouble anxieux est le deuxième en fréquence avec un 42,9% des patients. Alors que le trouble psychotique représente le diagnostic le moins fréquent (3% de la population). Il est important à signaler qu'une grande partie des patients présentent des comorbidités (Graphique 2).

Graphique 2 : Diagnostics principaux et secondaires des patients inclus dans l'étude



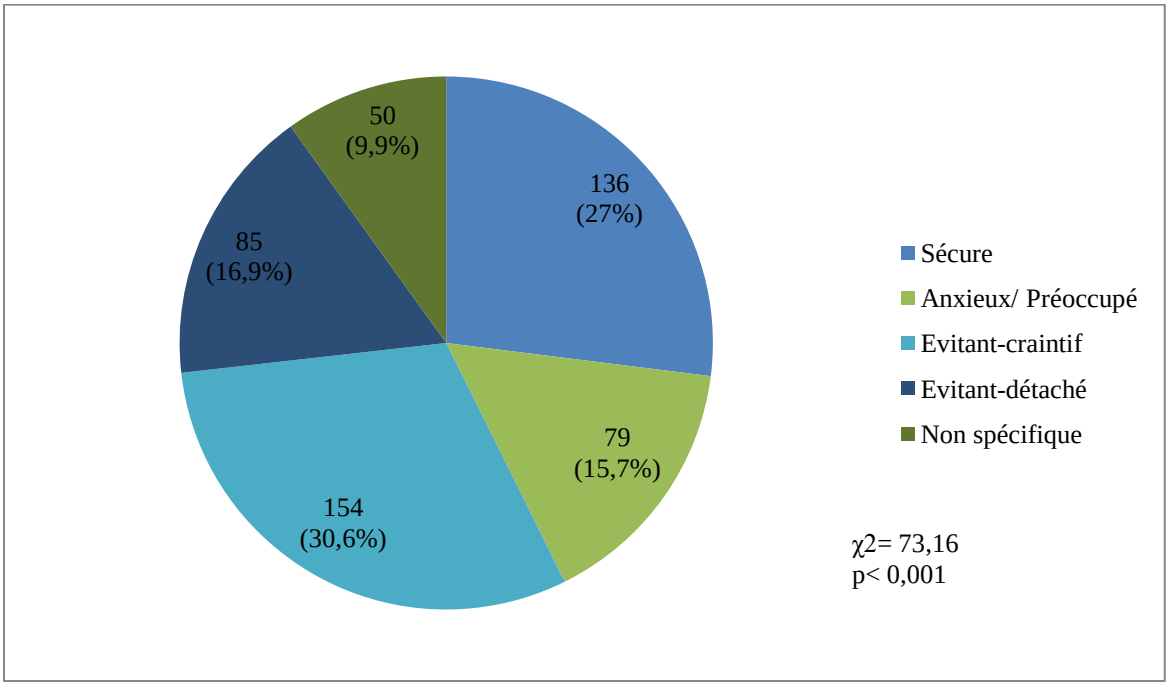
7.2. STYLES D'ATTACHEMENT : ANALYSES STATISTIQUES

7.2.1. Types d'attachement

Sur les 504 patients que nous avons pris en compte pour notre étude sur l'attachement, nous avons retrouvé que 318 (63,2%) patients ont un attachement insécure (anxieux, évitant-craintif ou évitant-détaché) et 136 patients (27%) présentent un attachement sécure. En raison du mode d'interprétation de l'outil utilisé (AAS), une partie des patients ne peut pas être catégorisée dans un type d'attachement concret, nous nous référons à ce style d'attachement comme « *non spécifique* ». Parmi les patients appartenant au style d'attachement insécure, le style d'attachement évitant (craintif et détaché) est le type d'attachement le plus fréquent dans notre population : 239 patients (47,5%).

Nous avons retrouvé une différence au niveau de la répartition. En effet, les styles d'attachement sécure et évitant-craintif sont les plus fréquents dans notre population (sans différence entre eux, mais un plus grand nombre de patients ayant un attachement de type évitant-craintif) alors que le type « *non spécifique* » reste le moins prévalent (Graphique 3).

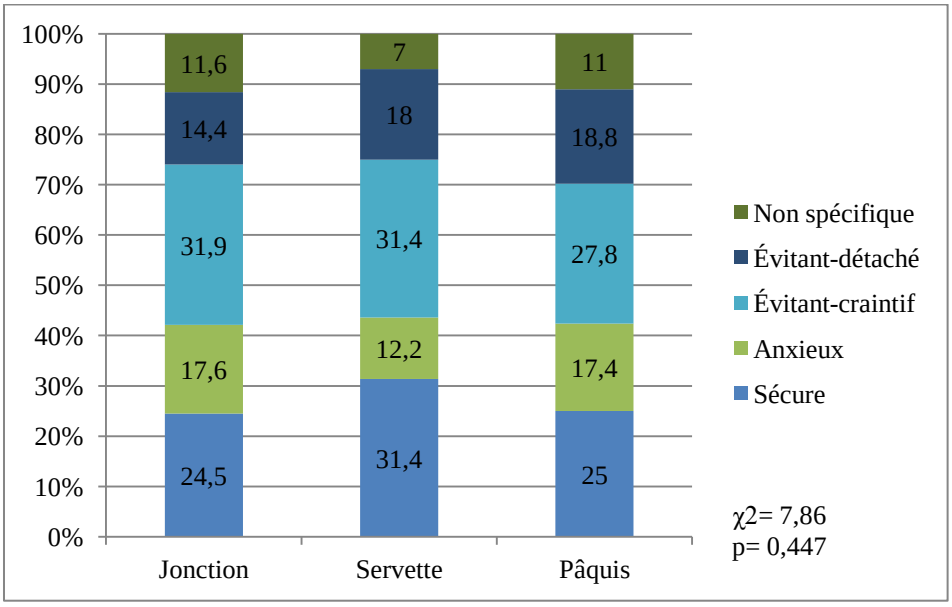
Graphique 3: Prévalence des types d'attachement



7.2.2. Type d'attachement et provenance

Nous ne retrouvons pas de différence par type d'attachement entre les différents CAPPI ce qui nous permet de noter que les populations dans chaque CAPPI sont similaires entre elles (Graphique 4).

Graphique 4 : Type d'attachement par CAPPI



7.2.3. Type d'attachement et données sociodémographiques

7.2.3.1 Type d'attachement et âge

Nous observons une différence significative au niveau de l'âge: $F(4;499) = 7,23$, $p < 0,001$ (Tableau 8). Les analyses post-hoc montrent que les patients sécurisés sont en moyenne plus âgés que les patients ayant un attachement de type évitant-craintif (Tukey HSD, $p < 0,001$). Aucune autre différence n'a été observée.

Tableau 8 : Distribution de l'âge par type d'attachement

	N	Moyenne	Écart Type
Sécure	135	44,21	11,15
Anxieux	78	40,32	11,82
Évitant-craintif	153	37,17	11,17
Évitant-détaché	85	40,02	11,11
Non spécifique	49	41,24	10,03
p	< 0,001		

p significatif si < 0,05

7.2.3.2. Type d'attachement et genre ; état civil ; lieu de vie ; niveau études ; situation socioprofessionnelle

Nous ne retrouvons pas de différence significative par type d'attachement en ce qui concerne le genre, le lieu de vie, le niveau d'études et la situation socioprofessionnelle. Concernant l'état civil, nous retrouvons une différence significative (Tableau 9).

Tableau 9 : Données sociodémographiques par type d'attachement

		Secure (%)	Anxieux / Préoccupé (%)	Evitant-Craintif (%)	Evitant-Détaché (%)	Non Spécifique(%)	χ^2	p
Genre	Hommes	54 (28,1)	37 (19,3)	53 (27,6)	26 (13,5)	22 (11,5)	6,83	0,145
	Femmes	82 (26,5)	42 (13,5)	101 (32,6)	59 (19)	26 (8,4)		
Etat Civil	Marié	59 (35,8)	27 (16,4)	40 (24,2)	24 (14,5)	15 (9,1)	11,66	0,020
	Autre (séparé; divorcé; veuf; célibataire)	75 (22,7)	49 (14,8)	113 (34,2)	61 (18,5)	32 (9,7)		
Lieu de vie	Seul	40 (25,2)	23 (14,5)	56 (35,2)	26 (16,4)	14 (8,8)	9,2	0,905
	Conjoint	19 (27,1)	8 (11,4)	25 (35,7)	12 (17,1)	6 (8,6)		
	Parents	7 (22,6)	5 (16,1)	10 (32,3)	6 (19,4)	3 (9,7)		
	Famille	59 (31,7)	31 (16,7)	48 (25,8)	30 (16,1)	18 (9,7)		
	Autre	9 (19,1)	9 (19,1)	13 (27,7)	11 (23,4)	5 (10,6)		
Niveau Etudes	Ecole obligatoire	35 (27,8)	25 (19,8)	37 (29,4)	16 (12,7)	13 (10,3)	7,88	0,794
	Cycle orientation	49 (30,6)	18 (11,3)	48 (30)	30 (27)	15 (9,4)		
	Etudes supérieurs/ maturité	34 (23,6)	23 (16)	45 (31,3)	28 (19,4)	14 (9,7)		
	Autre/sans information	18 (24,3)	13 (17,6)	24 (32,4)	11 (14,9)	8 (10,8)		
Situation Socioprofessionnelle	Employé/ indépendant/ Etudiant/Chômage	95 (26,6)	58 (16,2)	100 (28)	69 (19,3)	35 (9,8)	8,39	0,078
	Services sociaux (AI;HG)	39 (29,1)	18 (13,3)	52 (34,2)	15 (11,1)	11 (8,1)		

p significatif si < 0,05

Les analyses post-hoc montrent que les patients avec un attachement anxieux, évitant-craintif, évitant-détaché ou non spécifique sont plus souvent non mariés. De plus, les patients sécurisés sont plus souvent mariés et les patients évitant-craintifs ne le sont le plus souvent pas en comparaison avec les autres types d'attachement, sauf lorsque nous les comparons entre eux (Tableau 10).

