

MÉTHODOLOGIE

Caractéristiques psychométriques du questionnaire de fonctionnement social chez des patients *borderline*

Psychometric properties of the *Questionnaire de Fonctionnement Social* in borderline personality disorder

R. Nicastro^{a,*}, A. Zanello^b, M.C.G. Merlo^b, A. McQuillan^a

^a Département de psychiatrie, programme comportements autodommageables et régulation émotionnelle, hôpitaux universitaires de Genève, 8, rue du 31-Décembre, 1207 Genève, Suisse

^b Département de psychiatrie, centre de thérapies brèves—secteur Pâquis, hôpitaux universitaires de Genève, 67, rue de Lausanne, 1202 Genève, Suisse

Reçu le 7 août 2007 ; accepté le 1^{er} avril 2008

Disponible sur Internet le 19 août 2008

MOTS CLÉS

Fonctionnement social ;
Autoquestionnaire ;
Validation ;
Trouble de personnalité *borderline*

Résumé

Objectif. — Ce travail étudie les caractéristiques psychométriques du questionnaire de fonctionnement social (QFS) chez des patients présentant un trouble de personnalité *borderline*.

Méthode. — Quatre-vingt-six patients et 100 sujets témoins sans troubles psychiatriques ont complété le QFS. Avant et après une thérapie comportementale dialectique (TCD), les patients ont également rempli l'échelle d'autoévaluation de l'adaptation sociale (SASS), l'inventaire abrégé de symptômes (BSI), l'inventaire de dépression de Beck (BDI), l'échelle de désespoir de Beck (BHS) et une échelle visuelle de souffrance (EVS).

Résultats. — La consistance interne, la fidélité test—retest ainsi que les validités convergente et divergente du QFS sont satisfaisantes. La validité discriminante est excellente de même que la sensibilité au changement.

Conclusions. — Le QFS s'avère un outil approprié pour évaluer la fréquence des comportements sociaux et la satisfaction qui en est retirée chez des patients avec un trouble de personnalité *borderline*.

© L'Encéphale, Paris, 2008.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : rosetta.nicastro@hcuge.ch (R. Nicastro).

KEYWORDS

Social functioning;
Self-report
questionnaire;
Validation;
Borderline
personality disorder

Summary

Objective. – Social functioning is a primordial aspect of mental health and it should be considered as an important outcome measure in psychiatric treatments and studies. Few short and simple assessment instruments are available in French. Recently, the *Questionnaire de Fonctionnement Social* (QFS) was developed to study social behavior of psychiatric patients. The QFS is a 16-item self-report questionnaire assessing the frequency of and the satisfaction with social behavior during the last two weeks. The aim of the present study is to explore QFS psychometric properties in a sample of patients with borderline personality disorder.

Methods. – Eighty-six outpatients (78 women and eight men, mean age: 30.5 ± 8.6) with borderline personality disorder and 100 healthy matched control subjects (89 women and 11 men, mean age: 30.2 ± 7.7) completed the QFS. The convergent and divergent validities of the QFS were tested with the following instruments: Social Adaptation Self-Evaluation Scale (SASS), Brief Symptom Inventory (BSI), Beck Depression Inventory (BDI), Beck Hopelessness Scale (BHS) and a visual scale of suffering (EVS). Test–retest reliability of the QFS was calculated in a sub-sample of 28 subjects and its sensitivity to change was measured for 45 patients.

Results. – Internal consistency of the QFS' global index was satisfying (Cronbach alpha from 0.59 to 0.84). Test–retest reliability of the QFS indexes ranged from 0.77 to 0.79 (intraclass correlation coefficient). Correlations between QFS and SASS demonstrated moderate convergent validity ($r > 0.59$) whilst associations with others psychological measures (BSI, BDI, BHS, EVS) showed satisfying divergent validity ($-0.42 < r < -0.12$). Discriminate validity was excellent as the group of healthy control subjects scored significantly higher than the group of patients in all variables (Mann-Whitney all $p < 0.001$). QFS sensitivity to change after psychotherapeutic treatment was good as shown by the significant change observed in Frequency and Satisfaction index (Wilcoxon respectively $p = 0.002$ and $p < 0.001$).

