

L'INVENTAIRE BIOPSYCHOLOGIQUE DE POISSON : FIDÉLITÉ ET VALIDITÉ

THE INVENTAIRE BIOPSYCHOLOGIQUE DE POISSON : RELIABILITY AND VALIDITY

Benoît Poisson¹
Pratique privée (Québec)

Marc-André Morin
CSSS Alphonse-Desjardins

La conduite d'une évaluation rigoureuse est la pierre d'assise de toute intervention thérapeutique efficace. Le recours à des inventaires de personnalité peut à cette fin aider à l'élaboration d'un diagnostic. Cependant, une limite particulière à laquelle les cliniciens se heurtent est la faible concordance entre leurs observations cliniques et les résultats de tests psychométriques de la personnalité. En effet, Wetzler et Dubro (1990) rapportent qu'avec le *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)*, des sujets sont reconnus avoir un trouble de la personnalité alors qu'ils n'ont pas reçu ce diagnostic à l'entretien clinique. Repko et Cooper (1985) signalent les mêmes limites. L'*Inventaire biopsychologique de Poisson (IBP)* tente de combler cette lacune en apportant un nouvel éclairage sur la nature dimensionnelle des troubles mentaux.

LES FONDEMENTS THÉORIQUES DE L'IBP

L'*IBP* vise à évaluer autant les troubles de la personnalité que les troubles cliniques. Il a été développé à partir d'une stratégie essentiellement rationnelle basée sur une approche dimensionnelle biopsychologique.

L'approche dimensionnelle

Les théories dimensionnelles de la personnalité se développent sur un continuum « normalité-pathologie » avec des chevauchements importants entre les catégories diagnostiques. Ces conceptions reflètent la diversité clinique observée dans la pratique courante. Frances (1982) et Livesley (2001) soutiennent que les théories dimensionnelles ont enrichi la compréhension du développement et du fonctionnement normal de la personnalité.

Plusieurs auteurs (Clark, 1996; Eysenck et Eysenck, 1969; McCrae et Costa, 1996; Millon, 1990; Tellegen, 1985) ont proposé diverses dimensions, chacun le faisant en tenant compte de son approche théorique. Selon Cloninger (1987) et Heath, Madden, Cloninger et Martin (1999), les approches dimensionnelles qui font référence à des théories

1. Adresse de correspondance : Le premier auteur peut être rejoint par courriel à l'adresse suivante : benoitpoisson@videotron.ca

explicatives sont nécessaires pour déterminer les mécanismes sous-jacents aux manifestations cliniques.

Widiger et Mullin-Swealt (2009) proposent également l'approche dimensionnelle du modèle des cinq facteurs pour la classification des troubles de la personnalité pour le *DSM-V*. Le groupe de travail développant le *DSM-V* a d'ailleurs adopté une approche dimensionnelle dans la classification des troubles de la personnalité (American Psychiatric Association, 2002; 2010).

Théorie biopsychologique systémique

À partir d'une compréhension des stades de développement de Mahler (2001) et de Schore (2008) et des circuits neuronaux de Ledoux (1998), Panksepp (1998), Tassin (1998), Decety (2010) et Damasio (2010), nous avons élaboré une théorie du comportement humain.

Ledoux (1998) identifie différents circuits neuronaux comme substrat des émotions. Il propose qu'il n'existe pas un seul centre des émotions, comme le pensait MacLean (1990), mais bien plusieurs circuits neuronaux. Panksepp (1998), pour sa part, propose que différentes structures du cerveau apparaissent graduellement avec la maturation cérébrale et que ces circuits neuronaux soient le fondement des différentes émotions : jeu (*playfulness*), exploration (*seeking*), soin (*caring*), peur (*fear*), colère (*anger*) et tristesse (*sadness*). Ces circuits se sont mis en place progressivement, permettant ainsi l'enrichissement du répertoire comportemental.

Tassin (1998) définit avec précision le circuit neuronal de la récompense tandis que Decety (2010) s'intéresse aux circuits neuronaux de l'empathie et Damasio (2010) aux circuits neuronaux de la conscience.