Tableau 10 : Etat civil et type d'attachement

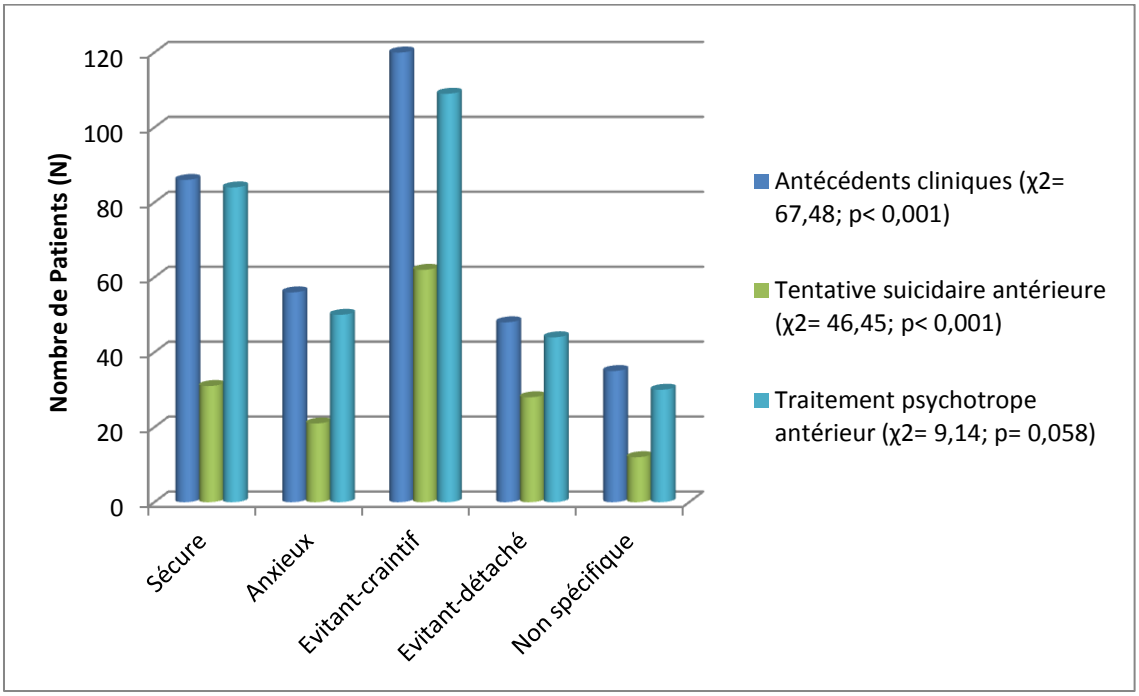
	Sécure (1)	Anxieux (2)	Evitant-craintif (3)	Evitant-détaché (4)	Non spécifique	χ^2	p	Post-hoc
Mariés	59	27	40	24	15	35,33	< 0,001	1>0-2-4 3>0
Autre	75	59	113	61	32	56,97	< 0,001	1>0-2 3>0-2-4 0<1-3-4
χ^2	1,91	6,37	34,83	1611	6,15			
p	0,167	0,012	< 0,001	< 0,001	0,013			

p significatif si < 0,05

7.2.4. Type d'attachement et données cliniques

Nous ne retrouvons pas de différence par type d'attachement entre les patients qui sont sous traitement psychotrope comparés à ceux qui sont sans ce traitement. Toutefois, parmi les patients qui ont reçu un traitement psychotrope par le passé, 109 (soit 34,4%) ont un attachement de type évitant-craintif. Nous retrouvons une différence significative en ce qui concerne les antécédents psychiatriques et une tentative suicidaire dans les antécédents (Graphique 5). Les analyses post-hoc montrent que les patients avec un style d'attachement évitant-craintif ont plus fréquemment des antécédents psychiatriques et ont fait plus souvent de tentative de suicide ($p< 0,05$). Par contre, les patients avec un attachement « *non spécifique* » ont moins d'antécédents psychiatriques et ont fait moins de tentatives suicidaires en comparaison aux patients avec un autre type d'attachement ($p< 0,05$) mis à part si nous les comparons aux patients avec un attachement évitant-détaché ($p= 0,187$) pour les antécédents psychiatriques et aux patients avec un attachement anxieux pour la tentative suicidaire ($p= 0,163$). Pour les patients sécurisés, ils présentent significativement plus d'antécédents psychiatriques comparés aux autres types d'attachement ($p< 0,05$) mis à part au style d'attachement évitant-craintif. Aucune autre différence n'a été retrouvée.

Graphique 5: Données cliniques par type d'attachement



p significatif si <0,05

7.2.5. Type d'attachement et diagnostic actuel

Le diagnostic principal de notre population (91,7%) est le trouble dépressif (graphique 2). Nous ne retrouvons pas de différence au niveau de l'intensité de la dépression (évaluée par la MADRS) par type d'attachement: F(4;481)=0,87, p= 0,482 (Tableau 11)

Tableau 11 : Type d'attachement et intensité de la dépression selon MADRS

	N	Moyenne	Ecart-Type	Anova		p
				DL	F	
Sécure	133	24,82	10,01	4;481	0,87	0,482
Anxieux	74	25,14	10,11			
Evitant-craintif	148	26,47	9,75			
Evitant-détaché	81	25,19	8,28			
Non spécifique	46	23,89	9,73			

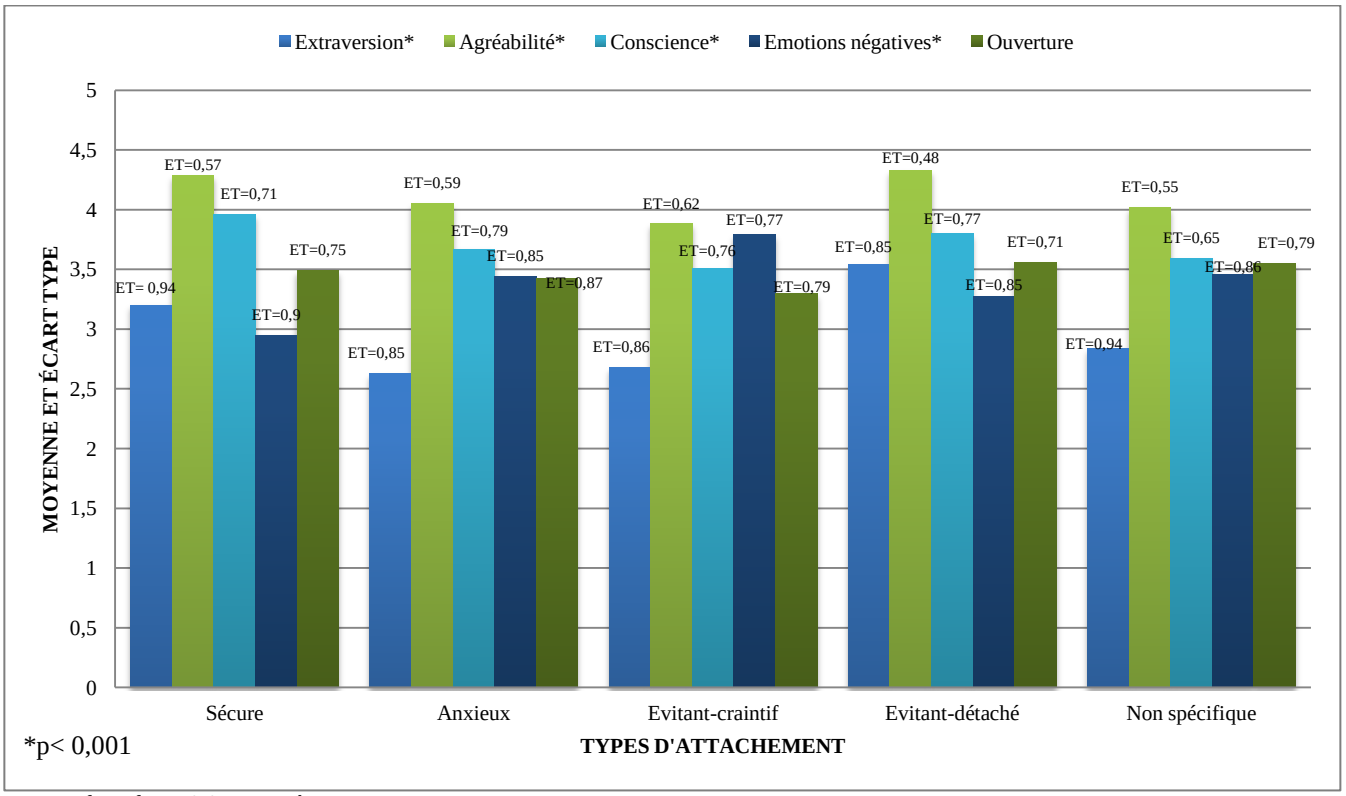
p significatif si < 0,05

7.3. ATTACHEMENT ET PERSONNALITÉ

Nous constatons une différence significative entre le type d'attachement et les dimensions de personnalité suivantes: « *extraversion* »: F(4;481)=17,62; p< 0,001; « *agréabilité* »: F(4;479)=12,54; p< 0,001; « *conscience* »: F(4;475)=6,85; p< 0,001 et « *émotions négatives* »: F(4;480)=18,08; p<

0,001. Cependant, nous ne retrouvons pas de différence entre la dimension de la personnalité « *ouverture* » et le type d'attachement avec néanmoins une tendance (p= 0,084) (Graphique 6).

Graphique 6 : Les 5 domaines du BFI par type d'attachement



p significatif si < 0,05; ET= écart type

Les analyses post-hoc (Tukey HSD) montrent que dans la dimension « *extraversion* », les patients avec un style d'attachement évitant-détaché ont des scores en moyenne plus élevés en comparaison aux autres types d'attachement. Par contre, les patients évitant-craintifs et anxieux ont des scores inférieurs en comparaison aux autres types d'attachement mais sans différence significative entre eux.

S'agissant de la dimension « *émotions négatives* », les patients évitant-craintifs montrent des scores supérieurs au reste des styles d'attachement. Les patients sécurisés ont les scores les moins élevés, dans cette dimension, mais sans différence significative lorsqu'on les compare avec les patients évitant-détachés.

Dans la dimension « *agréabilité* », les patients sécurisés et évitant-détachés ont des scores plus élevés par rapport aux patients évitant-craintifs et anxieux. Cependant, nous ne retrouvons pas de différence entre les styles sécure et évitant-détaché ni entre les styles anxieux et évitant-craintif.

Concernant la dimension « *conscience* », les patients avec des styles d'attachement de type sécure et évitant-détaché ont des scores plus élevés que les patients évitant-craintifs (tableau 10).

Nous avons également observé une différence significative entre l'attachement non spécifique et l'attachement sécure dans les dimensions suivantes: « *agréabilité* » ; « *conscience* » et « *émotions*

négatives » (les patients appartenant au groupe d'attachement non spécifique ont des scores plus faibles en « *agréabilité* » et « *conscience* » et plus élevés en « *émotions négatives* »), et avec l'attachement de type évitant-détaché dans les dimensions suivantes: « *extraversion* » et « *agréabilité* » (les patients appartenant au type non spécifique ont des scores plus faibles en « *agréabilité* » et « *extraversion* ») (Tableau 12).

