

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2022

2022 TOU3 1635

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Johanna CHATELET

le 10 octobre 2022

VÉCU DU TROUBLE ET DES SOINS CHEZ LES PATIENTS BORDERLINE
EN FONCTION DU GENRE

Directeurs de thèse : Dr Anne-Hélène Moncany, Dr Julien Da Costa

JURY

Monsieur le Professeur Christophe Arbus

Monsieur le Professeur Antoine Yroni

Madame le Docteur Anne-Hélène Moncany

Monsieur le Docteur Julien Da Costa

Madame le Docteur Mélissa Belinga

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Suppléant



UNIVERSITÉ
TOULOUSE III
PAUL SABATIER



FACULTÉ DE SANTÉ

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux
Tableau des personnels HU de médecine
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Huques	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Huques	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
Professeur BOUTAULT Franck
Professeur CARON Philippe
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Huques
Professeur GRAND Alain
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MARCHOU Bruno
Professeur PERRET Bertrand
Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur RIVIERE Daniel
Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE

Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAVAUD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

FACULTE DE SANTE

Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H. 2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARTIN-BONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeurs Associés

Professeur Associé de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
Mme BOURGEOIS Odile
M. BOYER Pierre
M. CHICOULAA Bruno
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. PIPONNIER David
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène

Mme MALAVALD Sandra

FACULTE DE SANTE

Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme FREYENS Anne
Mme LATROUS Leila
Mme PUECH Marielle

Serment d'Hippocrate

«Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leur raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.»

Remerciements

A Monsieur le Professeur Christophe ARBUS

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie de votre investissement à l'égard des internes.

A Monsieur le Professeur Antoine Yrondi

Pour avoir accepté de siéger à ce jury, avec tout mon respect.

A Madame le Docteur Anne-Hélène Moncany

Pour la codirection de ce travail de thèse ainsi que pour la confiance que tu m'as témoignée pour mener à bien ce projet. Merci de nous avoir apporté ta réflexion et ton expérience tout du long du processus.

A Monsieur le Docteur Julien Da Costa

Pour l'intérêt que tu portes à cette thèse ainsi que les conseils avisés que tu as pu me donner durant son élaboration. J'espère que ce travail comblera les attentes de mon comité de thèse.

A Madame le Docteur Melissa Belinga

Mélissa, merci de l'honneur que tu me fais en intégrant ce jury.
Les quelques mois à travailler avec toi ont suffi à enrichir durablement ma réflexion.
Le médecin que je compte devenir aura beaucoup de chance de te ressembler, ne serait-ce qu'un tout petit peu.

A la FERREPSY

Pour avoir accepté d'encadrer ce travail de recherche. Merci notamment à Alexandrine Salis pour sa disponibilité et son engagement

Merci à Dr Neauport, Dr Sporer, Mr Pierre Benazet, Dr Hamard, Dr Porteau, Dr Gach, Dr Guicharnaud, Dr Chaix, Dr Navarro, Dr Rau, Dr Brismontier pour leur investissement dans cette recherche.

Un grand merci à Dr Lucie Rosenthal et Dr Benjamin Naccache pour avoir accepté d'initier notre petit groupe d'internes au qualitatif.

Merci à Dr Lionel Cailhol pour m'avoir communiqué la version française relue du Mc Lean Screening Instrument for Borderline.

Dans l'ordre de rencontre:

Maman, merci pour ton soutien infailible. Au goût pour l'aventure que tu essayes péniblement de me transmettre.

Thibaud, au business pharmaceutique que nous monterons ensemble. Mes conflits d'intérêt ont un bel avenir devant eux.

Juliette,

A notre amitié qui fêtera bientôt son 18e anniversaire. Aux voyages que nous ferons, aux discordes que nous auront toujours, puisse « la limite des 2h » être la seule barrière de nos conversations interminables.

Anne et Guillaume,

Votre présence me touche énormément. Merci pour votre soutien, votre amitié et les précieux souvenirs de vacances que je conserve proches du coeur.

Iman Chan,

Mon fleuve Yangtze, ressourçant, impétueux parfois (l'histoire n'oubliera pas que tu as failli mettre fin à mes jours dans une piscine à balles géantes). Merci d'être un de mes piliers.

Célia Zaghzi,

Pour tes coups de folie qui frôlent l'inconscience,
Pour ta perspicace intelligence qui fait systématiquement mouche.
A **Chloé** pour la paire haute-en-couleur que vous formez.

Lea ferrer,

Première co-interne et quelle co-interne,
Merci de tempérer la participation affective de mes idéations persécutoires non délirantes. Rising Sunset sur toi.

Pr Barthez, pour ta bienveillance et tes sages conseils « dalai-lamaïques » envers les jeunes socles que nous étions.

Jeannot (pour nos combats contre les araignées de ce monde), **Morgane** (future collègue de prestige), **Salomé** (garde-moi un masque de plongée à la réunion. Un jour, c'est sûr, j'irais te faire un coucou), **Laura** (& marsou B.): droma un jour, droma toujours

Jordan & Francois,

Merci pour votre générosité, votre sens du grandiose et de la formule,
Pensez à moi quand vous gouvernerez ce monde.

Justine, berni & robin, Arnaud,

J'ai encore en tête les grands moments de nos escapes games (« non mais je crois qu'on va rester dans la cage nous. »). A charge de revanche sur de prochaines sessions.

A **Elisa** et **Alexandre** pour ce stage si particulier passé ensemble sous le signe du COVID, vous avez été mes repères tout du long.

Alexandra & Vincent, merci pour votre patiente instruction du paddle et de la slackline. Vous ferez bientôt de moi une troubadour confirmée.

Valentin, jeune socle à qui nous avons tant appris, tu peux maintenant voler de tes propres ailes petit papillon.

Manu, au co interne à qui je confierais - non pas ma vie (car tu la perdrais le long du canal) - mais au moins mon livre « mentaliser » sans aucune appréhension. Merci d'illuminer mon quotidien jour après jour, psycho lover.

Aux autres brillantes personnes que j'ai eu la chance de rencontrer: **Jade & Sylvain, Quentin, Maximilien**. Ne changez rien.

A l'équipe de l'UHSA et de l'UF1. Si j'ai progressé, c'est grâce au cadre enrichissant où vous m'avez accueilli. Un merci spécial à **Maud**, un jour je danserais la brioche avec toi, c'est promis.

A l'équipe de la consult ado secteur 3: **Lydiane, Alexandre, Géraldine, Fanette, Caroline, Christel**. Je garde des souvenirs forts du mon passage sur le service, travailler en binôme avec chacun d'entre vous a été un vrai plaisir et un incontestable + pour ma pratique d'interne. Il passe rarement une semaine sans que je me demande ce que sont devenus les jeunes que nous avons rencontré ensemble.

A l'équipe d'addictologie de Purpan: **Aurore, Virginie, Mélodie, Alizée, Laura, Axel, Sarah, Andréa**.

Vos personnalités marquées, votre sens du style, votre dynamisme prodigieux ont fait de mon semestre chez vous une période de félicité mémorable.

J'espère de tout coeur pouvoir garder des liens durables avec vous, que ce soit par le travail, la soupe pho, l'escalade ou les simples verres en terrasse.

A **Nicolas** et l'équipe de DIDE pour votre bienveillance, votre disponibilité et votre pédagogie à mon égard.

Puissiez-vous rester à l'ombre du dôme pour des générations encore.

A **Charlotte** pour ta vision passionnée de la médecine, ta bonne humeur et nos conversations enrichissantes,

Merci à Dr Kriukow, pour sa chaine youtube qui m'a soutenue dans l'apprentissage du qualitatif.

A Alexandra Elbakyan pour son engagement et sa persévérance qui rendent ce travail, ainsi que des milliers d'autres, possibles.

Aux patients qui ont pardonné mes maladresses d'interne,
A ceux qui n'ont rien laissé passer aussi,

A Toulouse,

LISTE DES ABRÉVIATIONS	2
I. Introduction	3
REVUE NARRATIVE DE LA LITTÉRATURE.....	3
Une présentation clinique plus sévère chez la femme borderline... ..	5
...Ou des présentations similaires?	5
Différences physiopathologiques liées au genre	5
Biais diagnostiques liés au genre	6
Sex-ratio de 3/1 : en lien avec la demande d'aide?	7
...Ou les orientations de soins?	9
Entre trouble Borderline et Antisocial	9
PROBLEMATIQUE ET OBJECTIF DE RECHERCHE	10
II. Matériel et méthode	11
Echantillon	11
Sites de recrutement	11
Protocole d'inclusion des patients	12
Entretien de recherche clinique	12
Evolution de la méthode au cours de la recherche	13
Traitement des données	13
Dispositions réglementaires et éthiques.....	14
III. Résultats	14
Vécu du trouble	29
Vécu des soins	30
IV. Discussion	30
Forces.....	32
Limites	32
Perspectives futures	33
V. Conclusion	34
Bibliographie	35
ANNEXE 1 : MSI-BPD	38
ANNEXE 2: Grille d'entretien version initiale.....	39
ANNEXE 3: Grille d'entretien version finale.....	41

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AJIR : Accueil de jour intersectoriel

BDL-F : Femme présentant un trouble de la personnalité Borderline

BDL-H : Homme présentant un trouble de la personnalité Borderline

CTB : Centre de thérapie brève

CSAPA : Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie

DBT : Dialectical Behavior Therapy

ECR : Entretien clinique de recherche

EDC : Episode dépressif caractérisé

IPA : Interpretative Phenomenological Analysis

MSI-BDL : Mc Lean Screening Instrument for Borderline

TP : Trouble de la personnalité

TP AS : Trouble de personnalité Antisocial

TP BDL : Trouble de personnalité Borderline

UHSA : Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée pour les détenus

I. Introduction

Le trouble de personnalité borderline (TP BDL) est reconnu comme l'une des pathologies psychiatriques les plus fréquentes et complexes. Il se caractérise par une instabilité émotionnelle qui peut s'exprimer par des gestes auto ou hétéro-agressifs impulsifs. Ces symptômes sont induits par des difficultés de gestion des affects, notamment abandonniques (1, 19).

De nombreuses études ont confirmé une utilisation des soins psychiatriques très importante par ces patients, y compris comparé aux autres troubles de personnalité (TP) (41). Sa prévalence est d'environ 10% chez les patients vus en consultation, 20% chez les patients hospitalisés dans les services de psychiatrie (1).

La population suivie en psychiatrie pour un TP BDL reste majoritairement représentée par des femmes avec un sex-ratio de 3/1 (7).

Ce ratio est en contradiction avec les dernières études de large ampleur sur la prévalence du TP BDL en population générale qui ne retrouvent pas de différence significative de prévalence entre les genres (18, 24, 38). A ce titre, Grant (18) retrouve une prévalence de 5.9% en population générale sans écart significatif entre hommes et femmes (respectivement 5,6% et 6,2%).

Ce contraste, exploré par la littérature scientifique sous plusieurs angles, fait l'objet de ce travail de recherche.

REVUE NARRATIVE DE LA LITTERATURE

Afin de privilégier les travaux récents, seules les études publiées entre 2000 et juin 2022 ont été retenues.

Pour être éligible, les articles devaient aborder des problématiques connexes au sujet. Le processus de sélection est illustré par les tableaux 1 et 2.

Tableau 1: stratégies de recherche pour chaque base de données

PubMed (2000-)

((« Borderline Personality Disorder/diagnosis"[MAJR] OR « Borderline Personality Disorder/psychology »[MAJR] OR "Borderline Personality Disorder/epidemiology"[MAJR]) AND (« Sex Factors »[MeSH] OR « Male »[MeSH] OR « Sex characteristics »[MeSH] OR « Personality assessment »[MeSH]) NOT « Bipolar Disorder »[MeSH])

Web of Science (2000-)

Borderline and Gender

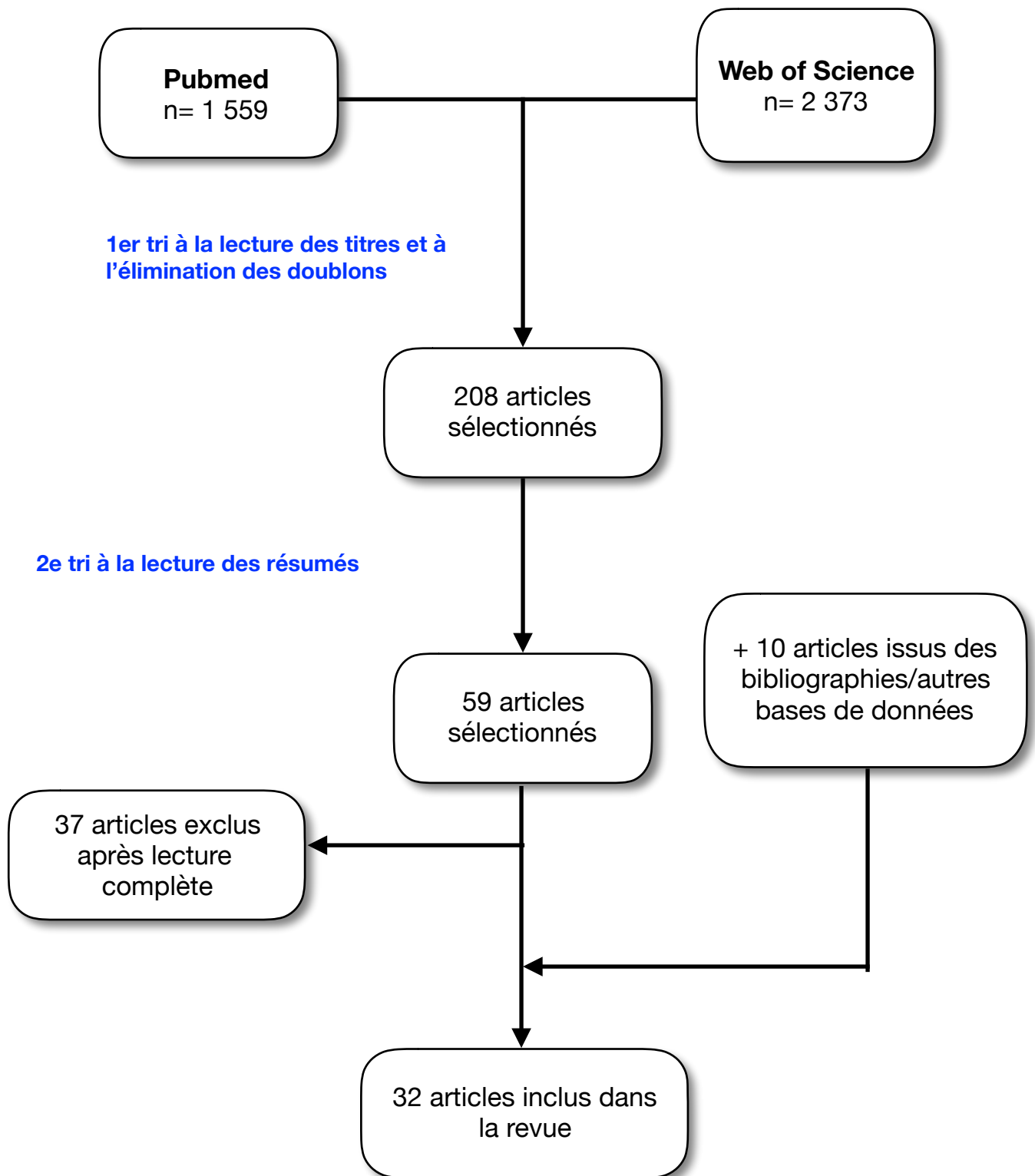


Tableau 2: diagramme de flux

Une présentation clinique plus sévère chez la femme borderline...