Schore (2008) fait des liens entre la théorie de l'attachement de Bowlby (1969) et les modèles de développement psychoneurobiologique. Il prétend que le développement humain est évolutif et décrit la mise en place de certaines structures du cerveau en lien avec les phases de Mahler (2001) : symbiotique, différenciation, essais, rapprochement et séparation-individuation. Ces phases concordent avec les stades d'Erikson (1982) : confiance-méfiance, autonomie-honte, initiative-culpabilité et travail-infériorité.

Costa et Widiger (1994) définissent cinq dimensions distinctes : névrosisme, extraversion, agréabilité, conscience et ouverture d'esprit. Pour sa part, l'*Affective Neuroscience Personality Scale* (ANPS; Davis, Panksepp et Normansell, 2003) comprend sept facteurs de personnalité : exploration, peur, maternance, colère, jeu, tristesse et spiritualité. Son

adaptation française, *Échelle neuroaffective de personnalité*, a récemment été validée par Pahlavan, Mouchiroud, Zenasni et Panksepp (2008) au moyen d'une comparaison avec le test *Five-Factor Model (FFM)* (Goldberg, 1990). Les résultats confirment un lien étroit entre ces deux mesures.

Pour notre part, nous proposons une compréhension psychoneurobiologique du comportement humain selon deux aspects. Le premier concerne les différentes structures du cerveau décrites par Ledoux (1998), Tassin (1998), Decety (2010) et Damasio (2010). Ces structures seraient les bases neurobiologiques des phases de développement de Mahler (2001), des stades de développement d'Erikson (1982) et des cinq grands facteurs de Costa et Widiger (1994), et qui seraient, selon nous, les déterminants de la personnalité (Axe 2, *DSM-IV-TR*). Le deuxième aspect concerne le métabolisme fonctionnel incluant les circuits neuronaux décrits par Panksepp (1998), qui seraient à la base des émotions (Axe 1, *DSM-IV-TR*). Il y aurait donc cinq dimensions de la personnalité à l'origine des styles, traits ou troubles de la personnalité et cinq émotions dont les désordres donneraient naissance aux troubles cliniques (voir Figure 1 en Annexe).

Les principaux objectifs de notre programme de recherche sont d'abord d'étudier les qualités psychométriques de l'*IBP* auprès d'un échantillonnage représentatif de la population normative et clinique de la région de Québec avant de se tourner vers la détermination de normes cliniques et la validation du modèle théorique à la base de l'outil. C'est uniquement au premier objectif que nous nous sommes attardés dans les travaux que nous rapportons ici.

ÉTUDE PRÉLIMINAIRE

L'étude de Morin et Raymond (2002) a permis de vérifier la validité discriminante des échelles de l'*IBP*. La validité de critère évaluée avec le *MMPI-2* (Hathaway et McKinley, 1996) et le *16 PF-5* (Russell, et Karol, 1994) fut satisfaisante. Les données sur la validité de convergence ont montré, dans l'ensemble, une correspondance adéquate. La version définitive de l'*IBP* a été développée pour maximiser le pouvoir discriminant du test, ce qui a conduit à l'étude qui nous intéresse dans le présent article.

L'EXPÉRIMENTATION

Matériel

L'*IBP* est un questionnaire auto-administré, en langue française, composé de cent questions à choix binaire forcé vrai ou faux. Les items sont rédigés dans un langage simple et compréhensible, qui évite les

expressions complexes et les régionalismes. La plupart des items sont brefs et ne contiennent qu'un seul élément d'information comme l'item 29 : « Je n'ai pas d'idées suicidaires » ou l'item 74 : « Souvent, il arrive que les gens ne puissent pas se fier à moi comme ils le devraient ». Le sens des items est pondéré afin d'équilibrer la variété des réponses. L'*IBP* se subdivise en trois échelles : validité, troubles de la personnalité, troubles cliniques. L'échelle de validité compte trois sous-échelles (omission, désirabilité et exagération). L'échelle des troubles de la personnalité se subdivise en cinq sous-échelles (antisociale, évitante, narcissique, dépendante et obsessionnelle). L'échelle des troubles cliniques compte quatre sous-échelles (troubles anxieux, troubles addictifs, troubles dépressifs et troubles psychotiques). Le test n'évalue pas les troubles des conduites. Le temps de passation du test est en moyenne de vingt minutes.