Tableau 12 : Type d'attachement et BFI: résultats des analyses post-hoc (Tukey HSD)

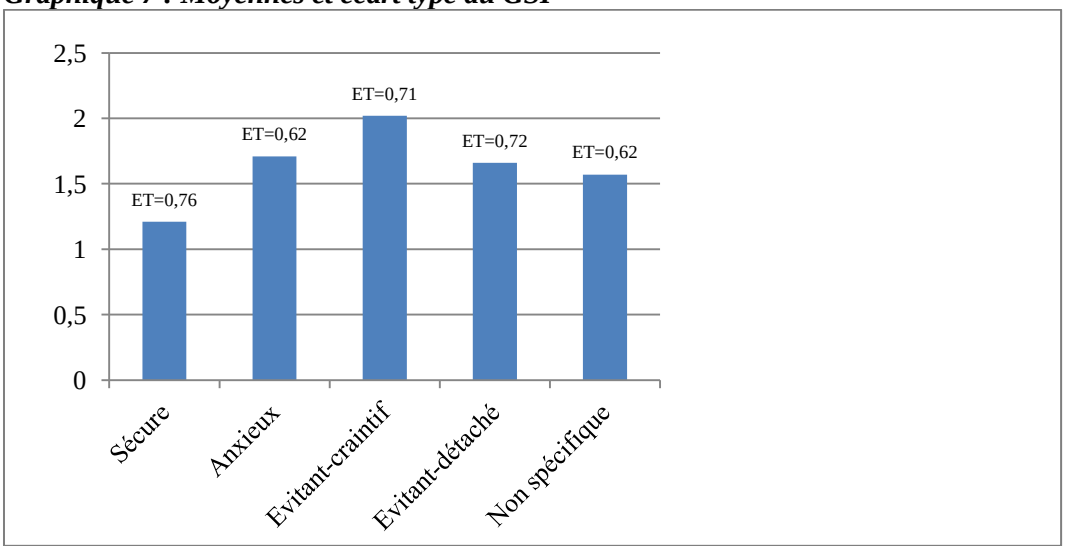
	Sécure 1		**Anxieux 2**		**Évitant-craintif 3**		**Évitant-détaché 4**		**Non spécifique 5**		**Anova**		**p**	**Post-hoc (Tukey HSD)**
	M	**ET**	**M**	**ET**	**M**	**ET**	**M**	**ET**	**M**	**ET**	**DL**	**F**		
Extraversion 2,97	3,2	0,94	2,63	0,85	2,68	0,86	3,54	0,85	2,84	0,94	4;481	17,62	<0,001	1>2-3 4>1-2-3-5
Agréabilité 4,10	4,29	0,57	4,05	0,59	3,88	0,62	4,33	0,48	4,02	0,55	4;479	12,54	<0,001	1>2-3-5 4>2-3-5
Conscience 3,72	3,96	0,71	3,67	0,79	3,51	0,76	3,8	0,77	3,59	0,65	4;475	6,85	<0,001	3<1-4 1>5
Emotions Négatives 3,39	2,95	0,9	3,44	0,85	3,79	0,77	3,27	0,85	3,46	0,86	4;480	18,08	<0,001	3>1-2-4 1<2-3-5
Ouverture 3,44	3,49	0,75	3,42	0,87	3,3	0,79	3,56	0,71	3,55	0,79	4;474	2,07	0,084	

M= moyenne ET= écart type; p significatif si < 0,05

7.4. ATTACHEMENT ET SÉVÉRITÉ DE LA MALADIE

Nous avons observé des différences significatives entre les types d'attachement et les scores obtenus au GSI: $F(4;498)=24,06$; $p< 0,001$ (Graphique 7).

Graphique 7 : Moyennes et écart type au GSI



ET= écart type

Les analyses post-hoc (Tukey HSD) montrent que les patients avec un type d'attachement sécure considèrent leur maladie comme étant moins sévère en comparaison à tous les autres types d'attachement. Au contraire, nous retrouvons que les patients avec un style d'attachement évitant-craintif, en comparaison aux autres types d'attachement, estiment que leur maladie est plus sévère. Aucune autre différence n'a été retrouvée (Tableau 13).

Tableau 13 : Type d'attachement et GSI : analyses post-hoc

Sécure 1		**Anxieux 2**		**Evitant-craintif 3**		**Evitant-détaché 4**		**Non spécifique 5**		**Anova**		**P**	**Post-hoc (Tukey HSD)**
M	ET	M	ET	M	ET	M	ET	M	ET	DL	F		
1,21	0,76	1,71	0,62	2,02	0,71	1,76	0,72	1,57	0,62	4;498	24,06	0,001	1<2-3-4-5 3>1-2-4-5

M= moyenne ET= écart type
p significatif si < 0,05

8. DISCUSSION

8.1. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Dans le cadre du projet qualité effectué dans les CTB à Genève, nous nous sommes intéressés au type d'attachement de nos patients et son implication dans leur prise en charge. L'étude clinique que nous avons menée, nous a permis d'identifier le type d'attachement des patients suivis dans les 3 CTB. Nous avons observé que les styles d'attachement sécure et évitant-craintif sont les plus fréquents dans notre population. Par ailleurs, les patients sécurisés sont en moyenne plus âgés que les patients évitant-craintifs. Aussi, les patients sécurisés sont plus souvent mariés et les patients évitant-craintifs ne le sont plus souvent pas en comparaison aux autres types d'attachement. Les patients avec un style d'attachement évitant-craintif ont plus d'antécédents psychiatriques et ont fait plus de passage à l'acte suicidaires. Nous n'avons pas trouvé de différence significative en ce qui concerne l'intensité de la dépression par type d'attachement. Au niveau de la personnalité, nous avons observé qu'il existe un lien entre les différents types d'attachement et quatre des cinq dimensions de la personnalité (extraversion, agréabilité, conscience et émotions négatives). Nous avons trouvé que les patients avec un type d'attachement évitant-détaché ont des scores plus élevés dans la dimension « *extraversion* » que les autres types d'attachement; les patients avec un style d'attachement évitant-craintif ont des scores plus élevés dans la dimension « *émotions négatives* » que les autres styles d'attachement; concernant la dimension « *conscience* », les patients avec des styles d'attachement de type sécure et évitant-détaché ont des scores plus élevés que les patients évitant-craintifs et, les deux types d'attachement qui montrent des scores plus élevés en « *agréabilité* » sont le sécure et l'évitant-détaché. Finalement, en ce qui concerne la sévérité de la maladie perçue par les patients de notre population, nous avons observé que les patients avec un attachement sécure estiment que leur maladie est moins sévère, alors que les patients avec un style d'attachement évitant-craintif considèrent que leur maladie est plus sévère.

8.2. TYPES D'ATTACHEMENT

Une grande majorité de nos patients présentent un type d'attachement insécure. Ce résultat est en accord avec les données de la littérature et plusieurs auteurs ont rapporté que les formes insécurisées de l'attachement sont un facteur de risque de développer une psychopathologie [3;25;26;28]. Notamment, Bowlby (1978) décrit le lien existant entre l'attachement insécure et l'apparition de symptomatologie anxieuse et dépressive [3]. Mistycki et Guedeney (2007) décrivent l'attachement comme un modèle de vulnérabilité ou de résilience à l'apparition de psychopathologie [2]. Main (1998) suggère un lien entre l'attachement insécure et l'apparition de psychopathologie [9]. Nos résultats sont également en accord avec l'étude de Bakermans-Kranenburg et Van IJzendoorndans en

2009 [37], qui observent que les formes insécurisées de l'attachement sont plus fréquentes dans les populations cliniques en comparaison aux populations non cliniques.

Dans notre population, nous retrouvons que les deux types d'attachement les plus fréquents sont le style sécure et évitant-craintif. Ces résultats ne sont pas unanimes dans la littérature. En effet, cette constatation est partagé par Shaver et al [45], dans leur étude réalisée en population générale en 1997, qui rapportent une distribution des types d'attachement similaire à la nôtre, avec l'attachement sécure comme le style plus fréquent (59%), puis l'attachement évitant (25%) et finalement l'attachement anxieux (11%). Egalement, dans l'étude de Carr et al (2018) [70] dans une population de patients atteints de psychose, le type d'attachement évitant-craintif est le plus prévalent, suivi du type évitant-détaché et du type anxieux en dernière position. Par contre, West et al (1993) [23], notent que l'attachement anxieux est plus prévalent dans une population de patients suivis en ambulatoire dans l'hôpital générale de Calgary. Ce dernier résultat est confirmé dans une méta-analyse parue en 1996 [71].

Selon certains auteurs, les patients avec un type d'attachement sécure ont moins tendance à développer une psychopathologie et par conséquent ce style devrait être le moins prévalent dans une population de patients [72;73]. Une éventuelle hypothèse de l'importante représentation de l'attachement sécure dans notre population est que, comme décrit par certains auteurs [2;52], les patients sécurisés font plus facilement confiance aux autres, reconnaissant plus facilement leur vulnérabilité et peuvent donc faire appel plus facilement.

8.3. TYPES D'ATTACHEMENT ET DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Nous avons retrouvé que les patients de cette étude qui ont un style d'attachement sécure sont en moyenne plus âgés que ceux avec un attachement évitant-craintif comme précédemment décrit par Shaver et al (1997) [45], qui observent que les patients de plus de 45 ans ont plus fréquemment un attachement de type sécure. Par ailleurs, Guédeney (2015) [4], rapporte que l'attachement peut évoluer avec l'âge vers des formes sécurisées à travers la création de nouveaux modèles de soi et des autres à la suite de relations soutenantes et positives (tant dans la sphère privée que dans le processus thérapeutique) [4;5]. Nous n'avons pas trouvé d'études qui montrent un lien entre l'âge et l'attachement évitant-craintif. Cela pourrait être expliqué par l'utilisation d'outils qui différencient seulement l'attachement anxieux et évitant et pas les deux sous-types d'attachement évitant (craintif et détaché).

