



Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie

Année 2021

THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement le 01 Octobre 2021 à Poitiers par

Madame Marie POIRIER

Etude de l'impact des ruptures sentimentales sur la santé mentale des adolescents

COMPOSITION DU JURY :

Président : Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL

Membres : Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

Monsieur le Professeur Maurice CORCOS

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Yoann LOISEL

:



Le Doyen,

Année universitaire 2020 - 2021

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en disponibilité)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation

- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie (retraite 01/03/2021)
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique (en mission 2020/21)
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie (en cours d'intégration PH)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (en mission 1 an à/c nov.2020)
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (en dispo 1 an)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements :

Au Président du Jury :

Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL :

Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse, je vous remercie pour votre bienveillance et la liberté que vous m'avez accordée tout au long de mon internat. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

Aux Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Maurice CORCOS :

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et je vous remercie d'avoir accepté de m'accueillir à deux reprises au sein de votre département de psychiatrie, me permettant de bénéficier d'un riche enseignement. Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI :

Vous me faites également l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie pour les enseignements et le soutien que vous apportez à vos internes. Soyez assuré de mon profond respect.

A mon directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Yoann LOISEL :

Vous m'avez fait l'honneur de bien vouloir assurer la direction de ma thèse et je vous remercie de m'avoir soutenue et accompagnée dans ce projet. Merci également pour vos enseignements prodigués lors du semestre effectué au sein de votre unité de jour. Veuillez recevoir l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A mes maîtres de stage et aux équipes médicales et paramédicales qui ont eu la gentillesse de m'accueillir en stage au cours de mon internat :

Sans vous je n'aurais rien appris.

Monsieur le Docteur Damien MALLET (Tony Lainé puis l' ASAP à Poitiers).

Monsieur le Docteur Cédric Cadet et Madame le Docteur Marie José Rousseau (UA OCC à Angoulême).

Monsieur le Docteur Jean Marc Destailats et Madame le Docteur Anne Lise Ducasse (Jonzac et Royan).

Messieurs les Docteurs Clément Pinquier , Brahim Benaoum, et Clément Buhry (Saintes).

Monsieur le Docteur Yoann Loisel et Madame le Docteur Severine Blot (UDJ de l' IMM à Paris).

Monsieur le Docteur Pierre Marie Leblanc (UCMP à Poitiers).

Madame le Docteur Coralie Vincens et Madame le Docteur Emilie Cestac (CESAM à Poitiers).

Madame le Docteur Isabelle Nicolas, Monsieur le Docteur Pablo Votadoro, Mesdames les Docteurs Nina Kalindjian et Aurélie Letranchant (hospitalisation temps plein de l'IMM à Paris).

Merci aux équipes de l'unité de jour et du second de l' IMM pour m'avoir fait apprécier chaque moment d'échange, de réflexion et de mise en commun.

Merci à l'équipe de l'ASAP de m'avoir appris que lorsqu'on y met le cœur tout devient possible.

Merci à ceux qui m'ont appris la clinique psychanalytique et qui m'ont accompagnée dans mes apprentissages :

Monsieur le Docteur Alain Braconnier, Monsieur Sylvain Missonnier, Monsieur Antoine Périer pour la qualité de vos enseignements qui m'ont ouvert non seulement un champ de compréhension mais également un champ de possibles...

Merci à Mesdames Corinne Dugré Lebigre et Isabelle Sauret pour leur aide et leur disponibilité.

Papa et Maman, merci d'avoir toujours été là pour moi, merci pour votre soutien infaillible et ces regards qui me donnent des ailes lorsqu'ils se posent sur moi. Merci pour la douceur de l'enfance que vous nous avez offerte et de nous avoir toujours donné le meilleur. Merci pour votre amour inconditionnel.

Myriam, merci pour tout, quand le compagnonnage devient une belle amitié ! Merci de m'avoir fait comprendre à quel point l'amitié était un bien précieux et de m'avoir appris que la répétition faisait partie de la cure. Merci également à ton ado d'être le meilleur des ados.

Jean Eudes, merci pour le soutien, l'écoute et surtout, surtout, merci pour ta bienveillance. Merci d'être toi et merci d'avoir croisé mon chemin.

Camille, parce qu'il existe aussi les sœurs de cœur, et qu'au détour d'une colocation saintaise j'ai découvert l'amour philia, merci.

Alice, merci pour cette flamboyante rencontre, et nos discussions qui sont toujours riches en réflexions, remises en question et surtout en rires ! Merci également pour ton hospitalité, et ton charisme si inspirant.

Louis, merci d'être le petit frère qui m'a appris à être grande.

Clément, merci pour cette amitié qui a su traverser ces années de longues études, bientôt nous serons tous deux thésés... qui l'eut cru ?

Dhelyar, merci d'être mon éternel rayon de soleil.

Lilly et Jo, merci pour votre hospitalité, votre bonne humeur, votre beauté et celle de vos enfants.

Haoua, Béatrice et Sonia merci pour nos rencontres et nos fous rires.

Jad et Thomas merci pour nos rendez-vous toujours au sommet.

Jean Marc et Jeanine, merci pour votre gentillesse et votre bienveillance.

Alice, Marie, Jean Baptiste, Eloise, Ambre, Margot, et les autres... quand les collègues deviennent des amis, il devient si agréable d'aller au travail qu'il est presque impossible de quitter le service....

Merci à toutes les rencontres qui ont jalonnées mon chemin, qu'il s'agisse des rencontres décisives et fondatrices sus-citées ou des rencontres plus invisibles dont les filaments ont également permis de me constituer en tant qu'individu et future pédopsychiatre.

«Alors je pensais à Anne,
moi qui avais appris à ne penser à rien,
sinon à mes douleurs [...]»

Samuel Beckett, *Premier amour*

Lexique :

TPB : trouble de la personnalité borderline

TPD : trouble de la personnalité dépendante

NSSI : non-suicidal self-injury désigne les conduites d'automutilations sans intentionnalité suicidaire

TS : tentative de suicide

IDN : idées noires

IDS : idées suicidaires

Lexique :	9
I- Introduction :	11
II-Etude :	12
1 - Questionnement :	12
2 - Etat des lieux :	17
4 - Hypothèse	19
5 - Objectif	20
III-Matériel et méthode :	21
1 - Design de l'étude :	21
A - Critères d'inclusion et d'exclusion :	21
B - Critère de jugement principal :	22
C - Critères de jugement secondaire :	22
2 - Patients et données :	23
A - Méthode de recrutement et population de l'étude :	23
B - Protocole de contact des patients et de leurs représentants légaux :	24
C - Entretiens avec les patients :	24
D -Outils d'évaluation :	25
3 - Analyse statistique :	27
4 - Considérations éthiques et cadre réglementaire :	28
IV-Résultats :	29
1 - Population de l'étude :	29
2 - Descriptions des participants :	30
3 - Analyse des données :	32
V-Discussion :	37
1 - Interprétations :	37
2 - Biais, forces et limites de l'étude :	38
3 - Perspectives :	40
VI-Illustrations cliniques :	41
VII-Conclusions :	46
VII-Bibliographie :	47
VIII-Annexes :	52
IX - Résumé :	61
X - Serment d' Hippocrate :	63

I- Introduction :

Cette étude vise à mesurer l'impact des ruptures sentimentales sur les problématiques de santé mentale chez les adolescents. Mettre en évidence la forte sensibilité à ces événements de vie chez ceux qui présentent un diagnostic de trouble de la personnalité borderline permettrait alors de mieux les accompagner.

Nous cherchons à observer les effets des ruptures amoureuses sur les conduites suicidaires et auto-agressives des adolescents borderline. Pour cela nous utiliserons un auto-questionnaire et un hétéro-questionnaire ainsi qu'un entretien semi dirigé.

Avec ce projet de recherche, nous souhaitons réaliser une étude rétrospective cas-témoins multicentrique, auprès d'un échantillon de 60 sujets âgés entre 13 et 18 ans.

Nous formulons l'hypothèse que les adolescents Borderline sont plus à risque de crise suicidaire au décours d'une rupture sentimentale que les adolescents issus de la population générale.

La population sera constituée par des adolescents âgés entre 13 et 18 ans, filles et garçons, présentant un diagnostic de trouble borderline pour le groupe des cas, et issus de la population générale pour le groupe des témoins. Nous souhaitons constituer un échantillon de 60 sujets (30 dans chaque groupe).

Ce questionnaire sera distribué au sein du département de pédopsychiatrie de l'Institut Mutualiste Montsouris, au sein du pôle de pédopsychiatrie du Centre Henri Laborit à Poitiers, ainsi qu'au sein d'un service de médecine somatique du Centre Hospitalo-Universitaire de Poitiers afin de constituer un groupe témoin.

Nous nous attendons à retrouver une majoration des idéations et conduites suicidaires chez les adolescents limites dans les suites d'une rupture sentimentale.

II-Etude :

1 - Questionnement :

Au commencement il y a l'amour. Dans nos vies, l'amour est omniprésent. Il réside dans tous nos liens, nos échanges et nos représentations culturelles. Les Grecs l'avaient explicité en désignant alors quatre modalités d'amour. L'Eros représente l'amour passionné et sensuel, motivé par le manque et le désir ; le Storgê est l'amour familial, maternel, amical, basé sur l'affection ; la Philia décrit l'amour de son prochain et l'amour amical ; et l'Agapê signifie l'amour le plus pur, l'amour inconditionnel. Et même si les philosophes ont pour tradition de se méfier de ce sentiment amoureux qui serait, selon eux, l'ennemi de la raison et de la sérénité, l'amour passionne et attire, inspirant artistes, écrivains et poètes, nourrissant nos discussions ordinaires.

Car l'amour est un trouble continu, un déplacement du Moi, un transfert sur un objet choisi. Objet choisi non en raison de ses qualités propres, mais plutôt par un mécanisme de projection de celle que le sujet se souhaite et par conséquent, des affinités ou des contrastes de l'objet avec l'objet oedipien. L'auteur C. David décrit l'amour comme un processus de dédifférenciation. Il est effectivement question d'un mouvement narcissique au cours duquel l'idéal du Moi absorberait le Moi par personne interposée. Les expériences de dédifférenciation passagères, telles que le sommeil, l'orgasme et l'état amoureux, viennent périodiquement nous permettre de nous extraire de la différenciation qui, selon Freud, rend notre fonctionnement psychique plus labile et plus difficile (1). L'amour, c'est donc l'histoire d'un corps éprouvé par un autre corps (2), produisant un déplacement, qui induit lui-même un vertige, c'est-à-dire une perte de Soi dans la pensée et dans la chair de l'autre. Souvent l'amour est idéalisé, notamment à l'adolescence où la vie entière est attendue de l'objet d'amour. Paul Laurent Assoun explique que « l'idéal désigne le manque qu'il vient suppléer » (3). Nous entendons alors que cette idée d'amour idéal renvoie à l'amour maternel, celui de l'objet primaire, censé avoir offert à l'enfant une présence attentive et précoce. L'investissement amoureux, à l'instar de tout attachement objectal, trouve ainsi ses racines au niveau du narcissisme primaire (4) et de la période de fusion symbiotique entre la figure maternelle et l'enfant dont les peaux sont les principaux espaces d'échanges. C'est cette considération que transcrit Romain Gary par sa célèbre formule « avec l'amour maternel, la vie nous a fait à l'aube une promesse qu'elle ne tient jamais » (5). C'est également en ce sens

que Freud, au sujet de la quête amoureuse, postulait que «trouver l'objet n'est jamais qu'une retrouvaille»(6). A ce sujet, Camus dans sa correspondance à Maria Casarès lui écrit :«Tu es la vie et ce qui me rattache à elle. Je te dois un nouvel être en moi, ou plutôt celui que j'étais vraiment et qui n'était jamais arrivé à naître»(7).

On l'aura compris, l'amour serait teinté de mouvements régressifs de retrouvailles avec un substitut de l'objet primaire et de dédifférenciation. Finalement il serait la possibilité d'une naissance nouvelle, comme l'exprime la célèbre phrase de l'Acte II de Roméo et Juliette «Appelle-moi seulement amour et je serai rebaptisé». Ainsi, l'amour serait vécu, et plus ou moins consciemment voulu, comme une renaissance, une seconde chance, une issue face à un noyau de souffrance réveillé par l'efflorescence pubertaire. A l'origine de tout amour il semblerait donc y avoir la relation à la mère et son aspect fusionnel avec la constitution du Moi Peau décrit par Anzieu (8), c'est-à-dire celle d'une enveloppe narcissique se constituant par le biais des premiers échanges, et des contacts avec l'objet primaire. Dans les relations amoureuses, on retrouve cette idée de co-construction d'une peau commune, constituée par les échanges de tendresse, de caresses, de douceur et de chaleur, qui forment le canevas des liens d'attachement que l'on tisse. Mais peu nombreux sont ceux qui font l'expérience de l'amour romantique sans faire celle de la rupture...

C'est parce que l'amour est une co-construction, que la rupture est vécue, dans sa composante physique comme dans sa composante psychique, comme une déchirure, un arrachement «il m'ôte cette peau d'amour, cette enveloppante protectrice et rassurante» (9). Lorsqu'elle survient, la rupture signe la fin de cet état amoureux de dédifférenciation, le retour à la situation d'individu seul et délaissé après avoir connu le «corps chimérique que l'amour avait formé»(9). Effectivement, la rupture peut être vécue comme un événement de désamour dont la violence est celle de la blessure narcissique, celle de la démolition de l'ego. C'est l'arrachement de cette peau commune, l'arrachement à l'autre et également à une partie de Soi. Parfois la rupture peut même être éprouvée comme un arrachement au monde, Bion parlait d'une «expérience douloureuse et effrayante du naufrage»(10). Et parce qu'il s'agit d'un arrachement il semblerait alors que «la rupture propre comme un chiffre qui se divise sans reste» (9) soit impossible. Pour aller plus loin, être séparé c'est être mis à part (11), et cette séparation d'avec l'objet nécessite un travail de deuil, qui, si l'objet avait pour fonction de masquer la faille narcissique du sujet, peut devenir pathologique et donc engendrer une diminution du sentiment d'estime de Soi. Car si l'investissement de l'objet amoureux se fait dans l'atténuation de la distinction entre le Moi et cet objet surinvesti (ma moitié, ma meilleure moitié entendons nous souvent), la rupture oblige la re-différenciation du sujet,

souvent vécu dans le sang et les larmes. Il s'agit de l'amputation d'une partie de Soi, selon les mots de Montaigne dans ses essais : «Nous étions à moitié de tout [...] je ne suis plus qu'à demi». En complément de cette idée d'arrachement évoquée plus tôt, il est intéressant de relever la comparaison entre rupture et hémorragie retrouvée chez de nombreux philosophes dont Roland Barthes et Claire Marin, métaphore éclairant le sens mis par les patients dans leur acting d'auto-mutilations au décours d'une rupture, notamment ceux souffrant de trouble de la personnalité borderline. Passages à l'acte auto-agressifs dont le sens pourrait être celui exprimé par Roland Barthes quand il écrit «lorsqu'il m'arrive de m'abîmer, c'est qu'il n'y a plus de place pour moi nulle part, même pas dans la mort» (12). Même banale, la rupture reste une douleur exquise comme le note l'auteure Sophie Calle (13) qui ramène à toutes les autres douleurs, agissant tel un catalyseur. Non seulement la rupture nous mobilise tout entier, mais elle mobilise également le présent, le passé et l'avenir. Surtout, elle nous renvoie à l'idée de fin, d'ultime fin, de mort donc, puisqu'elle nous confronte à l'insoutenable «plus jamais». Plus jamais le tutoiement des corps, plus jamais la tendresse, plus jamais le langage commun co-inventé. Certaines études attestent en ce sens que lors d'une rupture sentimentale, la perte de la relation et la perte de l'objet ne sont pas réellement distinctes (14). Le sujet est alors confronté à la perte, à la solitude, et parfois même à la perte de sens, le fameux «ces heures qui tuaient parfois à coup de pourquoi» qu'évoque Brel... la rupture peut alors laisser l'individu en proie à un désarroi total qui, s'il vient se greffer sur le terrain sensible et instable d'une personnalité fragile, peut faire vaciller le sentiment de soi de l'individu délaissé, réactivation de la douleur de la séparation primitive. Face à cette déchirure insoutenable, les idéations suicidaires peuvent alors apparaître comme l'ultime et unique réappropriation de soi-même (15). C'est ainsi que l'idée du suicide peut, comme le décrit Roland Barthes (12) dans ses fragments d'un discours amoureux, à la fois être adressée à l'objet aimé et perdu, soit comme moyen de chantage notamment, soit comme fantasme d'une réunion après la mort, réunion avec ce morceau de soi avec lequel l'autre est parti.