Le *MCMI-III* comprend 175 items et se divise en cinq échelles : indices de pondération, modèles cliniques de personnalité (onze sous-échelles), pathologies de personnalité (trois sous-échelles), syndromes cliniques (six sous-échelles) et syndromes sévères (quatre sous-échelles). Son temps de passation est en moyenne de quarante-cinq minutes. Il a été choisi, car il est réputé comme un standard de référence dans la littérature, et comme l'*IBP*, il évalue autant les troubles de la personnalité que les troubles cliniques.

Participants

L'échantillonnage total compte 1 629 participants. Le groupe normatif est composé de 640 participants recrutés dans divers milieux voulus les plus représentatifs possible de la population québécoise : 302 à l'Université Laval, 35 au Cégep de Victoriaville, 62 à la Commission scolaire des Navigateurs, 30 au centre d'hébergement privé l'Atrium, 27 au Carrefour Jeunesse-Emploi de Québec et 184 dans différents milieux de travail. L'âge varie de 19 à 75 ans. Dans l'échantillon normatif, il y a 348 femmes et 224 hommes qui ont été retenus pour le traitement de données.

En ce qui concerne l'échantillon clinique, 989 participants ont été recrutés : 798 dans le cadre d'une recherche de Génizon BioSciences sur les déterminants génétiques du trouble panique et du trouble obsessionnel compulsif, 167 dans des cliniques privées de psychologie et 24 à l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDQP). Les participants de l'IRDQP présentent divers troubles cliniques et des incapacités physiques. Ils sont âgés de 20 à 63 ans. Ceux des cliniques privées en psychologie manifestent des troubles cliniques et sont âgés de 18 à 60 ans. Quant aux participants de la recherche de Génizon BioSciences, ils ont ou ont eu un diagnostic de trouble panique ou de trouble obsessionnel compulsif. Ils sont âgés de 18 à 70 ans. Dans

l'échantillon clinique, il y a 489 femmes et 189 hommes qui ont été retenus pour le traitement des données.

Tous les participants ont rempli l'*IBP*. Seuls les participants de l'IRD PQ et des cliniques privées en psychologie ont rempli parallèlement le *MCMI-III* car les autres participants faisaient partie de la recherche de Génizon BioSciences qui ne permettait pas d'intégrer le *MCMI-III*. Tous les participants répondent aux critères d'inclusion suivants : être âgés de 18 à 75 ans, comprendre et parler couramment le français et habiter au Québec.

Procédure

Dans le dessein d'étudier sa validité de convergence, l'*IBP* a été comparé au *MCMI-III*. Les items de l'*IBP* ont été soumis à une analyse factorielle maximum de vraisemblance avec rotation oblique afin de déterminer les principaux facteurs et leur validité de construit. La validité de convergence a été évaluée à partir d'une matrice de corrélations faite entre les sous-tests de l'*IBP* et ceux du *MCMI-III*. La validité divergente a été évaluée en comparant la population normative et la population clinique. L'alpha de Cronbach pour chacune des sous-échelles de l'*IBP* a permis de déterminer leur fidélité. L'équivalence des deux groupes selon l'âge et le sexe a été vérifié à l'aide de tests-t.

RÉSULTATS

Échantillonnage

Des 1629 participants, 379 ont été retirés parce qu'ils n'avaient pas rempli complètement les questionnaires, c'est-à-dire qu'ils avaient omis de répondre à dix items ou plus dans un questionnaire ou l'autre. La plupart des participants qui ont été retirés faisaient partie de la recherche de Génizon BioSciences. Les analyses ont donc été effectuées sur 1 250 répondants. Malgré les efforts consentis à la recherche d'un échantillonnage le plus diversifié possible, significativement plus de femmes (67 %) que d'hommes (33 %) ont répondu au test. Cependant, aucune différence significative entre les hommes et les femmes n'est révélée au test-t. Une tendance à un score plus élevé aux échelles de personnalités antisociale et obsessionnelle chez les hommes est toutefois observée. Les caractéristiques, sexe et scolarité, de cet échantillonnage sont décrites au Tableau 1.