Nous avons observé que les patients sécurisés sont plus souvent mariés. Hazan et Shaver [10] ont été les premiers à montrer un lien entre certaines caractéristiques sociodémographiques et les différents types d'attachement et évoquent pour la première fois en 1987 que les sujets mariés sont plus

fréquemment sécurisés. Shaver et al (1997) [45] ont confirmé ce résultat. Dans notre cohorte, les patients évitant-craintifs sont plus souvent non mariés, sauf lorsque nous les comparons avec les patients sécurisés. Cela est en accord avec l'étude de Petrowski et al (2015) [74], dans lequelle les auteurs observent que les personnes célibataires ont plus souvent un attachement de type évitant et avec l'étude de Schindler et al (2010) [75] où les auteurs observent que les personnes avec un attachement évitant s'engagent moins fréquemment dans une relation stable. D'autres études confirment le lien entre les types d'attachement et l'état civil, et montrent que les individus sécurisés ont plus tendance à être mariés tandis que les évitants sont plus souvent célibataires [76;77;78]. En effet, le type d'attachement détermine le mode relationnel ainsi que le type de stratégies de régulation émotionnelle de chaque personne lors de situations de détresse [7;15]. Cela pourrait expliquer nos résultats. Les personnes avec un attachement évitant-craintif sont à la recherche de proximité mais ont du mal à créer des relations proches [5], dans ce contexte, ils seraient moins souvent mariés. Par contre, les personnes sécurisées ont un modèle des autres positif et sont confortables lorsqu'ils dépendent des autres ou les autres dépendent d'eux [5] ce qui pourrait expliquer qu'ils se marient plus fréquemment.

8.4. TYPES D'ATTACHEMENT ET DONNÉES CLINIQUES

Par ailleurs, les résultats retrouvés évoquent que le type d'attachement évitant-craintif semble avoir un lien avec l'apparition de psychopathologie. En effet, nous observons qu'il s'agit du type d'attachement le plus fréquent dans notre population, les patients avec ce style d'attachement ont plus d'antécédents psychiatriques et ont fait plus souvent des tentatives de suicide. Nous retrouvons dans la littérature plusieurs études qui appuient nos résultats. Carnelley et al (1994) [79] observent que l'intensité de la dépression est liée au type d'attachement évitant-craintif. Egalement, Murphy et Bates (1997) [80] rapportent un lien entre l'attachement évitant-craintif et l'apparition de psychopathologie. Monk et al (2008) [81] trouvent que les femmes enceintes ayant ce type d'attachement sont plus à risque de développer une symptomatologie dépressive. Meredith et al [82] et Conradi et De Jonge [83] dans leurs études de 2007 et 2009 respectivement rapportent que l'attachement évitant-craintif constitue un facteur de vulnérabilité du trouble dépressif. Shuang Li et al (2017) [84] observent que les patients avec un attachement évitant-craintif ont plus de risque de faire une tentative suicidaire après une hospitalisation. Enfin, Pinto-Cortez (2017) [85] constate que l'évitant-craintif est le type d'attachement le plus fréquemment associé à l'apparition de psychopathologie.

Nous retrouvons dans la littérature plusieurs études qui montrent le lien entre la symptomatologie dépressive et l'attachement insécure [25;26] et plus particulièrement le style anxieux [25]. De plus, Carnelley et al (1994) [79] observent que l'intensité de la dépression est liée au type d'attachement

évitant-craintif et Jinyao et al (2012) [27] notent que l'attachement anxieux est lié à l'augmentation de l'intensité de la dépression. Cela ne corrobore pas nos résultats dans lesquels nous ne retrouvons pas de différence au niveau de l'intensité de la dépression par type d'attachement. S'agissant de cette discrépance, nous émettons l'hypothèse que, ce lien a été analysé chez tous les patients avec un diagnostic de trouble dépressif sans tenir compte des comorbidités.

8.5. TYPES D'ATTACHEMENT ET PERSONNALITÉ

Dans notre étude, nous avons retrouvé un lien entre les différents types d'attachement et la majorité des cinq dimensions de la personnalité (extraversion, agréabilité, émotions négatives et conscience). Cette constatation confirme les résultats d'études antérieures. En effet, Shaver et Brenan (1992) [86], Noftle et al dans leur revue de la littérature de 2006 [87] et Fransson et al (2013) [88] rapportent un lien entre les types d'attachement et les dimensions de personnalité. Par contre, sur la dimension « *ouverture* », comme décrit dans la littérature, nous n'avons pas observé, dans notre cohorte, de différence par type d'attachement [86;89;90;91;92].

Les patients avec un attachement évitant-craintif ont plus tendance au névrosisme (score élevé dans la dimension « *émotions négatives* ») en comparaison aux autres types d'attachement. Ce résultat est concordant avec celui de Caver (1997) [89], Shaver et al (1996) [93] et Fossati et al (2015) [94] qui retrouvent une corrélation positive entre l'attachement évitant-craintif et la dimension « *émotions négatives* ».

Nous avons aussi observé que les patients avec un style d'attachement évitant-détaché sont plus extravertis que les autres types d'attachement. Ce qui n'est pas retrouvé dans la littérature, en effet, deux études ne rapportent pas de lien entre l'attachement évitant-détaché et la dimension « *extraversion* » [89;93].

Dans notre population, les patients avec un style d'attachement sécure sont en moyenne plus extravertis, agréables et ont moins tendance au névrosisme (score élevé dans la dimension « *émotions négatives* ») en comparaison avec les patients anxieux et évitant-craintifs. Ils sont également en moyenne plus consciencieux que les patients évitant-craintifs (mais pas en comparaison avec les anxieux). Avec cette constatation, nous confirmons les résultats d'études précédentes [86;89;90;95] qui montrent une corrélation positive entre les dimensions « *extraversion* », « *agréabilité* » et « *conscience* » et l'attachement sécure et une corrélation négative entre la dimension « *émotions négatives* » et l'attachement sécure.

En outre, nous avons observé que les patients avec un attachement de type anxieux ont tendance à être moins agréables et extravertis ainsi que plus névrotiques (score élevé dans la dimension « *émotions négatives* ») que les patients avec un style sécure. Une corrélation négative du style d'attachement anxieux avec la dimension « *extraversion* » et une corrélation positive avec la dimension « *émotions*

négatives » est retrouvée dans la littérature [86;91] et confirmé par Genise (2015) [96] et par Fossati et al (2015) [94] en ce qui concerne uniquement la corrélation positive avec la dimension « *émotions négatives* ». Cependant, nous retrouvons des résultats discordants par rapport au lien de l'attachement de type anxieux avec la dimension « *agréabilité* ». Certains auteurs observent une corrélation négative [86;91] et d'autres ne retrouvent pas de corrélation [89;90;96]

Les patients avec un style d'attachement évitant-craintif de notre population ont en moyenne moins tendance à l'extraversion, l'agréabilité et être consciencieux en comparaison aux patients ayant un style d'attachement sécure ou évitant-détaché. Nos résultats sont en accord avec l'étude de Caver (1997) [89] en ce qui concerne les dimensions « *agréabilité* » et « *extraversion* », mais en désaccord par rapport à la dimension « *conscience* ». Nos résultats diffèrent en partie avec Fossati et al (2015) par rapport à l'« *extraversion* » et sont en accord en ce qui concerne le lien négatif avec les dimensions « *agréabilité* » et « *conscience* » [94].

En ce qui concerne les patients ayant un style d'attachement évitant-détaché, dans notre étude nous retrouvons qu'ils ont plus tendance à l'agréabilité en comparaison aux patients ayant un type d'attachement anxieux et évitant-craintif. Ils ont plus tendance à être consciencieux et moins tendance au névrosisme uniquement en comparaison aux patients présentant un type d'attachement évitant-craintif. Alors que Caver (1997) [89] ne rapporte pas de corrélation entre la dimension « *conscience* » et l'attachement évitant-détaché et une corrélation négative entre la dimension « *agréabilité* » et ce même type d'attachement.

Plusieurs études montrent le lien entre les dimensions de la personnalité et les troubles de la personnalité [97;98;99]. Dans la méta-analyse de Saulsman et Page réalisée en 2004 [100], les auteurs suggèrent que des scores élevés dans la dimension « *émotions négatives* » et bas dans les dimensions « *agréabilité* » et « *conscience* » sont révélateurs d'une fréquence importante de troubles de la personnalité. Dans notre étude, les styles d'attachement anxieux et surtout évitant-craintif ont ce profil de personnalité. Ces deux profils pourraient être plus à risque de développer ou présenter un trouble de la personnalité. Dans cette même méta-analyse [100], les auteurs suggèrent que le niveau d'extraversion est aussi révélateur de quelques troubles de la personnalité (score élevé pour certains troubles et bas pour d'autres). L'existence d'un lien entre l'attachement et les dimensions de la personnalité, nous permet d'émettre l'hypothèse que l'attachement pourrait être un facteur de risque de développer un trouble de la personnalité et par conséquent. Dans ce sens, il paraît profitable d'inclure l'identification et le traitement de l'attachement (de la forme insécurisée à la forme plus sécurisée) dans les stratégies de soins comme l'un des objectifs de nos prises en charge. En effet, le lien entre l'attachement et les troubles de la personnalité a été rapporté par Chiesa et al (2016) [101]. D'autres études décrivent le lien entre l'attachement et le trouble de la personnalité borderline en particulier [28;29;30;31;32;33;34;35;36]. Dans une étude de 2016, les auteurs confirment le lien entre l'attachement insécure et le trouble de la personnalité antisociale [102]. De plus, dans une étude de

2015, les auteurs rapportent que les styles d'attachements, et plus particulièrement l'attachement évitant-craintif, ont une valeur prédictive dans l'apparition des traits de personnalité dysfonctionnels décrits dans le DSM-5 [94].

8.6. TYPES D'ATTACHEMENT ET SÉVÉRITÉ DE LA MALADIE

Les patients avec un attachement de type évitant-craintif de notre étude considèrent leur maladie plus sévère en comparaison aux autres styles d'attachement. Hengartner et al [103] dans leur étude de 2015 constatent, que les types d'attachement évitant-craintif et anxieux sont corrélés positivement et l'attachement sécure négativement avec la sévérité des troubles de la personnalité ce qui est partiellement en accord avec nos résultats (sauf pour l'attachement anxieux). Ponizovsky et al [104], dans leur étude en 2007, suggèrent que l'attachement évitant est lié à une augmentation de la sévérité des symptômes positifs et négatifs chez les patients psychotiques, ce qui est en accord avec les résultats que nous avons obtenu.