Ne dit-on pas que de l'amour à la haine il n'y a qu'un pas ? Alors qu'en est-il chez les sujets dont les capacités de mentalisation ne leur permettent pas d'adresser cette haine vers l'extérieur, et qu'elle se retourne alors contre eux ? Nous pensons notamment aux patients borderline dont on connaît la fragilité des limites, et que l'on décrit sans repère car confrontés à un abyssal sentiment de vide les laissant souvent démunis face à un état de complexité, de paradoxe et de souffrance qu'ils ne parviennent à comprendre. De plus, ces individus borderline présentent généralement une construction de l'identité psychique et corporelle échafaudée dans une indifférenciation sujet-objet occasionnant un certain degré de symbiose

dans la relation à l'objet (16) laissant libre cours à d'envahissantes angoisses d'abandon et d'intrusion et empêchant l'instauration d'un écart relationnel propice à la création de soi. Ils sont alors mis à mal par une relation à l'objet perçue comme toujours menaçante. Toute relation durable est alors vécue comme impossible si ce n'est dangereuse ! Les patients souffrant de trouble de la personnalité borderline présentent généralement des histoires de vie marquées de *traumas* par défaut de lien et d'autres *traumas* par excès de lien¹, certains auteurs affirmant que «les patients limites sont souvent des enfants trop tôt désenchantés» (16). En amour comme pour la psychopathologie des troubles borderline, le point de départ se situe au niveau des interrelations précoces. C'est probablement la raison pour laquelle, dans les relations sentimentales, il est régulièrement demandé à l'autre d'agir comme «pansement narcissique». Il n'est alors pas question de rencontre avec l'altérité, mais davantage de trouver un objet sur lequel déposer ses identifications projectives. C'est alors bel et bien l'attrait pour la capture de cet objet qui prédispose à la crainte d'être contaminé, envahi par lui et qui amène cette alternance entre idéalisation et désidérialisation. Lorsque la rencontre se place sous ces modalités relationnelles et que l'objet a pour fonction de venir masquer la faille narcissique du sujet, alors, au moment de la rupture, le travail de deuil devient pathologique puisqu'elle fait resurgir l'angoisse infantile de solitude.

Cela semble être souvent le cas chez les individus borderlines dont l'instabilité, le recours au clivage et les relations anaclitiques sont des stratégies pour pallier la fragilité des assises narcissiques d'un Moi trop ondoyant. Les passions amoureuses orageuses permettent alors de s'éprouver dans une hyperréalité c'est-à-dire une recherche de sensation qui est alors le contre investissement d'un trop difficile accès aux affects et représentations » pour créer un lien dans ce monde de séparation, pour combler le vide qui sans cesse se creuse entre les êtres et entre les choses»(17) comme l'écrivait M. de M'Uzan. Car faute d'un objet interne suffisamment bon, c'est un Moi infantile qui vient répondre à la distance de l'objet (nous nous y trouvons notamment confrontés sur la scène thérapeutique). Et ce sont bien les objets internes qui sont attaqués par ces adolescents à travers les automutilations qui permettent alors d'externaliser la douleur psychique impossible à dire. André Green exposait qu'«il faut demander au borderline qui s'automutile, non pas pourquoi il recommence, mais qu'est-ce

¹ Dans la littérature, sont considérés comme *traumas* par défaut de liens, ou *traumas* en creux, ceux générés par un défaut d'adéquation lors des interactions précoces, les objets parentaux sont trop absents, trop distants, et leur modèle de *caregiving* n'est pas suffisamment accordé aux besoins affectifs de l'enfant, tant ces derniers entrent en résonance avec leur propre histoire infantile. Les *traumas* par excès de lien sont liés à des modèles relationnels trop proches, trop chauds pouvant conduire à des abus sexuels dont les atmosphères incestuelles et les incestes, ici c'est l'excès d'excitation qui déborde les capacités psychiques du sujet et fait ainsi effraction dans sa psyché.

qui saigne»(18). L'automutilation est un recours lorsque les émotions n'ont pas été suffisamment tamisées par la relation corporelle à la figure maternelle. C'est une parade aménagée face au défaut de la constitution d'une enveloppe... Ce qui nous rappelle la description précédemment faite du vécu de déchirement de la rupture. Et comme les automutilations infligées au corps adolescent sont la reduplication des violences éprouvées dans l'enfance, les relations amoureuses adolescentes sont également les répliques des relations affectives avec les figures d'attachement de l'enfance. Il ne s'agirait alors pas d'une quête de sens et de renouveau, mais de l'espoir d'être sauvé par une intervention extérieure, «deus ex machina». Mais derrière l'appel au secours se cache aussi un noyau traumatique et un recours à l'expérience perceptive (dont les automutilations ne sont qu'un aspect) qui laisse à penser qu'il peut résider une appétence traumatophile dans les choix d'objet amoureux des adolescents borderline...

Alors que se passe-t-il quand il y a trop peu d'enveloppe et trop de déchirements ? Lorsque rendu fragile par sa structure ondoyante, et perturbé par les remaniements adolescents, le sujet se confronte à la déchirure de la rupture ? Que se passe-t-il lorsque l'on cherche en l'autre amoureux une réponse aux manques que l'on ne parvient à exprimer et que cet autre finit par se dérober, réactualisant un sentiment d'abandon trop familier ? C'est cela que nous allons questionner ici.

2 - Etat des lieux :

Les relations affectives et amoureuses peuvent représenter une source importante de bien-être chez les individus, notamment les adolescents et les jeunes adultes (19), d'autant plus que chez ces premiers, elles représentent des aspects nécessaires à leur développement individuel (20) et participent au processus de subjectivation. Mais l'amour ne rime pas forcément avec toujours... et nous savons combien les ruptures sentimentales peuvent être houleuses et provoquer des effondrements psychiques (21). Chez l'adulte, les études scientifiques montrent que les effets des expériences de conflits conjugaux sont souvent décrits comme des moments très stressants par les partenaires, et, de ce fait, pourraient, en plus d'avoir un impact sur l'avenir de la relation sentimentale (22), avoir des répercussions sur la santé mentale des partenaires (23). On sait les conséquences des événements sentimentaux négatifs en termes de risque suicidaire (24) (25) (26). Certaines études montrent que de manière générale, les séparations, comme les relations conjugales peu satisfaisantes, sont parmi les principaux motifs d'appels des lignes SOS suicide (27).

Malgré ces résultats retrouvés chez l'adulte, nous constatons qu'à ce jour peu d'études ont observé et mesuré ces mêmes effets des ruptures amoureuses chez les adolescents. Or, nous pouvons imaginer que ces expériences, bien qu'elles fassent partie du développement adolescent et du processus de subjectivation, puissent être encore plus sensibles chez cette population. A l'adolescence, l'individu, soumis au bouleversement de son organisation psychique qu'induit l'efflorescence de la puberté, voit se modifier ses aménagements relationnels, tant avec lui-même qu'avec les autres (28). Les transformations physiques et psychiques liées à l'adolescence, créent une forte instabilité émotionnelle, une fragilité de l'identité, ainsi qu'une hypersensibilité aux séparations et aux abandons, avec le recours aux passages à l'acte et à l'impulsivité pour réguler les affects. Ces manifestations donnent généralement aux adolescents une présentation « simil-borderline » (2). C'est également une période de vie marquée par l'avènement de la puberté, les modifications corporelles qui l'accompagnent, et par l'émergence de la sexualité génitale sous l'influence de la réactivation pulsionnelle (30). C'est donc l'âge qui voit éclore la vie amoureuse (31). L'adolescence est l'âge des premières relations amoureuses, ce que les anglo-saxons nomment « l'amour romantique », c'est-à-dire le fait de s'inscrire dans une relation affective forte et exclusive à un ou une partenaire, et par conséquent, l'âge des premiers chagrins d'amour. Ces relations amoureuses ainsi que les ruptures qui peuvent leur faire suite, sont des terrains d'exploration et d'expérimentation pour les adolescents, au travers desquelles ils viennent réajuster les

attachements construits dans l'enfance, avec un détournement de l'attachement vis-à-vis des figures parentales, au profit des relations avec les pairs (32).

Qu'en est-il chez les adolescents présentant des structures fragiles de personnalité ? Nous savons que les ruptures sentimentales sont des facteurs de risque de dépression (33) et *a fortiori* de crise suicidaire (34), s'il existe bien une population clinique qui nous apparaît particulièrement sujette à ces deux modalités d'expression de la souffrance, ce sont les troubles de personnalité borderline. Ces troubles sont marqués par une forte impulsivité ainsi qu'une grande instabilité qui se manifestent aussi bien dans leur recours aux passages à l'acte que dans les relations interpersonnelles, dont résulte une alternance entre conduites régressives de dépendance et conduites d'opposition violentes caractérisant le modèle relationnel anaclitique (16). De nombreuses études attestent d'une forte corrélation entre les troubles de l'attachement et les troubles de personnalité borderline (35). Par conséquent, on retrouve chez les TPB un grand nombre d'attachements *insécurés* (36) voire désorganisés (37) (38). On observe notamment des modes relationnels similaires chez les personnalités borderline et chez les personnes présentant un attachement désorganisé, avec des fonctionnements marqués par une forte ambivalence entre la recherche d'intimité et la crainte de la dépendance et de l'abandon (39). En outre, nous savons que l'attachement est un des aspects essentiels constituant les liens d'un couple (40) mais qu'il ne suffit pas à expliquer et comprendre les difficultés conjugales des couples TPB (41). De plus, chez les personnalités borderline on retrouve notamment une forte sensibilité induisant une mauvaise interprétation des situations conduisant à des sentiments de rejet et à un manque de confiance (42) dans l'autre et dans la relation, et le manque de confiance au sein de la relation semble découler d'un manque de confiance en soi (43). Cette sensibilité au rejet se nourrit aussi d'une grande intolérance à l'ambiguïté (44). On retrouve également chez les personnes présentant un TPB une perception hostile de leurs relations aux autres (45) et un registre de communication passif-agressif (46). Ces différents éléments permettent de comprendre la comorbidité existant entre TPB et TPD (47). Il s'agit là d'autant de facteurs prédictifs de souffrance psychique lors de la rupture sentimentale chez les adolescents TPB.

De plus, il semblerait que les adolescents, face au réel travail de deuil qui leur reste à faire après la perte de l'objet amoureux, soient finalement peu entendus, tant par leurs pairs que par leurs familles (48). Quid des adolescents borderlines dont l'environnement familial est défaillant ?

Ainsi nous nous interrogeons sur les aménagements relationnels développés au cours des premières relations sentimentales chez les adolescents présentant un trouble de la personnalité borderline, des enjeux et des répercussions des ruptures sentimentales en termes de santé mentale au sein de cette population particulière, et des adolescents en général.

4 - Hypothèse

Selon le DSM-5, le trouble de la personnalité borderline est décrit comme un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de Soi et des affects avec une impulsivité marquée. Les ruptures sentimentales étant par définition des moments d'instabilité dans les relations interpersonnelles, elles ont des répercussions sur l'image et l'estime de soi. Nous formulons donc l'hypothèse que les adolescents Borderline sont plus sensibles aux ruptures sentimentales et que celles-ci peuvent impacter leurs passages à l'acte suicidaire, leurs idéations morbides et suicidaires ainsi que le recours aux conduites d'automutilation.

5 - Objectif

Notre objectif principal est d'évaluer l'impact des ruptures amoureuses sur le fonctionnement psychique des adolescents, notamment les plus fragiles en termes de structure de personnalité afin d'envisager, si besoin, de nouvelles manières de les accompagner lors de ces événements de vie.

Les perspectives de ce travail sont également de pouvoir sensibiliser les soignants à l'importance de cet aspect de la vie des adolescents, afin qu'ils se permettent plus facilement d'interroger les patients adolescents sur ces questions. Le fait de connaître le vécu affectif de nos patients lors de ces événements de vie permettrait alors de pouvoir prévenir certains passages à l'acte auto agressifs.

III-Matériel et méthode :

1 - Design de l'étude :

La présente étude est multicentrique (Centre Hospitalier Laborit à Poitiers et Institut Mutualiste Montsouris à Paris), descriptive, transversale et rétrospective.

Initialement conçue sur un design cas -témoins, les difficultés rencontrées dans le recrutement des témoins rendent impossible un appareillage permettant de réaliser une lecture satisfaisante de ce type de design. Ainsi, dans l'analyse des données les cas et les témoins sont regroupés pour former une population unique qui serait représentative d'une population d'adolescents consultant en pédopsychiatrie.

A - Critères d'inclusion et d'exclusion :

Les critères d'inclusion des participants étaient :

- Adolescents âgés entre 13 et 18 ans
- Fille et garçon
- Ayant déjà vécu une relation amoureuse
- Parlant le français
- Consentement libre et éclairé
- Avec accord des représentants légaux

Les critères d'exclusion des participants étaient :

- État d'agitation aiguë
- État de confusion ou d'altération de la conscience
- Altération du rapport à la réalité
- Retard mental
- Maladie somatique et/ou génétique chronique

Initialement, lorsque l'étude était imaginée selon un design cas-témoin, la notion d'antécédent psychiatrique était un critère d'exclusion des témoins. Les maladies chroniques sont des critères d'exclusion du fait de l'impact psychique de ces pathologies et des soins qu'elles entraînent, altérant l'espace psychique des sujets.

B - Critère de jugement principal :

Le critère de jugement principal est la corrélation entre la présence d'un trouble de la personnalité borderline et l'apparition ou la majoration des passages à l'acte avec intentionnalité suicidaire dans les suites de rupture sentimentale.

C - Critères de jugement secondaire :

Nous étudions aussi la corrélation entre la présence d'un trouble de la personnalité borderline et l'apparition ou la majoration des idéations suicidaires, des idéations morbides et du recours aux conduites d'automutilations dans les suites d'une rupture sentimentale.

L'étude se penche aussi sur l'utilisation que font les adolescents des réseaux sociaux lors des rencontres amoureuses et des ruptures sentimentales, notamment afin de repérer vers qui ces adolescents se tournent pour demander de l'aide lors de ces moments difficiles.

2 - Patients et données :

A - Méthode de recrutement et population de l'étude :

La population se compose de 16 participants âgés entre 13 et 18 ans inclus. La participation à l'étude a été proposée aux patients remplissant les critères d'inclusion et d'exclusion pris en charge dans les service suivants :

- Unité de Jour de l'Institut Mutualiste Montsouris à Paris durant la période de mai 2020

à mars 2021.

- Unité d'Hospitalisation Temps Plein de l'Institut Mutualiste Montsouris à Paris durant la

période de mai à juin 2021.

- Hôpital de Jour ASAP de l'hôpital Henri Laborit à Poitiers durant la période de novembre à avril 2021.

Dans le cadre du recrutement des témoins, l'étude a été proposée aux services d'orthopédie du CHU de Poitiers et de la Pitié Salpêtrière à Paris, sans que cela n'aboutisse à une possibilité de recrutement. Le recours au réseautage a alors été mis en place, permettant de recruter deux participants sans antécédent psychiatrique.

B - Protocole de contact des patients et de leurs représentants légaux :

Les patients remplissant les critères d'inclusion de la présente étude étaient contactés par l'investigateur au décours d'un entretien présentiel ou téléphonique. De même les représentants légaux ont été contactés téléphoniquement afin de leur expliquer en quoi consiste l'étude, ses objectifs, les bénéfices attendus, ainsi que les éventuels inconvénients. Le cadre éthique et légal était également explicité. A l'issue de ces entretiens, les formulaires d'information et de consentement leurs étaient remis ou envoyés par mail et une date d'entretien était alors fixée.

C - Entretiens avec les patients :

Les données de cette étude ont été recueillies lors d'un entretien unique réalisé seulement en présence de l'investigateur principal. Cet entretien individuel durait environ une heure et se déroulait en trois temps : la réalisation de l'auto-questionnaire par le patient, puis l'hétéro-questionnaire consistant en la passation du test SCID-II, et pour finir un entretien semi structuré permettant à l'adolescent de pouvoir verbaliser librement autour de sa vie amoureuse et ses ruptures sentimentales.

D -Outils d'évaluation :

L'outil utilisé pour évaluer la présence ou non d'un trouble de la personnalité borderline chez les participants est l'hétéroquestionnaire SCID-II, dont les études ont déjà démontré la validité tant sur le plan dimensionnel que catégoriel (49), et notamment une bonne concordance avec l'évaluation clinique pour les troubles de la personnalité borderline à l'adolescence (50).

La littérature comme les études ont depuis longtemps expliqué et démontré que le recours aux automutilations était un moyen de réguler les émotions pour les sujets disposant de peu de capacités de représentation et de compréhension de leurs affects. En termes d'évaluation et de mesure des automutilations chez les adolescents, le test OSI est valide et fiable (51) dans la clinique comme dans la recherche (52). Ce questionnaire a été remanié avec quelques questions axées sur les NSSI survenues au décours d'une rupture sentimentale. Ainsi, il semblerait que les individus recourant aux automutilations présentent des scores d'alexithymie plus élevés, mais également que le recours aux automutilations serait associé aux difficultés à identifier et décrire ses états émotionnels (53). Quant à l'association entre comportements automutilateurs et TBP, elle est largement démontrée (54) et serait liée à l'instabilité émotionnelle de cette population (55).