Fidélité de l'*IBP*

Le Tableau 2 présente les coefficients alpha de Cronbach qui permettent de mesurer la consistance interne des sous-échelles. Ces coefficients se situent entre .64 et .81. Parmi les neuf facteurs, on retrouve

Tableau 1

Description des participants selon des variables sociodémographiques

	Échantillon population normative (n = 572)				Échantillon population clinique (n = 678)				Total (N = 1250)	
	Femmes (n = 348)		Hommes (n = 224)		Femmes (n = 489)		Hommes (n = 189)			
Âge	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT
	38,64 (18-75)	15,70	35,85 (18-75)	15,10	39,32 (18-69)	12,65	37,91 (18-68)	13,34	37,89 (18-75)	14,32
non spécifié			1		3		4		8	
Scolarité	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
secondaire	38	10,9	58	25,9	154	31,5	50	26,5	300	24,0
collégial	36	10,3	55	24,1	165	33,7	60	31,7	315	25,2
universitaire	257	73,9	103	46,0	148	30,3	63	33,3	571	45,7
non spécifiée	17	4,9	9	4,0	22	4,5	16	8,3	64	5,1
Total	348	100	224	100	489	100	189	100	1250	100

Tableau 2

Coefficients alpha de Cronbach des sous-échelles des troubles de la personnalité et des troubles cliniques de l'*IBP*

		Nombre d'items	Alpha de Cronbach
Trouble de la personnalité	Obsessionnelle	11	.72
	Dépendante	10	.79
	Narcissique	8	.70
	Évitante	10	.64
	Antisociale	12	.71
Troubles cliniques	T. psychotiques	8	.74
	T. dépressifs	8	.74
	T. addictifs	9	.72
	T. anxieux	12	.81

un facteur avec un coefficient bon : troubles anxieux (.81), sept facteurs avec des coefficients alpha minimums : personnalités obsessionnelle (.72), antisociale (.71) et narcissique (.70); troubles dépressifs (.74), psychotiques (.74) et addictifs (.72); et un autre facteur dont le coefficient est limite : personnalité évitante (.64).

Validité de l'*IBP*

Deux analyses factorielles, maximum de vraisemblance avec rotation oblique, ont été effectuées, une pour les troubles de la personnalité et l'autre pour les troubles cliniques. Elles ont permis de regrouper 50 items en cinq facteurs pour les premiers, et 43 items en quatre facteurs pour les seconds. Cependant, les taux de variance expliquée pour les deux catégories de troubles, respectivement 31,2 % et 32,2 %, sont insatisfaisants.

Les résultats obtenus avec le test-t démontrent une différence statistiquement significative ($p < .0001$) pour toutes les sous-échelles de l'*IBP* entre la population normative et la population clinique, ce qui démontre le potentiel discriminant du test. L'écart moyen entre les scores des deux groupes (groupe normatif, moyenne scores $z = -.224$ et groupe clinique, moyenne scores $z = 1.122$) est d'environ 0,9 écart-type pour les troubles de la personnalité et d'environ 1,2 écart-type pour les troubles cliniques.

Pour vérifier la validité de convergence, des corrélations entre les sous-échelles des personnalités de l'*IBP* et celles du *MCMI-III* ont été effectuées. Les résultats présentés au Tableau 3 montrent que la majorité

Tableau 3

L'Inventaire biopsychologique

Corrélations entre les sous-échelles des troubles de la personnalité de l'*IBP* et celles du *MCMI-III* (*N* = 154)

IBP	Antisociale	Évitante	Narcissique	Dépendante	Obsessionnelle
MCMI-III					
Antisociale	.48*	-.05	.34	.11	.38
Schizoïde	.22	.65	.24	.43	.17
Évitante	.13	.66	.27	.47	.12
Histrionique	-.21	-.71	-.22	-.42	-.13
Narcissique	.10	-.60	-.04	-.34	-.09
Limite	.52	.25	.49	.48	.50
Dépendante	.17	.29	.14	.48	.20
À conduite d'échec	.28	.49	.37	.60	.29
Dépressive	.32	.39	.34	.53	.25
Agressive	.38	.12	.45	.20	.42
Paranoïde	.25	.31	.48	.38	.41
Compulsive	-.59	-.02	-.36	-.23	-.40
Schizotypique	.36	.48	.41	.56	.38