Conclusion. – The QFS demonstrated satisfying psychometric properties in the studied population. This study confirms it is a valuable tool to assess social functioning of borderline personality disorder patients.

© L'Encéphale, Paris, 2008.

Introduction

Le trouble de personnalité *borderline* se caractérise par « un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée qui apparaît au début de l'âge adulte et qui est présent dans des contextes divers » [1]. Sa prévalence dans la population générale est estimée entre 1 et 2%, et il est majoritairement représenté chez les femmes [23,26]. Les caractéristiques sociales les plus fréquemment associées aux troubles de personnalité sont le célibat, la classe sociale inférieure et un niveau d'éducation bas [20,24]. Ces patients recourent de manière fréquente aux diverses modalités de soins psychiatriques, en particulier des structures intrahospitalières [5,27] utilisées pour contenir le risque suicidaire estimé à 10% [2,17]. Un trouble de personnalité affecte forcément la façon dont l'individu évolue dans la société et interagit avec les autres, puisqu'il détermine la manière dont celui-ci perçoit les autres et vit les relations. De plus, il est souvent synonyme de difficultés quotidiennes dans l'organisation des tâches et des activités à accomplir, dans la recherche d'équilibre entre obligations et loisirs ainsi que dans la gestion des interactions avec l'entourage amical, familial ou professionnel. Les études montrent que les personnes présentant un trouble de personnalité ont un fonctionnement social et des relations interpersonnelles plus pauvres, s'inscrivant dans un fonctionnement global inférieur [23]. L'adéquation du fonctionnement social, intimement liée à la qualité de vie,

devrait être une des cibles prioritaires des traitements non pharmacologiques du trouble de personnalité *borderline*. Ainsi, il est nécessaire d'évaluer les dimensions qualitatives et quantitatives du fonctionnement social et de mesurer l'efficacité des interventions thérapeutiques sur celles-ci. Différents questionnaires permettent de réaliser une telle évaluation, mais peu sont disponibles en français. Le plus souvent les chercheurs et les cliniciens utilisent l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF) [9,11], le questionnaire d'adaptation sociale (SAS-SR) [11,25] ou l'échelle d'autoévaluation de l'adaptation sociale (SASS) [6]. Plus récemment, a été développé le questionnaire de fonctionnement social (QFS) [28,29] qui permet d'évaluer le fonctionnement social et son évolution au cours d'un traitement psychothérapeutique, notamment de groupe. Cet instrument¹ possède des caractéristiques psychométriques analogues aux SAS-SR et SASS tout en étant plus simple et rapide à utiliser. Le but de la présente étude est d'examiner les caractéristiques psychométriques du QFS chez des patients présentant un trouble de personnalité *borderline* et de vérifier si cet instrument permet d'évaluer efficacement le fonctionnement social dans cette population.

¹ Le lecteur intéressé trouvera l'instrument dans Zanello et al. 2006.

Méthode

Sujets

L'échantillon se compose de 186 sujets: 86 patients remplissant les critères diagnostiques du trouble de personnalité *borderline* selon le DSM-IV [1] et 100 sujets témoins sans troubles psychiatriques. Les patients, 78 femmes (90,7%) et huit hommes (9,3%), étaient suivis dans un programme ambulatoire spécialisé en thérapie comportementale dialectique (TCD) [12–15] ($n=62$) ou une consultation de secteur ($n=24$) du service de psychiatrie adulte des hôpitaux universitaires de Genève (Suisse). Le diagnostic de trouble de personnalité *borderline* a été posé lors d'un entretien clinique mené par le psychiatre du service concerné, puis confirmé par une psychologue (premier auteur) à l'aide de l'entretien clinique structuré pour les troubles de personnalité (SCID-II) [7,10]. Plus des deux tiers des patients ($n=60$; 69,8%) n'exerçaient aucune activité professionnelle ou scolaire au moment de l'évaluation. Le groupe témoin est constitué de personnes volontaires recrutées par contact personnel dans l'entourage professionnel et parmi les proches des auteurs et de leurs collègues. Cette procédure de recrutement a permis d'exclure d'emblée des sujets qui auraient pu présenter une pathologie psychiatrique ou neurologique avérée. Les sujets témoins étaient tous en activité et ont été appariés en fonction de l'âge et du sexe.