L'intrication entre alexithymie et TPB est couramment soulignée (56). De plus, de récentes études démontrent que non seulement les patients borderline présentent davantage d'alexithymie, et qu'*a fortiori* l'alexithymie serait, avec la dépression, un facteur prédictif de TPB (57). Cependant, d'autres études ne retrouvent pas de différence sur le plan de l'alexithymie entre les différents troubles de personnalité (58).

Pour mesurer l'alexithymie de notre échantillon nous avons utilisé les test TAS20 dont la validité est prouvée (59) et BVAQ dont la validité a également été attestée (60), mais dont les résultats semblent diverger avec ceux de la TAS20. Les résultats du BVAQ seraient plus spécifiques de l'alexithymie, pourtant ils seraient moins sensibles à l'état émotionnel subjectif des participants (61). C'est pourquoi il nous semble important de mesurer l'état d'anxiété des participants lors de la réalisation de l'auto-questionnaire en utilisant le STAI qui s'avère sensible à l'état d'anxiété des sujets mais également fiable quant au diagnostic d'un trouble anxieux (62).

La faible estime de soi des patients TPB, ainsi que son caractère instable, ont été largement étudiée et attestée (63) (64), et il nous paraissait important de mesurer cette donnée, notamment avec l'échelle RSE qui, bien que largement utilisée dans le domaine de la

recherche montre encore quelques insuffisances concernant sa fiabilité interne (65). Nous avons donc ajouté l'échelle SPPA qui présente les avantages d'être conçue pour la population adolescente, et d'évaluer l'estime de Soi dans différents registres de la vie adolescente dont la sphère sentimentale.

3 - Analyse statistique :

Nous souhaitons mesurer la corrélation entre le trouble de la personnalité borderline chez les adolescents et leurs passages à l'acte suicidaire. De même, nous évaluons la corrélation entre ce trouble de personnalité et les idéations suicidaires, idéations morbides et conduites d'automutilation. Afin de pouvoir mesurer les corrélations entre ces différentes variables, nous utiliserons des tests de Student définissant le score SCID-II comme variable quantitative et les tentatives de suicide, idéations suicidaires, idéations morbides et automutilations comme variables qualitatives.

- Analyses univariées :

Les variables qualitatives, binaires, ou discrètes avec très peu de modalités sont exprimées en effectif et pourcentage.

Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne et écart type (SD, *standard deviation*) si l'histogramme révèle une distribution d'allure symétrique, et médiane premier et troisième quartile (Q1, Q3) dans le cas contraire.

- Analyses bivariées :

L'indépendance entre une variable qualitative et une variable quantitative est testée à l'aide d'un test T de Student.

$p < 0,05$ est considéré comme statistiquement significatif.

4 - Considérations éthiques et cadre réglementaire :

La présente étude a été soumise à l'Espace de Réflexion Ethique de Nouvelle Aquitaine qui a rendu un avis favorable en date du 26 août 2020.

Cette étude s'inscrit dans le champ des expérimentations en sciences humaines et sociales dans le domaine médical. Les questionnaires qui la composent n'interviennent pas après une modification de la prise en charge des patients, ni après un changement dans les comportements des sujets. Le questionnaire recueillant le critère de jugement principal n'est pas standardisé ni validé dans la littérature. Cette étude est hors champ de la loi Jardé du 05 mars 2012.

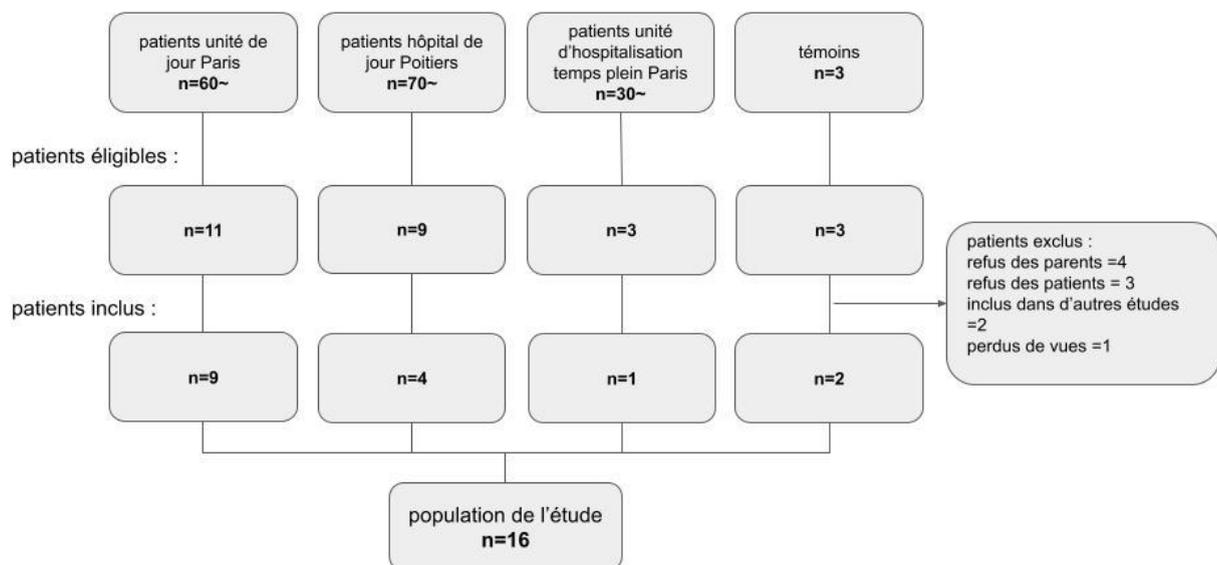
Ce travail de recherche s'inscrit dans la méthodologie de référence MR-004. Les données recueillies sont déclaratives, et leur traitement est assuré par l'Institut Mutualiste Montsouris, cet établissement s'est engagé à respecter la MR-004 le 26 septembre 2018 (déclaration de conformité 2207381 V0). Certaines données socio-démographiques, lorsqu'elles ne se sont finalement pas avérées pertinentes pour notre étude, n'ont pas été saisies ni exploitées afin de rester conforme à la réglementation citée précédemment.

IV-Résultats :

1 - Population de l'étude :

Il est important de souligner la faible population de cette étude, avec seulement 16 participants. La taille de notre échantillon est liée à des difficultés de recrutement, principalement pour les participants sans antécédents psychiatriques qui étaient destinés à constituer le groupe témoin.

Figure I : Flowchart :



2 - Descriptions des participants :

L'étude compte 16 participants adolescents âgés de 13 à 18 ans, avec un âge moyen de 16 ans. L'échantillon est majoritairement composé de filles, avec seulement 2 participants garçons, ce qui représente 12,5% de la population de l'étude. La population est principalement lycéenne (68,75%) et seulement deux des participants suivent des études supérieures au moment du recrutement.

Parmi ces adolescents, 6 sont issus d'un couple parental séparé ou divorcé (37,5%).

56,25% des participants sont évalués comme borderline au test SCID-II (présence d'au moins 5 des 9 critères diagnostiques). La médiane du test SCID-II est de 5 critères diagnostiques retrouvés.

Tous les participants de cette étude ont déjà rencontré un psychologue ou un psychiatre. Il y a 13 participants qui ont déjà bénéficié d'un suivi psychiatrique (81,25%), et 12 ont déjà été hospitalisés en psychiatrie.

Parmi cet échantillon, 3 participants ne se sont jamais automutilés (18,75%).

Tous les participants ont déjà connu une relation et une rupture sentimentale.

L'âge médian de la première relation sentimentale est de 13 ans.

Lors du recrutement, 43,75% des participants se disent engagés dans une relation sentimentale.

Figure II : répartition des scores au test SCID-II :

SCID-II/9	COUNTA	#RE	COUNTUNIQUE
1	3		18,75%
3	3		18,75%
4	1		6,25%
5	2		12,50%
6	3		18,75%
7	3		18,75%
8	1		6,25%
Total général	16		100,00%

Figure III : description des situations conjugales du couple parental :

<i>B15 - situation cc</i>	COUNTA de #RE	COUNTUNIQUE
0	10	62,50%
1	6	37,50%
Total général	16	100,00%

Figure IV : âge des premières relations :

<i>âge première relation</i>	MEDIANE	MOYENNE
7	7	7
9	9	9
11	11	11
12	12	12
13	13	13
14	14	14
15	15	15
16	16	16
Total général	13	12,375

3 - Analyse des données :

Au sein de notre population, seulement 12,5% ont réalisé une tentative de suicide après une rupture sentimentale ($n=2$). Mais il est important de souligner que ces deux sujets avaient un score au SCID-II concluant au diagnostic de TPB ($\geq 5/9$). L'analyse statistique ne retrouve pas de corrélation significative entre le passage à l'acte suicidaire après rupture sentimentale et le score SCID-II ($p=0,8$) ni avec le diagnostic de TPB.

Après une rupture sentimentale, 56,25% des participants rapportent des idéations morbides, et 43,75% ont eu des idéations suicidaires. Dans ce contexte, la présence d'idéations suicidaires semble significativement corrélée avec le score SCID-II ($p=0,004$) (tableau IV) ainsi qu'à la présence d'un TPB ($p=0,037$) (tableau V). De même, la présence d'idéations morbides semble être corrélée avec le score SCID-II ($p=0,05$) (tableau II).

Au décours d'une rupture sentimentale, 50% de l'échantillon présente des conduites d'automutilations. Nous retrouvons également une corrélation entre les NSSI après une rupture sentimentale et le score SCID-II ($p=0,08$) (tableau VII).

Pour le questionnaire OSI, nous avons 25% de valeurs manquantes (pourcentage correspondant à celui de la proportion de notre échantillon n'ayant jamais eu recours au NSSI). Néanmoins nous y retrouvons que 16,66% des personnes ayant recours au NSSI ont réalisé une TS suite à une rupture sentimentale. Parmi ceux ayant déjà recours au NSSI avant la rupture sentimentale (25% de valeurs non renseignées) 66,66% rapportent une augmentation de la fréquence de leurs NSSI et 33,33% expriment avoir changé la localisation des NSSI. L'étude retrouve une corrélation entre la majoration de la fréquence des NSSI et le score SCID-II ($p=0,021$) ainsi que pour la modification de la zone corporelle attaquée par les NSSI ($p=0,029$).

Au sein de notre échantillon, seule une très faible proportion mentionne sa vie sentimentale et ses ruptures sur les réseaux sociaux. De même, ils sont très peu nombreux à mentionner leurs IDN, IDS et NSSI ($<20\%$). Cependant la moitié de l'échantillon répond positivement à la question *«Lorsque j'ai besoin d'aide/ de soutien, je préfère le demander sur ces plateformes plutôt qu'à mes proches (parents, fratrie...)»*.

Parmi les participants, un seul a appelé une ligne SOS suicide dans les suites d'une rupture sentimentale, et deux d'entre eux ont appelé un médecin de garde. Bien que 37,5% de notre échantillon relatent avoir intensifié leur suivi psychologique et/ou psychiatrique, il ressort des entretiens semi dirigés que cela ne leur ait, dans la grande majorité des cas, pas

permis d'aborder la raison de l'aggravation de leur état psychique, à savoir, une rupture sentimentale.

L'alexithymie, qu'elle soit mesurée avec la TAS20 ou le BVAQ, ne semble pas être corrélée aux tentatives de suicide, ni aux idéations morbides et suicidaires, ni aux conduites d'automutilations. Notre étude retrouve uniquement une corrélation entre la TAS20 et l'aggravation des NSSI après une rupture sentimentale ($p=0,012$).

Après une rupture, 68,75% des adolescents de notre échantillon rapportaient avoir éprouvé un sentiment de vulnérabilité, 62,5% ressentaient un sentiment d'échec et 81,25% décrivaient s'être senti abandonnés. Le sentiment de vulnérabilité semble être corrélé au score SCID-II ($p=0,037$). En outre, 50% de notre population reconnaissait avoir eu recours à des consommations de toxiques après une rupture sentimentale.

Concernant l'anxiété de notre échantillon, le score médian au STAI est 49, ce qui équivaut à une anxiété moyenne.

Tableau I : analyse univariée des IDN après une rupture sentimentale :

Group Descriptives					
	Group	N	Mean	SD	SE
SCID-II/9	<=2	7	3.286	2.430	0.918
	>2	9	5.556	1.810	0.603

Tableau II : analyse multivariée des IDN après une rupture sentimentale selon le score au SCID-II :

Independent Samples T-Test			
	t	df	p
SCID-II/9	-2.146	14	0.050

Note. Student's t-test.

Figure V : descriptives plots des IDN après une rupture sentimentale selon le score SCID-II :

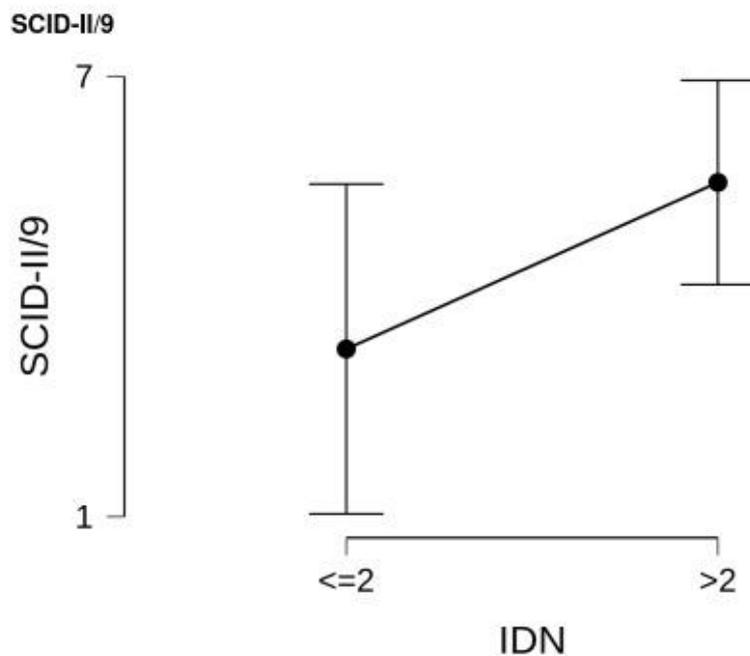


Tableau III : analyse univariée des IDS après une rupture sentimentale :

Group Descriptives					
	Group	N	Mean	SD	SE
SCID-II/9	<=2	9	3.222	2.108	0.703
	>2	7	6.286	1.254	0.474

Tableau IV : analyse multivariée des IDS après une rupture sentimentale selon le score au SCID-II :

Independent Samples T-Test			
	t	df	p
SCID-II/9	-3.391	14	0.004

Note. Student's t-test.

Tableau V : analyse multivariée des IDS après une rupture sentimentale selon la présence d'un TPB :

Independent Samples T-Test

	t	df	p
SCID-II/9	-2.301	14	0.037

Note. Student's t-test.