* en caractère gras, *p* < .01.

des troubles de la personnalité du *MCMI-III* se retrouvent dans plusieurs troubles de la personnalité de l'*IBP*. Par exemple, les troubles de la personnalité passive-agressive, limite, à conduite d'échec, paranoïaque et schizotypique du *MCMI-III* ont tous des corrélations significatives positives avec les cinq troubles de la personnalité de l'*IBP*. Il est à remarquer que les troubles de la personnalité histrionique, narcissique et compulsive du *MCMI-III* ont presque tous des corrélations négatives avec les cinq troubles de la personnalité de l'*IBP*.

Le Tableau 4 présente les résultats des corrélations entre les troubles cliniques du *MCMI-III* et ceux de l'*IBP*. Ici, encore, la majorité des troubles cliniques du *MCMI-III* ont tous des corrélations significatives positives avec les quatre troubles cliniques de l'*IBP*.

DISCUSSION

Les analyses factorielles font ressortir, de façon concordante avec notre théorie biopsychologique, cinq facteurs de troubles de la

Tableau 4
Corrélations entre les sous-échelles des troubles cliniques de l'*IBP* et celles du
MCMI-III (N = 154)

IBP	Troubles anxieux	Troubles addictifs	Troubles dépressifs	Troubles psychotique
MCMI-III				
Troubles anxieux	.34*	.31	.24	.34
Troubles somatoformes	.44	.26	.32	.33
PTSD	.40	.38	.27	.41
Dépendance à l'alcool	.21	.41	.17	.20
Dépendance à la drogue	.01	.31	-.09	.18
Dépression maj.	.42	.27	.34	.36
Trouble dysthymie	.40	.32	.30	.34
Trouble bipolaire	.14	.42	-.07	.30
Trouble délirant	.13	.28	-.04	.43
Trouble de la pensée	.52	.39	.27	.45

* en caractère gras, $p < .01$.

personnalité : antisociale, évitante, narcissique, dépendante et obsessionnelle ainsi que quatre facteurs de troubles cliniques : troubles anxieux, troubles addictifs, troubles dépressifs et troubles psychotiques. Rappelons que le cinquième trouble clinique prévu à notre théorie, le trouble des conduites, n'est pas évalué par le test. Toutes les sous-échelles des troubles cliniques et des troubles de la personnalité, sauf pour la personnalité évitante, présentent des indices de consistance interne satisfaisants. Cependant, comme les taux de variance expliquée sont insatisfaisants, il serait tout indiqué d'effectuer une nouvelle recherche avec plus d'items afin de les améliorer.

La validité de convergence avec le *MCMI-III* est plus difficile à interpréter. Il y a beaucoup de chevauchements entre les différentes catégories diagnostiques des troubles de la personnalité du *DSM-IV-TR* tels que rapportés par Westen (1997) et Zimmerman (1994). Morey (1988) pointe notamment qu'il y a des chevauchements très importants entre le trouble de la personnalité évitante et les troubles de la personnalité du groupe A : la personnalité paranoïde (48,4 %), la personnalité schizoïde (53,1 %) et la personnalité schizotypique (59,3 %). Des chevauchements importants sont aussi rapportés entre la personnalité limite et les personnalités du groupe B : la personnalité antisociale (44,4 %), la personnalité histrionique (55,6 %) et la personnalité narcissique (46,9 %).

À la lumière des résultats de notre recherche, ces chevauchements ne se confirment pas. Nous avançons plutôt l'hypothèse que la personnalité schizoïde serait une sous-catégorie de la personnalité évitante, ce qui est concordant avec la similarité des descriptions de ces deux personnalités dans le DSM-IV-TR. La personnalité passive-agressive serait une sous-catégorie de la personnalité narcissique. Les personnalités limite, à conduite d'échec et dépressive seraient des sous-catégories de la personnalité dépendante. Et les personnalités agressives, paranoïaques et schizotypiques seraient des sous-catégories de la personnalité obsessionnelle. Il serait intéressant de valider ces hypothèses lors d'une prochaine recherche.