9. CONCLUSION

Dans notre étude menée dans le cadre du projet qualité dans les CAPPI, nous avons retrouvé que l'attachement de type évitant-craintif est le plus fréquent dans notre population de patients. De plus, nos résultats suggèrent que ce même type d'attachement peut être un facteur de vulnérabilité ou de risque dans l'apparition de psychopathologie dans la mesure où nous avons observé que les patients avec ce type d'attachement ont plus d'antécédents psychiatriques, ont fait plus de passages à l'acte suicidaires, ont des dimensions de la personnalité plus à risque de développer un trouble de la personnalité et décrivent leur maladie comme plus sévère.
Nous avons noté que les patients de notre étude avec un attachement de type évitant-craintif, sont en moyenne plus jeunes. Or, selon ce qui est décrit dans la littérature, le type d'attachement peut évoluer avec l'âge, cela offre la possibilité de travailler, dans nos consultations, sur l'attachement afin de le faire évoluer vers des formes sécurisées et ainsi minimiser l'impact du style d'attachement dans le développement ou la pérennisation de psychopathologie et dans la souffrance psychique de nos patients.

En conclusion, l'attachement semble jouer un rôle dans la maladie psychique. De plus, selon ce qui est décrit dans la littérature, des niveaux moins élevés d'attachement insécure semblent être liés à une meilleure évolution de la maladie suite à une prise en charge spécialisée. Dans ce contexte, l'utilisation du concept de l'attachement, dans nos pratiques cliniques, pourrait contribuer à optimiser nos prises en soin. Des études prospectives sur de plus larges cohortes évaluant le style d'attachement des patients suivis en consultation psychiatrique sont nécessaires pour étayer ces observations.

10. LIMITATIONS

Il existe plusieurs limitations dans notre étude. D'une part, nous avons utilisé une version ancienne de l'AAS de Collins réalisé en 1990 et il existe une version plus récente (1996), révisée, de cette même échelle, qui a montré des meilleures caractéristiques psychométriques mais cela nous a permis de comparer et de discuter nos résultats avec des études ayant évalué les styles d'attachement avec le même outil. D'autre part, Collins a également réalisé une adaptation de son échelle pour les relations proches en général alors que nous avons utilisé la version qui permet d'identifier l'attachement dans les relations romantiques. En effet, nous avons constaté que parmi les 527 patients ayant rempli le questionnaire, uniquement 504 l'ont complété en entier. Une éventuelle hypothèse serait que le lien direct de certains items avec les relations amoureuses, aurait poussé certains participants, sans partenaire au moment de l'étude, à les laisser sans réponse.

Une autre limitation est que nous avons utilisé une approche catégorielle (à partir d'un outil dimensionnel) pour identifier l'attachement. Actuellement, plusieurs auteurs recommandent l'utilisation de l'approche dimensionnelle dans les études afin de mieux définir le style d'attachement [4;17;73;101]. En effet, les deux grandes dimensions de l'attachement sont : « *anxiété* » et « *évitement* » [4;5;14], l'AAS permet en plus d'identifier trois dimensions « *anxiété* », « *proximité* » et « *dépendance* » [4;13].

L'utilisation des auto-questionnaires, malgré l'avantage de la facilité de passation et l'absence de biais inter-juges, peut induire des résultats biaisés selon l'état psychique du sujet et en fonction de ses représentations mentales [17;101].

De plus, la méthodologie descriptive et naturalistique de notre étude, le type de la population recrutée (patients suivis seulement en ambulatoires avec une prédominance de troubles affectifs), la non prise en compte d'un groupe contrôle, et l'approche catégorielle utilisée pour nos évaluations des types d'attachements ne nous permettent pas de faire des conclusions définitives ni de généraliser nos résultats.

Par ailleurs, nous avons constaté le manque et la rareté d'études récentes dans la littérature sur le style d'attachement des patients souffrant de troubles psychiques, ceci nous amené à discuter de nos observations avec des études peu récentes et il est, à notre avis, nécessaire de reproduire ce genre d'études pour confirmer certaines de nos observations, ce qui pourrait aider à améliorer les prises en charge des patients suivis en psychiatrie.

11. PERSPECTIVES

Ce travail nous montre l'impact de l'attachement dans la maladie psychique. La théorie de l'attachement offre un cadre théorique de compréhension de la maladie psychique utile à optimiser nos prises en charge psychiatriques et psychothérapeutiques et le type d'attachement peut évoluer au cours de la prise en charge spécialisée [4]. Dans ce sens, il nous semble important d'inclure, dans le suivi ambulatoire dans nos centres à Genève, l'identification du type d'attachement et le traitement de celui-ci vers des formes sécurisées. Pour cela, nous préconisons l'inclusion d'évaluations psychométriques par l'intermédiaire d'outils adaptés qui permettraient, au début de la prise en charge des patients en ambulatoire, l'identification du type d'attachement. Il serait souhaitable d'utiliser un outil dimensionnel et qui tient compte des relations proches en général. Ainsi, les thérapeutes pourraient identifier rapidement le style d'attachement chez les patients et utiliser les stratégies nécessaires pour favoriser une meilleure alliance thérapeutique chez les patients insécurisés et instaurer le traitement de l'attachement comme l'un des objectifs de la thérapie. En effet, plusieurs auteurs évoquent l'utilité du traitement de l'attachement dans les soins des patients souffrant de maladies psychiques [2;55;58;59;60]. De plus, la théorie de l'attachement est le cadre théorique dans lequel s'inscrivent plusieurs thérapies utilisées actuellement pour le trouble borderline de la personnalité et la dépression [61;62;63;105]. Il nous semble que les indications pourraient être élargies vers d'autres maladies psychiques. Pour cela, des études ultérieures focalisées sur les différentes pathologies psychiques seraient à envisager.

Afin de pouvoir intégrer le travail de l'attachement dans nos prises en charge, il serait, à notre avis, important de sensibiliser et former les psychiatres, soignants et toutes les personnes impliquées dans le suivi et traitement des personnes avec des troubles psychiques, de l'implication de l'attachement dans la psychopathologie et de la possibilité d'évolution et de traitement de celui-ci.

Nous avons retrouvé que le type d'attachement qui semble avoir le lien le plus important avec l'apparition de psychopathologie est le style évitant-craintif. Or, nous retrouvons peu d'études qui s'intéressent à ce type d'attachement. Il nous semble important d'approfondir, dans des études ultérieures, sur ce style d'attachement en particulier.

Mikulincer et Shaver évoquent la possibilité que les thérapeutes peuvent également devenir des figures d'attachement pour l'adulte [4;21]. Dans ce contexte, il pourrait être intéressant d'aborder le sujet du type d'attachement chez le thérapeute dans des études ultérieures. En effet, celui-ci pourrait être lié à une meilleure capacité d'apporter une sécurité relationnelle au patient ce qui permettrait une évolution de l'attachement du patient vers des formes sécurisées.

12. RÉFÉRENCES

1. Bowlby J. Attachment and loss: Retrospect and Prospect. American Journal of Orthopsychiatry. 1982;52(4):664-678.

2. Mistycki V, Guedeney N. Quelques apports de la théorie de l'attachement : clinique et santé publique. Recherche en soins infirmiers. 2007;89(2):43-51.

3. Bowlby J. Attachement et perte : Volume 1 « L'attachement »; Volume 2 "Séparation, angoisse et colère"; Volume 3, "La perte, tristesse et dépression". 5th ed. Presses Universitaires de France. 2002.

4. Guedeney N, Guedeney, A. L'attachement : approche théorique. Du bébé à la personne âgée. 4th ed. Elsevier Masson; 2016.

5. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. J Pers Soc Psychol. 1991;61(2):226-44.

6. Bartholomew K. Avoidance of Intimacy: An Attachment Perspective. Journal of Social and Personal Relationships. 1990;7(2):147-178.

7. Bartholomew K, Shaver P. Methods of assessing adult attachment: Do they converge?. In: Simpson J, Rholes W, ed. by. Attachment Theory and Close Relationships. 1st ed. New York: Guilford Press; 1998. p. 25-45.

8. Ainsworth MD. Patterns of infant-mother attachments: antecedents and effects on development. Bull N Y Acad Med. 1985 Nov;61(9):771-91.

9. Main M. De l'attachement à la psychopathologie. Enfance. 1998;51(3):13-27.

10. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. J Pers Soc Psychol. 1987 Mar;52(3):511-24.

11. Cicchetti D, Toth S, Lynch M. Bowlby's Dream Comes Full Circle: The application of attachment theory to risk and psychopathology. In: Ollendick T, Prinz R, ed. by. Advances in Clinical Child Psychology. New York: Plenum Press; 1995. Volume 17. p. 1-75.

12. Collins NL, Read SJ. Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. J Pers Soc Psychol. 1990 Apr;58(4):644-63.

13. Collins NL. Working models of attachment: implications for explanation, emotion and behavior. J Pers Soc Psychol. 1996 Oct;71(4):810-32.

14. Shaver PR, Fraley RC. Self-Report Measures of Adult Attachment. http://www.psych.uiuc.edu/~rcfraley/measures/measures.html. Originally created: December 1997; last updated by Fraley Dec 2010.

15. Guédeney N, Fermanian J, Bifulco A. La version française du Relationship Scales Questionnaire de Bartholomew (RSQ, Questionnaire des échelles de relation) : étude de validation du construit. Encephale. 2010 Feb;36(1):69-76.

16. Brennan K, Clark C, Shaver P. Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In: Simpson J, Rholes W, ed. by. Attachment Theory and Close Relationships. New York: Guilford Press; 1998. p. 46-76.

17. Ravitz P, Maunder R, Hunter J, Sthankiya B, Lancee W. Adult attachment measures: a 25-year review. J Psychosom Res. 2010 Oct;69(4):419-32.

18. Feeney JA, Noller P, Hanrahan M. Assessing adult attachment. In: Sperling MB, Berman WH, editors. Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives. New York: Guilford Press; 1994. pp. 128-152.

19. Simpson JA, Rholes WS, Phillips D. Conflict in close relationships: an attachment perspective. J Pers Soc Psychol. 1996 Nov;71(5):899-914.

20. Griffin DW, Bartholomew K. The metaphysics of measurement: The case of adult attachment. In: Bartholomew K, Perlman D, ed. by. Advances in Personal Relationships. Attachment Processes in Adulthood. London: Jessica Kingsley Publishers; 1994. Vol. 5. p. 17-52.

21. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change. 2th ed. New York: Guilford Press; 2007.

22. Fraley RC, Waller NG, Brennan KA. An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. J Pers Soc Psychol. 2000 Feb;78(2):350-65.

23. West M, Rose MS, Sheldon A. Anxious attachment as a determinant of adult psychopathology. J Nerv Ment Dis. 1993 Jul;181(7):422-7.