Figure V : descriptives plots des IDS après une rupture sentimentale selon le score SCID-II :

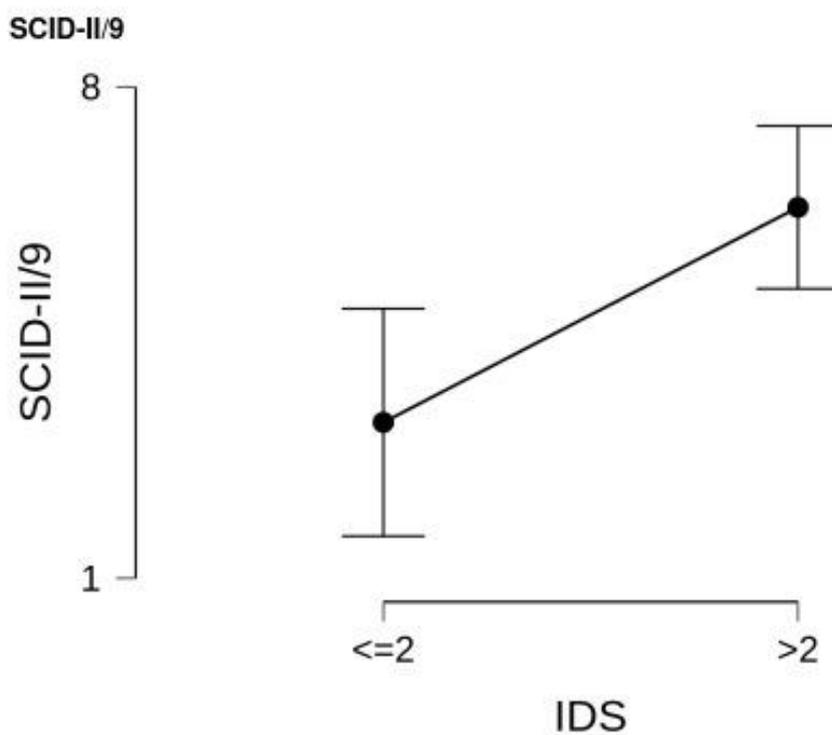


Tableau VI : analyse univariée des NSSI après une rupture sentimentale :

Descriptives

Group Descriptives

	Group	N	Mean	SD	SE
SCID-II/9	≤ 2	8	3.125	2.031	0.718
	> 2	8	6.000	1.690	0.598

Tableau VII : analyse multivariée des NSSI après une rupture sentimentale selon le score au SCID-II :

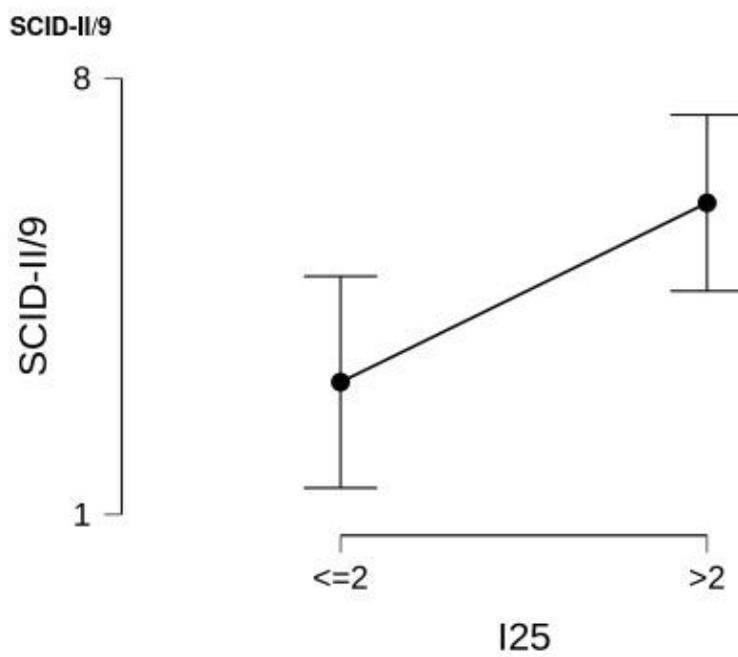
Independent Samples T-Test

	t	df	p
SCID-II/9	-3.077	14	0.008

Note. Student's t-test.

Figure VI : descriptives plots des NSSI après une rupture sentimentale selon le score SCID-II

:



V-Discussion :

1 - Interprétations :

Notre étude ne retrouve pas de lien de corrélation entre les ruptures sentimentales et les tentatives de suicide chez les adolescents. De même, dans un contexte de rupture amoureuse, l'étude ne met pas en évidence d'association entre les passages à l'acte suicidaire et le diagnostic de TPB.

Néanmoins, l'étude montre que les ruptures, en tant qu'événements de vie négatifs, ont une incidence sur la santé mentale des adolescents, et plus particulièrement sur ceux présentant des symptômes de TPB. Les principales manifestations cliniques en sont les idéations morbides, suicidaires et les automutilations.

Nous remarquons que les adolescents peinent à solliciter les soins pour faire face à l'ébranlement psychique que peuvent induire les ruptures sentimentales. De même, il semble qu'il leur est parfois moins difficile de faire appel au soutien de leurs amis via les réseaux sociaux plutôt que de solliciter leurs parents ou les membres de leurs fratries, ce qui vient corroborer notre hypothèse selon laquelle ce sujet reste souvent masqué d'un voile de pudeur.

2 - Biais, forces et limites de l'étude :

La première et principale limite de cette étude tient à la très petite taille de l'échantillon. Concernant les biais, l'auto-questionnaire, puisqu'il est rétrospectif, comporte un biais de mémorisation. De plus, de part la nature de ces questions, il existe également un biais d'attribution. Du fait des difficultés de mentalisation que présentent les adolescents borderlines, il existe aussi un biais de réponse.

La principale difficulté de recrutement des participants au sein des services de psychiatrie de l'adolescent a été la réticence des parents, dont les réactions témoignaient de l'impensable que représente pour eux ce pan de la vie adolescente. Comme illustration de ces mouvements hostile, nous citerons l'exemple d'une mère qui a décliné avec véhémence la proposition de participation faite à sa fille, fille qui dès les prémices de l'âge adolescent s'était jeté corps et âme dans une relation sentimentale qui semblait marquée du sceau de l'emprise, afin d'échapper au divorce trop conflictuel de ses parents.

De plus, nous avançons que les réticences à la participation à notre étude étaient inversement corrélées à l'ancienneté de la prise en charge psychiatrique des adolescents. Ceci explique que le recrutement a été plus facilement réalisable au sein des services de psychiatrie de l'adolescent de l'Institut Mutualiste Montsouris où les durées moyennes de séjour sont d'environ 1 an, tandis que les prises en charge à l'hôpital de jour de Poitiers étaient limitées à 1 ou 8 semaines. Ce constat témoigne de la nécessité d'instaurer une authentique relation de confiance entre soignant et patient avant de pouvoir aborder ces thématiques qui relèvent de l'intime.

Néanmoins, nous retrouvons lors des entretiens, une certaine avidité à pouvoir évoquer ces sujets librement, certains ayant d'ailleurs confiés qu'il faudrait que les soignants évoquent davantage ces sujets, et ce sans détour, lors des entretiens, témoignant de la difficulté pour eux d'aborder ce type de sujet de leur propre initiative.

Concernant les difficultés de recrutement des sujets ne bénéficiant pas de soins en psychiatrie, soit le groupe témoin initialement imaginé, il faut bien considérer qu'il peut être difficile de s'entretenir d'un sujet touchant autant à l'intime avec un inconnu. Il apparaît difficile de pouvoir s'autoriser à parler de sa vie sentimentale de manière générale, il semble que cela relève presque de l'ordre de l'inconcevable chez des adolescents n'ayant jamais

consulté un psychiatre ou psychologue, c'est-à-dire des adolescents n'ayant pas l'habitude de parler librement dans un espace d'écoute neutre et bienveillante et dans un cadre soumis au secret professionnel. Tandis que les autres participants avaient, de par leur prise en charge, l'habitude de pouvoir investir un espace de verbalisation et de confidentialité.

Il faut également prendre en considération le fait que le recrutement des participants de notre étude a été perturbé par la pandémie de COVID-19 et les multiples confinements prophylactiques qui en ont résultés.

3 - Perspectives :

Du fait du petit échantillon de participants, il serait intéressant de pouvoir poursuivre les recherches dans cette voie, tant pour recruter davantage de sujets, que pour affiner l'évaluation des mécanismes en jeu dans la corrélation entre idéations suicidaires, auto mutilations et rupture sentimentale.

Il ressort néanmoins de notre étude que les adolescents, et notamment ceux souffrant de TPB, sont affectés par les ruptures sentimentales qui réactivent leurs angoisses abandonniques et donc leur vulnérabilité. Comme ces enfants sont souvent issus de familles présentant elles-mêmes des fonctionnements singuliers attisant leurs angoisses d'intrusion, il apparaît qu'il leur est délicat de pouvoir trouver du réconfort auprès de leurs proches dans ces moments. Il semblerait logique, enrichissant et thérapeutique de leur offrir la possibilité d'aborder aussi souvent que nécessaire ces situations dans leurs soins psychiatriques. Il apparaît important de ne pas minimiser ni banaliser ces premières expériences de perte de l'objet amoureux, et afin d'accompagner au mieux l'adolescent à travers sa construction individuelle.

VI-Illustrations cliniques :

Pour tenter de répondre différemment à la question posée par cette étude, il me semble intéressant, au delà des questions statistiques de reproductibilité et autres considérations mathématiques, de revenir à la clinique, celle de l'adolescence, de la relation d'objet, et surtout celle des troubles de la personnalité borderline.

Nous vous présentons le cas de Miléna, une adolescente, dont les origines slaves du prénom peuvent renvoyer aux notions d'amour et de miracle. Elle vit chez ses parents auprès d'un père qui, affaibli par des pathologies chroniques, semble avoir depuis toujours passé un contrat symbiotique avec elle. Ce contrat semble s'appuyer sur le défaut de tiers face à cette dyade ; et, par des mécanismes de séduction narcissique et de mise en commun de la souffrance de Monsieur, alimente le fantasme que l'un ne survivrait pas sans l'autre. Contrat qui est nécessairement mis à mal par les processus adolescents auxquels se trouve confrontée la jeune patiente, mais dont le père semble incapable de pouvoir revoir les termes, rendant impossible tout réajustement des liens entre eux deux, malgré l'efflorescence pubertaire de sa fille. Miléna grandit dans ce climat très incestuel où se confondent l'affection parentale et sentiment amoureux. Elle développe ce que certains qualifierons d'un trouble de l'attachement dont on dira qu'il est au moins *insécure*. Avec l'arrivée de la puberté et la réactualisation de la pulsionnalité qui l'accompagne, sa souffrance devient plus manifeste, et les manifestations symptomatiques de celle-ci sont empreintes d'impulsivité, d'instabilité du Moi et de l'humeur, de recours régulier aux passages à l'acte auto agressifs, de sentiment de colère et de vide. Ce sont notamment les épisodes dépressifs transitoires et les troubles du comportement alimentaire qui l'ont amenée jusqu'aux soins psychiatriques depuis plusieurs années. Miléna présente un corps blessé, mutilé, qui se fait l'étendard de sa psychée malmenée par les manquements de son environnement familial qui ne lui ont pas permis de lier soma et psychée. Effectivement son fonctionnement psychique semble témoigner d'une défaillance des premiers contenants de pensée. Miléna souffre atrocement sans savoir de quoi elle souffre.

Comme il est attendu pour une jeune femme de son âge, Miléna a connu quelques relations amoureuses, dont le choix d'objet ne semble pas très clair. Question qu'elle évitera de trop se poser en y répondant par la bisexualité. Mais lorsqu'elle se confie sur ses relations amoureuses, Miléna témoigne d'une véritable et authentique espérance. Un espoir d'être sauvée par l'Autre. Espoir d'être sauvée de ses objets primaires pas suffisamment bons pour reprendre la formule de D. W. Winnicott. Espoir d'être sauvée d'elle même aussi, ce qu'elle

verbalise avec une grande clairvoyance quand, au sujet de sa première relation sentimentale elle dit avoir fait l'expérience de vivre plus intensément «j'étais pleine» dit elle en opposition à cet envahissant sentiment de vide qui, trop souvent, pèse sur ses épaules. Cette première relation date d'il y a plusieurs années, et s'est construite à distance après une rencontre flamboyante et manifestement éblouissante de quelques heures seulement. Miléna décrit très bien l'état élationnel qui accompagne son exaltation amoureuse. Dans le récit qu'elle fait de la rencontre, on entend qu'il semble moins être question de l'altérité vraie que de trouver un objet accueillant ses propres projections, la notion de «pansement narcissique» qu'elle exprime tout à fait justement lorsqu'elle admet «qu'avoir quelqu'un qui m'aime, ça booste la confiance en moi», parfaite mise en mot de cet amour de soi qui est adressé à l'autre. Car ce manque de confiance en soi, la perd dans le miroir aux alouettes qu'est sa quête effrénée de validation externe. La fameuse question «qu'est-ce que je vaux ?» dont on attend que l'amant nous aide à trouver des éléments de réponse, comme le soulignait Roland Barthes (12).

Dès les prémices de cette idylle, Miléna décrit un attachement d'emblée intense envers ce garçon mais elle repère également s'être sentie submergée par une forte angoisse d'abandon, dont on peut aisément imaginer la résonance qu'elle trouve chez sa personnalité borderline. Peur de l'abandon probablement attisée par la distance dans laquelle s'inscrit cette relation entre les deux adolescents vivant à quelques centaines de kilomètres d'écart. Nous savons que ce dispositif, à l'instar des amours épistolaires, parce qu'il prive l'amoureux d'échanges tangibles le fait fonctionner souvent seul avec sa passion, aboutissant souvent à l'idéalisation de l'autre trop peu rencontré. Alors coupée d'une réalité qui pourrait (encore une fois ?) la décevoir, Miléna noue des investissements amoureux fragiles à l'égard d'un autre idéalisé.

La relation est anaclitique, les disputes, séparations et réconciliations (toujours à distance) se multiplient, symptôme du besoin de cette patiente de s'étayer sur l'amour de l'autre.

La désillusion est rapide, et la rupture tombe telle un couperet : il rompt, sans explication, par sms. Le sentiment de rejet de la patiente est intensifié lorsqu'il la bloque sur tous les réseaux sociaux. Pour Miléna, l'abandon tant redouté devient réel, concret, total. Elle décrit alors un mal être terrible, comparable à ses rêves mettant en scène une chute libre sans fin. Elle retrouve la sensation de ce vide dévorant autour duquel elle a depuis toujours construite sa personne. Elle décrit une douleur psychique telle qu'elle ne parvient à la dompter qu'en lui opposant la douleur physique des automutilations qui viennent alors couvrir ses bras. Les scarifications Miléna les avait déjà expérimentées auparavant à quelques

rare occasions sur des zones de parties de son corps que l'on peut qualifier d'intimes et donc cachées des regards. Au moment de la déflagration qu'est la rupture, les conduites auto-agressives connaissent une augmentation de leur fréquence, et les scarifications sont, selon elle, plus profondes. Concernant l'aggravation de ses scarifications, Miléna avouera avoir eu des vellétés suicidaires lorsqu'elle enfonçait la lame de rasoir dans sa chair. Si dans un premier temps elle ne saura retrouver ce qui l'a protégée de ces idéations suicidaires, elle finit par révéler que son père a joué le rôle de facteur protecteur, témoignant encore une fois du contrat symbiotique circulant entre eux, avec cette idée d'une menace de mort du parent incestuel si elle le quitte. Dans les suites de cette rupture, Miléna explique avoir changé de zone pour agresser son corps. Ce changement de localisation semble tout à fait signifiant, car il s'agit alors d'une zone corporelle plus visible, les avant bras, comme un appel à l'aide, dont on ne sait s'il était adressé à l'ex amoureux ou aux parents trop peu observateurs. Car pour traverser le déchirement de cette rupture brutale, Miléna ne parvient à se confier à personne. Pourtant elle décrit bien un effondrement thymique avec perturbation de ses fonctions instinctuelles, aboulie partielle et anhédonie ainsi qu'une majoration de son anxiété. Face à cette manifestation dépressive de son mal être, son suivi s'intensifie, mais elle explique n'avoir jamais abordé la raison de cet effondrement.

Elle témoignera d'ailleurs d'un vrai intérêt pour le sujet de notre étude et exprimera le souhait que les soignants de psychiatrie puissent offrir plus volontiers un espace de verbalisation quant aux sujets sentimentaux.

Le cas de Norma est également marqué par un environnement familial complexe, avec des parents qui se sont séparés lorsqu'elle entrait tout juste dans l'âge adolescent. Norma n'a plus de contact avec son père dont elle ne renseignera pas la profession lors du questionnaire socio démographique. Elle vit seule avec sa mère qui semble peiner à investir une position authentiquement parentale, c'est-à-dire une position assurant sécurité et cadrage. Effectivement cette mère semble aux prises avec ses propres mouvements adolescents, et semble très accaparée par ses propres idylles, ce qui lui laisse peu d'espace psychique pour accueillir les difficultés de sa fille. La fille se trouve de fait mise dans l'inconfortable position de confidente de sa mère.

Le parcours de vie de Norma est marqué par la survenu d'un viol commis par un ami de la famille alors à peine plus âgé qu'elle. Bien qu'elle ait bénéficié depuis longtemps de suivis pédopsychiatriques et bénéficiait de multiples espaces institutionnels, Norma n'avait jamais révélé cet antécédent traumatique avant l'entretien de recherche. A l'instar de Miléna,

Norma coche aussi de nombreux critères du diagnostic de trouble de la personnalité borderline dont les grandes fluctuations de son humeur, l'instabilité du moi, la peur marquée de l'abandon, le sentiment de vie, l'impulsivité et la répétitions des passages à l'acte auto-agressifs et suicidaires ainsi que l'alternance des phases boulimique et anorexique.

Norma choisit, elle aussi, de faire le récit de sa première relation sentimentale. Là encore, la rencontre avec l'autre semble relever de l'ordre du miracle. Il se présente comme son sauveur alors qu'elle essuie les affres du harcèlement scolaire. Comment alors ne pas idéaliser ce héros qui semble sortir tout droit du meilleur des contes de princesse dont nos représentations culturelles sont abreuvées depuis l'enfance ? Elle dit «je l'ai placé tout en haut de mon estime». Cette adolescente parfois trop livrée à elle-même se sent enfin moins seule «J'ai l'impression qu'on me laisse seule face à tout, alors que lorsque je suis avec cette personne on est deux à faire face». La relation amoureuse dure plusieurs mois, mais Norma semble s'enfermer dans une forme de dépendance à l'endroit de son sauveur, et son cercle amical se restreint. Le héros se révèle néanmoins davantage bourreau puisque Norma rapporte de nombreuses relations sexuelles forcées. De ces expériences traumatiques, Norma explique s'en être protégée en les rationalisant «je me disais que si on était ensemble ce n'était pas du viol», il semble néanmoins que l'on puisse questionner à quel point face à ces agressions, l'effort de Norma était davantage dirigé vers l'idée d'éviter l'abandon que vers la protection de son Moi.