Une des hypothèses avancées a été celle de profils de comorbidités et d'intensités symptomatiques différentes entre hommes et femmes Borderline, aboutissant à des parcours de soins différents.

Les femmes Borderline (BDL-F) présenteraient un plus grand nombre de comorbidités (29) qui pourraient d'une part moduler la symptomatologie BDL et d'autre part les amener à bénéficier plus souvent de soins psychiques. Elles seraient davantage exposées aux troubles de l'humeur, troubles anxieux (généralisé, phobie sociale, agoraphobie, phobie spécifique), troubles du comportement alimentaire, troubles somatoformes, états de stress post-traumatique, TP dépendant et histrionique (4, 14, 18, 22, 25, 34, 36, 40).

Les hommes Borderline (BDL-H), quant à eux, seraient plus susceptibles de présenter des troubles de l'usage de substances, des troubles des conduites durant l'enfance, des troubles boulimiques, un TP antisocial (TP AS) ou narcissique (4, 14, 18, 22, 25, 36, 40).

Mc Cormick (25) et Silberschmidt (29) relèvent par ailleurs des intensités symptomatiques supérieures ainsi qu'un fonctionnement psychosocial quotidien plus impacté chez les BDL-F.

...Ou des présentations similaires?

Certaines études (4, 22) soulignent toutefois que ces caractéristiques correspondent aux différences épidémiologiques retrouvées de manière classique entre hommes et femmes. Ces différences seraient par ailleurs moins prononcées qu'en population clinique générale. A ce titre, Banzahf (4) et Johnson (22) formulent l'hypothèse que le TP BDL gommerait les divergences épidémiologiques connues entre les genres, rendant les hommes et les femmes BDL plus similaires dans leur présentation clinique.

Plusieurs études ne retrouvent pas de différence dans le nombre d'hospitalisations, de tentatives de suicide ou de comorbidités (différentes dans leur nature mais similaires en nombre) (22,40). Pareillement, elles ne rapportent pas de divergence dans l'impact sur le fonctionnement psycho-social (21, 40) ou le niveau de handicap (29).

Différences physiopathologiques liées au genre

Une large partie des travaux antérieurs soutient l'idée d'une expression du trouble rendue différente par la tendance des femmes à exprimer les symptômes via l'internalisation (notamment auto-agressive) et celle des hommes à exprimer les symptômes via l'externalisation (notamment hétéro-agressive). Ces études proposent l'idée que ces

différences seraient en lien avec des divergences biologiques et sociales entre les genres. Ces dernières conditionneraient ainsi les stratégies de régulation émotionnelle.

Ainsi, les BDL-F seraient plus susceptibles de présenter des comportements suicidaires ou auto agressifs, de l'instabilité affective, des sentiments chroniques de vide, une instabilité affective et de l'image de soi (21, 22, 34, 36). Ces symptômes seraient davantage identifiés comme pathologiques par les patients et les soignants et conduiraient davantage aux soins.

De leur côté, les BDL-H présenteraient de plus hauts niveaux d'impulsivité, de colères intenses, de recherche de nouveauté, d'épisodes dissociatifs ou psychotiques ainsi que de plus nombreux antécédents de passage à l'acte hétéro-agressif (6, 21, 25, 31, 34, 36).

Les auteurs avancent que ces modalités d'expression seraient davantage intégrées au tableau clinique du TP AS et induiraient des parcours judiciaires et carcéraux plus fréquents. L'entrée dans les soins, lorsqu'elle a lieu, se réaliserait via les dispositifs sanitaires existants en milieu pénitentiaire.

Il est par ailleurs important de noter que les prévalences du TP BDL chez les hommes, minoritaires en population clinique, augmentent considérablement en milieu carcéral avec une prévalence moyenne de 20% (10, 37, 39).

D'autres études nuancent ce modèle. Sansone 2010 (32) ne retrouve que peu de différence dans les conduites auto-agressives. Chantal Van Den Brink (11) repère que, dans un échantillon carcéral de patients BDL, les femmes avaient plus souvent commis des infractions mortelles et présentaient des taux plus élevés de troubles du comportement.

Sur ces bases, Jani (23) souligne l'intérêt d'appréhender la manière dont l'identité de genre influence les mécanismes d'adaptation en situation de détresse et conditionne l'expression symptomatique. Il est en effet possible que des expressions symptomatiques divergentes entraînent des parcours de soins différents.

Biais diagnostiques liés au genre

Certaines études, à contrario, nuancent le modèle internalisation/externalisation et soulignent les similitudes cliniques entre les genres (4, 22, 29, 40). Elles s'interrogent sur d'autres sources de biais dans l'accès aux soins.

Critères diagnostiques orientés

Samuel et Widiger (33) évoquent d'éventuels biais concernant des critères diagnostiques basés sur des traits liés au genre. Ces critères entraîneraient un sur-diagnostic du TP dans un sexe et un sous-diagnostic dans un autre.

La majorité des critères DSM-5 du BDL s'appuient sur des symptômes intériorisés, affectifs et auto agressifs, qui sont retrouvés plus fréquemment chez les femmes (27).

En exemple, l'impulsivité a été identifiée par les recherches de Boggs, Morey et Shea (8) comme le seul critère diagnostique du BDL qui se produirait plus chez les hommes que chez les femmes.

Perception genrée des symptômes et des troubles

Les recherches de Carl Sharp (35) révèlent qu'à intensité symptomatique égale entre femmes et hommes, les critères d'impulsivité et de colère intense sont plus facilement attribués aux hommes. L'auteur formule l'hypothèse d'une divergence dans l'évaluation des symptômes, orientée par le genre du patient.

En 2014, Guy Boysen (9) réalise une enquête auprès d'étudiants: le TP AS, les addictions, les paraphilies, l'état de stress post-traumatique, la schizophrénie y sont perçus comme des troubles masculins. A contrario, le trouble du comportement alimentaire, la dysmorphophobie, les troubles de l'orgasme y sont perçus comme des troubles féminins. Les patients présentant les troubles jugés comme « masculins » sont par ailleurs jugés plus dangereux, inspirant moins d'empathie, suscitant plus d'irritabilité et se voient attribuer une part de responsabilité plus importante dans leur trouble.

Tout en soulignant que les hommes sont plus souvent auteurs de violence, l'auteur se demande si la stigmatisation retrouvée dans sa recherche est cohérente avec une évaluation réaliste du danger.

En 2003, Flanagan (16) montre qu'il est plus difficile pour des étudiants d'apprendre et de mettre en pratique des associations de genre non stéréotypées (TP BDL et histrionique en association au masculin, TP narcissique et AS en association au féminin).

Jusque-là, les études relèvent de manière plus prononcée un biais lié au genre pour les diagnostics de TP histrionique et AS, notamment en raison d'une association plus étroite à des représentations sociales de genre (15).

Sex-ratio de 3/1 : en lien avec la demande d'aide?

La susceptibilité des femmes à solliciter plus facilement des soins est une hypothèse fréquemment évoquée concernant leur sur-représentation dans les populations cliniques (30).

Cette notion repose sur l'idée que le TP BDL, pathologie des affects, serait plus difficile à appréhender pour les hommes, ne permettant pas la demande d'aide.

En 2003, Addis (2) expose l'hypothèse que les femmes seraient plus susceptibles de reconnaître et qualifier de problème un sentiment de détresse émotionnelle. Ses données soulignent que plusieurs composantes de la demande d'aide auprès d'un professionnel de santé peuvent être moins accessibles aux hommes. Parmi elles, il mentionne: admettre avoir besoin d'autrui, accorder sa confiance aux services pourvoyeurs d'aide, entrer en conflit avec les injonctions sociétales d'autonomie, de résistance et de contrôle émotionnel. Il suggère également l'importance d'étudier comment les autres (proches et soignants) réagissent au comportement de recherche d'aide des hommes (dans l'idée que le manquement aux normes peut en effet entraîner les conséquences sociales craintes).

En 2010, Goodman (17) souligne la possibilité que les BDL-H soient moins enclins à demander de l'aide, à accepter des interventions psychothérapeutiques et rencontrent plus de difficultés à divulguer leurs affects, notamment avec la crainte de paraître vulnérable ou dépendant. Elle questionne une attitude plus passive vis-à-vis de leurs difficultés émotionnelles, qui les conduirait à attendre que les symptômes s'améliorent par eux-mêmes.

En 2015, Pattyn (28) demande à des hommes et femmes de prendre connaissance de deux vignettes décrivant respectivement une symptomatologie schizophrénique et un épisode dépressif caractérisé. Ces deux vignettes pouvaient être genrées H ou F sans variation du tableau clinique. Il était demandé aux participants de formuler les attitudes qu'ils conseilleraient aux patients.

Pour les vignettes masculines, l'auto gestion était plus largement recommandée et, lorsque des soins étaient préconisés, le recours à un médicament primait sur la psychothérapie. Ces associations ont été retrouvées chez les participants hommes mais également femmes qui, bien qu'elles soient plus sensibles à l'indication psychothérapeutique, pondéraient son utilité en fonction du genre de la vignette. A noter également que les participants hommes considéraient la symptomatologie des vignettes masculines comme relevant d'une plus grande responsabilité personnelle et source d'une plus grande honte. Cette recherche souligne une association, présente à la fois chez les hommes et les femmes, entre recherche d'aide, souffrance mentale et féminité.

A l'inverse, pour les patients dont la prise en charge est initiée, Brett McCormick (25) retrouve globalement plus de similitudes que de différences sur l'utilisation des soins (évaluée sur le nombre de journées d'hospitalisation, de consultation, de recours aux urgences, de traitements reçus, de tentatives de suicide et d'automutilations)

...Ou les orientations de soins?

A contrario des résultats de McCormick, Goodman (17) identifie que les BDL-H bénéficient plus souvent d'orientation en centre de réadaptation addictologique et reçoivent moins de traitement ciblé sur le trouble borderline que les femmes (psychothérapie, pharmacothérapie). Elle émet l'hypothèse que les comorbidités addictives et les troubles des conduites, plus fréquentes chez les hommes, restent un obstacle à l'aiguillage vers des soins psychothérapeutiques.

Dehlbom (13) publie en mai 2022 une étude descriptive transversale portant sur les populations de patients diagnostiqués BDL à Stockholm. La recherche identifie que les BDL-H étaient moins susceptibles d'avoir bénéficié d'une psychothérapie ou d'une prescription médicamenteuse. Ils étaient en moyenne 4 ans plus âgés que les femmes au moment du diagnostic de BDL et recevaient plus souvent des aides sociales.

A la conjecture entre ces deux hypothèses, Drapalski (14) identifie que ce contraste se vérifie également dans les populations carcérales où les femmes demandent et obtiennent plus de soins psychiques que les hommes.

Entre trouble Borderline et Antisocial

La littérature s'intéressant aux hommes souffrant de TP BDL reste restreinte, les échantillons étant majoritairement composés de sujets féminins, en grande partie du fait d'une plus grande prépondérance de ce diagnostic porté chez les femmes.

Dans une revue de la littérature concernant les BDL-H, Bays (5) souligne la rareté des données relatives à cette population et la limite, souvent poreuse, entre les diagnostics de TP AS et BDL.

Cette difficulté serait générée par un chevauchement des symptômes (impulsivité, difficultés de planification...) et des facteurs de risque similaires (violences ou carence dans l'enfance, parentés présentant également un TP BDL ou AS).

La complexité s'accroît lorsqu'il s'agit d'hommes dont les symptômes tendraient à s'exprimer via l'externalisation, en particulier via des comportements hétéro-agressifs. Ces tableaux correspondent-il à un trouble AS ? Ou à un trouble BDL dont l'expression serait conditionnée par le genre ? A ce titre, la différenciation entre ces deux diagnostics, induisant des orientations de soins très différentes, reste délicate.

PROBLEMATIQUE ET OBJECTIF DE RECHERCHE

Les processus en jeu ne restent que partiellement compris par la recherche. Les données actuelles sont relativement hétérogènes en lien avec la multiplicité des problématiques abordées et des méthodes de recherches employées.