La critique fut déjà faite que le *MCMI-III* surévalue les troubles de la personnalité chez certains sujets en comparaison avec l'entretien diagnostique traditionnel (Wetzler et Dubro, 1990). Nous avons pu observer que certains items de l'*IBP*, similaires à ceux de la personnalité histrionique et narcissique du *MCMI-III*, sont choisis par plus de participants de la population normative que de la population clinique, ce qui nuit au pouvoir discriminant de ces items et peut expliquer la trop grande réactivité du *MCMI-III*. Aussi, les corrélations des troubles des personnalités histrionique, narcissique et compulsive du *MCMI-III* avec chacun des cinq troubles de la personnalité de l'*IBP* sont toutes négatives (Tableau 3). Ces trois échelles sont les seules du *MCMI-III* à contenir autant d'items négatifs que d'items positifs (compulsive : 8 vrais et 9 faux; histrionique : 7 vrais et 10 faux; narcissique : 14 vrais et 10 faux). Les items négatifs pourraient être moins discriminants dans la mesure où l'absence d'un indicateur n'est pas nécessairement un indicateur clinique en soi. Également, plusieurs items du *MCMI-III* se trouvent à la fois dans les facteurs des troubles cliniques et dans ceux des troubles de la personnalité. Dans l'*IBP*, nous avons évité le plus possible que les mêmes items se retrouvent dans les deux catégories afin de mesurer le plus adéquatement des processus différents. Seuls trois items se retrouvent dans les deux catégories.

Pour les troubles cliniques, il y a aussi beaucoup de chevauchements entre les différentes catégories diagnostiques. Par exemple, il est difficile de bien démarquer les troubles dépressifs des troubles anxieux, car les corrélations pour ces deux troubles du *MCMI-III* sont toutes fortes avec le trouble dépressif de l'*IBP*. Cela confirme l'observation clinique chez les clients qui consultent avec un tableau clinique comportant ces deux problématiques en concomitance, lesquelles sont parfois difficiles à départager lors d'une première entrevue.

CONCLUSION

La présente étude montre une validité de critère de l'*IBP* acceptable ainsi qu'une cohérence interne satisfaisante pour la majorité des facteurs. Il discrimine suffisamment la population normative de la population clinique. L'*IBP* répond aux exigences psychométriques minimales. C'est à notre connaissance le premier test en français basé sur un modèle dimensionnel de cinq troubles de la personnalité conforme à l'orientation prise pour le développement du *DSM-V*. C'est un outil clinique qui permet de valider le jugement clinique et qui, en se référant à l'approche biopsychologique, apporte une nouvelle compréhension du fonctionnement de l'individu.

Compte tenu de la faiblesse de la variance expliquée et des multiples chevauchements des facteurs, il serait approprié de poursuivre la validation des qualités psychométriques avec une nouvelle recherche en y ajoutant de nouveaux items. Il serait important de finaliser la validation des indices de pondération et la fidélité test-retest, ainsi que l'élaboration de normes cliniques. La priorité pourrait être mise sur les troubles de la personnalité. Ainsi, des analyses de convergence avec le *Neo-Five Factor Inventory* (McCrae et Costa, 1996) et l'*Échelle neuroaffective de personnalité* (Pahlavan et al., 2008) seraient très intéressantes afin de valider davantage le modèle théorique de la biopsychologie systémique à la base de l'*IBP*. Il serait aussi souhaitable d'y ajouter une étude de convergence avec le jugement clinique du thérapeute.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association (2002). *A research agenda for DSM-V*. Washington, DC : A. P. A.
- American Psychiatric Association (2010). *Proposed draft revisions to DSM disorders and criteria*. Document en ligne le 10 février 2010 : <<http://www.dsm5.org>>.
- Bowlby, J. (1969). *Attachement and loss: Volume 1: Attachement*. New York : Basic Books.
- Clark, L. A. (1996). SNAP; Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality. Minneapolis : University of Minnesota Press.
- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 44(6), 573-588.
- Costa, P. T., & Widiger, T. A. (1994). *Personality disorders and the five-factor model of personality*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Damasio, A. (2010). *L'autre moi-même, les nouvelles cartes du cerveau, de la conscience et des émotions*. Paris : Éditions Odile Jacob.
- Davis, K. L., Panksepp, J., & Normansell, L. (2003). The affective neuroscience personality scale. *Neuropsychanalysis*, 5, 57-70.
- Decety, J. (2010). La force de l'empathie. *Cerveau & Psycho*, 38, 43-49.
- Erikson, E.-H. (1982). *Enfance et société*. Neuchâtel : Delachaux & Niestle.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. (1969). *Personality structure and measure*. London : Routledge et Kegan Paul.
- Frances, A. (1982). Categorical and dimensional systems of personality diagnosis : A comparison. *Comprehensive Psychiatry*, 23, 516-527.
- Goldberg, L. R. (1990). An alternative "Description of Personality" : The Big-Five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1216-1229.