A nouveau la rupture est brutale, sans ménagements. Lui aussi la quitte par sms. Norma peine tellement à mettre du sens à ce message qu'elle passe plusieurs jours à attendre son retour sans réaliser qu'il ne reviendra pas. Elle souligne avec pertinence «pour moi c'était un abandon, alors que mon père m'avait déjà abandonnée». Elle rapporte alors «un sentiment de solitude, en plus du sentiment de vide» et sombre alors dans un profond effondrement thymique avec anorexie, clinophilie, et athymhormie. Norma ne rapporte pas d'idéation morbide ni suicidaire après cette rupture, elle ne décrit pas non plus d'intensification des conduites d'auto-mutilation. Néanmoins, elle souligne quelques changements après cette douloureuse rupture, elle qui se scarifiait auparavant les bras, désormais se scarifie et se brûle à la flamme les cuisses et le ventre. Ce qui nous laisse imaginer certaines interprétations quant à la signification particulière de ce choix de localisation (54) : On comprend ici que la scarification, en tant qu'attaque de l'enveloppe corporelle peut également chercher à dépouiller le sujet d'une peau qui n'a jamais reçue les caresses tendres attendues et qui fut le siège de touchers trop intrusifs et trop effractants. En outre, chez Norma, il apparaît que les scarifications viennent alors se loger sur des zones corporelles plus intimes, ce qui entre en

résonance avec ses antécédents de violences sexuelles, en tant que tentatives de réappropriation de sa douleur et de son corps. Elle rapporte également une aggravation des lésions.

Norma ne demande de l'aide à personne. Son suivi en pédopsychiatrie ne s'intensifie pas non plus.

Le récit de Norma met en lumière l'appétence traumatophile qui se loge dans les choix d'objets amoureux chez les adolescents borderlines dont on sait la fréquence des antécédents traumatiques (66). Ceci témoigne de l'existence d'une compulsion de répétition du traumatique au sein de la quête affective effrénée de ces adolescents fragiles (67). Adolescents dont la structure est affectée par l'association d'une dépendance affective, induite par les fragilités narcissiques, et d'un fonctionnement opératoire, faute de capacités de mentalisation.

Ces deux illustrations cliniques sont celles de patientes dont nous pouvons affirmer que l'entretien de recherche a eu une incidence sur leurs prises en charge. Pour Miléna il lui a permis de s'autoriser à évoquer ses histoires d'amour et autres déboires sentimentaux de manière régulière et spontanée tout au long de son suivi, ce qui n'était pas le cas auparavant. Pour Norma l'entretien de recherche, en lui permettant de confier les différentes agressions sexuelles dont elle a été victime, lui a permis d'accéder au statut de victime, lui offrant la possibilité de se délester d'une partie de son sentiment de culpabilité, afin de poursuivre son chemin vers sa subjectivité.

Une autre participante a témoigné d'un réel besoin de pouvoir verbaliser sur ces sujets, l'entretien de recherche fut exceptionnellement long. Pourtant elle révéla n'avoir jamais abordé ces sujets au sein des différents espaces thérapeutiques dont elle bénéficiait depuis plusieurs années, bien qu'elle reconnaisse que certains mouvements thymiques et autres expressions symptomatiques étaient induits par ces événements de vie gardés secrets. A ce propos, il semblerait qu'au sein de notre échantillon, ceux ayant bénéficié d'une intensification de leurs soins psychiatriques dans les suites d'une rupture sentimentale, n'ont pas révélé l'existence de celle-ci comme élément déclencheur de la dégradation de leur état psychique.

Nous remarquons également que la majorité des patients interrogés au cours de cette étude ont évoqué leurs premières relations sentimentales. Nous pensons donc que la première expérience amoureuse a une incidence tout à fait singulière sur la vie psychique d'un adolescent en pleine construction identitaire.

VII-Conclusions :

Cette étude montre que les ruptures sentimentales ont des répercussions sur les idéations suicidaires et les automutilations chez les adolescents. De plus, elle observe une corrélation entre ces événements et la présence de symptômes de trouble de la personnalité borderline.

Les entretiens de notre étude soulignent que les adolescents bénéficiant d'une prise en charge psychiatrique demandent à ce que ces sujets soient davantage abordés lors de leurs suivis, ce qui semble en lien avec leurs réticences à évoquer ces sujets spontanément, même auprès de leurs proches, et parfois même auprès de leurs pairs. Cette étude donne à penser que l'établissement d'une relation de confiance avec une figure soignante bien identifiée serait essentielle pour leur permettre de verbaliser sur ces sujets intimes. Il apparaît également que la première relation amoureuse que connaissent les adolescents ait une place singulière dans leurs expériences amoureuses.

Il apparaît essentiel de pouvoir poursuivre ce travail afin de consolider les résultats statistiques et mieux comprendre les mécanismes psychiques impliqués dans les associations mises en évidence par notre étude.

VII-Bibliographie :

1. Freud S. Psychologie collective et analyse du moi. Payot. Paris; 1924.
2. Braconnier A, Golse B. L'amour fou. érès. 2020. (le carnet psy).
3. Assoun P-L. Le préjudice et l'idéal. Economica. 1999.
4. David C. L'état amoureux. Payot et rivages.
5. Gary R. La Promesse de l'aube. Gallimard. 1960.
6. Freud S. L'inquiétante étrangeté et autres essais. Gallimard. 1988. (Folio essais).
7. Camus A, Casarès M. Correspondance (1944–1959). Gallimard. 2017. (Collection Blanche).
8. Anzieu D. Le Moi-Peau. Dunod. Paris; 1995.
9. Marin C. Rupture(s). Editions de l'Observatoire. 2019. (la relève).
10. Bion WR. Séminaires italiens : Bion à Rome. Editions in Press. 2005.
11. Assoun P-L. L'énigme conjugale. Puf. 2018.
12. Barthes R. Fragments d'un discours amoureux - broché - Roland Barthes - Achat Livre ou ebook | fnac. Seuil. 1977.
13. Calle S. Douleur exquise. Actes Sud. 2003.
14. Lopez-Cantero P. The Break-Up Check: Exploring Romantic Love through Relationship Terminations. Philos Ramat-Gan Isr. 2018;46(3):689-703.
15. Gheorghiev C. tentatives de suicide à l'adolescence : entre geste de survie et pulsion de mort. Hautarzt. avr 2016;67(4):298-303.
16. Corcos M. La terreur d'exister. Dunod; 2013.
17. de M'Uzan M. Adolphe où le monde de la séparation. Guilde du livre. Lausanne; 1956.
18. Green A. Associations (presque) libres d'un psychanalyste ; entretiens avec Maurice Corcos. Albin Michel. 2006. (itinéraires du savoir).
19. Gómez-López M, Viejo C, Ortega-Ruiz R. Well-Being and Romantic Relationships: A Systematic Review in Adolescence and Emerging Adulthood. Int J Environ Res Public Health. 7 juill 2019;16(13):E2415.
20. Collins WA, Welsh DP, Furman W. Adolescent romantic relationships. Annu Rev Psychol. 2009;60:631-52.

21. Rojas-Urrego A. Appelle-moi seulement amour et je serai rebaptisé. *Adolescence*. 17 oct 2011;T. 29 n°3(3):683-705.
22. Feeney JA, Karantzas GC. Couple conflict: insights from an attachment perspective. *Curr Opin Psychol*. févr 2017;13:60-4.
23. Till B, Tran US, Niederkrotenthaler T. Relationship Satisfaction and Risk Factors for Suicide. *Crisis*. janv 2017;38(1):7-16.
24. Love HA, Nalbone DP, Hecker LL, Sweeney KA, Dharnidharka P. Suicidal Risk Following the Termination of Romantic Relationships. *Crisis*. mai 2018;39(3):166-74.
25. Wyder M, Ward P, De Leo D. Separation as a suicide risk factor. *J Affect Disord*. août 2009;116(3):208-13.
26. Næss EO, Mehlum L, Qin P. Marital status and suicide risk: Temporal effect of marital breakdown and contextual difference by socioeconomic status. *SSM - Popul Health*. sept 2021;15:100853.
27. Barber JG, Blackman EK, Talbot C, Saebel J. The themes expressed in suicide calls to a telephone help line. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. févr 2004;39(2):121-5.
28. Hanifi M. Inhibition and action during adolescence: From symptom to function. *Psychotherapies*. 12 avr 2019;Vol. 39(1):9-14.
29. Corcos M. *Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence*. Dunod. 2013.
30. Loisel Y. *Fonctionnement limite et sexualité à l'adolescence : le complexe traumatique: Deuxième partie : l'intérêt thérapeutique de la médiation corporelle type massage*. *Perspect Psy*. 1 janv 2019;58:21-7.
31. Vanwoerden S, Leavitt J, Gallagher MW, Temple JR, Sharp C. Dating violence victimization and borderline personality pathology: Temporal associations from late adolescence to early adulthood. *Personal Disord*. mars 2019;10(2):132-42.
32. Delage M. L'attachement à l'adolescence. *Cah Crit Ther Fam Prat Reseaux*. 8 juill 2008;n° 40(1):79-97.
33. Fisher LB, Overholser JC, Ridley J, Braden A, Rosoff C. From the Outside Looking In: Sense of Belonging, Depression, and Suicide Risk. *Psychiatry*. 2015;78(1):29-41.
34. Batterham PJ, Fairweather-Schmidt AK, Butterworth P, Calear AL, Mackinnon AJ, Christensen H. Temporal effects of separation on suicidal thoughts and behaviours. *Soc Sci Med*. 2014;111:58-63.
35. Beck E, Sharp C, Poulsen S, Bo S, Pedersen J, Simonsen E. The mediating role of mentalizing capacity between parents and peer attachment and adolescent borderline personality disorder. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation*. 2017;4:23.

36. Agrawal HR, Gunderson J, Holmes BM, Lyons-Ruth K. Attachment studies with borderline patients: a review. *Harv Rev Psychiatry*. avr 2004;12(2):94-104.
37. Miljkovitch R, Deborde A-S, Bernier A, Corcos M, Speranza M, Pham-Scottez A. Borderline Personality Disorder in Adolescence as a Generalization of Disorganized Attachment. *Front Psychol*. 2018;9:1962.
38. Smith M, South S. Romantic attachment style and borderline personality pathology: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. févr 2020;75:101781.
39. Holmes J. Borderline personality disorder and the search for meaning: an attachment perspective. *Aust N Z J Psychiatry*. oct 2003;37(5):524-31.
40. Delage M. Comment s'attache-t-on dans un couple ? *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux*. 1 janv 2009;42.
41. Miano A, Dziobek I, Roepke S. Characterizing Couple Dysfunction in Borderline Personality Disorder. *J Personal Disord*. avr 2020;34(2):181-98.
42. Poggi A, Richetin J, Preti E. Trust and Rejection Sensitivity in Personality Disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 1 juill 2019;21(8):69.
43. Norona JC, Welsh DP, Olmstead SB, Bliton CF. The Symbolic Nature of Trust in Heterosexual Adolescent Romantic Relationships. *Arch Sex Behav*. août 2017;46(6):1673-84.
44. Sato M, Fonagy P, Luyten P. Rejection sensitivity and borderline personality disorder features: A mediation model of effortful control and intolerance of ambiguity. *Psychiatry Res*. nov 2018;269:50-5.
45. Benjamin LS, Wonderlich SA. Social perceptions and borderline personality disorder: the relation to mood disorders. *J Abnorm Psychol*. nov 1994;103(4):610-24.
46. Navarro-Gómez S, Frías Á, Palma C. Romantic Relationships of People with Borderline Personality: A Narrative Review. *Psychopathology*. 2017;50(3):175-87.
47. Bornstein RF, Becker-Matero N, Winarick DJ, Reichman AL. Interpersonal dependency in borderline personality disorder: clinical context and empirical evidence. *J Personal Disord*. févr 2010;24(1):109-27.
48. Kaczmarek MG, Backlund BA. Disenfranchised grief: the loss of an adolescent romantic relationship. *Adolescence*. 1991;26(102):253-9.
49. Lobbestael J, Leurgans M, Arntz A. Inter-Rater Reliability of the Structured Clinical Interview for Dsm-Iv Axis I Disorders (scid I) and Axis Ii Disorders (scid Ii). *Clin Psychol Psychother*. févr 2011;18(1):75-9.
50. Salbach-Andrae H, Bürger A, Klinkowski N, Lenz K, Pfeiffer E, Fydrich T, et al. [Diagnostic of personality disorders in adolescence according to SCID-II]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. mars 2008;36(2):117-25.

51. Nixon MK, Levesque C, Preyde M, Vanderkooy J, Cloutier PF. The Ottawa Self-Injury Inventory: Evaluation of an assessment measure of nonsuicidal self-injury in an inpatient sample of adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2015;9:26.
52. Martin J, Cloutier PF, Levesque C, Bureau J-F, Lafontaine M-F, Nixon MK. Psychometric properties of the functions and addictive features scales of the Ottawa Self-Injury Inventory: a preliminary investigation using a university sample. *Psychol Assess*. sept 2013;25(3):1013-8.
53. Norman H, Oskis A, Marzano L, Coulson M. The relationship between self-harm and alexithymia: A systematic review and meta-analysis. *Scand J Psychol*. déc 2020;61(6):855-76.
54. Gicquel L, Corcos M. Les automutilations à l'adolescence. *Gd Doss Sci Hum*. 2010;N°20(9):35-35.
55. Reichl C, Kaess M. Self-harm in the context of borderline personality disorder. *Curr Opin Psychol*. févr 2021;37:139-44.
56. Lang S, Stopsack M, Kotchoubey B, Frick C, Grabe HJ, Spitzer C, et al. Cortical inhibition in alexithymic patients with borderline personality disorder. *Biol Psychol*. déc 2011;88(2-3):227-32.
57. Kılıç F, Demirdaş A, Işık Ü, Akkuş M, Atay İM, Kuzugüdenlioğlu D. Empathy, Alexithymia, and Theory of Mind in Borderline Personality Disorder. *J Nerv Ment Dis*. sept 2020;208(9):736-41.
58. Ritzl A, Csukly G, Balázs K, Égerházi A. Facial emotion recognition deficits and alexithymia in borderline, narcissistic, and histrionic personality disorders. *Psychiatry Res*. déc 2018;270:154-9.
59. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. Twenty-five years with the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *J Psychosom Res*. 23 janv 2020;131:109940.
60. de Vroege L, Emons WHM, Sijtsma K, van der Feltz-Cornelis CM. Psychometric Properties of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ) in the General Population and a Clinical Population. *Front Psychiatry*. 2018;9:111.
61. Deborde A-S, Berthoz S, Perdereau F, Godart N, Corcos M, Jeammet P. [Validity of the BVAQ: a study in eating disorder patients and controls]. *L'Encephale*. oct 2004;30(5):464-73.
62. Guillén-Riquelme A, Buéla-Casal G. [Meta-analysis of group comparison and meta-analysis of reliability generalization of the State-Trait Anxiety Inventory Questionnaire (STAI)]. *Rev Esp Salud Publica*. févr 2014;88(1):101-12.
63. Winter D, Bohus M, Lis S. Understanding Negative Self-Evaluations in Borderline Personality Disorder-a Review of Self-Related Cognitions, Emotions, and Motives. *Curr Psychiatry Rep*. mars 2017;19(3):17.

64. Lynum LI, Wilberg T, Karterud S. Self-esteem in patients with borderline and avoidant personality disorders. *Scand J Psychol.* oct 2008;49(5):469-77.
65. Davis C, Kellett S, Beail N. Utility of the Rosenberg self-esteem scale. *Am J Intellect Dev Disabil.* mai 2009;114(3):172-8.
66. Ball JS, Links PS. Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. *Curr Psychiatry Rep.* févr 2009;11(1):63-8.
67. Loisel Y. Le complexe traumatique ; Fonctionnement limite et trauma : la réalité rejoint l'affliction. *Mjw.* 2018.

VIII-Annexes :

Note d'information destinée à une personne MAJEURE susceptible de participer
à la recherche suivante : **EIRA** :
« Etude de l'impact des ruptures sentimentales sur la santé mentale des adolescents »

Madame, Monsieur,

Votre médecin vous propose de participer à une recherche observationnelle intitulée :

« Étude de l'impact des ruptures sentimentales sur la santé mentale des adolescents. »

L'objectif de ce document est de vous fournir toutes les informations qui vous permettront de comprendre le but de cette étude, ainsi que ses contraintes et l'intérêt qu'elle peut présenter pour vous. N'hésitez pas à demander à votre médecin l'explication des mots ou expressions que vous ne comprenez pas.

Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est d'étudier les effets des ruptures sentimentales sur la santé mentale des adolescents.

Déroulement de l'étude

Cette étude aura lieu sur plusieurs mois et dans plusieurs centres hospitaliers, et recueillera les réponses de 60 patients. Elle sera composée d'un auto-questionnaire, d'un hétéro-questionnaire et d'un entretien pour chaque participant(e). Chaque entretien durera environ 60 minutes, dont le temps nécessaire pour que vous puissiez compléter les questionnaires.

Vous pourrez répondre aux questionnaires en sollicitant l'aide du médecin si vous avez besoin d'explications quant aux consignes.

Bénéfice attendu

Cette étude contribuera premièrement à une meilleure compréhension des événements de vie susceptibles d'affecter les adolescents. Ainsi cela permettra aux soignants de santé mentale d'être davantage attentifs à ces événements de vie chez les patients adolescents.

Contraintes et risques prévisibles

La participation à cette recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner votre temps pour participer à un rendez-vous médical d'une durée d'une heure environ.

Considérations légales et éthiques

Votre participation est libre. De plus, vous pourrez exercer à tout moment votre droit de retrait de cette recherche.

Pour pouvoir participer à cette recherche, vous devez être affilié à un régime de sécurité sociale ou être bénéficiaire d'un tel régime. Votre participation à cette recherche n'engendrera pour vous aucun frais supplémentaire.

Au cours de cette recherche, votre droit d'accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de ses données médicales détenues par l'établissement de santé qui la suit actuellement est bien entendu maintenu.

Dans le cadre de cette étude, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre, le responsable de traitement des données est le représentant légal en exercice de l'Institut Mutualiste Montsouris.

Seules les données utiles à la recherche seront recueillies. Ces données seront identifiées par un code et/ou vos initiales : lorsque les résultats de cette recherche seront présentés dans des communications et/ou des publications scientifiques médicales, l'identité des participants n'apparaîtra d'aucune façon.

Pour l'analyse statistique, vos données personnelles seront transmises au promoteur ou aux personnes ou sociétés agissant pour son compte.

Dans le cadre de cette recherche, il n'y aura pas de transfert de données à caractère personnel hors de l'Union Européenne (UE) et de l'Espace économique européen (EEE).

Vous pouvez contacter à tout moment la responsable du projet au sein du département de psychiatrie de l'IMM, Mme Marie Poirier, interne de psychiatrie, par courriel à :

poirier-EIRA-2020@outlook.fr

Cette recherche a été soumise à l'avis de l'Espace de Réflexion Ethique de Nouvelle Aquitaine le 11/05/2020 qui a rendu un avis favorable à la date du 26/08/2020.

Libre choix de participation

Votre participation à cette recherche est libre. Si vous acceptez de participer à cette recherche, vous pouvez exercer à tout moment votre droit de retrait de cette recherche. Et cela sans conséquence sur les soins qui vous sont prodigués, conformément aux standards médicaux du lieu et du moment. Les informations recueillies avant cet arrêt seront utilisées sauf si vous ne le souhaitez pas.

Votre participation à cette recherche n'engendrera pour vous aucun frais supplémentaire par rapport à ceux qu'il ou elle aurait dans le suivi habituel de sa maladie. Toutefois, pour pouvoir participer à cette recherche, vous devez être affilié à la sécurité sociale ou bénéficier d'un régime d'assurance maladie. Si vous le souhaitez, au terme de l'étude, vous serez informés des résultats globaux de cette recherche.

Si vous avez des questions pendant cette étude, vous pourrez contacter le responsable de l'étude, Mme Poirier à l'adresse email : poirier-EIRA-2020@outlook.fr

Formulaire de consentement à une recherche pour des patients Majeur(e)s

Titre de la recherche :

EIRA : Etude de l'impact des ruptures sentimentales sur la santé mentale des adolescents

Je soussigné(e)

Madame, Monsieur (nom, prénom).....

accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée :

EIRA :

« Étude de l'impact des ruptures sentimentales sur la santé mentale des adolescents. »

J'accepte que les données médicales qui sont recueillies à l'occasion de cette recherche puissent faire l'objet d'un traitement informatisé par les organisateurs de la recherche. Le droit d'accès et de rectification prévu par la loi « Informatique et Libertés » s'exerce à tout moment auprès des responsables de l'étude. Pour toute information de nature médicale, j'exerce ce droit directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de mon choix. Les données recueillies demeureront strictement confidentielles. Elles ne pourront être consultées que par l'équipe médicale ou les personnes dûment mandatés par le promoteur de la recherche.

Après en avoir discuté et obtenu réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche décrite ci-dessus.

Je suis parfaitement conscient(e) que je pourrais retirer à tout moment mon consentement à cette recherche et interrompre ainsi immédiatement ma participation et cela quelles que soient mes raisons et sans supporter aucune responsabilité. Le fait de ne plus participer à cette recherche ne portera pas atteinte à mes relations avec le médecin investigateur, ni aux soins.

*Je pourrais à tout moment demander toute information complémentaire à Madame Poirier Marie,
Email : poirier-EIRA-2020@outlook.fr*

Si je le souhaite, au terme de l'étude, je pourrais être informé, par l'investigateur qui recueille mon consentement, des résultats globaux de cette recherche.

Mon consentement ne décharge en rien l'investigateur et le promoteur de l'ensemble de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

L'investigateur

Nom :

Fait à : _____, le :

Signature :

Signature de la personne participant à l'étude

Nom, Prénom :

Fait à : _____, le :

Signature :

Note d'information destinée aux participant(e)s Mineur(e)s
susceptible de participer à la recherche suivant :

EIRA :

« Etude de l'impact des ruptures sentimentales sur la santé mentale des adolescents »

Madame, Monsieur,

Votre médecin vous propose de participer à une recherche observationnelle intitulée :

« Étude de l'impact des ruptures sentimentales sur la santé mentale des adolescents. »

L'objectif de ce document est de vous fournir toutes les informations qui vous permettront de comprendre le but de cette étude, ainsi que ses contraintes et l'intérêt qu'elle peut présenter pour vous. N'hésitez pas à demander à votre médecin l'explication des mots ou expressions que vous ne comprenez pas.

Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est d'étudier les effets des ruptures sentimentales sur la santé mentale des adolescents.

Déroulement de l'étude

Cette étude aura lieu sur plusieurs mois et dans plusieurs centres hospitaliers, et recueillera les réponses de 60 patients. Elle sera composée d'un auto-questionnaire, d'un hétéro-questionnaire et d'un entretien pour chaque participant(e). Chaque entretien durera environ 60 minutes, dont le temps nécessaire pour que vous puissiez compléter les questionnaires.

Vous pourrez répondre aux questionnaires en sollicitant l'aide du médecin si vous avez besoin d'explications quant aux consignes.

Bénéfice attendu

Cette étude contribuera premièrement à une meilleure compréhension des évènements de vie susceptibles d'affecter les adolescents. Ainsi cela permettra aux soignants de santé mentale d'être davantage attentifs à ces évènements de vie chez les patients adolescents.

Contraintes et risques prévisibles

La participation à cette recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner votre temps pour participer à un rendez-vous médical d'une durée d'une heure environ.

Considérations légales et éthiques

Votre participation est libre. De plus, vous pourrez exercer à tout moment votre droit de retrait de cette recherche.

Pour pouvoir participer à cette recherche, vous devez être affilié à un régime de sécurité sociale ou être bénéficiaire d'un tel régime. Votre participation à cette recherche n'engendrera pour vous aucun frais supplémentaire.

Au cours de cette recherche, votre droit d'accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de ses données médicales détenues par l'établissement de santé qui la suit actuellement est bien entendu maintenu.

Dans le cadre de cette étude, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre, le responsable de traitement des données est le représentant légal en exercice de l'Institut Mutualiste Montsouris.

Seules les données utiles à la recherche seront recueillies. Ces données seront identifiées par un code et/ou vos initiales : lorsque les résultats de cette recherche seront présentés dans des communications et/ou des publications scientifiques médicales, l'identité des participants n'apparaîtra d'aucune façon.

Pour l'analyse statistique, vos données personnelles seront transmises au promoteur ou aux personnes ou sociétés agissant pour son compte.

Dans le cadre de cette recherche, il n'y aura pas de transfert de données à caractère personnel hors de l'Union Européenne (UE) et de l'Espace économique européen (EEE).

Vous pouvez contacter à tout moment la responsable du projet au sein du département de psychiatrie de l'IMM, Mme Marie Poirier, interne de psychiatrie, par courriel à :

poirier-EIRA-2020@outlook.fr

Cette recherche a été soumise à l'avis de l'Espace de Réflexion Ethique de Nouvelle Aquitaine le 11/05/2020 qui a rendu un avis favorable à la date du 26/08/2020.

Libre choix de participation

Votre participation à cette recherche est libre. Si vous acceptez de participer à cette recherche, vous pouvez exercer à tout moment votre droit de retrait de cette recherche. Et cela sans conséquence sur les soins qui vous sont prodigués, conformément aux standards médicaux du lieu et du moment. Les informations recueillies avant cet arrêt seront utilisées sauf si vous ne le souhaitez pas.

Votre participation à cette recherche n'engendrera pour vous aucun frais supplémentaire par rapport à ceux qu'il ou elle aurait dans le suivi habituel de sa maladie. Toutefois, pour pouvoir participer à cette recherche, vous devez être affilié à la sécurité sociale ou bénéficier d'un régime d'assurance maladie. Si vous le souhaitez, au terme de l'étude, vous serez informés des résultats globaux de cette recherche.

Si vous avez des questions pendant cette étude, vous pourrez contacter le responsable de l'étude, Mme Poirier à l'adresse email : poirier-EIRA-2020@outlook.fr

Formulaire de consentement à une recherche pour les participants Mineur(e)s
EIRA : Etude de l'impact des ruptures sentimentales sur la santé mentale des adolescents

Je soussigné(e)

Madame, Monsieur (nom, prénom).....

accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée **:EIRA :**

« Étude de l'impact des ruptures sentimentales sur la santé mentale des adolescents. »

J'accepte que les données médicales qui sont recueillies à l'occasion de cette recherche puissent faire l'objet d'un traitement informatisé par les organisateurs de la recherche. Le droit d'accès et de rectification prévu par la loi « Informatique et Libertés » s'exerce à tout moment auprès des responsables de l'étude. Pour toute information de nature médicale, j'exerce ce droit directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de mon choix. Les données recueillies demeureront strictement confidentielles. Elles ne pourront être consultées que par l'équipe médicale ou les personnes dûment mandatés par le promoteur de la recherche.

Après en avoir discuté et obtenu réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche décrite ci-dessus.

Je suis parfaitement conscient(e) que je pourrais retirer à tout moment mon consentement à cette recherche et interrompre ainsi immédiatement ma participation et cela quelles que soient mes raisons et sans supporter aucune responsabilité. Le fait de ne plus participer à cette recherche ne portera pas atteinte à mes relations avec le médecin investigateur, ni aux soins.

*Je pourrais à tout moment demander toute information complémentaire à Madame Poirier Marie,
Email : poirier-EIRA-2020@outlook.fr*

Si je le souhaite, au terme de l'étude, je pourrais être informé, par l'investigateur qui recueille mon consentement, des résultats globaux de cette recherche.

Mon consentement ne décharge en rien l'investigateur et le promoteur de l'ensemble de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

L'investigateur

Nom :

Fait à : , le :

Signature :

Signature du participant :

Nom, Prénom :

Fait à : , le :

Signature :

Note d'information destinée aux titulaires de l'autorité parentale d'un(e) patient(e) Mineur(e)
susceptible de participer à la recherche suivant :

EIRA :

« Etude de l'impact des ruptures sentimentales sur la santé mentale des adolescents »

Madame, Monsieur,

Le médecin de votre enfant lui propose de participer à une recherche intitulée :

« Étude de l'impact des ruptures sentimentales sur la santé mentale des adolescents – EIRA »

L'objectif de ce document est de vous fournir toutes les informations qui vous permettront de comprendre le but de cette étude, ainsi que ses contraintes et l'intérêt qu'elle peut présenter pour votre enfant. N'hésitez pas à demander à votre médecin l'explication des mots ou expressions que vous ne comprenez pas.

Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est d'étudier les effets des ruptures sentimentales sur la santé mentale des adolescents.

Déroulement de l'étude

Cette étude aura lieu sur plusieurs mois et dans plusieurs centres hospitaliers, et recueillera les réponses de 60 patients. Elle sera composée d'un auto-questionnaire, d'un hétéro-questionnaire et d'un entretien pour chaque participant(e). Chaque entretien durera environ 60 minutes, dont le temps nécessaire à votre enfant pour compléter les questionnaires.

Votre enfant pourra répondre aux questionnaires en sollicitant l'aide du médecin s'il/elle a besoin d'explications quant aux consignes.

Bénéfice attendu

Cette étude contribuera premièrement à une meilleure compréhension des événements de vie susceptibles d'affecter les adolescents. Ainsi cela permettra aux soignants de santé mentale d'être davantage attentifs à ces événements de vie chez les patients adolescents.

Contraintes et risques prévisibles

La participation à cette recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait que votre enfant donnera son temps pour participer à 1 rendez-vous d'une durée d'une heure environ.

Considérations légales et éthiques

La participation de votre enfant est libre. De plus, il pourra exercer à tout moment son droit de retrait de cette recherche.

Pour pouvoir participer à cette recherche, votre enfant doit être affilié à un régime de sécurité sociale ou être bénéficiaire d'un tel régime. Sa participation à cette recherche n'engendrera pour vous aucun frais.

Au cours de cette recherche, votre droit d'accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de ses données médicales détenues par l'établissement de santé qui la suit actuellement est bien entendu maintenu.

Dans le cadre de cette étude, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre, le responsable de traitement des données est le représentant légal en exercice de l'Institut Mutualiste Montsouris.

Seules les données utiles à la recherche seront recueillies. Ces données seront identifiées par un code et/ou ses initiales : lorsque les résultats de cette recherche seront présentés dans des communications et/ou des publications scientifiques médicales, l'identité des participants n'apparaîtra d'aucune façon.

Pour l'analyse statistique, ses données personnelles seront transmises au promoteur ou aux personnes ou sociétés agissant pour son compte.

Dans le cadre de cette recherche, il n'y aura pas de transfert de données à caractère personnel hors de l'Union Européenne (UE) et de l'Espace économique européen (EEE).

Vous pouvez contacter à tout moment la responsable du projet au sein du département de psychiatrie de l'IMM, Mme Marie Poirier, interne de psychiatrie, par courriel à :

poirier-EIRA-2020@outlook.fr

Cette recherche a été soumise à l'avis de l'Espace de Réflexion Ethique de Nouvelle Aquitaine le 11/05/2020 qui a rendu un avis favorable à la date du 26/08/2020.

Libre choix de participation

La participation de votre enfant à cette recherche est libre. Si vous acceptez que votre enfant participe à cette recherche, vous pouvez exercer à tout moment votre droit de retrait de votre enfant de cette recherche. Et cela sans conséquence sur les soins qui lui sont prodigués, conformément aux standards médicaux du lieu et du moment. Les informations recueillies avant cet arrêt seront utilisées sauf si vous ne le souhaitez pas.

La participation de votre enfant à cette recherche n'engendrera pour vous aucun frais supplémentaire par rapport à ceux qu'il ou elle aurait dans le suivi habituel de sa maladie. Toutefois, pour pouvoir participer à cette recherche, votre enfant doit être affilié à la sécurité sociale ou bénéficier d'un régime d'assurance maladie. Si vous le souhaitez, au terme de l'étude, vous serez informés des résultats globaux de cette recherche.

Si vous avez des questions pendant cette étude, vous pourrez contacter le responsable de l'étude, Mme Poirier à l'adresse email : poirier-EIRA-2020@outlook.fr

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser la participation de votre enfant à cette étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui lui sont et seront prodigués.

Formulaire de consentement à une recherche pour les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale des participants Mineur(e)s
EIRA : Etude de l'impact des ruptures sentimentales sur la santé mentale des adolescents

Je soussigné(e)

Madame (nom, prénom)

Monsieur (nom, prénom)

accepte librement et volontairement que notre enfant

(nom, prénom)

participe à la recherche intitulée : **EIRA** :

« Étude de l'impact des ruptures sentimentales sur la santé mentale des adolescents. »

Nous acceptons que les données médicales, concernant notre enfant, qui sont recueillies à l'occasion de cette recherche puissent faire l'objet d'un traitement informatisé par les organisateurs de la recherche. Le droit d'accès et de rectification prévu par la loi « Informatique et Libertés » s'exerce à tout moment auprès des responsables de l'étude. Pour toute information de nature médicale, nous exercerons ce droit directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de notre choix. Les données recueillies demeureront strictement confidentielles. Elles ne pourront être consultées que par l'équipe médicale ou les personnes dûment mandatés par le promoteur de la recherche.