La recherche a pu souligner jusque-là la prépondérance des femmes dans la population de patients BDL recevant des soins psychiatriques. Ce constat interpelle notamment sur l'existence d'une population de BDL-H ne bénéficiant pas d'une prise en charge optimale (début des soins retardé, via des dispositifs sanitaires ou carcéraux, voir absence de soins).

Les données actuelles, de nature majoritairement quantitative, ne circonscrivent que partiellement la complexité du sujet.

Sur ces bases, il nous semble pertinent d'explorer l'expérience du trouble et des soins depuis la perspective des patients. L'objectif est d'explicitier les stratégies déployées par les patients pour vivre avec leur trouble ainsi que leurs perceptions et représentations vis-à-vis du TP BDL.

Une méthode qualitative, complétant les données quantitatives actuelles, donnerait accès au monde interne du sujet.

Elle permettra de recueillir la signification du phénomène via le récit du sujet, expert de son propre vécu.

Elle ne remplace ni ne surpasse l'approche quantitative.

Deux recherches pourront se dérouler de manière parallèle, appliquant une méthodologie similaire à deux échantillons distincts: un groupe de participants femmes et un groupe de participants hommes.

L'analyse se polarisera sur le discours du sujet, évalué à travers l'ancrage théorique de l'investigateur. Elle garde une dimension exploratoire avec la possibilité de générer de nouvelles pistes de recherche et éventuellement, des implications cliniques concrètes.

La mise en relief de divergences entre les genres, si elles existent, pourrait permettre, in fine, de souligner l'intérêt d'optimiser les prises en charge des patients souffrant de TP BDL de manière plus personnalisée. A notre connaissance, ce type d'étude n'a pas encore été réalisé.

II. Matériel et méthode

Cette recherche repose sur la passation d'un entretien clinique de recherche (ECR) semi-directif réalisé par l'investigateur auprès de participants BDL-F et H. La rencontre dure approximativement une heure.

Echantillon

L'effectif a été fixé à 10 participants pour chaque groupe (10 BDL-F, 10 BDL-H). Cette taille d'échantillon a été choisie conformément aux principes de la méthode qualitative IPA, conçue pour approfondir l'analyse avec un petit groupe représentatif (20).

Sites de recrutement

Tableau 3: Sites de recrutement

SITE	TYPE DE STRUCTURE
Unité d'hospitalisation secteur 2	Service hospitalier sectoriel de psychiatrie générale
Centre médico-psychologique des arènes	Centre de soins ambulatoire psychiatrique sectoriel
Accueil de jour intersectoriel (AJIR)	Centre de soins ambulatoire dans des contextes de crise psychiatrique avec comorbidité addictologique
Unité d'hospitalisation spécialement aménagée pour les détenus (UHSA)	Service hospitalier en milieu carcéral
Un Chez Soi d'Abord	Dispositif d'accompagnement à la domiciliation des patients présentant une pathologie psychiatrique
Unité d'hospitalisation UF3	Service hospitalier intersectoriel de psychiatrie générale
Centre de thérapie brève (CTB)	Centre de soins ambulatoire dans des contextes de crise psychiatrique sans comorbidité addictologique
Centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie Maurice Dide (CSAPA)	Centre de soins ambulatoire addictologique
Clinique psychiatrique Castelvieu	Centre hospitalier et ambulatoire du secteur privé

La diversité des sites et l'intégration de structures orientées vers des patients détenus ou nécessitant des prises en charge addictologiques ou sociales (UHSA, CSAPA, un chez soi d'abord) permettra d'augmenter l'hétérogénéité des données.

Protocole d'inclusion des patients

Il sera proposé à chaque responsable médical des sites d'orienter deux à trois patients (en privilégiant un patient de chaque genre), présentant un TP BDL, à l'investigateur de l'étude. La sélection des participants sera réalisée lors des consultations de prise en charge habituelle des médecins. Le questionnaire MSI-BDL (26) sera réalisé auprès des patients par l'investigateur, en préalable de l'ECR, afin de s'assurer de la présence des symptômes BDL (Annexe 1).

L'identité de genre a été choisie comme discriminant homme/femme, plutôt que le sexe biologique. Cette recherche ayant été pensée pour explorer les vécus du participant en fonction de la construction sociale de son genre, ce choix a été retenu comme davantage pertinent.

Tableau 4: critères d'éligibilité

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
• Sujet porteur d'un diagnostic de TP BDL annoncé • Minimum cinq questions répondues par l'affirmative au MSI-BDL. • Âge supérieur ou égal à 18 ans	• Communication perturbée et trouble cognitif empêchant une bonne compréhension des questions (maîtrise insuffisante de la langue française, retard mental, processus neurologique, trouble du spectre de l'autisme) • Mesure de protection en cours • Mineur • Régime de soins sans consentement.

Entretien de recherche clinique

En préalable de l'entretien, il sera réalisé un recueil des données socio démographiques et relatives au parcours de soins (Tableau 5).

Tableau 5: Données socio-démographiques et relatives aux soins

Données socio-démographiques	Données relatives au parcours de soins
• Age • Genre • Statut marital • Statut professionnel • Mode d'hébergement	• Diagnostic(s) annoncé(s) • Symptômes(s) ayant motivés un recours aux soins • Structures(s) de soins intégrée(s) • Type de soins proposés et reçus (psychothérapeutiques, médicamenteux)

L'ECR repose sur une grille d'entretien préétablie (Annexe 2) qui instaure le cadre nécessaire à l'interaction mais restera le moins inductif possible, favorisant l'émergence de données diversifiées et non nécessairement attendues.

Les sujets abordés durant l'entretien ont été choisis en adéquation avec les hypothèses formulées par les recherches préexistantes (Tableau 6).

Tableau 6: Sujets explorés

Modalités d'expression du trouble
Éléments déclencheurs des symptômes
Gestion des symptômes
Perception du handicap généré par le trouble
Représentations du patient vis-à-vis du diagnostic
Contexte(s) d'accès aux soins, éléments qui ont pu le favoriser ou le freiner
Perception du sujet vis-à-vis des soins reçus

L'entretien est enregistré par dictaphone dans un souci d'exactitude de recueil des données.

Afin de préserver l'intégrité du contexte, les rencontres avec l'investigateur se dérouleront dans la structure de soin du patient.

Evolution de la méthode au cours de la recherche

Le questionnaire MSI-BDL a initialement été pensé pour être réalisé sur la même rencontre que l'ECR. Au cours de l'étude, Il nous a semblé que cette proximité temporelle pouvait influencer par la suite les réponses des participants. Après 4 entretiens, la réalisation du questionnaire a donc été dévolue aux médecins investigateurs, afin de l'effectuer indépendamment de l'entretien.

La grille d'entretien a également été l'objet de modification au cours de l'étude. Certaines questions jugées trop directives, connotées ou insuffisamment explicites ont été reformulées ou placées en questions de relance.

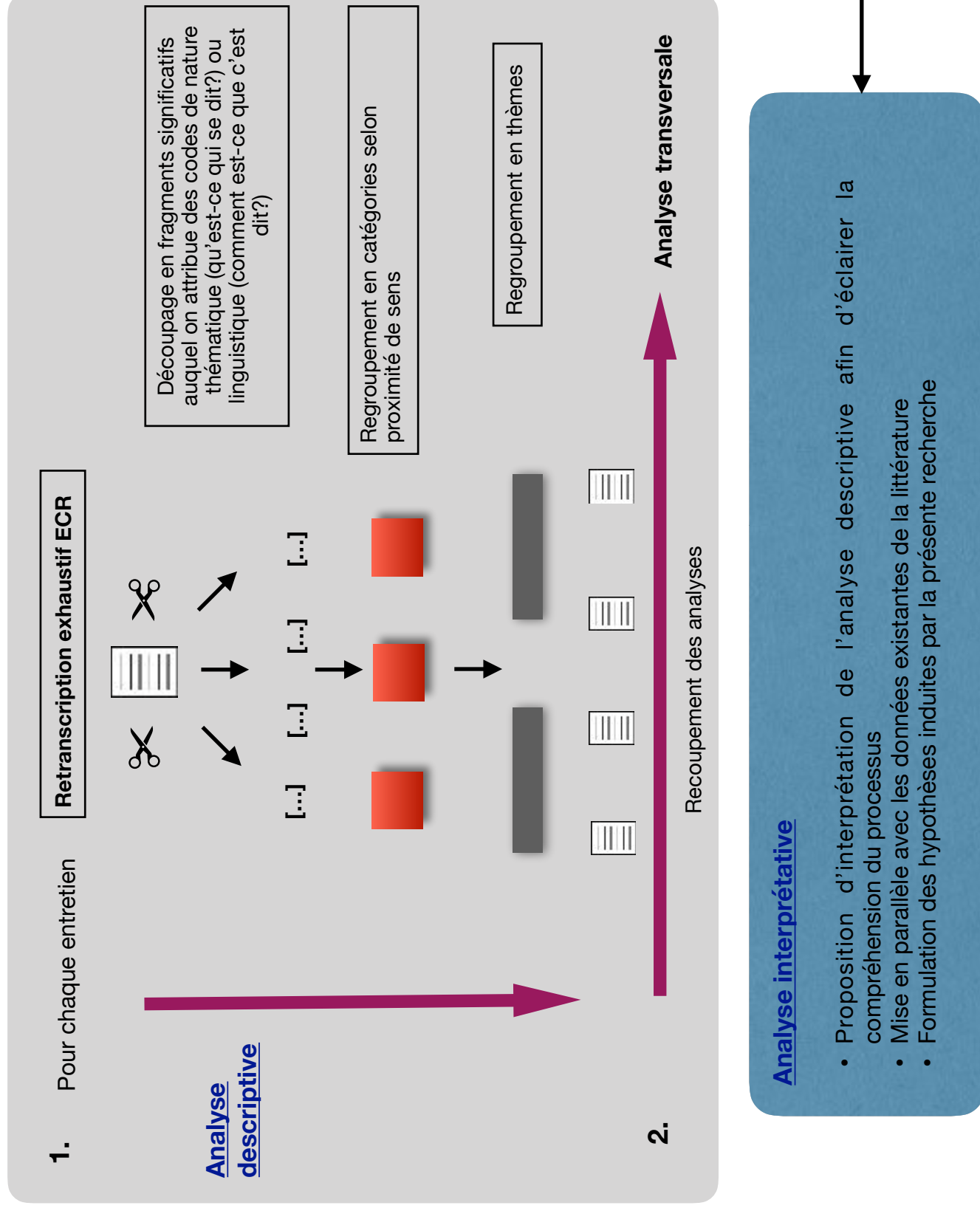
Les annexes 2 et 3 en rapportent la version initiale et finale.

Ces modifications sont conformes aux pratiques de recherches qualitatives où le design méthodologique évolue au fil des résultats (3).

Traitement des données

L'analyse phénoménologique interprétative (*interprétative phenomenological analysis*, IPA) a été retenue pour explorer le discours des participants. Inspirée des théories de phénoménologie, elle se base sur l'idée que la psychologie d'un sujet repose sur la compréhension qu'il a de son vécu. Via le traitement des verbatims en thèmes émergents, l'IPA vise à préciser les représentations entretenues par les sujets envers leurs expériences propres (tableau 7).

Tableau 7: Méthode.



Le mode de raisonnement est inductif. L'hypothèse n'est pas formulée au préalable et émerge de l'analyse.

La cohérence de l'ensemble des résultats mettra fin à l'analyse. Cette décision est inévitablement subjective et sera argumentée.

Une analyse descriptive sera également réalisée concernant les données socio-démographiques et relatives aux parcours de soins.

Dispositions réglementaires et éthiques

Ce projet de recherche appartient, selon la loi Jardé, à la catégorie 3 (non interventionnelle). Il bénéficie de l'accompagnement de la FERREPSY Occitanie, promoteur de l'étude.

Conformément à la loi n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine, cette recherche a obtenu un avis favorable du Comité de Protection des Personnes ILE DE FRANCE V le 1er février 2022 (21.04519.000055).

La notice d'information, signée par le participant et l'investigateur, a été établie en deux versions identiques dont une est délivrée au patient et l'autre conservée par la FERREPSY. Les données des participants sont anonymisées.

III. Résultats

6 patients ont participé à cette recherche, dont 4 femmes et 2 hommes. Les objectifs leur ont été explicités et les résultats finaux leur seront remis par le moyen choisi (mail, poste, via leur médecin).

A ce jour, il n'y a pas eu de retrait de la recherche de la part de participant.

Les résultats sont présentés sous forme de catégories réunies dans des thèmes. Ces derniers ont été sélectionnés pour leur redondance au fil de l'analyse des différentes retranscriptions.

Le codage et l'indexation ont été réalisés sans l'aide de logiciel d'assistance.

Les thèmes et catégories présentées (tableau 9 et 10) n'ont pas été établis à l'avance et sont issus de l'analyse des données recueillies auprès des participants. Ils sont cependant intégrés dans deux méta-thèmes pré-établis : le vécu du trouble et le vécu des soins.

Un extrait issu des retranscriptions illustre chaque catégorie.

Le processus d'inclusion reste ouvert. Ces résultats sont donnés à titre provisoire.