Mesures

Le QFS est un autoquestionnaire composé de 16 questions portant sur les 15 derniers jours. Huit questions évaluent la fréquence des comportements sociaux et huit autres questions portent sur la satisfaction qui est en retraitée. Huit domaines de la vie quotidienne sont examinés. Ceux-ci peuvent être regroupés en trois grands secteurs d'adaptation sociale définis a priori :

- les habiletés de vie autonome qui comprennent les items « tâches de la vie quotidienne », « gestion financière et administrative » et « santé générale » ;
- les relations sociales qui incluent les items « relation familiales et de couple » et « relations extra familiales » ;
- l'engagement dans la vie communautaire qui englobe les items « activités de loisirs » et « vie collective et information ».

Le QFS permet de calculer trois indices principaux : un indice « Fréquence », un indice « Satisfaction » et un indice « Global » qui correspond à la somme des deux précédents. Les scores des indices « Fréquence » et « Satisfaction » s'étendent de 8 à 40 alors que le score de l'indice « Global » varie de 16 à 80 ; un score élevé correspond à un meilleur niveau de fonctionnement. De plus, ces mêmes indices peuvent être obtenus pour chacun des trois secteurs d'adaptation sociale précités.

Afin d'examiner les validités convergente et divergente, le QFS a été proposé aux patients lors de l'évaluation clinique habituelle. Celle-ci comprenait les questionnaires

ci-après. L'échelle d'autoévaluation de l'adaptation sociale (SASS) [6], un autoquestionnaire de 21 items, couvre différents domaines du fonctionnement social : le travail, les loisirs, la famille et la capacité à s'organiser et à gérer l'environnement. Le score global s'étend de 0 à 60. Plus le score est élevé, meilleur est le fonctionnement social. L'inventaire abrégé de symptômes (BSI) [8] est un inventaire de symptomatologie psychiatrique. Deux scores issus de ce questionnaire ont été retenus : le Global Severity Index (GSI) mesurant la gravité des symptômes et le Positive Symptom Distress Index évaluant le degré de malaise associé (PSDI). L'inventaire de dépression de Beck (BDI) [3] en 21 items évalue la sévérité de la dépression. Les scores varient de 0 à 63 ; un score élevé reflète la sévérité des symptômes dépressifs. L'échelle de désespoir de Beck (BHS) [4] renseigne sur les attentes pessimistes des patients vis-à-vis de l'avenir et permet une évaluation de la potentialité suicidaire. Les scores s'étendent de 0 à 20, un score élevé indique l'ampleur du désespoir. L'échelle visuelle de souffrance (EVS) situe le degré de souffrance subjective sur une échelle de type Likert en dix points (de 1 [aucune souffrance] à 10 [maximum de souffrance imaginable]).

Procédure

L'étude a été réalisée entre janvier 2004 et décembre 2006. Les questionnaires ont été administrés aux patients lors de l'évaluation d'entrée du programme TCD ou dans le cadre de l'évaluation clinique habituelle en consultation ambulatoire. Durant la même période, le QFS a été proposé aux sujets témoins. Un sous-groupe de 28 patients du programme TCD a été invité à remplir une seconde fois le QFS 15 jours après l'évaluation initiale afin d'évaluer la fidélité test–retest. La sensibilité au changement a été étudiée dans un sous-groupe de 45 patients suivis au programme TCD sur une période moyenne de sept mois (ET 3,0) à raison d'un entretien et d'un groupe hebdomadaires. Tous les sujets ont donné leur consentement pour l'utilisation des données à des fins de recherche conformément au règlement de la commission d'éthique de l'institution.