24. Lançon C. Dépressions sévères : événements de vie, histoire du sujet. L'Encéphale. 2009;35:S279-S281.

25. Chahraoui K, Vinay, A. Attachement narratif, fonction réflexive et régulation émotionnelle chez des sujets déprimés. L'Évolution Psychiatrique. 2014;79(3):395-409.

26. Lee A, Hankin BL. Insecure attachment, dysfunctional attitudes, and low self-esteem predicting prospective symptoms of depression and anxiety during adolescence. J Clin Child Adolesc Psychol. 2009 Mar;38(2):219-31.

27. Jinyao Y, Xiongzhao Z, Auerbach RP, Gardiner CK, Lin C, Yuping W, Shuqiao Y. Insecure attachment as a predictor of depressive and anxious symptomology. Depress Anxiety. 2012 Sep;29(9):789-96.

28. Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, Target M, Gerber A. The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. J Consult Clin Psychol. 1996 Feb;64(1):22-31.

29. Fonagy P. Attachment and borderline personality disorder. J Am Psychoanal Assoc. 2000;48(4):1129-46; discussion 1175-87.

30. Fonagy P, Target M, Gergely G. Attachment and borderline personality disorder. A theory and some evidence. Psychiatr Clin North Am. 2000 Mar;23(1):103-22, vii-viii. Review.

31. Barone L, Fossati A, Guiducci V. Attachment mental states and inferred pathways of development in borderline personality disorder: a study using the Adult Attachment Interview. Attach Hum Dev. 2011 Sep;13(5):451-69.

32. West M, Keller A, Links P, Patrick J. Borderline disorder and attachment pathology. Can J Psychiatry. 1993 Feb;38(1):16-22.

33. Patrick M, Hobson RP, Castle D, Howard R. Personality disorder and the mental representation of early social experience. Dev Psychopathol. 1994;6(2):375-388

34. Gunderson JG. The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability. Am J Psychiatry. 1996 Jun;153(6):752-8.

35. Mosquera D, Gonzalez A, Leeds AM. Early experience, structural dissociation, and emotional dysregulation in borderline personality disorder: the role of insecure and disorganized attachment. Borderline Personal Disord Emot Dysregul. 2014 Oct 28; 1: 15.

36. Scott LN, Levy KN, Pincus AL. Adult attachment, personality traits, and borderline personality disorder features in young adults. J Pers Disord. 2009 Jun;23(3):258-80.

37. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. Attach Hum Dev. 2009 May;11(3):223-63.

38. MaBeth A, Gumley A, Schwannauer M, Fisher R. Attachment states of mind, mentalization, and their correlates in a first-episode psychosis sample. Psychol Psychother. 2011 Mar;84(1):42-57; discussion 98-110.

39. Gumley AI, Schwannauer M, Macbeth A, Fisher R, Clark S, Rattrie L, Fraser G, McCabe R, Blair A, Davidson K, Birchwood M. Insight, duration of untreated psychosis and attachment in first-episode psychosis: prospective study of psychiatric recovery over 12-month follow-up. Br J Psychiatry. 2014 Jul;205(1):60-7.

40. Harder S. Attachment in schizophrenia--implications for research, prevention, and treatment. Schizophr Bull. 2014 Nov;40(6):1189-93.

41. Muller RT, Sicoli LA, Lemieux KE. Relationship between attachment style and posttraumatic stress symptomatology among adults who report the experience of childhood abuse. J Trauma Stress. 2000 Apr;13(2):321-32.

42. Besser A, Neria Y, Haynes M. Adult attachment, perceived stress, and PTSD among civilians exposed to ongoing terrorist attacks in Southern Israel. Personality and Individual Differences. 2009;47(8):851-857.

43. Dieperink M, Leskela J, Thuras P, Engdahl B. Attachment style classification and posttraumatic stress disorder in former prisoners of war. Am J Orthopsychiatry. 2001 Jul;71(3):374-8.

44. Finzi-Dottan R, Cohen O, Iwaniec D, Sapir Y, Weizman A. The drug-user husband and his wife: attachment styles, family cohesion, and adaptability. Subst Use Misuse. 2003 Jan;38(2):271-92.

45. Mickelson KD, Kessler RC, Shaver PR. Adult attachment in a nationally representative sample. J Pers Soc Psychol. 1997 Nov;73(5):1092-106.

46. Senchak M, Leonard K. Attachment Styles and Marital Adjustment among Newlywed Couples. Journal of Social and Personal Relationships. 1992;9(1):51-64.

47. Cooper ML, Shaver PR, Collins NL. Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. J Pers Soc Psychol. 1998 May;74(5):1380-97.

48. McNally AM, Palfai TP, Levine RV, Moore BM. Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults: the mediational role of coping motives. Addict Behav. 2003 Aug;28(6):1115-27.

49. Schindler A, Thomasius R, Sack PM, Gemeinhardt B, Küstner U, Eckert J. Attachment and substance use disorders: a review of the literature and a study in drug dependent adolescents. Attach Hum Dev. 2005 Sep;7(3):207-28. Review.

50. Candelori C. Ciocca A. Attachment and eating disorders. In: Bria P, Ciocca A, De Risio S, ed.by. Psychotherapeutic issues in eating disorders: Models, methods and results. Rome: Universo; 1998. p. 139-153.

51. Ringer F, Crittenden PM. Eating disorders and attachment: the effects of hidden family processes on eating disorders. Eur Eat Disord Rev. 2007 Mar;15(2):119-30.

52. Zachrisson HD, Skårderud F. Feelings of insecurity: review of attachment and eating disorders. Eur Eat Disord Rev. 2010 Mar;18(2):97-106.

53. Franc N, Maury M, Purper-Ouakil D. Trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) : quels liens avec l'attachement ?. L'Encéphale. 2009;35(3):256-261.

54. Ciechanowski PS, Walker EA, Katon WJ, Russo JE. Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. Psychosom Med. 2002 Jul-Aug;64(4):660-7.

55. Quijada Y, Kwapil TR, Tizón J, Sheinbaum T, Barrantes-Vidal N. Impact of attachment style on the 1-year outcome of persons with an at-risk mental state for psychosis. Psychiatry Res. 2015 Aug 30;228(3):849-56.

56. Dozier M. Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. Development and Psychopathology. 1990;2(01):47.

57. Eames V, Roth A. Patient attachment orientation and the early working alliance-a study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. Psychother Res. 2000 Dec;10(4):421-34.

58. Bernecker SL, Levy KN, Ellison WD. A meta-analysis of the relation between patient adult attachment style and the working alliance. Psychother Res. 2014;24(1):12-24.

59. Attale C, Consoli, SM. Intérêt du concept d'attachement en médecine somatique. La Presse Médicale. 2005 Jan;34(1):42-48.

60. Tan A, Zimmermann C, Rodin G. Interpersonal processes in palliative care: an attachment perspective on the patient-clinician relationship. Palliat Med. 2005 Mar;19(2):143-50.

61. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. World Psychiatry. 2010 Feb;9(1):11-5.

62. Klerman GL, Dimascio A, Weissman M, Prusoff B, Paykel ES. Treatment of depression by drugs and psychotherapy. Am J Psychiatry. 1974 Feb;131(2):186-91.

63. Levy KN, Meehan KB, Kelly KM, Reynoso JS, Weber M, Clarkin JF, Kernberg OF. Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. J Consult Clin Psychol. 2006 Dec;74(6):1027-40.

64. John OP, Donahue EM, Kentle RL. The Big Five Inventory--Versions 4a and 54. Berkeley, CA: University of California,Berkeley, Institute of Personality and Social Research. 1991. https://www.ocf.berkeley.edu/~johnlab/bfi.htm.

65. John OP, Srivastava S. The Big Five Trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In: Pervin LA, John OP. ed. by. Handbook of personality: Theory and research. New York: Guilford Press; 1999. p 102-138.

66. Plaisant O. Validation par Analyse Factorielle du Big Five Inventory français (BFI-Fr) Analyse Convergente avec le NEO-PI-R. Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique. Elsevier Masson; 2010;168(2):97.

67. Derogatis LR, Melisaratos N. The Brief Symptom Inventory: an introductory report. Psychol Med. 1983 Aug;13(3):595-605.

68. Pereda N, Forns M, Peró M. Dimensional structure of the Brief Symptom Inventory with Spanish college students. Psicothema. 2007 Nov;19(4):634-9.

69. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry. 1979 Apr;134:382-9.

70. Carr SC, Hardy A, Fornells-Ambrojo M. Relationship between attachment style and symptom severity across the psychosis spectrum: A meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2018 Feb;59:145-158.

71. van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: a meta-analytic search for normative data. J Consult Clin Psychol. 1996 Feb;64(1):8-21.

72. Chahraoui K, Reynaud M, Pinoit J, Bénony H, Bonin B, Gisselmann A. Styles d'attachement et soutien social perçu chez des femmes déprimées. L'Encéphale. 2006;32(6):944-952.

73. Crowell JA, Fraley RC, Shaver PR. Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. In: Cassidy J, Shaver PR. ed. by. Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. 2nd ed. New York: Guilford Press. 2008. p. 599-634.

74. Petrowski K, Schurig S, Schmutzer G, Brähler E, Stöbel-Richter Y. Is It Attachment Style or Socio-Demography: Singlehood in a Representative Sample. Front Psychol. 2015 Nov 10;6:1738.

75. Schindler I, Fagundes C, Murdock K. Predictors of romantic relationship formation: Attachment style, prior relationships, and dating goals. Personal Relationships. 2010;17(1):97-105.

76. Kirkpatrick LA, Hazan C. Attachment styles and close relationships: A four-year prospective study. Personal Relationships. 1994;1(2):123-142.

77. Bookwala J. Being "Single and Unattached": The Role of Adult Attachment Styles1. Journal of Applied Social Psychology. 2003;33(8):1564-1570.

78. Adamczyk K, Bookwala J. Adult attachment and relationship status (single vs. partnered) in Polish young adults. Psihologijske Teme. 2013 Jan;22(3):481-500

79. Carnelley KB, Pietromonacó PR, Jaffe K. Depression, working models of others, and relationship functioning. J Pers Soc Psychol. 1994 Jan;66(1):127-40.

80. Murphy B, Bates G. Adult attachment style and vulnerability to depression. Person Indiv Diff 1997;22(6):835-44.

81. Monk C, Leight KL, Fang Y. The relationship between women's attachment style and perinatal mood disturbance: implications for screening and treatment. Arch Womens Ment Health. 2008 Jun;11(2):117-29.

82. Meredith PJ, Strong J, Feeney JA. Adult attachment variables predict depression before and after treatment for chronic pain. Eur J Pain. 2007 Feb;11(2):164-70.