- Hathaway, S. R., & J. C. McKinley (1996). *Inventaire multiphasique de personnalité de Minnesota-2 (MMPI-2)*. Paris : ECPA.
- Heath, A. C., Madden, P. A., Cloninger, C. R., & Martin, N. G. (1999). Genetic and environmental structure of personality. In C. R. Cloninger (Éd.), *Personality and psychopathology* (p. 343-368). Arlington : American Psychiatric Press.
- Ledoux, J. (1998). *The emotional brain*. London : Weidenfeld & Nicolson.
- Livesley, W. J. (2001). Commentary on reconceptualising personality disorder categories using trait dimensions. *Journal of Personality*, 69(2), 277-286.
- MacLean, P. D. (1990). *Les trois cerveaux de l'homme*. Paris : Éditions Robert Laffont.
- Mahler, M., (2001). *Psychose infantile - Symbiose humaine et individualisation*. Paris : Éd. Payot-Rivages, Coll.: PBP N°30, 2001 (anc. 1975).
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1996). Toward a new generation of personality theories: Theoretical contexts for the five-factor model. In J. S. Wiggins (Éd.), *The five-factor model of personality: theoretical perspectives* (p. 51-87). New York: Guilford Press.
- Millon, T. (1990). *Toward a new personology: An evolutionary model*. New York: Wiley-Interscience.
- Morey, L. C. (1988). Personality disorders in DSM-III and DSM-III-R: convergence, coverage, and internal consistency. *American Journal of Psychiatry*, 145(5), 573-577.
- Morin, M.-A., & Raymond, É. (2002). *Évaluation des qualités psychométriques du Questionnaire santé mentale (QSM)*. Travail pour le cours Recherche dirigée II, sous la direction de Michel Pépin et Benoît Poisson, Université Laval, non publié.
- Organisation mondiale de la santé (1993). Troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. In O. M. S. (Éd.), *Classification internationale des maladies-10 (CIM-10)*. Traduction de l'anglais par C. B. Pull., 2^e tirage.
- Pahlavan, F., Mouchiroud, C. Zenasni, F., & Panksepp, J (2008). Validation de l'adaptation française de l'échelle neuroaffective de personnalité. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 58, 155-163.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience*. New York : Oxford University Press.
- Repko, G. R., & Cooper, R. (1985). The diagnosis of personality disorder: A comparison of MMPI profile, Millon inventory, and clinical judgement in a worker's compensation population. *Journal of Clinical Psychology*, 41, 867-881.
- Russell, M. T., & Karol, D. (1994). *16PF Fifth Edition administrator's manual*. Champaign, IL : Institute for Personality & Ability Testing.
- Schore, A. N. (2008). *La régulation affective et la réparation du soi*. Montréal : Les éditions du CIG.
- Tassin, J.-P. (1998). Drogues, dépendance et dopamine. *La recherche*, 306, 48-53.
- Tellegen, A. (1985). Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. In A. H. Tuma & J. Maser (Éds), *Anxiety and the anxiety disorders* (p. 681-706). Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.
- Westen, D. (1997). Divergence between clinical and research methods for assessing personality disorders: implications for research and the evolution of Axis II. *American Journal of Psychiatry*, 154, 895-903.
- Wetzler, S., & Dubro, A. (1990). Diagnosis of personality disorders by the Millon clinical multi-axial inventory. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(4), 261-263.
- Widiger, T. A., & Mullins-Sweatt, S. N. (2009). Five-factor model of personality disorder : A proposal for DSM-V. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 197-220.
- Zimmerman, M. (1994). Diagnosing personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 225-245