Analyses statistiques

Les comparaisons entre les deux groupes de sujets par rapport au sexe et à l'âge ont été réalisées respectivement avec les tests du Khi-carré et de Mann-Whitney pour échantillons indépendants. La consistance interne du QFS a été examinée avec le coefficient alpha de Cronbach et la fidélité test–retest avec le coefficient de corrélation intraclass (ICC) [22]. Les validités convergente et divergente ont été étudiées avec le coefficient de corrélation de Spearman (r_s). La validité discriminante a été mesurée avec le test de Mann-Whitney. La sensibilité au changement a été vérifiée en comparant, à l'aide du test de Wilcoxon pour échantillons appariés, les scores obtenus avant et après le programme thérapeutique. Toutes les analyses ont été effectuées avec le logiciel Systat version 10 (SPSS Inc. 1996).

Tableau 1 Caractéristiques démographiques.

	Patients n = 86	Témoins n = 100
Âge		
Moyenne (ET)	30,5 (8,6)	30,2 (7,7)
Sexe : n (%)		
Femmes	78 (90,7)	89 (89,0)
Hommes	8 (9,3)	11 (11,0)

Résultats

Données démographiques

Le **Tableau 1** présente les caractéristiques démographiques des deux groupes. La répartition des femmes et des hommes (Khi-carré : 0,145 ; $df = 1$; $p = 0,70$) ainsi que l'âge moyen des participants (Mann-Whitney : $U = 4235$; $df = 1$, $p = 0,86$) sont similaires dans les deux groupes.

Consistance interne

Les coefficients alpha de Cronbach calculés pour l'indice « Global » du QFS sont de 0,84 pour l'ensemble des sujets, 0,59 pour le groupe des patients et 0,62 pour le groupe des sujets témoins.

Fidélité test–retest

Le **Tableau 2** résume les résultats obtenus aux deux temps d'évaluation. Le ICC est de 0,78 pour l'indice « Fréquence », 0,77 pour l'indice « Satisfaction » et 0,79 pour l'indice « Global ».

Validités convergente et divergente

Le **Tableau 3** présente les associations entre le QFS et les autres instruments. Les corrélations entre les trois indices principaux du QFS et la SASS sont modérées et statistiquement significatives au seuil $p < 0,001$. De manière générale, les associations avec la symptomatologie générale (BSI), les scores de dépression (BDI), de désespoir (BHS) et de souffrance (EVS) sont plus faibles. Elles restent significatives à un seuil inférieur ou égal à $p = 0,05$, exceptée la corrélation entre le BHS et l'indice « Fréquence » ($p > 0,10$).

Tableau 2 Fidélité test–retest à 15 jours ($n = 28$).

	Test		Retest		ICC
	Moyenne	ET	Moyenne	ET	
Fréquence	26,8	4,5	27,3	4,8	0,78
Satisfaction	23,6	5,5	24,7	4,7	0,77
Global	50,4	9,4	51,9	8,5	0,79

ICC : coefficient de corrélation intraclass.

Tableau 3 Validités convergente et divergente (r de Spearman).

	Validité convergente		Validité divergente	
	SASS	p	p	p
Fréquence	0,60	<0,001	BSI-GSI n = 60	0,05
QFS	n = 48	<0,001	BSI-PSDI n = 60	0,05
Global	0,65	<0,001	BDI n = 62	0,01
			BHS n = 62	0,05
			EVS n = 62	>0,10

SASS : échelle d'autoévaluation de l'adaptation sociale ; BSI : inventaire abrégé de symptômes ; GSI : Global Severity Index ; PSDI : Positive Symptom Distress Index ; BDI : inventaire de dépression de Beck ; BHS : échelle de désespoir de Beck ; EVS : échelle visuelle de souffrance.

Tableau 4 Validité discriminante.