83. Conradi HJ, de Jonge P. Recurrent depression and the role of adult attachment: a prospective and a retrospective study. J Affect Disord. 2009 Jul;116(1-2):93-9.

84. Li S, Galynker II, Briggs J, Duffy M, Frechette-Hagan A, Kim HJ, Cohen LJ, Yaseen ZS. Attachment style and suicide behaviors in high risk psychiatric inpatients following hospital discharge: The mediating role of entrapment. Psychiatry Res. 2017 Nov;257:309-314.

85. Pinto-Cortez C, Beyzaga M, Cantero MF, Oviedo X, Vergara V. Apego y psicopatología en adolescentes del Norte de Chile. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes. 2017. http://www.revistapcna.com/sites/default/files/16-25.pdf

86. Shaver P, Brennan K. Attachment Styles and the "Big Five" Personality Traits: Their Connections with Each Other and with Romantic Relationship Outcomes. Personality and Social Psychology Bulletin. 1992;18(5):536-545.

87. Noftle EE, Shaver PR. Attachment dimensions and the big five personality traits: Associations and comparative ability to predict relationship quality. Journal of Research in Personality. 2006;40:179-208.

88. Fransson M, Granqvist P, Bohlin G, Hagekull B. Interlinkages between attachment and the Five-Factor Model of personality in middle childhood and young adulthood: a longitudinal approach. Attach Hum Dev. 2013;15(2):219-39.

89. Carver C. Adult Attachment and Personality: Converging Evidence and a New Measure. Personality and Social Psychology Bulletin. 1997;23(8):865-883.

90. Becker T, Billings R, Eveleth D, Gilbert N. Validity of Scores on Three Attachment Style Scales: Exploratory and Confirmatory Evidence. Educational and Psychological Measurement. 1997;57(3):477-493.

91. Bäckström M, Holmes BM. Measuring adult attachment: a construct validation of two self-report instruments. Scand J Psychol. 2001 Feb;42(1):79-86.

92. Gallo LC, Smith TW, Ruiz JM. An interpersonal analysis of adult attachment style: circumplex descriptions, recoiled developmental experiences, self-representations, and interpersonal functioning in adulthood. J Pers. 2003 Apr;71(2):141-81.

93. Shaver P, Papalia D, Clark C, Koski L, Tidwell M, Nalbone D. Androgyny and Attachment Security: Two Related Models of Optimal Personality. Personality and Social Psychology Bulletin. 1996;22(6):582-597.

94. Fossati A, Krueger RF, Markon KE, Borroni S, Maffei C, Somma A. The DSM-5 alternative model of personality disorders from the perspective of adult attachment: a study in community-dwelling adults. J Nerv Ment Dis. 2015 Apr;203(4):252-8.

95. Neyer F, Voigt D. Personality and social network effects on romantic relationships: a dyadic approach. European Journal of Personality. 2004;18(4):279-299.

96. Genise G. Relación entre el estilo personal del terapeuta, estilo de apego y factores de personalidad del terapeuta. Psicodebate. 2015;15(1):9.

97. Brieger P, Sommer S, Blöink F, Marneros AA. The relationship between five-factor personality measurements and ICD-10 personality disorder dimensions: results from a sample of 229 subjects. J Pers Disord. 2000;14(3):282-90.

98. Trull TJ, Widiger TA, Burr R. A structured interview for the assessment of the Five-Factor Model of personality: facet-level relations to the axis II personality disorders. J Pers. 2001 Apr;69(2):175-98.

99. Costa P, McCrae R. Personality Disorders and The Five-Factor Model of Personality. Journal of Personality Disorders. 1990;4(4):362-371.

100. Saulsman LM, Page AC. The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev. 2004 Jan;23(8):1055-85.

101. Chiesa M, Cirasola A, Williams R, Nassisi V, Fonagy P. Categorical and dimensional approaches in the evaluation of the relationship between attachment and personality disorders: an empirical study. Attach Hum Dev. 2017 Apr;19(2):151-169.

102. Christian E, Sellbom M, Wilkinson RB. Clarifying the associations between individual differences in general attachment styles and psychopathy. Personal Disord. 2017 Oct;8(4):329-339.

103. Hengartner MP, von Wyl A, Tanis T, Halmi W, Galynker I, Cohen LJ. Severity of personality disorders and domains of general personality dysfunction related to attachment. Personal Ment Health. 2015 Aug;9(3):195-207.

104. Ponizovsky AM, Nechamkin Y, Rosca P. Attachment patterns are associated with symptomatology and course of schizophrenia in male inpatients. Am J Orthopsychiatry. 2007 Apr;77(2):324-31.

105. Bay-Smadja M, Rahioui H. La thérapie interpersonnelle basée sur la théorie de l'attachement. De Klerman à Bowlby. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2015;173(6):547-552.

13. ANNEXES

Annexe 1 : Évaluation initiale

RECUEIL DONNÉES PATIENT

Données socio-démographiques

Sexe :

☐ homme	☐ femme

Etat civil :

☐ Célibataire	☐ Marié(e)	☐ Veuf(ve)	☐ Séparé(e)/Divorcé(e)
☐ Autre :			

Vit :

☐ seul(e)	☐ avec conjoint	☐ avec parents	☐ en famille
☐ Autre :			

Niveau d'étude :

☐ Ecole obligatoire	☐ CO/Apprentissage	☐ Maturité	☐ Etudes supérieures
☐ Autre :			

Activité professionnelle :

☐ Employé	☐ Indépendant	☐ Etudiant	☐ Chômage
☐ Autre :			
☐ Fonction :			

Situation sociale :

☐ AI (depuis)	☐ Hospice général	☐ Autre :

Evaluation psychiatrique et somatique

Motif d'admission :

☐ Prb familial	☐ Prb professionnel	☐ Prb sociaux/financiers	☐ Deuil
☐ Violence/agression	☐ Etat de santé	☐ Rupture de ttt	☐ Rien
☐ Autre :			

Provenance :

☐ Spontanée	☐ Urgences psy	☐ Unité hospitalière	☐ Consultation
☐ Psy privé	☐ Généraliste	☐ Autre	

Antécédents psychiatriques :

☐ Non	☐ Oui

Diagnostic psychiatrique antérieur :

☐ Néant	☐ Trb humeur	☐ Trb bipolaire	☐ Trb anxieux
☐ Trb psychotique	☐ Trb personnalité	☐ Trb adaptation	☐ Abus de substances
☐ Trb sommeil	☐ Autre:		

Type de suivi antérieur :

☐ Néant	☐ Généraliste	☐ Psy privé	☐ Programmes spécialisés
☐ Autre :			

Traitement psy antérieur :

☐ Néant	☐ Antidépresseur	☐ Thymorégulateur	☐ Anxiolytique
☐ Antipsychotique	☐ Autre :		

TS antérieure(s) :

☐ Non	☐ Oui	☐ Si oui, combien :	☐ Si oui, comment :
☐ Si oui, contexte :			

Prise(s) en soin au CTB antérieure(s) :

☐ Non	☐ Oui	☐ Si oui, quand :

Antécédents somatiques et traitement :

Antécédents somatiques :

☐ Néant	☐ Cardio-vasculaire	☐ Prise de poids	☐ Trb métabolique
☐ Fibromyalgie	☐ Autre :		

Traitement somatique :

☐ Non	☐ Oui

***Délai de prise en charge* :**

☐ < 24h	☐ >= 24h

Hospitalisation avant CTB

☐ Non	☐ Oui	☐ Si oui, combien :

Annexe 2 : AAS

Instructions:
Veuillez cocher la réponse qui vous décrit le mieux pour chaque proposition:

	Faux ou pas du tout	**rarement**	**Ni vrai ni faux ou parfois**	**souvent**	**Vrai**
1. Je trouve difficile de dépendre des autres.					
2. J'ai envie de relations fusionnelles avec une autre personne.					
3. Je ne suis pas sûr(e) de pouvoir toujours compter sur le fait que les autres soient là quand j'ai besoin d'eux.					
4. Cela ne me gêne pas de dépendre des autres.					
5. Je m'inquiète souvent que mes partenaires amoureux ne m'aiment pas vraiment.					
6. Je trouve difficile de faire totalement confiance aux autres.					
7. Je m'inquiète que les autres s'approchent trop de moi.					
8. Je suis à l'aise si d'autres personnes dépendent de moi.					
9. Les gens ne sont jamais là quand on a besoin d'eux.					
10. Mon désir fusionnel effraie parfois les gens.					
11. Je me sens anxieux(se) quand quelqu'un s'approche trop de moi.					
12. J'ai souvent peur que mes partenaires amoureux n'aient plus envie de rester avec moi.					
13. Je m'inquiète d'être abandonné(e).					
14. Etre proche des autres me met mal à l'aise.					
15. Je trouve que les autres sont réticents à être aussi proches que je le voudrais.					
16. Je sais que les autres seront là quand j'aurai besoin d'eux.					
17. Mes partenaires amoureux veulent souvent que je sois encore plus proche que ce qui me met à l'aise.					
18. Je trouve relativement facile d'être proche des autres.					