Tableau 8: données socio-démographiques et relatives aux soins

PATIENTS	GENRE	AGE	SITE DE RECRUTEMENT	AGE LORS DU DIAGNOSTIC BDL	STATUT PROFESSIONNEL	STATUT MARITAL	MODE D'HEBERGEMENT	DIAGNOSTIC(S) ANNONCÉ(S)	MANIFESTATIONS AYANT MOTIVÉ LE RECOURS AUX SOINS	STRUCTURE DE SOINS PSYCHIATRIQUE	TYPE DE SOINS PROPOSÉS ET REÇUS
P1	M	21	CMP S2	21	Étudiant, Bénévolat associatif	Concubinage	Locataire en logement autonome	- Dysphorie de genre - EDC - BDL	- Questions de trans identité - Symptômes dépressifs	- Psychiatre libéral - Service spécialisé dans la transition de genre - CMP	ATD
P2	M	18	CMP S2	18	Lycéen	Célibataire	Domicile parental	- EDC - BDL	Crise d'angoisse	- Psychologue libéral - Consult ado - Clinique psychiatrique - CMP	- Anxiolytique - Psychothérapie
P3	F	19	CTB	19	Employée	Célibataire	Locataire en logement autonome	- Bipolarité - HPI - BDL	Crise suicidaire	- Psychologue libérale - Psychiatre libéral - Clinique psychiatrique - CTB	- ATD - Anxiolytique - Psychothérapie
P4	F	31	UHSA	30	/	Célibataire	Détenue	BDL	Fléchissement thymique	UHSA	- ATD - anxiolytique - Psychothérapie
P5	F	30	DIDE	29	Employée	Concubinage	Locataire en logement autonome	BDL	Crise suicidaire	- CTB - DIDE	- Anxiolytique - Psychothérapie
P6	F	25	AJIR	25	Etudiante	Célibataire	Locataire en logement autonome	- Bipolarité - BDL	- Auto et hétéro agressivité - Crise suicidaire	- CMP - AJIR	- ATD - anxiolytique - Psychothérapie

ATD: Anti-dépresseur, EDC: Episode Dépressif Caractérisé, HPI: Haut Potentiel Intellectuel

Tableau 9: Analyse qualitative transversale des BDL-F

Vécu du trouble
1. Sentiment d'être différente des autres
Sentiment d'être traitée différemment
<i>P5: « c'est différent et j'ai l'impression que pour tout c'est pareil...Pour moi ça va être le pire, le drame, on va me faire morfler. »</i>
Inadéquation avec l'environnement
<i>P5: « On a l'impression d'être rejetée tout le temps, de ne pas être tombée au bon moment, de ne pas être tombée dans la bonne famille »</i>
Autres insensibles et imperméables aux affects
<i>P3: « il y a des amis qui n'arrivent pas à comprendre, parce qu'ils sont tout l'inverse de moi, c'est à dire que rien ne les atteint, que ce soit positif ou négatif. »</i>
Comparaison aux autres génère une auto dévalorisation
<i>P5: « Dès qu'on va un petit peu me comparer à quelque chose ça va vite me rendre triste, me rendre dans la sensation pas bien, pas à l'aise, comme si je n'étais pas à ma place, qu'au final tu sers à rien vas-y disparaïs, mets-toi une claque personne te verra. »</i>
<i>P3: « [...] j'ai l'impression que tout le monde est mieux que moi, tout le temps quoi qu'il arrive. »</i>
Incompréhension des autres se surajoute aux difficultés
<i>P3: « il y a quelques amis garçons qui n'arrivent pas à comprendre [...]. Mon ex m'a traitée de « folle ». Mes parents ils ne le comprennent pas...Je peux comprendre parce que c'est compliqué à comprendre. »</i>
<i>P6: « les gens ne comprennent pas, ils me disent allez motive toi...alors que moi-même je ne comprenais pas alors c'était compliqué de, à la fois recevoir ce que je renvoyais aux autres et à la fois ce que moi aussi je me renvoyais parce que je ne comprenais pas pourquoi moi je ressentais les choses comme ça. »</i>
2. Sensibilité extrême
Affects aux deux extrêmes
<i>P3: « Surtout une hypersensibilité mais énorme...Tout peut m'irriter et à l'inverse tout peut devenir hyper beau. Le moindre petit truc positif ça va engendrer une joie mais énorme. [...] Tout l'inverse, un petit truc triste ou un peu de colère ça va se transformer en état très bas. »</i>
Générée par « un rien »
<i>P5: « Un rien moi je vais en faire tout un drame alors que finalement ce n'est pas grand-chose. »</i>
<i>P3: « [...] une petite réflexion, mais toute petite, qui n'est même pas pour moi, direct ça va être.. je vais me remettre en question sur toute ma vie [...]. »</i>
Affects intenses rendent hermétique à l'environnement
<i>P6: « [...] j'étais en speed...et dans ces moments-là, ma tête elle est...je n'accepte plus rien autour, c'est à dire que tout individu qui va faire quelque chose qui va moi encore m'agiter, je vais rompre direct, parce que c'est trop pour moi. »</i>
Emotion des autres vécues en plus

P3: « j'étais dans l'hyper empathie. Et toutes les émotions qu'ils ressentait eux je les ressentais moi. C'était horrible. »

3. Méfiance et sensibilité importante au jugement négatif de l'autre

Analyse et sur-interprétation du comportement des autres

P5: « Une fille ce qu'elle va faire, je vais me méfier. Ce qu'elle va dire je vais l'analyser.. je vous dis, le détective privé! Je surveille, je me dis c'est pas normal. Il y a truc suspect mais pour toi. C'est pas vivable, c'est étouffant parce que moi je me fatigue à rester des heures sur des trucs qui servent à rien. »

P6: « [...] une expression du visage peut me perturber au point de me faire tout un scénario et me faire penser que la personne me rabaisse [...]. »

Anticipation de l'évaluation négative des autres

P5: « j'ai l'impression que quoi que je fasse, il y aura toujours quelque chose de négatif à dire sur moi. »

Réserve dans ce qui est transmis aux autres

P6: « [...] je sais qu'il faut pas trop en dire, je me protège vachement, je ne me livre jamais à 100%. »

Phénomène puissant et involontaire induisant des ruminations importantes

P6: « C'est à dire que ce n'est même pas moi qui le veut...et c'est ça qui est puissant, ça vous saute au visage. »

P6: « ce n'est pas comme quelque chose qui va vous impacter sur l'instant T et ensuite c'est bon, là ça peut changer mon état d'esprit sur toute une journée. Je peux rester longtemps bloquée sur une petite chose. »

Une nouvelle situation rappelle toutes les situations similaires antérieures

P6: « je vais vraiment rassembler tous les petits détails qu'il y a eu, certains moments que je n'ai pas oubliés, parce que je n'oublie rien moi aussi [...]. Et là ça va s'accumuler et c'est comme si je vais remplir le dossier, je vais fermer le dossier et je vais me dire c'est bon cette personne est diagnostiquée, elle est comme ça. »

Induit des ruptures relationnelles brutales

P6: « Je reste bloquée dessus et en être persuadée..et après pouvoir couper des liens, forts hein, parce que j'ai interprété ça et pour moi c'est une évidence [...] »

4. Intolérance à l'isolement et au vide

Solitude correspond à l'abandon et à l'effacement de soi

P4: « Une fois que je me dis voilà je suis abandonnée, je suis seule ba du coup forcément je me dis que je ne suis rien, je ne suis plus rien [...]. Et du coup je suis vidée de tout ce que j'étais, de tout ce que je suis et voilà. »

« Vide » douloureux

P3: « L'intérieur c'est comme du vide dans mon corps mais qui fait mal »

5. Bien-être conditionné par le lien constant et total à l'autre

Présence constante nécessaire dans la relation amoureuse

P3: « tout le temps je voulais être avec lui parce que j'avais peur qu'il me lâche [...] il avait pas son espace. Sauf que moi j'en avais besoin du coup je me suis nourris de ça. »

Valeurs internes déterminées par le lien aux autres
<i>P3: « si la personne que j'ai le plus aimée peut ressentir de la haine contre moi, tout le monde pense ça de moi. Du coup je me suis dit que j'étais une merde, je servais à rien, maintenant et plus tard. »</i>
Relation duelle et unique génère l'insécurité
<i>P3: « avant il y avait mes parents mais ce garçon qui me stabilisait. Maintenant qu'il n'est plus là, je suis vraiment face à eux et c'est ça aussi qui m'engendre des grosses crises. »</i>
Relation amoureuse: principale relation atteinte par le fonctionnement
<i>P5: « ça a des impacts surtout dans ma vie de couple parce que du coup lui subit. »</i>
Crainte exacerbée de l'abandon induit la rupture relationnelle
<i>P3: « [...] j'avais hyper peur qu'il parte. Ce qui a d'ailleurs causé notre rupture, ce qui est logique. »</i>
6. Instabilité
Instabilité relationnelle induit par l'alternance d'idéalisation et de dévalorisation de l'autre
<i>P6: « [...] des moments aussi d'idéalisation [...] en fait c'est ou tout noir ou tout blanc. Cette fille là je peux la voir vraiment comme une lumière...et puis d'autres moments où je vais me dire c'est vraiment un poison. [...] mais dans deux jours, si par exemple elle fait quelque chose qui peut me rassurer, elle va passer de l'autre côté genre « il n'y a qu'elle qui me comprends ». »</i>
Instabilité générée par des affects ou des pensées intenses mais transitoires
<i>P6: « c'est à dire que de rater un entretien, pendant 4 jours je peux rester chez moi en dépression et être au bout de ma vie alors qu'au bout du 5e jour c'est bon, ça va péter la forme. »</i>
<i>P6: « je peux être obsédée par un garçon, mais obsédée, je pense réellement que je suis amoureuse alors que pas du tout, deux mois après oublié..enfin même pas deux mois. »</i>
Ruptures brutales induites par des décisions prises sans réflexion
<i>P6: « moi une réflexion un truc je me casse, je réfléchis pas, même si ça va me foutre dans la merde. »</i>
7. Explosion
Dans les suites d'une longue période de contenance des affects et des ruminations
<i>P5: « c'est surtout quand je suis fatiguée, j'en ai marre je suis à bout de tout, je n'arrive plus à...il y a tout qui pète. »</i>
<i>P5: « une remarque d'une collègue ça va me rendre rouge toute la journée [...] ça peut durer des heures et des heures. »</i>
Affects d'intensité croissante repérés trop tard
<i>P5: « Je me rends compte malheureusement quand c'est déjà chaud. [...] Je n'arrive pas à le voir, je n'arrive pas à le repérer. [...] A croire que je n'entends pas ce que je dis. »</i>
Pour un rien
<i>P5: « On était en vacances, il m'a fait une réflexion sur sa CB que j'avais laissée dans son sac, je suis partie en vrille juste pour cette phrase-là. »</i>
Fonction d'exutoire ou d'attaque
<i>P5: « Moi j'ai mal mais toi tu as plus mal. Tu m'as fait je fais. »</i>

<i>P4: « Je suis quelqu'un qui prends beaucoup sur moi, qui garde beaucoup en moi malgré tout et du coup, des fois quand j'explose, et bien c'est un peu disproportionné [...] Je garde tout dedans et après quand je sors tout...J'ai une bonne crise une fois par an. »</i>
Perte de contrôle
<i>P6: « De tout façon dans ces moments-là, c'est comme si je n'avais pas le choix. Ça vous attrape. »</i>
Crescendo automatique et stéréotypé
<i>P6: « Mais comme c'est un automatisme, c'est comme si le chemin était déjà tracé après tel événement. »</i>
Agressivité verbale envers l'autre
<i>P5: « par exemple avec mon compagnon, quand ça va trop loin je vais sortir des phrases qui n'ont ni queue ni tête par rapport à son handicap. »</i>
Agressivité physique envers l'autre
<i>P6: « avant j'étais vachement sur la défensive, j'avais des excès de colère, de violences physiques envers les autres, envers ma famille mais aussi envers les inconnus tout ça, mes amis, n'importe qui... »</i>
Hurlements, pleurs, « hystérie »
<i>P4: « Hystérie un peu. Je hurle, je dis tout ce que je pense même des fois des choses que je pense pas ou que je pense au fond mais c'est quand même pas bien de le dire »</i>
<i>P3: « quand je me suis séparée, les crises c'étaient des pleurs pendant des heures. Une fois ça a duré de 14h à 21h, je n'arrivais pas à m'arrêter. »</i>
Immobilisme
<i>P3: « Je n'arrive pas à bouger, je fais que pleurer »</i>
<i>P5: « c'est plus fort que moi, le plus loin où je vais c'est sur mon balcon. Je peux pas marcher au loin... »</i>
Culpabilité dans les suites
<i>P6: « on culpabilise vite après parce que du coup comme c'est disproportionné, on se met dans des situations qui chamboulent toute notre vie et après on se retrouve comme une con. »</i>
8. Gestion des affects
Isolement
<i>P4: « J'ai envie d'être seule, je m'isole pour oublier. »</i>
Investissement occupationnelle
<i>P3: « J'organisais mes voyages alors que je voulais même pas partir. Et tout ça dans l'optique de remplir un truc dans mon cerveau. »</i>
Recours à la pensée rationnelle
<i>P6: « j'essaye de rester le plus rationnel possible, de me stopper dans mes idées. »</i>
Usage de substances: confortable mais limitant
<i>P5: « Fumer ça me fait du bien, ça m'apaise mais au final je ne fais rien d'autre. Ça m'handicape pour tout le reste parce que ça me donne envie de ne rien faire. »</i>