	Patients (n = 86)		Témoins (n = 100)		Mann-Whitney	
	Moyenne	ET	Moyenne	ET	U	p
<i>Fréquence</i>	26,0	4,8	32,8	2,9	7721	<0,001
Vie autonome	10,4	2,0	12,3	1,6	6561	<0,001
Relations sociales	7,0	1,9	8,6	1,2	6349	<0,001
Vie communautaire	8,6	3,0	12,2	1,7	7391	<0,001
<i>Satisfaction</i>	22,9	4,5	31,7	3,8	7965	<0,001
Vie autonome	8,5	2,3	11,8	1,7	7518	<0,001
Relations sociales	6,2	1,8	8,5	1,1	7312	<0,001
Vie communautaire	8,3	2,5	11,5	2,0	7263	<0,001
<i>Global</i>	48,9	8,1	64,5	5,4	8087	<0,001

Validité discriminante

Tous les scores des patients sont significativement inférieurs à ceux des sujets témoins (Tableau 4).

Sensibilité au changement

Après traitement, une amélioration statistiquement significative au seuil $p < 0,001$ est observée pour toutes les variables dérivées du QFS excepté la fréquence des relations sociales (Tableau 5).

Discussion

L'objectif de cette étude était d'examiner les caractéristiques psychométriques du QFS et d'évaluer son applicabilité chez des patients présentant un trouble de personnalité *borderline*. Différents constats peuvent être posés. Premièrement, son homogénéité interne est satisfaisante si l'on considère l'ensemble de l'échantillon. En revanche, elle est légèrement en dessous du seuil de 0,70, habituellement retenu pour une étude exploratoire [16] lorsqu'on l'examine séparément dans les deux groupes de sujets. Diverses raisons expliquent ce résultat. Le QFS est constitué d'un petit nombre d'items peu redondants. Or l'homogénéité interne d'un instrument varie en fonction du nombre d'items et des corrélations entre eux [16,19]. De

plus, il n'est pas exclu qu'il existe une colinéarité entre les items. En effet, il est possible que le score à un item « Fréquence » influe sur celui de la « Satisfaction ». Deuxièmement, sa fiabilité test-retest, à 15 jours d'intervalle, avec des coefficients ICC supérieure ou égale à 0,75 pour les trois indices principaux, est excellente selon la classification de Portney et Watkins [18]. Les réponses des sujets sont donc stables et cohérentes dans le temps. Troisièmement, le QFS fait preuve d'une validité convergente modérée avec la SASS. Ces deux outils permettent probablement une évaluation analogue de la dimension quantitative du fonctionnement social. L'indice « Satisfaction » du QFS offre, quant à lui, une indication plus qualitative liée au bien-être que la personne retire des activités sociales. Ainsi, l'association des indices « Fréquence » et « Satisfaction » consentirait une évaluation plus fine et complète du fonctionnement du patient que celle fournie par un score global unique. Quatrièmement, la validité divergente du QFS est également satisfaisante, dans la mesure où les corrélations avec les différents questionnaires de symptômes utilisés sont plus faibles que celles observées avec la SASS, ou non significatives. Par ailleurs, une analyse plus détaillée de ces mesures met en évidence une association significative entre la pauvreté du fonctionnement social, la gravité de la symptomatologie psychiatrique, notamment de la dépression et la souffrance ressentie par les patients. Cinquièmement, la validité discriminante de l'instrument est excellente. En effet, le groupe de patients obtient des scores nette-

Tableau 5 Sensibilité au changement (n = 45).

	Avant TCD		Après TCD		Wilcoxon	
	Moyenne	ET	Moyenne	ET	Z	p
<i>Fréquence</i>	25,8	4,4	28,6	5,0	3,057	0,002
Autonomie	9,8	2,3	11,0	2,6	2,707	0,007
Relations sociales	7,3	1,8	7,4	1,9	0,237	0,812
Vie communautaire	8,8	2,6	10,2	2,5	2,803	0,005
<i>Satisfaction</i>	22,1	4,4	26,7	5,7	4,634	<0,001
Autonomie	7,8	2,1	9,8	3,1	3,678	<0,001
Relations sociales	6,2	1,9	7,1	1,7	3,182	0,001
Vie communautaire	8,1	2,8	9,9	2,3	3,800	<0,001
<i>Global</i>	48,0	7,2	55,3	9,3	4,272	<0,001

TCD : thérapie comportementale dialectique.