Après en avoir discuté et obtenu réponse à toutes nos questions, nous acceptons librement et volontairement que notre enfant participe à la recherche décrite ci-dessus.

Nous sommes parfaitement conscients que nous pouvons retirer à tout moment notre consentement à cette recherche et interrompre ainsi immédiatement la participation de notre enfant, et cela quelles que soient nos raisons et sans en supporter aucune responsabilité. Le fait de ne plus participer à cette recherche ne portera pas atteinte à nos relations avec le médecin investigateur, ni aux soins de notre enfant.

*Nous pourrions à tout moment demander toute information complémentaire à Madame Poirier Marie,
Email : poirier-EIRA-2020@outlook.fr*

Si nous le souhaitons, au terme de l'étude, nous serons informés, par l'investigateur qui recueille notre consentement, des résultats globaux de cette recherche.

Notre consentement ne décharge en rien l'investigateur et le promoteur de l'ensemble de leurs responsabilités et nous et notre enfant conservons tous nos droits garantis par la loi.

L'investigateur

Nom :

Fait à : , le :

Signature :

Signature des 2 parents

Nom, Prénom :

Qualité (entourer) : Père Mère

Fait à : , le :

Signature :

Nom, Prénom :

Qualité (entourer) : Père Mère

Fait à : , le :

Signature :

N° DOSSIER RECHERCHE :

A1 | __ | __ | __ |

AUTOQUESTIONNAIRE

Date de naissance :

A2 | __ | __ | | __ | __ | | __ | __ | __ | __ |

Date inclusion :

A3 | __ | __ | | __ | __ | | __ | __ | __ | __ |

Lors de l'inclusion, le/la jeune est :

- 1 = Hospitalisé(e) à l'IMM en HDJ
- 2 = Hospitalisé(e) au CH Laborit
- 3 = Suivi(e) en consultation au CH Laborit
- 4 = Aucun

A4 | __ |

Date Evaluation:

A5 | __ | __ | | __ | __ | | __ | __ | __ | __ |

Nom évaluateur :

COMMENT RÉPONDRE ?

1* Pour la plupart des questions, choisissez votre réponse et notez dans la case |__| située à droite, le chiffre correspondant à la réponse que vous avez choisie.

2* N'écrivez qu'un seul chiffre par case |__|.

3* Les questions secondaires sont imprimées *en italique* et ne concernent que ceux d'entre vous qui auront répondu OUI à la question principale.

4* Si parmi les réponses, aucune ne vous convient exactement, notez celle qui est la plus proche de votre situation personnelle.

5* Il est possible que certaines questions se répètent, vous devez malgré tout y répondre.

6* Cependant si une question vous gêne, qu'elle ne vous concerne pas ou que vous ne voulez pas y répondre, nous vous demandons de ne pas répondre à cette question.

7* Ce questionnaire explore les relations sentimentales et donc traite d'intimité.

Remettez votre questionnaire après l'avoir rempli, à la personne qui vous l'a donné.

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

1 QUI ÊTES-VOUS ?

Votre date de naissance : B1 |__|__|__|__|__|__|__|__|

Votre âge : B2 |__|__| ans

Vous êtes : Une fille = 1 Un Garçon = 2 Non binaire = 3 B3 |__|

Quelle est l'origine :

De votre PÈRE : France métropolitaine 1
Dom Tom (Antilles, Réunion...) 2
Union Européenne 3
Précisez : _____
Algérie, Maroc, Tunisie 4
Autre, précisez : 9 B5 |__|

De votre MÈRE : France métropolitaine 1
Dom Tom (Antilles, Réunion...) 2
Union Européenne 3
Précisez : _____
Algérie, Maroc, Tunisie 4
Autre, précisez : 9 B6 |__|

Quelle est la profession de vos parents :

PERE : _____ (ne rien écrire ->) B7 |__|

MERE : _____ (ne rien écrire ->) B8 |__|

Nombre de frères et sœurs (sans compter les demi-frères et sœurs) :

si aucun = 0 **Si OUI, Combien :**

B10 |__|

Quel est votre rang dans la fratrie :

B14 |__|

Vos parents sont-ils séparés ou divorcés :

Non = 0 Oui = 1

B15 |__|

Si OUI : -Est-ce que votre **PERE** est remarié ou vie maritalement : Non = 0 Oui = 1 B16 |__|

-Avez-vous des demi -frères et sœurs du côté de votre père : Non = 0 Oui = 1 B17 |__|

Si OUI, combien :

B18 |__|

-Est-ce que votre **MERE** est remarié ou vie maritalement : Non = 0 Oui = 1 B19 |__|

-Avez-vous des demi -frères et sœurs du côté de votre mère Non = 0 Oui = 1 B20 |__|

Si OUI, combien :

B21 |__|

Vous vivez la plupart du temps :

- | | |
|---|---|
| Seule | 1 |
| Avec vos parents (ou l'un d'eux) | 2 |
| Avec votre conjoint ou compagnon | 3 |
| Avec un autre membre de la famille | 4 |
| Avec un ou plusieurs ami(e)s | 5 |
| En foyer ou famille d'accueil | 6 |
| En soin-études, clinique, foyer thérapeutique | 7 |
| En internat, foyer d'étudiants | 8 |
| Autre, précisez : | 9 |

B22 |__|

Actuellement, allez-vous à l'école ou suivez-vous des études :

Non = 0 Oui = 1

B23 |__|

Si OUI, Dans quelle filière êtes-vous inscrite :

- | | |
|--|---|
| Collège (6ième-> 3ième) | 1 |
| CAP, BEP | 2 |
| Lycée (2 ^{nde} à Terminale) | 3 |
| DUT-BTS | 4 |
| Faculté | 5 |
| Classe préparatoire | 6 |
| Ecole (de commerce, d'ingénieurs,
d'infirmières...) | 7 |
| Autre, précisez : | 9 |

B24 |__|

Quelles études faites-vous : (ex : 1^{ère} année de droit)

Précisez : _____

B25 |__|

Quel est votre dernier niveau scolaire :

- | | |
|--|---|
| Aucun | 0 |
| Ecole Primaire | 1 |
| Collège (6ième -> 3ième) | 2 |
| Classes spécialisées (CPPN, CPA, SES...) | 3 |
| CAP, BEP | 4 |
| Lycée (2 ^{nde} à Terminale) | 5 |
| Ecole technique (BTS) ou IUT (DUT) | 6 |
| Ecole supérieure ou universitaire | 7 |
| Autre, précisez : | 9 |

B27 |__|

Avez-vous déjà consulté un psychologue ou un psychiatre :

Non = 0 Oui = 1

B28 |__|

Si OUI,

-Avez-vous déjà consulté un Psychiatre : Non = 0 Oui = 1 B29 |__|

Si OUI, Vous l'avez rencontré :

1 ou 2 fois = 1
Entre 3 et 5 fois = 2
Plus de 6 fois = 3

B30 |__|

-Avez-vous déjà consulté un Psychologue :

Non = 0 Oui = 1

B31 |__|

Si OUI, Vous l'avez rencontré :

1 ou 2 fois = 1
Entre 3 et 5 fois = 2
Plus de 6 fois = 3

B32 |__|

-Avez-vous déjà été hospitalisé en Psychiatrie :

Non = 0 Oui = 1

B33 |__|

-Avez-vous déjà été hospitalisé en Hôpital de Jour en psychiatrie:

Non = 0 Oui = 1

B34 |__|

Avez-vous déjà vécu une relation amoureuse :

Non = 0 Oui = 1

B35 |__|

Si OUI,

-A quel âge avez-vous eu votre 1^{ère} relation amoureuse :

B36 |__|__| ans

-Avez-vous déjà connu une rupture sentimentale :

Non = 0 Oui = 1

B37 |__|

-Est-vous actuellement engagé dans une relation sentimentale :

Non = 0 Oui = 1

B38 |__|

2. VOS EMOTIONS

Indiquez à quel point vous êtes en Accord ou en Désaccord avec chacune des affirmations qui suivent. Vous n'utiliserez le milieu de l'échelle que s'il vous est tout à fait impossible de porter un jugement sur votre manière de réagir. Répondez à toutes les questions sans exception. Reporter le chiffre correspondant à votre réponse dans la case de droite.

Désaccord Complet	Désaccord Relatif	Ni Accord Ni Désaccord	Accord Relatif	Accord Complet	
1	2	3	4	5	
1.	On me dit souvent que je dois parler davantage de mes sentiments.			De 1 à 5	C1 __
2.	Il m'arrive rarement de me laisser aller à mon imagination.			De 1 à 5	C2 __
3.	Je ne sais pas ce qui se passe au fond de moi-même.			De 1 à 5	C3 __
4.	Même lorsque les autres se passionnent pour quelque chose, je demeure indifférent(e).			De 1 à 5	C4 __
5.	Il n'y a pas grand-chose à comprendre aux émotions.			De 1 à 5	C5 __
6.	Quand je suis bouleversé(e) par quelque chose, je parle aux autres de ce que je ressens.			De 1 à 5	C6 __
7.	J'aime imaginer des histoires folles et pleines de fantaisie.			De 1 à 5	C7 __
8.	Quand je me sens moche, je sais si j'ai peur, ou bien si je suis sombre, ou bien si je suis triste.			De 1 à 5	C8 __
9.	Il m'arrive souvent d'être bouleversé(e) par des événements inattendus.			De 1 à 5	C9 __
10.	Je trouve que l'on doit rester en contact avec ses sentiments.			De 1 à 5	C10 __
11.	Je sais exprimer mes sentiments verbalement.			De 1 à 5	C11 __
12.	Rêvasser à des affaires ou événements irréels, c'est perdre son temps.			De 1 à 5	C12 __
13.	Quand j'en ai marre de moi-même, je n'arrive pas à savoir si je suis triste, ou bien si j'ai peur, ou bien si je suis malheureux(se).			De 1 à 5	C13 __
14.	J'accepte les déceptions sans émotion.			De 1 à 5	C14 __
15.	Je trouve curieux que les autres analysent si souvent leurs émotions.			De 1 à 5	C15 __
16.	Quand je parle aux gens, c'est plutôt de mes activités quotidiennes que de mes sentiments.			De 1 à 5	C16 __
17.	Quand j'ai peu à faire, je passe du temps à rêvasser.			De 1 à 5	C17 __
18.	Quand je suis d'une humeur radieuse, je sais si je suis enthousiaste, ou bien gai(e), ou bien fou(folle) de joie.			De 1 à 5	C18 __
19.	Quand je vois quelqu'un pleurer avec abondance, je sens la tristesse m'envahir.			De 1 à 5	C19 __
20.	Quand je suis tendu(e), j'ai besoin de savoir avec précision d'où me vient cette sensation.			De 1 à 5	C20 __

3. VOTRE ESTIME DE VOUS-MEME

Dans ce questionnaire, vous trouverez 10 phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions. Lisez attentivement chacune des phrases. Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie en reportant le chiffre correspondant dans la case de droite. Efforcez-vous de répondre à toutes les phrases. Sachez qu'aucune réponse n'est juste, elle doit avant tout être personnelle.

	Tout à fait en désaccord	Plutôt En désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord	
	1	2	3	4	
1.	Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.			De 1 à 4	D1 __
2.	Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.			De 1 à 4	D2 __
3.	Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté.			De 1 à 4	D3 __
4.	Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.			De 1 à 4	D4 __
5.	Je sens peu de raisons d'être fier de moi.			De 1 à 4	D5 __
6.	J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.			De 1 à 4	D6 __
7.	Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.			De 1 à 4	D7 __
8.	J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.			De 1 à 4	D8 __
9.	Parfois je me sens vraiment inutile.			De 1 à 4	D9 __
10.	Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.			De 1 à 4	D10 __

©RSE. Rosenberg (1965). Trad : Chambon (1992)

4. VOTRE ETAT D'ESPRIT ACTUEL

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis reportez le numéro correspondant le mieux à ce que **vous ressentez A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT**. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments **actuels**.

NON	PLUTÔT NON	PLUTÔT OUI	OUI
1	2	3	4

A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT...

1.	Je me sens calme.	De 1 à 4	E1 __
2.	Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté.	De 1 à 4	E2 __
3.	Je suis tendu(e), crispé(e).	De 1 à 4	E3 __
4.	Je me sens surmené(e).	De 1 à 4	E4 __
5.	Je me sens tranquille, bien dans ma peau.	De 1 à 4	E5 __
6.	Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e).	De 1 à 4	E6 __
7.	L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment.	De 1 à 4	E7 __
8.	Je me sens content(e).	De 1 à 4	E8 __
9.	Je me sens effrayé(e).	De 1 à 4	E9 __
10.	Je me sens à mon aise.	De 1 à 4	E10 __
11.	Je sens que j'ai confiance en moi.	De 1 à 4	E11 __
12.	Je me sens nerveux (nerveuse), irritable.	De 1 à 4	E12 __
13.	J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur).	De 1 à 4	E13 __
14.	Je me sens indécis(e).	De 1 à 4	E14 __
15.	Je suis décontracté(e), détendu(e).	De 1 à 4	E15 __
16.	Je suis satisfait(e).	De 1 à 4	E16 __
17.	Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse).	De 1 à 4	E17 __
18.	Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e).	De 1 à 4	E18 __

-
19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e). **De 1 à 4** E19 |__|
-
20. Je me sens de bonne humeur, aimable. **De 1 à 4** E20 |__|
-

©STAI forme Y-A. Spielberg (1983). Trad : Schweitzer & Paulhan (1990)

5. VOTRE RAPPORT AUX EMOTIONS ET AUX SENTIMENTS

Indiquez en utilisant les indications qui figurent ci-dessous à quel point vous êtes en **Accord** ou en **Désaccord** avec chacune des affirmations qui suivent. Ne donnez qu'une réponse pour chaque proposition, puis reportez dans la case de droite le chiffre correspondant.

DESACCORD COMPLET	DESACCORD RELATIF	NI ACCORD NI DESACCORD	ACCORD RELATIF	ACCORD COMPLET
1	2	3	4	5
1.	Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments.		De 1 à 5	F1 __
2.	J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments.		De 1 à 5	F2 __
3.	J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas.		De 1 à 5	F3 __
4.	J'arrive facilement à décrire mes sentiments.		De 1 à 5	F4 __
5.	Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire.		De 1 à 5	F5 __
6.	Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e) ou en colère.		De 1 à 5	F6 __
7.	Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps.		De 1 à 5	F7 __
8.	Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour.		De 1 à 5	F8 __
9.	J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier.		De 1 à 5	F9 __
10.	Etre conscient(e) de ses émotions est essentiel.		De 1 à 5	F10 __
11.	Je trouve difficile de décrire mes sentiments sur les gens.		De 1 à 5	F11 __
12.	On me dit de décrire davantage ce que je ressens.		De 1 à 5	F12 __
13.	Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi.		De 1 à 5	F13 __
14.	Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère.		De 1 à 5	F14 __
15.	Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments.		De 1 à 5	F15 __
16.	Je préfère regarder des émissions de variétés plutôt que des dramatiques.		De 1 à 5	F16 __
17.	Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à mes amis très proches.		De 1 à 5	F17 __
18.	Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence.		De 1 à 5	F18 __

- | | | | |
|-----|---|-----------------|--------|
| 19. | Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels. | De 1 à 5 | F19 __ |
| 20. | Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent. | De 1 à 5 | F20 __ |

©TAS-20 (Bagby et al 1992). Version française : M.P. Marchand et G. Loas (1994).

6. VOTRE VIE SENTIMENTALE

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis reportez le numéro correspondant le mieux à **votre vécu lors de(s) relation(s) amoureuse(s) et sentimentale(s)**. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux votre **vécu sentimental**.