Prise alimentaire importante : majeure la mésestime de soi
<i>P3: « là ça ressemble plus à des crises où je vais manger beaucoup et après encore plus pleurer parce que j'aurai trop mangé et je me sentirai énorme. »</i>
9. Auto-agressivité
Contexte de rejet relationnel ou de saturation du mal-être
<i>P3: « La première c'était pour ma séparation [...] où ça a éclaté. Il y a eu une énorme dispute alors que je ne me disputais jamais avec mon mec.[...] il est venu chez moi et j'étais en train de prendre des médicaments. »</i>
<i>P3: « A ce moment-là, j'ai tellement ressenti ça que je me suis dit j'en ai marre de souffrir à ce point et même de prendre tout pour moi [...] je préférerais arrêter là [...] »</i>
Automutilation à visée d'extinction émotionnelle
<i>P3: « J'avais l'impression que si je m'arrachais la peau ça allait partir.. et bin non du coup. »</i>
Violence dirigée contre soi par défaut
<i>P6: « si je fais ça c'était..j'étais en colère puis voilà. Enfin il fallait bien s'en prendre à quelqu'un! Parce que je ne pouvais pas faire ça à mon père. »</i>
Stigmates rends « palpable » et réelle la souffrance interne
<i>P6: « tellement que ma souffrance était impalpable, c'est comme si je la.. là elle devient réelle, c'est pas du blabla. »</i>
Confier sa vie au destin via des conduites à risque ou une tentative de suicide
<i>P3: « je me suis réveillée et je me suis dit « bon bah c'est le destin ». »</i>
<i>P5: « Je pars dans l'inconscience complète et je peux prendre la voiture [...] je peux avoir fumé 5 joints, je prends la voiture c'est pareil, je ne regarde pas les conséquences qu'il y a derrière. [...] ça peut aller dans l'extrême et devenir un peu dangereux. »</i>
Tentative de suicide soulage et permet un « reset »
<i>P3: « ça m'avait fait du bien d'avoir fait ça, c'est comme si ça m'avait tout enlevé et que j'avais envie de repartir sur des bonnes bases. »</i>
« Dénî » de la gravité des tentatives de suicide
<i>P3: « J'ai direct fait un déni, juste après. C'est à dire que je suis arrivée aux urgences, j'étais en mode « c'est bon je peux repartir ça va aller ». »</i>
Distinguo entre gestes à enjeux relationnels ou à velléités suicidaires
<i>P3: « [...] il est venu chez moi et j'étais en train de prendre des médicaments. Je pense que c'était plus un appel à l'aide celle-là. Franchement c'était pas..voilà. »</i>
10. Origine du trouble: rejet ou violence dans le cercle familial
Enfant transparent donne un adulte transparent au regard des autres
<i>P5: « J'ai tellement pris l'habitude qu'on ne me calcule pas, que l'on ne me voit pas qu'au final j'arrive à prendre sur moi. Je me dis bon on ne me voit pas, ça changera pas, de ton enfance ça a toujours été comme ça c'est pas nouveau. »</i>
Comparaison et dévalorisation

<i>P5: « J'en veux énormément à ma mère parce qu'elle est constamment dans la comparaison. [...] Ma famille c'est très compliqué parce qu'ils se sentent là (geste étalon haut) par rapport à mon métier qui est là (geste étalon bas). »</i>
Violences physiques et psychologiques
<i>P6: « j'ai vécu dans une famille avec un père violent physiquement et psychologiquement, et je ne savais pas si mes réactions étaient aussi disproportionnées à cause de ce qu'il m'avait fait vivre... »</i>
Sentiment d'abandon avec la famille transposé aux relations sociales actuelles
<i>P3: « Mon frère a été diagnostiqué avec un trouble de l'attention [...] et mes parents se sont rabattus sur lui et du coup ils m'ont totalement laissée tomber. [...] J'avais besoin de quelqu'un qui n'a pas été là. [...] et c'est ça qui a provoqué tout ça, ma peur de l'abandon. »</i>
11. Impact socio-professionnel
Travail: secteur épargné
<i>P5: « au boulot c'est plus simple parce que je suis un peu seule »</i>
<i>P3: « Au travail je ne suis pas du tout comme avec les autres, c'est à dire que je n'ai jamais pleuré. En fait, au travail tout le monde me dit « tu es toujours de bonne humeur ! ».</i>
Solitude en lien avec les difficultés relationnelles
<i>P5: « J'en arrive à un stade où même les connaissances amis.. Ouais c'est comme ça, je n'arrive même pas à créer quelque chose..depuis un moment j'ai brisé le côté amitié. »</i>
<i>P6: « et puis après les gens c'est de leur ressort de plus accepter parce que ça fait trop de montagnes russes et les gens c'est normal ils ont pas envie d'être traités comme quelqu'un qui comprend rien [...]. »</i>
12. Auto-questionnement apporte une compréhension évolutive de soi
Interrogations autour de l'origine des difficultés
<i>P6: « là justement c'est une question que je me pose, est-ce que ce que j'ai vécu...c'est-à-dire... c'était là il y a combien de temps, comment c'est rentré en moi...Est-ce que, quand je suis née c'était comme ça et que...je sais pas.»</i>
<i>P5: « Je me posais vraiment la question d'où ça venait, pourquoi j'avais ce comportement-là.. A un moment donné, avant que je connaisse tout ça, je me suis demandé si ce n'était pas par jalousie par rapport à ma famille.. par rapport au fait que mon neveu est plus bichonné que moi.. »</i>
Compliqué par la difficulté à s'auto-analyser
<i>P5: « j'ai vraiment du mal à repérer toutes les émotions qui passent dans la journée »</i>
<i>P3: « Même moi j'ai du mal à comprendre, bon maintenant que j'ai fait un travail sur moi-même et je comprends mieux [...] »</i>
Recherches personnelles
<i>P3 : « Après j'ai lu beaucoup de livres aussi qui m'ont fait analyser des trucs.. »</i>

Vécu des soins

1. La crise initie l'entrée dans les soins

P5: « Alors moi j'ai fini aux urgences. Aux services des urgences directement [...] ensuite j'ai vu le psychiatre des urgences, du coup j'ai basculé au centre de thérapie brève [...]. »

2. Diagnostic de Borderline

Marque le début des soins appropriés

P3: « [...] C'était début septembre où il y a une psychiatre, j'avais fait une tentative de suicide, qui m'avait dit ça, ce diagnostic. [...]. Et j'en ai refaite une, le 22 janvier du coup, et là on me l'a re-diagnostiqué. Du coup je suis prise en charge bien comme il faut depuis le 22 janvier. »

Période sans savoir: préjudiciable

P4: « J'ai un sentiment d'abandon presque tout le temps [...] donc c'est difficile à gérer, en sachant que je ne savais pas que j'avais cette maladie donc avant...je sais pas, je prenais soin de moi mais c'était compliqué. »

Certitude qu'il y avait « un truc pas normal »

P6: « Et c'est à ce moment-là où je me suis dis c'est pas normal quoi. C'est pas normal que je.. je suis folle ! il y a un truc, c'est pas normal de me mettre dans des états comme ça, d'avoir autant envie de mourir comme ça pour ma situation. »

Diagnostic initial de bipolarité ne correspondant pas au vécu du trouble

P3: « J'ai été hospitalisée aux Cèdres et on m'avait diagnostiquée bipolaire.. alors là! Je l'avais très mal vécu parce que je suis sûr que c'est pas ça. »

Reconnaissance importante dans le trouble Borderline

P4: « [...] quand on m'en a parlé, j'ai tout de suite, sans parler de ce que c'était, je savais que oui, je l'étais. Mais quand on me l'a dit, c'était tout à fait..je l'étais. »

Borderline : trouble qui explique et écarte l'hypothèse de la folie ou de la faute personnelle

P4: « Je suis pleine d'espoir et je n'ai pas peur. Au contraire, je suis rassurée déjà d'être malade. Je suis pas complètement folle. Et que ça peut s'améliorer. »

P5: « Des fois je me disais c'est peut être moi ou.. et au final non ça se justifiait un peu à quelque chose »

La compréhension rassure

P6: « Le fait d'avoir compris ça, qu'il y ait des troubles de la personnalité [...] ça m'a rassuré. »

Borderline: trouble accessible aux soins et susceptible de s'apaiser

P4: « ça ne me fait pas peur parce que je sais qu'en fait je peux travailler sur moi pour aller mieux, pour mieux le vivre. [...] Si j'arrive à travailler sur chaque aspect de ce trouble, petit à petit, ça sera mieux. Ce sera vivable en tout cas. »

3. Adhésion importante aux soins qui apporte la compréhension

Bénéfice perçu à la prise en charge

P4: « quand j'ai des entretiens individuels avec ma psychiatre et qu'on en parle, elle me dit « bon cette semaine c'était comme ça comme ça » alors que moi je ne l'avais pas vraiment remarqué et puis c'est vrai, je l'ai vraiment vécu comme ça, j'ai vraiment ressenti ça. Donc la prise en charge elle est plutôt bonne, en tout cas pour moi. »

Lien de confiance avec un soignant en particulier plutôt que l'institution
<i>P3: « même avec le psychologue..j'en ai vu beaucoup et celui que je vois en ce moment il est génial, il me correspond à 100%. Il me donne tout ce que j'ai besoin. »</i>
Une bonne prise en charge est une prise en charge qui permet de se comprendre
<i>P3: « alors déjà depuis que je vois des spécialistes, j'arrive beaucoup mieux à comprendre pourquoi je réagis comme ça. Avant je ne comprenais pas. Ça a déjà été une grosse avancée, en quelque mois j'ai vu mon évolution. D'ailleurs là j'arrive à décrire ce que je ressens alors qu'avant non. »</i>
4. Eléments favorisant l'adhésion aux soins
Souhait de retrouver une vie, comme les autres
<i>P3: « j'avais envie de m'en sortir en fait. Je me suis dis « lui là-bas, il vit sa meilleure vie, j'ai aussi envie de vivre la mienne. ».</i>
Souhait de reprendre le contrôle sur sa vie
<i>P6: « au bout d'un moment je suis maître de ma vie, j'ai subi tout ce que j'ai subi mais à partir d'un certain âge c'est moi qui décide [...] je veux me donner mieux que ce que j'ai subi. »</i>
Entourage qui incite et amène aux soins
<i>P3: « [...] J'ai avalé 30 comprimés d'un coup. J'ai dormi jusque hyper tard le lendemain, je me suis réveillée complètement à l'ouest, du coup, une copine à moi, qui a direct compris, m'a amenée aux urgences. C'est là où j'ai été prise en charge »</i>
<i>P5: « c'est mon compagnon qui a expliqué au centre parce que moi je n'arrivais pas à analyser ou à voir quoi que ce soit.. »</i>
Soins considérés comme très étayants
<i>P3: « Le CTB est venu me voir. Sans eux, j'y serais pas allé. Surtout qu'on m'a dit que ce serait assez régulier parce qu'avant je voyais un psychiatre une fois par mois, ça ne servait à rien. Là on m'a dit ce sera vraiment toutes les semaines, on va prendre du temps pour t'écouter. »</i>
5. Eléments qui diminuent l'adhésion aux soins
Mal-être qui génère retrait et désinvestissement
<i>P4: « les seules fois où je veux pas être prise en charge, où je veux pas faire un atelier, c'est parce-que je n'ai pas envie, je suis pas bien. [...] J'ai du mal à faire cette prise en charge, parce que je vais mal.[...] J'ai envie d'être seule, je m'isole pour oublier. »</i>
Recevoir des soins psychiatriques confirmerait la représentation des autres sur son comportement
<i>P3: « [...] surtout que mon ex et sa mère..que j'adorais [...] quand on s'est séparé elle a dit « vus ses troubles, son état psychologique, ça m'étonne pas qu'elle ait fait des trucs de folle. » Et là je me suis dit, bon, je ne vais pas voir de spécialistes parce que ça va encore plus lui donner raison... et ça va encore plus donner raison aux autres! »</i>
Sentiment d'être jugée vis-à-vis de ses agissements
<i>P6: « C'était compliqué pour moi qu'on me pointe du doigt sur mes comportements, mes réactions.. »</i>
Cadre et objectifs de soins flous impliquant un trop grand nombre de soignants
<i>P6: « j'avais l'impression qu'ils étaient un peu perdus: sur qui on travaille, pourquoi, pour faire quoi...C'était pas facile du tout comme c'est plusieurs personnes qui vous disent des choses différentes, qui posent un diagnostic sur vous alors que vous les voyez en 30 minutes..[...]»</i>

P6: « J'en ai vu beaucoup et le fait de beaucoup en voir c'est pas bon non plus parce que ça nous mélange dans tous les sens alors qu'il faudrait une bonne prise en charge, quelque chose de...un vrai truc de fond. »

Traitement uniquement médicamenteux

P6: « on m'a donné des médocs en mode, allez histoire que ça passe [...] C'est pire, on vous donne des trucs mais on ne vous aide pas...Du coup c'est des armes contre nous en fin de compte ça. Et ils n'ont pas cherché à aller plus loin. »

Scepticisme initial vis à vis d'un diagnostic mis en avant sur les réseaux sociaux

P3: « au début j'étais un peu sceptique parce que sur les réseaux, le trouble borderline tout le monde en parle mais c'est un peuEn fait j'avais peur que mon diagnostic...en gros les gens que je voyais dire ça sur les réseaux, j'avais l'impression que c'était pour attirer l'attention et quand on me l'a posé j'étais en mode, oh non pas ça...[...] J'étais là..personne ne va me prendre au sérieux [...] »

6. Evolution difficile et progressive mais accélérée par la compréhension

Décalage entre le rationnel et l'émotionnel

P5: « Après c'est compliqué parce que je vais avoir le raisonnement du raisonnable mais je peux exploser à n'importe quelle minute. »

Compréhension permet le changement

P6: « ça a changé ma façon de fonctionner...c'est à dire que, quand on est dans le flou, on sait pas.. [...] ça ramène aussi à ce sentiment d'impuissance et d'incompréhension que...quand on comprends...c'est comme si tout s'aligne. »

Conscience de l'évolution lente du trouble

P6: « ça je sais que ça va être le travail d'une vie. En fait tout ça je vais devoir apprendre à vivre avec. »