RÉSUMÉ

L'Inventaire biopsychologique de Poisson (IBP) permet d'évaluer cinq troubles de la personnalité basés sur le modèle des cinq facteurs de McCrae et Costa (1996). Il est développé à partir d'une conception dimensionnelle des troubles de la personnalité en accord avec l'orientation prise pour le développement des critères du DSM-V. Il évalue aussi différents troubles cliniques. Sont rapportés ici les résultats de l'étude ayant permis de vérifier

sa fidélité et sa validité. La majorité des sous-échelles présente une consistance interne satisfaisante. La plupart des corrélations attendues avec les sous-échelles du *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)* se sont avérées statistiquement significatives. Rapide à compléter, ce test permettra au clinicien d'appuyer son jugement clinique et sa démarche diagnostique.

MOTS CLÉS

inventaire, fiabilité, validité, troubles de la personnalité, troubles cliniques

ABSTRACT

The *Inventaire biopsychologique de Poisson (IBP)* is used to evaluate five personality disorders based on McCrae and Costa's five factors model (1996). It was developed according to a dimensional conception of personality disorders, in accordance with the orientation taken for the development of the DSM-V criteria. The *IBP* is also used to assess various clinical disorders. The present article reveals the results of a study designed to verify the test's reliability and validity. A majority of the subscales show satisfactory internal consistency. Most of the expected correlations with the subscales of the *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)* are statistically significant. Quick to complete, this inventory allows the clinician to obtain diagnostic criteria upon which he may base his clinical judgment.

KEY WORDS

inventory, reliability, validity, personality disorders, clinical disorders

ANNEXE

Schéma de la biopsychologie systémique : personnalités, troubles de la personnalité, émotions et troubles cliniques

© Benoît Poisson, D.Psy., août 2011

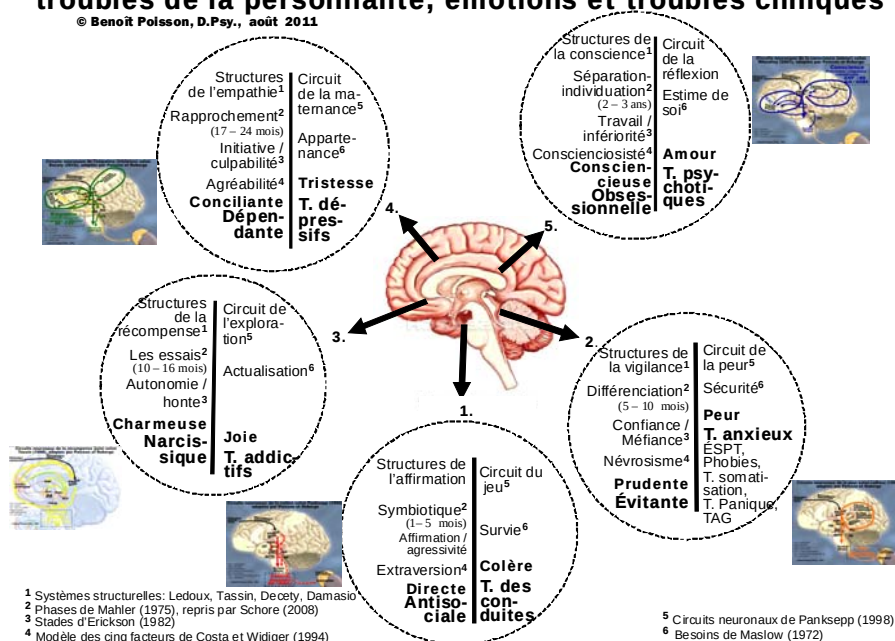


Figure 1¹. Schéma de la psychologie biopsychologique systémique : personnalités, troubles de la personnalité, émotions et troubles cliniques.

1. Se référer au site <<http://www.psychos-ressources.com/benoit-poisson.html>> pour une meilleure qualité de la figure.