ment inférieurs à ceux du groupe témoin pour les trois indices du QFS. Par ailleurs, le fonctionnement social des patients avec un trouble *borderline* apparaît également inférieur à celui de patients présentant un trouble anxio-dépressif [28,29]. Ces résultats sont compatibles avec les études soulignant le lien entre troubles de personnalité et dysfonctionnement social [21,23]. L'analyse des scores du QFS en fonction des trois secteurs d'ajustement social (habiletés de vie autonome, relations sociales et engagement dans la vie communautaire) révèle que le secteur le plus touché, tant au niveau de la fréquence que de la satisfaction, est celui relatif aux relations sociales, alors que celui des habiletés de vie autonome est le moins affecté. Ce résultat est cohérent avec la symptomatologie clinique de ces patients. En effet, le trouble se caractérise par un fonctionnement instable et impulsif se répercutant naturellement dans les relations interpersonnelles [14,23]. Il est donc compréhensible que ce secteur d'adaptation sociale soit particulièrement problématique, alors que des activités où l'enjeu interpersonnel est moindre, telles que les tâches de la vie quotidienne ou la santé générale, puissent tout de même être maintenues. Finalement, le QFS est sensible aux effets de la TCD, et ce, en particulier pour l'indice « Satisfaction ». Ce résultat s'explique peut-être par le fait que la TCD vise davantage l'amélioration de la qualité des relations sociales qu'une simple augmentation des comportements sociaux. Par ailleurs, la diminution des symptômes dépressifs et du désespoir en cours de thérapie jouent certainement un rôle, les patients étant plus à même de jouir des expériences de la vie quotidienne. Cette observation va dans le sens des études réalisées par Linehan et al. [12,13] démontrant l'influence positive de la TCD sur l'adaptation sociale et le fonctionnement interpersonnel de ces patients.

Néanmoins, diverses limitations méthodologiques empêchent une interprétation définitive et une généralisation de nos résultats. En effet, la taille de notre échantillon est relativement modeste et devrait être augmentée pour améliorer la puissance statistique et la spécification des qualités psychométriques du QFS. De plus, l'échantillonnage des sujets gagnerait à être amélioré afin de mieux refléter la diversité des patients présentant un trouble de personnalité *borderline*. En effet, les patients de cette étude ne représentent qu'une certaine catégorie de ceux suivis dans un service de psychiatre ambulatoire publique. Il s'agit de personnes présentant des difficultés dans la gestion des émotions et une impulsivité associées à un sévère déficit de contrôle comportemental se manifestant par des comportements suicidaires et parasuicidaires. En outre, la stratification de l'échantillon en fonction de l'âge, du genre, du niveau socioprofessionnel et de la durée de la maladie devrait également être considérée avec soin pour neutraliser d'éventuelles autres sources de variabilité des scores. Enfin, il s'agirait de vérifier si la sensibilité au changement du QFS relève de l'effet thérapeutique de la TCD ou d'un effet non spécifique. Pour répondre à cette interrogation, il s'agira à l'avenir d'inclure un groupe témoin.

Conclusion

La présente étude avait comme objectif d'examiner les caractéristiques psychométriques du QFS dans un groupe de

patients présentant un trouble de personnalité *borderline*. Les résultats indiquent que le QFS possède des caractéristiques psychométriques satisfaisantes dans la population étudiée. Néanmoins, les limites de cette étude, évoquées ci-dessus, nous invitent à poursuivre la validation de cet instrument sur un échantillon plus large et représentatif des patients avec un trouble de personnalité *borderline* suivis en institution psychiatrique. Cela permettrait, par exemple, d'examiner la structure factorielle de l'outil auprès de cette population et de vérifier si elle recouvre les trois secteurs d'adaptation sociale ou les deux indices principaux du QFS. À ce stade du développement de l'outil, il s'avère que le QFS est simple à administrer et à corriger, bref et informatif. Le clinicien peut l'utiliser dans sa pratique, ponctuellement ou de manière répétée, pour évaluer les difficultés sociales de ses patients. Dans une institution psychiatrique, il apparaît important de disposer d'un tel outil standardisé. Son utilisation permettrait non seulement une meilleure transmission d'informations entre les divers professionnels, mais aussi de suivre l'évolution du patient au cours du temps et des changements de structures de soins, par exemple, milieu hospitalier, suivi ambulatoire ou programmes de soins spécialisés. De futurs travaux devraient vérifier l'intérêt d'utiliser le QFS de manière longitudinale non seulement pour évaluer l'efficacité des interventions thérapeutiques, mais aussi anticiper d'éventuelles rechutes.