Tableau 9: Analyse qualitative transversale des BDL-H

Vécu du trouble
1. Relations inter personnelles: à la fois nécessaires et principales sources d'émotions négatives
Attention des autres nécessaire
<i>P2: « même si j'ai peur des contacts, il m'en faut. Je l'ai remarqué quand j'étais en clinique psychiatrique. Même si c'est compliqué, il me faut de l'attention de la part des autres ».</i>
Incompréhension dans le contact social: source de culpabilité
<i>P2: « dans un moment d'incompréhension avec quelqu'un...je vais avoir ces symptômes parce que je culpabilise de cette incompréhension ».</i>
Toujours paranoïaque de la pensée des autres
<i>P1: « pour ce qui est de la paranoïa, ça peut donner des difficultés dans les relations sociales parce que forcément on est toujours paranoïaque sur ce que les gens peuvent penser si on pense avoir fait quelque chose de mal. »</i>
« Jalousie malative » dans la relation amoureuse
<i>P2: « en fait ma jalousie malative me compliquait la tâche. Je n'arrive pas à être heureux sans relation amoureuse mais, en étant en relation amoureuse, il y a quand même énormément de moment où ma jalousie est très importante. »</i>
Colère dans les contextes relationnels
<i>P1: « Dans des contextes sociaux. Des choses toutes bêtes qui peuvent créer de la frustration, de la colère. »</i>
2. Lassitude en lien avec la répétition de difficultés similaires dans les mêmes contextes
Insatisfaction et ennui vis à vis de la vie scolaire et professionnelle
<i>P1: « là par exemple j'essaye de me trouver un boulot. Je me dis la même chose, je vais y aller, je vais m'ennuyer, ça va être difficile. [...] mais oui, le monde du travail ça reste difficile, sachant que moi je ne voulais pas faire de BAC pro commerce, j'ai été envoyé là-bas par défaut. [...] J'ai toujours fait des choses que je n'aimais pas. »</i>
Lassitude en lien avec la répétition de l'ennui
<i>P1: « en fait il y a l'ennui et l'idée de se dire que ça va recommencer juste après. Par exemple, je vais une journée en cours. [...] Encore une fois c'était de la course d'orientation dans des conditions pas oufs. C'était chiant, je me suis dit demain et après-demain ce sera la même chose. Après il y aura le week-end et ce sera encore la même chose et encore et encore. »</i>
3. Souffrance envahissante mais « sans raison réelle »
Expression psychique et physique de l'angoisse
<i>P2: « le symptôme c'est les sensations physiques et morales »</i>
« Sentiment chronique de vide »: fréquent et douloureux
<i>P1: « principalement c'est le sentiment chronique de vie. Lorsque mon esprit n'est pas occupé. [...] Parfois ça devenait douloureux. C'est vraiment ce point je pense le plus important qui posait problème. »</i>

P1: « le sentiment chronique de vide qui au bout d'un moment devient douloureux. Comme si votre cerveau voulait sortir de votre crâne par les côtés. [...] Parfois ce sentiment ça bougeait dans tous les sens dans ma tête, dans mon esprit et ça faisait remonter de mauvais souvenirs, des choses douloureuses. »

Tristesse sans raison réelle

P1: « Le plus problématique que je pouvais avoir c'est quand je devenais triste sans spécialement de réelle raison et ça pouvait être assez violent mais sinon ça allait. Ce n'était pas problématique pour les autres en soi, c'était juste un gros coup de tristesse sans raison spécial. »

Colère contenue car sans raison d'être

P1: « il y a les problèmes de colère qui n'ont pas raison d'être, qui peuvent poser problème. Forcément au quotidien. Mais sinon ça va je dirais. »

P1: « quelques colères sans raison que j'enfouis au fond de moi. »

4. Gestion des manifestations

Absence de gestion pour des manifestations temporaires et jugées contenables

P1: « je le gère pas vraiment. C'était épuisant. [...] Mais derrière il n'y avait pas vraiment de solution pour calmer tout ça. »

Contenance interne de l'anxiété en public

P2: « là c'est plus compliqué pour le gérer parce que c'est un lieu public. J'avais pas envie de prendre le TERCIAN parce que je n'avais pas envie de m'endormir dans le bus [...]. Et les scarifications je ne peux pas le faire dans les lieux publics. »

Evitement des facteurs de stress

P2: « j'évite au maximum de contact et voilà »

Scarifications: solution efficace et privilégiée aux autres gestions

P2: « voir mon sang m'apaise »

Recours à des médicaments anxiolytiques

P2: « soit la scarification soit le TERCIAN pour me calmer »

Recours à un contact avec les soignants

P2: « je le gérais par les scarifications ou alors un mail à ma psychologue »

Violence externalisée: situation très inhabituelle qui inquiète l'entourage

P1: « le moment où je suis vraiment allé voir des psychiatres c'est en seconde, après un incident que j'ai eu en cours où j'ai frappé dans un miroir. C'est la seule fois où ça m'est arrivé et j'ai un éducateur spécialisé par la suite, parce que forcément ça avait inquiété pas mal de monde. »

Idées suicidaires surviennent avec le sentiment d'impasse

P1: « les envies suicidaires quand il y a une impasse, ça ça peut arriver souvent. »

5. Réflexions et recherches sur le trouble borderline

Représentation vis à vis du trouble: recherche en autonomie

P1: « j'avais cru lire ça et là qu'on trouvait l'origine du borderline dans les traumatismes. »

Lien réalisé entre traumatismes antérieurs et borderline
<i>P1: « En fait, forcément, tout est un peu lié à une seule chose: la maltraitance familiale. Point qui je crois est quand même essentiel au Borderline. »</i>
Imputabilité des difficultés: le contexte, le trouble psychique ou la défaillance personnelle ?
<i>P1: « dans tous ces stages il y avait toujours un même problème, c'est que, je saurais pas dire, je crois qu'il y avait un espèce de sentiment chronique de vide. Je pense que je m'ennuyais beaucoup. Ou alors c'est juste que je n'avais pas le mental pour supporter ça, je ne sais pas trop. »</i>
Neuropsychologie nécessaire pour appréhender complètement le trouble
<i>P1: « il faudrait des connaissances en neuropsychologie je suppose pour pouvoir affirmer les choses. »</i>
Auto-perception de ses symptômes comme légers en comparaison d'autres personnes
<i>P1: « de mon point de vue je pense que c'est assez léger, je pense qu'il y a des formes plus graves de Borderline ».</i>
6. Vie socio-professionnelle: adaptation parallèle du patient et de l'environnement
Mobilisation du patient
<i>P1: « l'entourage aide beaucoup et le fait de se bouger aide beaucoup »</i>
Adaptation de la scolarité et mobilisation de l'entourage
<i>P2: « au lycée, scolairement parlant, j'ai un PAI pour aménager les épreuves. J'ai un tiers temps et normalement je pourrais m'isoler dans une salle pour les évaluations. »</i>
<i>P1: « là en ce moment ça va mieux parce que je suis un peu soutenu par tous les gens de mon association. »</i>

Vécu des soins

1. Manifestations générant le recours aux soins

Via la crise externalisée

P1: « le moment où je suis vraiment allé voir des psychiatres c'est en seconde, après un incident que j'ai eu en cours où j'ai frappé dans un miroir. [...] »

Via l'anxiété générée par les contacts sociaux

P2: « il y a une fille, qui est anecdotiquement mon ex, à chaque fois que je la vois ça me déclenche des symptômes et ça me pose problème [...] »

2. Entourage familiale et sociale comme aidant à l'inscription sur des soins

P2: « ça faisait longtemps que j'avais en tête de voir une psychologue mais mon ex à cette époque-là [...] m'a poussé à en parler à ma mère. J'en ai parlé et du coup on a pris contact avec la psychologue. »

3. Freins à l'entrée dans les soins

Sentiment d'illégitimité

P2: « je n'avais pas l'impression que mes symptômes étaient valables pour aller voir une psychologue. Je ne me sentais pas légitime pour aller voir une psychologue tout comme je ne me sentais pas légitime pour aller voir un psychiatre. Tout comme je ne me sentais pas légitime d'aller à l'hôpital. [...] En général c'est moi même le frein. »

Sphère psychique ignorée dans le domaine familial

P1: « la psychiatrie, les soins psychologiques chez moi je suis la première personne à en faire. C'est des domaines pas forcément tabous mais on n'en parlait pas. [...] C'est des choses, dans la tête des gens je pense que l'on ne disait pas: il faudrait faire, il faudrait aller voir la psy. Ce n'est pas tabou, juste ignoré. »

2. Niveau de soins adapté à la sévérité des symptômes

P2: « la psychologue m'a dit qu'il fallait quelqu'un de plus avec moi, pour ma situation, parce que ça commençait à devenir du ressort de la psychiatrie tout simplement ».

3. Relation de confiance parfois établie avec les soignants

P2: « ma psychologue ça fait deux ans maintenant donc j'ai établi une relation de confiance. Et c'est en général l'appui le plus fiable. »

2. Un diagnostic à l'intérêt uniquement initial

Un diagnostic psychiatrique qui marque le début des soins

P1: « Je ne sais pas pourquoi, avant d'avoir un diagnostic, j'avais vraiment l'impression d'être délaissé »

Diagnostic permet initialement de mettre des mots sur ses ressentis

P1: « au début ça peut être intéressant, pas que pour les borderline mais pour tous les troubles psychiatriques.. avec un diagnostic ça permet de mettre des mots sur ce que l'on ressent. »

In fine, le diagnostic ne change pas les choses et ne génère pas de nouveaux soins médicamenteux

P1: « au final ça ne change pas grand-chose en fait. Par exemple, là moi je vais à mon association et je crois aussi qu'une personne est borderline là-bas et en fait au final on se dit, on s'en fout, on essaye de faire notre vie. C'est bien parce que ça permet d'expliquer certaines choses mais finalement ce n'est pas si important que ça. »

P1: « et depuis qu'il y a un diagnostic, est-ce que ça change quelque chose? Bah il n'y a pas eu de proposition de médicaments. »

3. Doutes vis-à-vis du « bon » diagnostic

P1: « [...] le diagnostic de Borderline je ne m'y attendais pas du tout. J'ai toujours senti qu'il y avait quelque chose de différent chez moi, tout ce qui touche à l'autisme, l'HPI, ce genre de chose que je dois avoir. »

P2: « là on m'a pris en charge même si la première psychiatre était...comment dire...persuadée que j'avais de l'autisme...ce qui était infondé même si on m'a demandé de faire plein de tests. »

4. Suivi psychiatrique superficiel et répétitif

P1: « au final, on se dit, on va voir une fois par mois un psychiatre qui pose les mêmes questions... Comment ça va aujourd'hui? Oh classique, les situations habituelles. Bon on renouvelle l'ordonnance de Prozac et c'est bon on s'en va...Je sais que ce n'est pas forcément la faute des psy, déjà parce que c'est des suivis qui sont très longs, c'est aussi très difficile mais je me dis on est là, on laisse des gens qui vivent dans le mal-être se débrouiller seuls dans le monde, avec une espèce de pseudo suivi de un mois où au final le psychiatre ne peut pas faire grand-chose. »

5. Proposition d'hospitalisation et réactivité des soins: témoins de la prise au sérieux des difficultés

P2: « Juste pour la clinique: j'en ai parlé à la consult ado, au CMP et à ma psychologue...la consult ado, dès que je leur ai parlé, tout de suite ils ont cherché des places dans les cliniques de Toulouse. Ça a été très rapide, j'ai demandé fin avril, j'y étais début mai. [...] J'ai eu l'impression d'être écouté. Même moi qui me prenais pas trop au sérieux quand je disais ça parce que c'était sur le coup de l'émotion quand je disais ça, ils ont réussi à me faire prendre au sérieux ma situation. »

Vécu du trouble

Au fil des entretiens, Il est apparu que les participants, hommes et femmes confondus, rapportaient plus souvent une symptomatologie internalisée (affects contenus ou exprimés par de l'auto-agressivité).

Une seule patiente décrivait un tableau mixte. Elle rapportait une colère intense durant l'adolescence qui pouvait s'exprimer par de la violence physique envers elle-même (coups auto-portés) et les autres.

A ce jour, Il n'y a pas eu d'orientation de patient présentant une symptomatologie externalisée actuellement prédominante.

Concernant les comorbidités, deux BDL-F rapportaient un trouble du comportement alimentaire. Une BDL-F rapportait une hyperactivité, un trouble attentionnel ainsi qu'un diagnostic de haut potentiel intellectuel. Deux BDL-F pouvaient avoir recours à de l'alcool ou du cannabis pour apaiser leurs affects. Les deux participants hommes faisaient état d'un diagnostic ancien d'épisode dépressif caractérisé.

La majorité des participants avançait un lien entre des maltraitances survenues dans leur enfance et les manifestations du BDL à l'âge adulte.

Les participants rapportaient une adversité principalement générée par la relation à l'autre. Ces difficultés étaient induites, aux yeux des patients, par une crainte abandonnique ainsi que, pour deux BDL-F, par la sensation d'irrespect répété de la part des autres.

A noter que les BDL-H décrivaient des difficultés scolaires et professionnelles prégnantes. De leur côté, une majorité des BDL-F rapportaient une certaine stabilité de la vie professionnelle, a contrario de leurs relations amicales, familiales et amoureuses.

Les femmes exposaient un envahissement quotidien du trouble avec une expressivité marquée.

En parallèle, les BDL-H évoquaient une fréquente contenance interne des difficultés, notamment en public. Leur attitude était souvent passive vis-à-vis de la souffrance morale, attendant qu'elle s'apaise par elle-même. Les facteurs de stress étaient évités.

Les épisodes plus intenses pouvaient toutefois être gérés par des techniques de gestion similaires aux BDL-F (scarifications, médicaments, sollicitation de soignants).

Un participant homme soulignait par ailleurs le caractère modéré de ses difficultés, notamment en comparaison d'autres personnes présentant un TP BDL.

Concernant la forme, nous pouvons noter que les femmes se montraient davantage prolixes pour décrire leur trouble, employant un vocabulaire riche et imagé. Les hommes s'exprimaient de manière plus brève, nécessitaient davantage de relance de la part de l'investigateur et ont pu se montrer plus réticents à préciser leurs difficultés.

Vécu des soins

La crise suicidaire constituait fréquemment le contexte d'entrée dans les soins psychiatriques. Ces derniers s'initiaient, pour les plus jeunes participants, dès l'adolescence et jusqu'à 30 ans pour la participante la plus âgée.