Annexe 3 : BFI

Instructions:
Vous allez trouver un certain nombre de qualitatifs qui peuvent ou non s'appliquer à vous. Par exemple, acceptez-vous d'être quelqu'un qui aime passer du temps avec les autres ?
Cochez pour chaque affirmation la colonne indiquant combien vous approuvez ou désapprouvez l'affirmation :

Je me vois comme quelqu'un qui ….	**Désapprouve fortement**	**Désapprouve un peu**	**N'approuve ni ne désapprouve**	**Approuve un peu**	**Approuve fortement**
1. est bavard					
2. a tendance à critiquer les autres					
3. travaille consciencieusement					
4. est déprimé(e), cafardeux(se)					
5. est créatif(ve), plein d'idées originales					
6. est réservé(e)					
7. est serviable et n'est pas égoïste avec les autres					
8. peut être parfois négligent(e)					
9. est « relaxe », détendu(e), gère bien le stress					
10. s'intéresse à de nombreux sujets					
11. est plein d'énergie					
12. comment facilement à se disputer avec les autres					
13. est fiable dans son travail					
14. peut être angoissé(e)					
15. est ingénieux(se), une grosse tête					
16. communique beaucoup d'enthousiasme					
17. est indulgent(e) de nature					
18. a tendance à être désorganisé(e)					
19. se tourmente beaucoup					
20. a une grande imagination					
21. a tendance à être silencieux(se)					
22. fait généralement confiance aux autres					
23. a tendance à être paresseux(se)					
24. est quelqu'un de tempéré, pas facilement troublé(e)					
25. est inventif(ve)					
26. a une forte personnalité, s'exprime avec assurance					
27. est parfois dédaigneux(se), méprisant(e)					
28. persévère jusqu'à ce que sa tâche soit finie					

29.	peut être lunatique, d'humeur changeante					
30.	apprécie les activités artistiques et esthétiques					
31.	est quelque fois timide, inhibé(e)					
32.	est prévenant(e) et gentil(le) avec presque tout le monde					
33.	est efficace dans son travail					
34.	reste calme dans les situations angoissantes					
35.	préfère un travail simple et routinier					
36.	est sociable, extraverti(e)					
37.	est parfois impoli(e) avec les autres					
38.	fait des projets et les poursuit					
39.	est facilement anxieux(se)					
40.	aime réfléchir et jouer avec des idées					
41.	est peu intéressé(e) par tout ce qui est artistique					
42.	aime coopérer avec les autres					
43.	est facilement distrait(e)					
44.	a de bonnes connaissances en art, musique ou en littérature					
45.	cherche des histoires aux autres					

Annexe 4 : MADRS

Instructions:
La cotation doit se fonder sur l'entretien clinique allant de questions générales sur les symptômes à des questions plus précises qui permettent une cotation exacte de la sévérité. Le cotateur doit décider si la note est à un point nettement défini de l'échelle (0, 2, 4, 6) ou à un point intermédiaire (1, 3, 5).
Il est rare qu'un patient déprimé ne puisse pas être coté sur les items de l'échelle. Si des réponses précises ne peuvent être obtenues du malade, toutes les indications pertinentes et les informations d'autres sources doivent être utilisées comme base de la cotation en accord avec la clinique.
Cocher pour chaque item la case qui correspond au chiffre le plus adéquat.

1- <u>Tristesse apparente</u> :
Correspond au découragement, à la dépression et au désespoir (plus qu'un simple cafard passager) reflétés par la parole, la mimique et la posture.
Coter selon la profondeur et l'incapacité à se dérider.

0 Pas de tristesse.
1
2 Semble découragé mais peut se dérider sans difficulté.
3
4 Paraît triste et malheureux la plupart du temps.
5
6 Semble malheureux tout le temps. Extrêmement découragé.

2- <u>Tristesse exprimée</u> :
Correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non. Inclut le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir.
Coter selon l'intensité, la durée à laquelle l'humeur est dite être influencée par les événements.

0 Tristesse occasionnelle en rapport avec les circonstances.
1
2 Triste ou cafardeux, mais se déride sans difficulté.
3
4 Sentiment envahissant de tristesse ou de dépression ; l'humeur est encore influencée par les circonstances extérieures.
5
6 Tristesse, désespoir ou découragement permanents ou sans fluctuations.

3- <u>Tension intérieure</u> :
Correspond aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse.
Coter selon l'intensité, la fréquence, la durée, le degré de réassurance nécessaire.

0 Calme. Tension intérieure seulement passagère.
1
2 Sentiments occasionnels d'irritabilité et de malaise mal défini.
3
4 Sentiments continuels de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut maîtriser qu'avec difficulté.
5
6 Effroi ou angoisse sans relâche. Panique envahissante.

4- <u>Incapacité à ressentir</u> :
Correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir. La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux circonstances ou aux gens est réduite.

0 Intérêt normal pour le monde environnant et pour les gens.
1
2 Capacité réduite à prendre du plaisir à ses intérêts habituels.
3
4 Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances.
5
6 Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches parents et amis.

5- <u>Pensées pessimistes</u> :

Correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de pêché, de remords ou de ruine.

0 Pas de pensée pessimiste.
1
2 Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation ou d'auto-dépréciation.
3
4 Auto-accusations persistantes ou idées de culpabilité ou péché précises mais encore rationnelles. Pessimisme croissant à propos du futur.
5
6 Idées délirantes de ruine, de remords ou péché inexpiable. Auto-accusations absurdes ou inébranlables.

6 - <u>Idées de suicide</u> :

Correspond au sentiment que la vie ne vaut pas le peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs au suicide. Les tentatives de suicide ne doivent pas, en elles-mêmes, influencer la cotation.

0 Jouit de la vie ou la prend comme elle vient.
1
2 Fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères.
3
4 Il vaudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré comme une solution possible mais sans projet ou intention précis.
5
6 Projets explicites de suicide si l'occasion se présente. Préparatifs de suicide.

7- <u>Réduction de sommeil</u> :

Correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade.

0 Dort comme d'habitude.
1
2 Légère difficulté à s'endormir ou sommeil légèrement réduit, léger ou agité.
3
4 Sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures.
5
6 Moins de deux ou trois heures de sommeil.

8- <u>Réduction de l'appétit</u> :

Correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel.
Coter l'absence de désir de nourriture ou le besoin de se forcer pour manger.

0 Appétit normal ou augmenté.
1
2 Appétit légèrement réduit.
3
4 Pas d'appétit. Nourriture sans goût.
5
6 Ne mange que si on le persuade.

9 - <u>Difficultés de concentration</u> :

Correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer.
Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.

0 Pas de difficulté de concentration.
1
2 Difficultés occasionnelles à rassembler ses pensées.
3
4 Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation.
5
6 Incapable de lire ou de converser sans grande difficulté.

10- <u>Lassitude</u> :

Correspond à une difficulté à se mettre en train ou une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.

0 Guère de difficultés à se mettre en route. Pas de lenteur.
1
2 Difficultés à commencer des activités.
3
4 Difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort.
5
6 Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

Score MADRS : _____

Annexe 5 : BSI

Instructions:
Voici une liste de problèmes dont se plaignent parfois les gens. Lisez attentivement chaque ligne et noircissez le cercle qui décrit le mieux A QUEL POINT CE PROBLEME VOUS A TROUBLE AU COURS DES SEPT (7) DERNIERS JOURS, Y COMPRIS AUJOURD'HUI. Ne noircissez qu'un seul cercle par problème et ne sautez aucun item. Si vous changez d'avis, effacez soigneusement votre première réponse. Lisez l'exemple ci-dessous et si vous avez des questions, posez-les avant de commencer.

pas du tout	***un peu***	***modérément***	***beaucoup***	***extrêmement***	***Exemple :*** ***Ce problème vous a-t-il troublé ?***
0	1	2	3	4	Douleurs corporelles

	pas du tout	***un peu***	***modérément***	***beaucoup***	***extrêmement***	***Ce problème vous a-t-il troublé ?***
1	0	1	2	3	4	Nervosité ou impression de tremblements intérieurs
2	0	1	2	3	4	Faiblesses ou étourdissements
3	0	1	2	3	4	L'idée que quelqu'un d'autre puisse contrôler vos pensées
4	0	1	2	3	4	L'impression que ce sont les autres qui sont responsables de la plupart de vos problèmes
5	0	1	2	3	4	Troubles de mémoire
6	0	1	2	3	4	Tendance à vous sentir facilement agacé(e) ou contrarié(e)
7	0	1	2	3	4	Douleurs au cœur ou à la poitrine
8	0	1	2	3	4	Peur des grands espaces ou dans les rues
9	0	1	2	3	4	Idées d'en finir avec la vie
10	0	1	2	3	4	Sentiment que vous ne pouvez faire confiance à la plupart des gens
11	0	1	2	3	4	Manque d'appétit
12	0	1	2	3	4	Tendance à vous effrayer sans raison
13	0	1	2	3	4	Crises de colère incontrôlables
14	0	1	2	3	4	Sentiment de solitude même en compagnie d'autres
15	0	1	2	3	4	Sentiment d'être bloqué(e) pour compléter des tâches
16	0	1	2	3	4	Sentiment de solitude
17	0	1	2	3	4	Avoir le cafard
18	0	1	2	3	4	Manque d'intérêt pour tout
19	0	1	2	3	4	Attitude craintive
20	0	1	2	3	4	Tendance à vous sentir facilement blessé(e)
21	0	1	2	3	4	Sentiment que les gens ne sont pas amicaux ou qu'ils ne vous aiment pas
22	0	1	2	3	4	Sentiment d'infériorité vis-à-vis des autres
23	0	1	2	3	4	Nausées ou maux d'estomac
24	0	1	2	3	4	Sentiment qu'on vous observe ou qu'on parle de vous
25	0	1	2	3	4	Difficulté à vous endormir
26	0	1	2	3	4	Besoin de vérifier et de revérifier ce que vous faites
27	0	1	2	3	4	Difficulté à prendre des décisions
28	0	1	2	3	4	Craindre de voyager en autobus, en métro ou en train

29	0	1	2	3	4	Difficulté à reprendre son souffle
30	0	1	2	3	4	Bouffées de chaleur ou frissons
31	0	1	2	3	4	Besoin d'éviter certains endroits, choses ou activités parce qu'ils vous font peur
32	0	1	2	3	4	Trous de mémoire
33	0	1	2	3	4	Engourdissements ou picotements dans certaines parties du corps
34	0	1	2	3	4	L'idée que vous devriez être puni(e) pour vos pêchés
35	0	1	2	3	4	Vous sentir sans espoir face à l'avenir
36	0	1	2	3	4	Difficulté à vous concentrer
37	0	1	2	3	4	Sentiment de faiblesse dans certaines parties du corps
38	0	1	2	3	4	Sentiment de tension ou de surexcitation
39	0	1	2	3	4	Pensées sur la mort ou sur le fait de mourir
40	0	1	2	3	4	Avoir envie de frapper, de blesser ou de faire du mal à quelqu'un
41	0	1	2	3	4	Avoir envie de briser ou de fracasser des objets
42	0	1	2	3	4	Fort sentiment d'embarras face aux autres
43	0	1	2	3	4	Sentiment de malaise dans la foule : au centre commercial ou au cinéma
44	0	1	2	3	4	Ne jamais vous sentir proche de quelqu'un
45	0	1	2	3	4	Accès de terreur ou de panique
46	0	1	2	3	4	Vous laissez facilement entraîner dans des discussions
47	0	1	2	3	4	Sentiment de nervosité quant on vous laisse seul(e)
48	0	1	2	3	4	Ne pas être reconnu(e) à votre juste valeur
49	0	1	2	3	4	Vous sentir tellement agité(e) que vous ne pouvez rester en place
50	0	1	2	3	4	Sentiment que vous ne valez rien
51	0	1	2	3	4	Sentiment que les gens vont profiter de vous si vous les laissez faire
52	0	1	2	3	4	Sentiment de culpabilité
53	0	1	2	3	4	L'idée que quelque chose ne va pas dans votre tête