Références

- [1] American Psychiatric Association DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e éd. Paris: Masson; 2003. [Texte Révisé (Washington DC, 2000). Traduction française de Guelfi JD et al.].
- [2] American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. Am J Psychiatry 2001;158(10):1–52.
- [3] Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961;4:561–7.
- [4] Beck AT, Weissman A, Lester D, et al. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. J Consult Clin Psychol 1974;42:861–5.
- [5] Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, et al. Treatment utilization by patients with personality disorders. Am J Psychiatry 2001;158(2):295–302.
- [6] Bosc M, Dubini A, Polin V. Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation and Self-evaluation Scale. Eur Neuropsychopharm 1997;7: 57–70.
- [7] Bouvard M. Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité. Paris: Masson; 2002.
- [8] Derogatis LR, Spencer PM. The brief symptom inventory (BSI) administration, scoring and procedures manual, I. Johns Hopkins University School of Medicine; 1982.
- [9] Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, et al. The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. Arch Gen Psychiatry 1976;33(6):766–71.
- [10] First MB, Gibbon M, Spitzer L, et al. User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders. Washington American Psychiatric Press; 1997. [Traduction française de M. Cottraux et al.].
- [11] Guelfi JD, et al. L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Boulogne: Éditions Médicales Pierre Fabre; 1993.

- [12] Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, et al. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:1060–4.
- [13] Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:971–4.
- [14] Linehan MM. Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite. Genève: Médecine et Hygiène; 2000.
- [15] Nicastró R, Dieben K, Mc Quillan A, et al. Thérapie Comportementale Dialectique. In: Labrosse R, et Leclerc C, editors. Points de vue de différents acteurs. Trouble de personnalité limite et réadaptation, Vol. I. Québec: Éditions Ressources; 2007.
- [16] Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric theory. New-York: McGraw-Hill; 1994.
- [17] Paris J, Zweig-Frank H. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 2001;42(6):482–7.
- [18] Portney LG, Watkins MP. Foundations of clinical research: Applications to practice. 2nd ed. Upper Saddle River: NJ: Prentice Hall Health; 2000.
- [19] Rodriguez MC, Maeda Y. Meta-analysis of coefficient Alpha. *Psychol Methods* 2006;11(3):306–22.
- [20] Samuels J, Eaton WW, Bienvenu OJ, et al. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *Br J Psychiatry* 2002;180:536–42.
- [21] Seivewright H, Tyrer P, Johnson T. Persistent social dysfunction in anxious and depressed patients with personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:104–9.
- [22] Shrout EP, Fleiss JL. Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychol Bull* 1979;86(2):420–8.
- [23] Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, et al. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry* 2002;51(12):936–50.
- [24] Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58(6):590–6.
- [25] Weissman MM, Bothwell S. Assessment of social adjustment by patient self-report. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33:1111–5.
- [26] Widiger TA, Weissman MM. Epidemiology of borderline personality disorder. *Hosp Community Psychiatry* 1991;42(10):1015–21.
- [27] Zanarini MC, Frankenburg FR, Khera GS, et al. Treatment histories of borderline inpatients. *Compr Psychiatry* 2001;42(2):144–50.
- [28] Zanello A, Weber Rouget B, Gex-Fabry M, et al. A new instrument to assess social functioning in mental health settings. *Eur J Psychiatry* 2004;18:76–84.
- [29] Zanello A, Weber Rouget B, Gex-Fabry M, et al. Validation du Questionnaire de fonctionnement social (QFS), un auto-questionnaire mesurant la fréquence et la satisfaction des comportements sociaux d'une population adulte psychiatrique. *Encéphale* 2006;32(1):45–59.