Les BDL-H ne rapportaient pas de parcours carcéraux ou de soins addictologiques. Ils signalaient un premier contact avec la psychiatrie dès l'adolescence.

Le diagnostic le plus tardif (30 ans) concernait une participante rencontrée en incarcération.

Les BDL-F rapportaient toutes un bénéfice important à l'annonce diagnostique. Elles soulignaient également une grande concordance entre les critères diagnostiques du DSM-5 et leur vécu. Le diagnostic permettait d'initier une compréhension progressive de leur fonctionnement, soutenu par le travail psychothérapeutique. Cette compréhension permettait à son tour une reprise de contrôle graduel sur les manifestations du BDL.

Les participants hommes exprimaient de leur côté une faible adhésion au diagnostic. Un participant décrivait un intérêt initial pour mettre des mots sur ses ressentis, mais un apport faible sur la gestion pratique des difficultés. Il se questionnait en parallèle sur d'autres pistes diagnostiques. Le deuxième participant rapportait simplement ne pas avoir été informé de la nature exacte du BDL TP.

Les BDL-H relevaient également une difficulté d'adhésion aux soins. Un participant mettait en avant un faible bénéfice des soins psychiques, le deuxième BDL-H avançait un sentiment d'illégitimité à en recevoir.

A noter que les deux participants s'étaient vu annoncer le diagnostic très récemment, ce facteur pouvant influencer l'appréhension du trouble.

Concernant la forme, les participants hommes et femmes ont pu, à de fréquentes reprises, utiliser des termes sémiologiques tel que « sentiment chronique de vide », « peur de l'abandon », « T.S. », « paranoïa », « schémas ». Ce phénomène reflète possiblement le travail de psychoéducation réalisé durant le parcours de soins, les mots employés par les soignants auprès des participants pouvant teinter le discours de ces derniers durant l'entretien. Deux participantes rapportaient également des recherches réalisées en autonomie sur le trouble (livres, internet).

IV. Discussion

Les résultats concernant l'analyse sont discutés ci-dessous.

Ces observations s'appuient sur des résultats provisoires. Elles sont susceptibles d'évoluer avec l'avancement de la recherche.

Nous avons rapidement constaté une plus grande difficulté d'inclusion des BDL-H. Les médecins des sites avançaient notamment la prépondérance des femmes parmi leurs patients porteurs d'un diagnostic BDL.

Ils notent également la grande fréquence des transitions de genre pour les BDL-H pris en charge dans leur structure.

Un BDL-H rapportait par ailleurs un questionnement ancien autour de son genre.

Malgré une grande diversité des sites de recrutement, les patients rapportaient des expériences de symptômes globalement similaires, se rapprochant davantage du tableau internalisé.

Ce constat est possiblement d'origine multifactorielle.

Il souligne tout d'abord la sur-représentation des patients avec une symptomatologie internalisée, majoritairement attribuée aux femmes par la littérature, parmi les patients accédant à des soins pour le TP BDL.

En effet, notamment en lien avec les critères DSM (en majorité internalisés), il est possible que ces tableaux cliniques soient plus aisément associés au diagnostic par les cliniciens.

Nous pouvons également émettre l'hypothèse que ces patients suscitent un plus grand investissement psycho-éducatif, ces derniers étant jugés plus réceptifs et générant moins de crainte de la part des soignants.

Ces éléments induiraient in fine, en comparaison avec des patients présentant des troubles externalisés, une meilleure adhésion aux soins et un meilleur encadrement par les structures.

A leur tour, ces patients, jugés plus accessibles aux soins, seraient plus à même d'être privilégiés pour l'orientation vers un processus de recherche.

Cette hypothèse rejoint la littérature concernant la prépondérance des symptomatologies internalisées chez les patients pris en charge. Ce tableau était également retrouvé chez les participants hommes qui ne présentaient pas les manifestations externalisées qui leur sont attribuées par la littérature.

Malgré les similitudes cliniques, nous avons pu remarquer une divergence dans l'attitude vis-à-vis du trouble et des soins.

Les femmes ont pu décrire avec précision l'omniprésence des manifestations du TP BDL dans leur quotidien. L'annonce diagnostique générait un soulagement important en lien avec la reconnaissance de leurs difficultés dans un trouble psychique établi et reconnu. Elle induisait également l'espoir d'une évolution future, soutenue par les soins. Leurs vécus étaient en accord avec les recommandations du Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder (19).

De leur côté, les BDL-H rencontraient des difficultés à décrire les manifestations du TP BDL. Les dommages principalement repérés portaient sur leur vie professionnelle ou leur scolarité. Ils se montraient plus sceptiques vis-à-vis du bénéfice des soins ainsi que de leur

légitimité à les recevoir. Ces données rejoignent l'hypothèse avancée par la littérature concernant la demande d'aide, moins accessible pour les hommes (2, 17, 28).

Cette observation sera à compléter avec les données futures, l'analyse actuelle portant uniquement sur deux participants masculins.

Forces

Une des forces de l'étude réside dans sa revue de la littérature qui synthétise l'état actuel des connaissances et constitue une base pertinente pour la recherche clinique.

Appuyée sur la revue, l'approche qualitative, non employée jusque-là, vise le réel en s'immergeant dans la complexité des situations. La qualité intrinsèque des données a été assurée par un contrôle de l'exemplarité avec un choix réfléchi des sites de recrutement.

Ce travail permet de circonscrire l'objet de la recherche et d'instaurer à son tour un socle pour la genèse de nouvelles pistes de réflexion.

Limites

Le protocole utilisé comporte plusieurs limites.

Les approches de triangulation, correspondant en la multiplication de mesures indépendantes du phénomène, n'ont pas pu être appliquées pour cette recherche.

Elles permettent d'augmenter la rigueur du processus analytique et la validité scientifique en approchant au plus près le phénomène étudié.

En effet, l'étude ne comporte qu'une seule source de données (les participants), un seul examinateur, une seule méthode de recueil des données (entretien), un seul type de données (dialogue).

De même, la revue de la littérature, le recueil et l'analyse des discours ont été réalisés par le même investigateur. La validité scientifique pourrait être consolidée par un double codage des verbatims et une indépendance entre la réalisation de la revue et la recherche clinique.

Le besoin de plausibilité peut en effet conduire l'investigateur à adhérer à une explication si elle se conforme à des travaux antérieurs retrouvés dans la littérature durant l'élaboration de la revue.

Par ailleurs, il est probable que les critères d'exclusion (absence de mesure de protection ou de soins sous contrainte en cours) écartent les patients présentant une symptomatologie sévère. Ce choix a été induit par une plus grande complexité des démarches éthiques et réglementaires concernant ces sujets.

Cet élément participe au « biais d'élite » qui amène à privilégier l'inclusion de participants aux propos clairs et à la symptomatologie permettant la réalisation complète de l'entretien de recherche.

De même, l'étude ne prend pas en compte les patients présentant des manifestations considérées comme exclusivement antisociales ou addictologiques ainsi que les patients n'ayant simplement pas bénéficié d'une évaluation diagnostique.

Cette population, bien qu'au coeur de la problématique, reste difficile à saisir par la recherche, ces patients accédant peu aux structures de soins.

A noter également que le terme de « symptômes » est employé à plusieurs reprises par la grille d'entretien. Cette formulation implique un jugement clinique et circonscrit le champ d'exploration aux difficultés identifiées comme symptômes par le patient.

Perspectives futures

Malgré ces limites, cette étude constitue un travail préliminaire original sur un sujet qui reste à explorer sous plusieurs aspects.

Les travaux sur l'expression symptomatique en fonction du genre pourraient, à terme, permettre d'élaborer des approches psychothérapeutiques adaptées en fonction du genre et des profils de comorbidités.

Il semble pertinent, pour les futures recherches, d'établir un focus plus ciblé sur l'impulsivité ainsi que les conduites auto et hétéro agressives des BDL-H et F. Ces manifestations semblent en effet discriminantes pour différencier les tableaux internalisés et externalisés.

Par ailleurs, la recherche concernant les BDL-H reste à ce jour limitée.

Plusieurs études préliminaires ont pu s'intéresser à l'efficacité des programmes DBT chez les BDL-H avec comportement antisocial. Dan Wetterborg (12) repère, au cours de la thérapie, un apaisement significatif des symptômes BDL (auto-mutilation, agressivité verbale et physique) et thymiques.

Certaines recherches discutent de l'intérêt d'adopter des stratégies d'intervention adaptées aux patients masculins. Elles soulignent chez ces patients la crainte d'une relation d'aide unilatérale avec le soignant. Ce lien mettrait en danger l'autonomie du patient du fait d'un sentiment de subordination et « endetterait » vis à vis de l'aide reçue (2, 28).

Pour éviter cet écueil, Goodman (17) propose de favoriser la réciprocité dans les soins psychiques apportés aux hommes (ex. modèle collaboratif, groupe d'entraide).

L'alliance thérapeutique (aptitude à établir un rapport collaboratif avec les soignants, confiance en la possibilité d'évolution des symptômes) semble au centre du sujet et conditionne l'inscription sur un parcours de soins. Son étude chez les BDL-H et F pourrait elle aussi être source d'applications cliniques concrètes.

V. Conclusion

A ce jour, les résultats les plus marquants sont constitués par les points suivants.

Nous avons pu constater des tableaux majoritairement internalisés du TP BDL parmi les participants femmes et hommes. Ce constat est possiblement représentatif d'un accès facilité aux soins pour les patients présentant une expression internalisée, sans distinction du genre.

Les BDL-F rapportaient une grande adhésion au diagnostic de TP BDL ainsi qu'aux soins. En apportant un éclairage sur leurs difficultés, ils permettaient d'initier le changement vis-à-vis de leur fonctionnement.

Les BDL-H présentaient des difficultés à décrire leur expérience interne du trouble. Ils s'inscrivaient difficilement sur les soins psychiques autour du TP BDL, s'interrogeant en parallèle sur d'autres pistes diagnostiques.

La population des BDL-H reste difficilement accessible, comme en témoigne le faible nombre d'inclusion réalisée pour l'étude jusque-là.

Ces résultats peuvent évoluer, l'étude restant en cours.

La question du genre concernant les troubles de personnalité soulève de nombreuses questions tant du domaine psychiatrique que sociologique.

Le BDL TP reste un trouble complexe.

Sa prise en charge actuelle, davantage soutenue par des données scientifiques étayées, pourrait également reposer sur un ensemble de valeurs, parfois non immédiatement explicites aux yeux des soignants. La question du genre pourrait en constituer une.

*Vu le président
du jury le 13/09/22*

Professeur Christophe ARBUS
Professeur Associé - Université de Toulouse III - Paul Sabatier
Service d'Accueil - Service de Psychiatrie
ET PSYCHOLOGIE MÉDICALE
CHU TOULOUSE III - 130, Avenue de Grande-Bretagne
31054 TOULOUSE CEDEX 9
N° RDESS : 21 402 507 7 - N° RPPS : 10002009101

Vu et permis d'imprimer

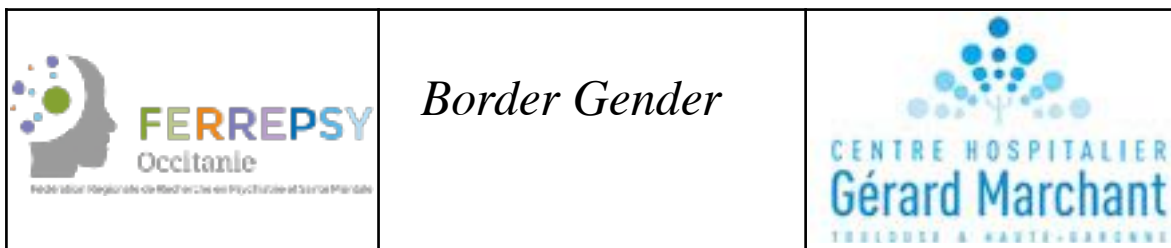
Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY

Bibliographie

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed).
2. Addis ME, Mahalik JR. Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *Am Psychol.* 2003; 58(1):5-14.
3. Antoine Bioy, Marie-Carmen Castillo, Marie Koenig (2021). Les méthodes qualitatives en psychologie et psychopathologie. Paris : Dunod
4. Banzhaf A, Ritter K, Merkl A, Schulte-Herbruggen O, Lammers CH, Roepke S. Gender differences in a clinical sample of patients with borderline personality disorder. *J. Pers. Disord.* 2012;26(3):368-80. Epub 2012/06/13. doi: 10.1521/pedi.2012.26.3.368. PubMed PMID: 22686225
5. Bayes A, Parker G. Borderline personality disorder in men: A literature review and illustrative case vignettes. *Psychiatry Research.* 1 nov 2017;257:197-202.
6. Bradley, R., Zittel Conklin, C., Westen, D., 2005. The borderline personality diagnosis in adolescents: gender differences and subtypes. *J. Child Psychol. Psychiatry* 46 (9), 1006–1019.
7. Bjorklund, P. No Man's Land: Gender Bias and Social Constructivism in the Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Issues in Mental Health Nursing.* 2006. Vol. 27, n° 1, pp. 3-23.
8. Boggs, C. D., Morey, L. C., Skodol, A. E., Shea, M. T., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., & Gunderson, J. G. (2005). Differential impairment as an indicator of sex bias in DSM-IV criteria for four personality disorders. *Psychological Assessment*, 17(4), 492-496. doi: 10.1037/1040-3590.17.4.492
9. Boysen G, Ebersole A, Casner R, Coston N. Gendered Mental Disorders: Masculine and Feminine Stereotypes About Mental Disorders and Their Relation to Stigma. *The Journal of Social Psychology.* 2 nov 2014;154(6):546-65
10. Black DW, Gunter T, Allen J, Blum N, Arndt S, Wenman G, Sieleni B. *Comprehensive Psychiatry*. 5. Vol. 48. Elsevier Science; New York: 2007. Borderline personality disorder in male and female offenders newly committed to prison. pp. 400–405.
11. Brink C van den, Harte JM, Denzel AD. Men and women with borderline personality disorder resident in Dutch special psychiatric units in prisons: A descriptive and comparative study. *Criminal Behaviour and Mental Health.* 2018;28(4):324-34.
12. Dan Wetterborg, Dehlbom P, Langstrom N. Dialectical behavior Therapy for Men With Borderline Personality Disorder and antisocial Behavior: A Clinical Trial. *J Pers Disord.* 2020 Feb;34(1):22-39. doi: 10.1521/pedi_2018_32_379.
13. Dehlbom P, Wetterborg, Lundqvist, Maurex, Dal, Dalman, Kosidou. (2022 May). Gender differences in the treatment of patients with borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and treatment*, 13(3), 277-287. DOI: 10.1037/per0000507
14. Drapalski AL, Youman K, Stuewig J, Tangney J. Gender differences in jail inmates' symptoms of mental illness, treatment history and treatment seeking. *Criminal Behaviour and Mental Health.* 2009;19(3):193-206.
15. Flanagan, E. H., & Blashfield, R. K. (2005). Gender acts as a context for interpreting diagnostic criteria. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 1485–1498. DOI: 10.1002/jclp.20202
16. Flanagan, E. H., & Blashfield, R. K. (2003). Gender bias in the diagnosis of personality disorders: The roles of base rates and social stereotypes. *Journal of Personality Disorders*, 17, 431–446.

17. Goodman M, Patil U, Steffel L, et al. Treatment utilization by gender in patients with borderline personality disorder. *J Psychiatr Pract.* 2010;16:155–163
18. Grant, BF, Chou, SP, Goldstein, RB, et al. (2008) Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69: 533–45
19. Gunderson, J.G., Links, P. (2014). *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder.* American Psychiatric Pub.
20. Hefferson K., Gil-Rodriguez E. (2011). Interpretative Phenomenological Analysis. *Psychologist*, 24 (10), 756-759.
21. Hoertel, N., Peyre, H., Wall, M. M., Limosin, F., & Blanco, C. (2014). Examining sex differences in DSM-IV Borderline Personality Disorder symptom expression using Item Response Theory (IRT). *Journal of Psychiatric Research*, 59213- 219. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.08.019
22. Johnson DM, Shea MT, Yen S, Battle CL, Zlotnick C, Sanislow CA, Grilo CM, Skodol AE, Bender DS, McGlashan TH, Gunderson JG, Zanarini MC. Gender differences in borderline personality disorder: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Compr Psychiatry.* 2003;44:284–292
23. Jani, S., Johnson, R. S., Banu, S., & Shah, A. (2016). Cross-cultural bias in the diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Bulletin of The Menninger Clinic*, 80(2), 146- 165. doi: 10.1521/bumc.2016.80.2.146
24. Lenzenweger, M. F., & Willett, J. B. (2007). Predicting individual change in personality disorder features by simultaneous individual change in personality dimensions linked to neurobehavioral systems: The longitudinal study of personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(4), 684–700
25. McCormick, B., Blum, N., Hansel, R., Franklin, J.A., St John, D., Pfohl, B., et al., 2007. Relationship of sex to symptom severity, psychiatric comorbidity, and health care utilization in 163 subjects with borderline personality disorder. *Compr.Psychiatry* 48 (5), 406–412.
26. Mirkovic B., Speranza M., Cailhol L. Validation of the French version of the screening instrument for borderline personality disorder (MSI-BPD). *BMC psychiatry.* 2020 May 12;20(1):222. doi: 10.1186/s12888-020-02643-8
27. Paris J. An overview on gender, personality and mental health. *Personality and Mental Health.* 2007;1(1):14-20
28. Pattyn E., Verhaeghe M., Bracke P. The gender gap in mental health service use. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2015;50:1089-1095. doi: 10.1007/s00127-015-1038-x.
29. Silberschmidt, A., Lee, S., Zanarini, M., & Schulz, S. C. (2015). Gender differences in Borderline Personality Disorder: Results from a multinational, clinical trial sample. *Journal of Personality Disorders*, 29(6), 828-838. doi:10.1521/pedi_2014_28_175
30. Skodol, A.E et Bender, DS. Why are women diagnosed borderline more than men? *Psychiatric Quarterly.* 2003. Vol. 4, n° 74, pp. 349-360.
31. Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2011). Gender patterns in Borderline Personality Disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(5), 16-20. Retrieved from <http://ezproxy.libraries.wright.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2011-12370-004&site=ehost-live>
32. Sansone RA, Lam C, Wiederman MW. Self-Harm Behaviors in Borderline Personality: An Analysis by Gender. *The Journal of Nervous and Mental Disease.* déc 2010;198(12): 914–915.
33. Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2009). Comparative gender biases in models of personality disorder. *Personality and MentalHealth*, 3(1), 12-25. doi:10.1002/pmh.61

34. Schulte Holthausen B, Habel U. Sex Differences in Personality Disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 11 oct 2018;20(12):107
35. Sharp C, Michonski J, Steinberg L, Fowler JC, Frueh BC, Oldham JM. An investigation of differential item functioning across gender of BPD criteria. *J Abnorm Psychol.* févr 2014;123(1):231-6.
36. Tadic, A., Wagner, S., Hoch, J., Baskaya, O., von Cube, R., Skaletz, C., et al., 2009. Gender differences in axis I and axis II comorbidity in patients with borderline personality disorder. *Psychopathology* 42 (4), 257–263.
37. Trestman RL, Ford J, Zhang W, Wies-brock J. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law.* 4. Vol. American Academy of Psychiatry and the Law; Bloomfield, Conn.: 2007. Current and lifetime psychiatric illness among inmates not identified as acutely mentally ill at intake in Connecticut's jails. pp. 490–500
38. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry.* 2001;58:590–596
39. Wetterborg, D., Langstrom, N., Andersson, G., Enebrink, P., 2015. Borderline personality disorder: prevalence and psychiatric comorbidity among male offenders on probation in Sweden. *Compr. Psychiatry* 62, 63–70.
40. Zlotnick C, Rothschild L, Zimmerman M. The role of gender in the clinical presentation of patients with borderline personality disorder. *J Personal Disord.* 2002;16:277–282
41. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, et al. Mental health service utilization by borderline personality disorder patients and Axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years. *J Clin Psychiatry* 2004;65:28–36.



ANNEXE 1 : MSI-BPD

Quel est votre âge ?

DURANT L'ANNEE DERNIERE:

Répondre par oui ou par non à chacune des questions :

1. Une de vos relations proches a-t-elle été perturbée par beaucoup de disputes, ou de ruptures à répétition ?
2. Vous vous êtes délibérément blessé(e) physiquement (par ex. vous êtes-vous cogné(e), coupé(e) ou brûlé(e) vous-même) ? Avez-vous fait une tentative de suicide ?
3. Avez-vous eu au moins deux problèmes liés à l'impulsivité ? (par ex. crises de boulimie et dépenses excessives, excès d'alcool et ou explosions verbales) ?
4. Vous êtes-vous senti(e) d'humeur extrêmement changeante ?
5. Vous êtes-vous senti(e) très souvent en colère ? Et avez-vous souvent agi de façon coléreuse, sarcastique ou moqueuse ?
6. Avez-vous souvent été méfiant(e) vis-à-vis des autres ?
7. Vous êtes-vous souvent senti(e) irréel(le), ou comme si les choses autour de vous n'étaient pas réelles ?
8. Vous êtes-vous senti(e) vide de façon chronique ?
9. Vous êtes-vous souvent senti(e) comme si vous n'aviez aucune idée de qui vous êtes, ou comme si vous n'aviez pas d'identité propre ?
10. Avez-vous fait des efforts désespérés pour éviter de vous sentir abandonné(e) ou d'être abandonné(e) (par exemple : avez-vous appelé plusieurs fois quelqu'un pour vous rassurer au sujet de l'attention qu'il (elle) vous portait, avez-vous supplié quelqu'un de ne pas vous quitter, vous êtes-vous accroché(e) physiquement à quelqu'un) ?

Chaque question répondue par l'affirmative compte pour un point.

Score total :

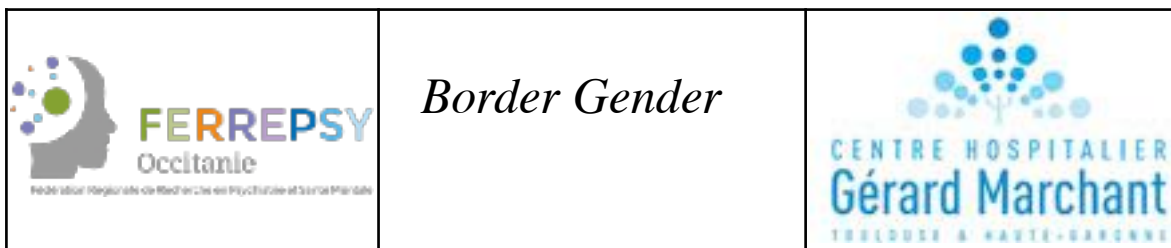
Un score total supérieur ou égal à 5/10 est en faveur de la présence d'un trouble de la personnalité Borderline.

Traduction française par Yann Le Corff, Alexa Martin-Storey et Karine Forget

ANNEXE 2: Grille d'entretien version initiale

Thématiques	Questions générales	Questions de relance
Expression du trouble	Que pouvez-vous me dire sur la manière dont s'expriment vos symptômes ? Pouvez-vous nommer des éléments qui déclenchent ou favorisent ces symptômes ?	
Ressources face aux symptômes	Que pouvez-vous me dire de votre contrôle sur les symptômes ? Comment gérez-vous ces symptômes au quotidien ?	
Impact du trouble	Quel(s) impact(s) le trouble borderline a-t-il pu avoir sur votre quotidien ? Selon vous, quels sont les symptômes qui ont eu le plus d'impact sur votre vie et pourquoi ?	Social ? Professionnel ? Familial ?
Représentation du patient vis à vis du trouble	Quel(s) sens donnez-vous au trouble de personnalité borderline et à ses symptômes ?	

Accès aux soins	Pouvez-vous me décrire le(s) contexte(s) dans lesquels vous avez reçu des soins psychiques ?	Que pouvez-vous me dire des éléments qui ont pu favoriser votre accès aux soins ? Que pouvez-vous me dire des éléments qui ont pu freiner votre accès aux soins ?
Vécu des soins	Quel bilan feriez-vous de votre prise en charge en psychiatrie jusqu'à maintenant ?	



ANNEXE 3: Grille d'entretien version finale

Thématiques	Questions générales	Questions de relance
Expression du trouble	Qu'est-ce qui vous a amené à rencontrer pour la première fois un psychiatre ? Que pouvez-vous me dire sur la manière dont s'expriment vos symptômes ?	Pouvez-vous me raconter un moment où vous avez vécu ça ? Pouvez-vous nommer des éléments qui déclenchent/ favorisent ces symptômes ?
Ressources face aux symptômes, impact du trouble	Comment est-ce que vous gérez ces symptômes au quotidien ?	Que pouvez-vous me dire de votre contrôle sur les symptômes ? Quel(s) impact(s) vos symptômes ont-ils sur votre quotidien ? Selon vous, quels sont les symptômes qui ont le plus d'impact sur votre vie et pourquoi ? Que disent les autres de ce qui se passe pour vous ?

Vécu des soins	Quel bilan est-ce que vous feriez de votre prise en charge en psychiatrie jusqu'à maintenant ?	Pouvez-vous me décrire le(s) contexte(s) dans lesquels vous avez reçu des soins psychiques ? Que pouvez-vous me dire des éléments qui ont pu favoriser/freiner votre accès aux soins ? Comment pourrait-on améliorer les prises en charge psychiques ?
Représentation du patient vis à vis du trouble	Le trouble borderline c'est quoi pour vous ?	
	Est-ce que vous voulez ajouter quelque chose ?	

VECU DU TROUBLE ET DES SOINS CHEZ LES PATIENTS BORDERLINE EN FONCTION DU GENRE

Les patients suivis pour un trouble Borderline restent majoritairement représentés par des femmes (sex-ratio de 3/1). Ce ratio est en contradiction avec les études de prévalence en population générale qui ne retrouvent pas de différence significative entre les genres.

L'objectif de cette recherche est d'étudier l'expérience du trouble et des soins chez les patients Borderline selon le genre.

Une meilleure compréhension de ces expériences permettrait de caractériser l'expression du trouble en fonction du genre et de déterminer les obstacles à une prise en charge éayante, notamment pour les hommes.

Il s'agit d'une étude qualitative transversale et observationnelle.

Des entretiens semi-directifs ont été menés de manière parallèle auprès de deux échantillons distincts, hommes et femmes.

Il est apparu que les participants, hommes et femmes, rapportaient majoritairement des manifestations internalisées du trouble (affects contenus ou exprimés par de l'auto agressivité). Ce constat souligne la sur-représentation de ce tableau clinique parmi les patients accédant à des soins pour le trouble Borderline. Des manifestations externalisées (exprimées par de l'hétéro agressivité), décrites comme plus fréquentes chez les hommes, conduiraient moins souvent à une prise en charge.

Concernant les soins, les hommes exprimaient une faible adhésion en lien avec un bénéfice perçu comme modéré ou un sentiment d'illégitimité à en recevoir.

Cette étude illustre la nécessité de porter attention à la manière dont le genre influence l'expression des troubles psychiques ainsi que nos pratiques de soins.

TITRE EN ANGLAIS : Experience of the disorder and care in Borderline patients depending on gender

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : Borderline, genre, étude qualitative

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR :
Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeurs de thèse : Anne-Hélène MONCANY, Julien DA COSTA