	NON	OUI	
	0	1	
1.	Je n'ai jamais connu d'histoire amoureuse.	De 0 à 1	G1 __
2.	J'ai déjà été amoureux de quelqu'un.	De 0 à 1	G2 __
3.	J'ai déjà embrassé quelqu'un.	De 0 à 1	G3 __
4.	J'ai déjà été en couple.	De 0 à 1	G4 __
5.	J'ai eu des relations sexuelles.	De 0 à 1	G5 __
6.	J'ai connu une (des) rupture(s) sentimentale(s).	De 0 à 1	G6 __
7.	Je me suis senti(e) malheureux(se) dans une relation sentimentale.	De 0 à 1	G7 __
8.	J'ai déjà présenté un(e) amoureux(se) à mes amis.	De 0 à 1	G8 __
9.	J'ai déjà présenté un(e) amoureux(se) à mes parents.	De 0 à 1	G9 __
10.	J'ai déjà connu des relations sentimentales violentes psychiquement.	De 0 à 1	G10 __
11.	J'ai déjà connu des relations sentimentales violentes physiquement.	De 0 à 1	G11 __
12.	J'ai toujours été heureux(se) en amour.	De 0 à 1	G12 __
13.	J'ai connu une rupture sentimentale douloureuse.	De 0 à 1	G13 __
14.	Je me suis senti(e) dévasté(e) après une rupture sentimentale.	De 0 à 1	G14 __
15.	Je me sens épanoui(e) lorsque je suis en couple.	De 0 à 1	G15 __
16.	Je me sens vulnérable lorsque je suis amoureux(se).	De 0 à 1	G16 __
17.	J'ai été amoureux(se) de quelqu'un que je n'avais jamais rencontré « In Real Life ».	De 0 à 1	G17 __
18.	J'ai connu des relations de polyamour.	De 0 à 1	G18 __

19.	En amour, je quitte toujours l'autre avant qu'il ne me quitte.	De 0 à 1	G19 __
20.	Les relations amoureuses et sentimentales ne m'intéressent pas.	De 0 à 1	G20 __
21.	Je qualifierais mon orientation sexuelle d'hétérosexuelle.	De 0 à 1	G21 __
22.	Je qualifierais mon orientation sexuelle d'homosexuelle.	De 0 à 1	G22 __
23.	Je qualifierais mon orientation sexuelle de bisexuelle.	De 0 à 1	G23 __
24.	Je n'ai aucune idée de mon orientation sexuelle.	De 0 à 1	G24 __
25.	Ces sujets sont angoissants pour moi.	De 0 à 1	G25 __

Questionnaire spécifique, Poirier-IMM 2020.

7. CONCERNANT VOTRE RUPTURE SENTIMENTALE

Les ruptures sentimentales sont des événements de vie qui peuvent s'avérer difficiles...

Pour répondre à la suite de ce questionnaire, merci de bien vouloir vous concentrer sur la rupture sentimentale qui vous a le plus marqué(e), celle qui fut, pour vous, la plus difficile à surmonter.

Si vous n'en avez connu qu'une, merci de bien vouloir vous référer à celle-ci ; si vous en avez traversé plusieurs, merci de bien vouloir évoquer celle qui fût la plus difficile à traverser pour vous.

Si vous n'avez jamais connu de rupture sentimentale, vous pouvez passer au questionnaire 9, page 14.

1.	La relation ayant abouti à cette douloureuse rupture sentimentale, était-elle votre première relation de couple ? Non = 0 Oui = 1	H1 __
2.	Qui avait décidé de l'arrêt de cette relation ? Vous = 1 Votre partenaire = 2 Vous deux, d'un commun accord = 3	H2 __
3.	Combien de temps avait duré cette relation de couple ? Moins d'une semaine = 1 Entre 1 semaine et 1 mois = 2 Entre 1 mois et 1 an = 3 Plus d'1 an = 4	H3 __
4.	<u>Si vous aviez rencontré ce partenaire sur les réseaux sociaux et/ou les jeux vidéos en ligne,</u> pourriez-vous nous indiquer si vous l'aviez également rencontré « In Real Life » ? Non = 0 Oui = 1	H4 __
5.	Au cours de cette relation avez-vous présenté votre partenaire à : Vos amis Non=0 Oui=1 Vos parents Non=0 Oui=1 Votre famille élargie Non=0 Oui=1	H5.1 __ H5.2 __ H5.3 __
6.	Au cours de cette relation avez-vous eu des relations sexuelles avec votre partenaire ? Non = 0 Oui = 1	H6 __
7.	Au cours de cette relation avez-vous eu des relations sexuelles avec d'autre(s) partenaire(s) ? Non = 0 Oui = 1 Oui, cela faisait partie du fonctionnement de notre couple = 2	H7 __
8.	Au cours de cette relation, y avait-il eu des séparations (suivies de réconciliations) avec votre partenaire ? Non = 0 Oui, 1 fois = 1 Oui, souvent = 2	H8 __

8. VOTRE ETAT D'ESPRIT AU MOMENT DE LA RUPTURE SENTIMENTALE

Pour répondre à la suite de ce questionnaire, merci de bien vouloir vous concentrer sur la rupture sentimentale qui vous a le plus marqué(e), celle qui fût, pour vous, la plus difficile à surmonter.

Si vous n'en avez connu qu'une, merci de bien vouloir vous référer à celle-ci ; si vous en avez traversé plusieurs, merci de bien vouloir évoquer celle qui fût la plus difficile à traverser pour vous.

Lisez chaque phrase, puis reportez le numéro correspondant le mieux à ce que vous ressentez **GENERALEMENT**. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments **habituels**.

Si vous n'avez jamais connu de rupture sentimentale, vous pouvez passer au questionnaire 9, page 14.

NON	PLUTÔT NON	PLUTÔT OUI	OUI
1	2	3	4

Au moment d'une rupture sentimentale...

- | | | | |
|-----|---|-----------------|---------|
| 1. | Je me sentais de bonne humeur, aimable. | De 1 à 4 | I1 __ |
| 2. | Je me sentais nerveux (nerveuse) irritable et agité (e). | De 1 à 4 | I2 __ |
| 3. | Je me sentais content(e) de moi. | De 1 à 4 | I3 __ |
| 4. | Je me sentais vulnérable. | De 1 à 4 | I4 __ |
| 5. | J'éprouvais un sentiment d'échec. | De 1 à 4 | I5 __ |
| 6. | J'avais une bonne image de Moi-même. | De 1 à 4 | I6 __ |
| 7. | J'avais des troubles du sommeil | De 1 à 4 | I7 __ |
| 8. | J'avais l'impression que les difficultés s'accumulaient à un tel point que
je ne pouvais plus les surmonter. | De 1 à 4 | I8 __ |
| 9. | Je me sentais abandonné(e). | De 1 à 4 | I9 __ |
| 10. | J'étais heureux(se). | De 1 à 4 | I10 __ |
| 11. | J'avais des pensées qui me perturbaient. | De 1 à 4 | I11 __ |
| 12. | Je manquais de confiance en moi. | De 1 à 4 | I12 __ |

-
13. Je me sentais sans inquiétude, en sécurité, en sûreté. **De 1 à 4** I13|__|
-
14. J'avais des idées noires. **De 1 à 4** I14|__|
-
15. Je me sentais inutile. **De 1 à 4** I15|__|
-
16. J'avais des idées suicidaires. **De 1 à 4** I16|__|
-
17. Je ruminais des idées en boucle dans ma tête **De 1 à 4** I17|__|
-

NON	PLUTÔT NON	PLUTOT OUI	OUI
1	2	3	4

Au moment d'une rupture sentimentale...

- | | | | |
|-----|---|-----------------|---------|
| 18. | Je me sentais incapable de trouver des solutions aux problèmes que je rencontrais | De 1 à 4 | I18 __ |
| 19. | Je me voyais comme une personne posée, solide, stable. | De 1 à 4 | I19 __ |
| 20. | Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis. | De 1 à 4 | I20 __ |
| 21. | Je prenais facilement des décisions. | De 1 à 4 | I21 __ |
| 22. | Je n'arrivais pas à imaginer mon avenir. | De 1 à 4 | I22 __ |
| 23. | J'ai fugué de mon lieu d'habitation. | De 1 à 4 | I23 __ |
| 24. | J'ai consommé des toxiques (drogues, alcools) OU j'ai majoré ma consommation de ces substances. | De 1 à 4 | I24 __ |
| 25. | J'ai commencé à me blesser volontairement OU je me suis davantage blessé(e) volontairement (sans intention de me tuer). | De 1 à 4 | I25 __ |
| 26. | Je sortais davantage. | De 1 à 4 | I26 __ |
| 27. | J'ai rencontré quelqu'un d'autre. | De 1 à 4 | I27 __ |
| 28. | Je voyais davantage mes proches (parents, amis). | De 1 à 4 | I28 __ |
| 29. | J'ai appelé une ligne SOS suicide. | De 1 à 4 | I29 __ |
| 30. | J'ai appelé un psychiatre (de garde, par exemple) pour discuter. | De 1 à 4 | I30 __ |
| 31. | Je ne sortais plus de chez moi et/ou de ma chambre. | De 1 à 4 | I31 __ |
| 32. | Je suis tombé(e) amoureux(se) de quelqu'un d'autre. | De 1 à 4 | I32 __ |
| 33. | J'ai consulté dans un service d'urgences générales. | De 1 à 4 | I33 __ |

-
34. J'ai consulté dans un service d'urgences psychiatriques. **De 1 à 4** I34 |__|
-
35. J'avais de meilleurs résultats scolaires. **De 1 à 4** I35 |__|
-
36. J'ai essayé de mettre fin à mes jours. **De 1 à 4** I36 |__|
-
37. J'ai été hospitalisé(e) en psychiatrie. **De 1 à 4** I37 |__|
-
38. J'ai augmenté mon suivi psychologique et/ou psychiatrique. **De 1 à 4** I38 |__|
-
39. Je me sentais mieux dans mon corps. **De 1 à 4** I39 |__|
-
40. Je me sentais mieux dans ma tête. **De 1 à 4** I40 |__|
-

Questionnaire spécifique, Poirier-IMM 2020.

9. VOTRE UTILISATION DES RESEAUX SOCIAUX

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour décrire l'usage d'internet sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis reportez le numéro correspondant le mieux à **votre utilisation des réseaux sociaux, jeux vidéos** etc. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions.

JAMAIS	RAREMENT	PARFOIS	SOUVENT
1	2	3	4

GÉNÉRALEMENT...

- | | | | |
|-----|--|-----------------|--------|
| 1. | J'utilise les réseaux sociaux plus d'une heure par jour. | De 1 à 4 | J1 __ |
| 2. | Je possède plusieurs comptes sur les différentes plateformes de réseaux sociaux. | De 1 à 4 | J2 __ |
| 3. | Je joue aux jeux-vidéos en ligne. | De 1 à 4 | J3 __ |
| 4. | Je participe à des forums sur internet. | De 1 à 4 | J4 __ |
| 5. | Je publie du contenu sur les réseaux sociaux. | De 1 à 4 | J5 __ |
| 6. | Je crée des stories sur les réseaux sociaux. | De 1 à 4 | J6 __ |
| 7. | Regarder les réseaux sociaux est la première chose que je fais au réveil. | De 1 à 4 | J7 __ |
| 8. | Regarder les réseaux sociaux est la dernière chose que je fais avant de m'endormir. | De 1 à 4 | J8 __ |
| 9. | J'ai rencontré des gens via les réseaux sociaux et/ou jeux-vidéos. | De 1 à 4 | J9 __ |
| 10. | J'ai rencontré « In Real Life » des personnes rencontrées sur les réseaux sociaux et/ou les jeux-vidéos. | De 1 à 4 | J10 __ |
| 11. | Je suis tombé(e) amoureux(se) d'une personne rencontrée via les réseaux sociaux et/ou les jeux-vidéos. | De 1 à 4 | J11 __ |
| 12. | Rencontrer les gens me semblent plus facile via les réseaux sociaux et/ ou les Jeux-vidéos. | De 1 à 4 | J12 __ |
| 13. | Je publie du contenu sur les réseaux sociaux au sujet de ma vie sentimentale. | De 1 à 4 | J13 __ |
| 14. | Je mentionne mes ruptures amoureuses sur les réseaux sociaux et/ou les Jeux-vidéos et/ou les forums. | De 1 à 4 | J14 __ |
| 15. | J'utilise les sites de rencontres. | De 1 à 4 | J15 __ |

- | | | | |
|-----|--|-----------------|---------|
| 16. | J'ai rencontré « In Real Life » des personnes rencontrées sur un site de rencontre. | De 1 à 4 | J16 __ |
| 17. | Je suis tombé(e) amoureux(se) d'une personne rencontré(e) sur un site de rencontre. | De 1 à 4 | J17 __ |
| 18. | J'exprime mes idées sur ces plateformes. | De 1 à 4 | J18 __ |
| 19. | J'exprime mes idées noires sur ces plateformes. | De 1 à 4 | J19 __ |
| 20. | J'exprime mes idées suicidaires sur ces plateformes. | De 1 à 4 | J20 __ |
| 21. | Lorsque j'ai besoin d'aide/ de soutien, je préfère le demander sur ces plateformes qu'à proches (parents, fratrie...). | De 1 à 4 | J21 __ |
| 22. | Lorsque je me blesse volontairement, je le mentionne sur les réseaux. | De 1 à 4 | J22 __ |
| 23. | J'ai rencontré un(e) ou des ami(e)(s) via ces plateformes. | De 1 à 4 | J23 __ |
| 24. | Je n'utilise pas les réseaux sociaux. | De 1 à 4 | J24 __ |
| 25. | J'ai rencontré un(e) amoureux(se) (ou plusieurs) via ces plateformes. | De 1 à 2 | J25 __ |
| 26. | Rencontrer les gens me semblent plus facile via les réseaux sociaux et/ ou les jeux vidéo | De 1 à 2 | J26 __ |
| 27. | Je publie du contenu sur les réseaux sociaux au sujet de ma vie sentimentale. | De 1 à 2 | J27 __ |

Questionnaire spécifique, Poirier-IMM 2020

10. CONCERNANT LES BLESSURES QUE VOUS AVEZ PU VOUS FAIRE VOLONTAIREMENT

Dans certaines circonstances, il peut arriver que l'on se fasse du mal physiquement. Les questions ci-dessous portent sur ces situations potentielles.

1. Combien de fois, **dans toute votre vie**, vous êtes-vous effectivement physiquement blessé(e) volontairement, sans pour autant mettre votre vie en danger :

Pas une fois = 1
De 1 à 5 fois = 2
Plus de 5 fois = 3

K1 |__|

2. Combien de fois, **à la suite d'une rupture sentimentale**, vous êtes-vous effectivement physiquement blessé(e) volontairement, sans pour autant mettre votre vie en danger :

Pas une seule fois = 1
Une seule fois = 2
Plusieurs fois, mais sur une durée inférieure à une semaine = 3
Plusieurs fois, mais sur une durée comprise entre 1 semaine et 1 mois = 4
Plusieurs fois mais sur une durée supérieure à 1 mois = 5

K2 |__|

Si vous avez répondu 1 à la question 1 et 1 à la question 2,

Passez au questionnaire suivant

Sinon, continuer le questionnaire :

3. A quel âge avez-vous commencé à vous blesser volontairement : K3 |__|__| ans

4. A quel âge avez-vous cessé de vous blesser volontairement (si c'est le cas) : K4 |__|__| ans

5. Quelles parties de votre corps avez-vous atteintes par des blessures volontaires (actes effectués de votre part sans intention de vous tuer) ?

.....
.....
.....
.....

..... ne rien inscrire ->K5 |__|__|

6. Par quel(s) moyen(s) vous-êtes vous blessé(e) volontairement (sans intention de vous tuer) ?

.....
.....

.....
.....
..... *ne rien inscrire ->K6* |__|__|

7. **Après une rupture sentimentale**, avez-vous modifié vos blessures volontaires ?

La fréquence a augmenté	Non = 0 oui=1	K7 __
La localisation a changé	Non = 0 oui=1	
Les moyens utilisés étaient différents	Non = 0 oui=1	K8 __
Les blessures étaient plus graves	Non = 0 oui=1	
Les blessures avaient pour but de me tuer	Non = 0 oui=1	K9 __
		K10 __
		K11 __

8. **Après une rupture sentimentale**, quelles parties de votre corps avez-vous atteintes par des blessures volontaires (actes effectués de votre part sans intention de vous tuer) ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
..... *ne rien inscrire ->K12* |__|__|

9. **Après une rupture sentimentale**, par quel(s) moyen(s) vous-êtes vous blessé(e) volontairement (sans intention de vous tuer) ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
..... *ne rien inscrire ->K13* |__|__|

10. **Après une rupture sentimentale**, par quel(s) moyen(s) vous-êtes vous blessé(e) volontairement avec l'intention de vous tuer ?

.....
.....
.....
.....

.....
..... *ne rien inscrire ->*K14|__|__|

11. Dès lors que vous pensez à vous blesser volontairement, est-ce que vous le faites toujours :

Non = 0 Oui = 1

K15|__|

12. Dites-vous à d'autres personnes que vous vous blessez volontairement :

Non = 0 Oui = 1

K16|__|

Si OUI, A qui ? Précisez :

K17|__|

_____ (ne rien inscrire ->)

Par quel moyen ? (appel, SMS, publication sur un réseau social, message dans un chat ,
message dans un forum ...), précisez :

K18|__|

_____ (ne rien inscrire ->)

13. Ressentez-vous une douleur physique lorsque vous vous blessez volontairement :

Jamais = 1

Parfois = 2

Habituellement = 3

Toujours = 4

K19|__|

© OSI. Nixon (1981) adapté par Poirier Marie, IMM (2020).

9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes sont souvent déçus par eux-mêmes</i>	MAI S	<i>D'autres jeunes sont assez satisfaits d'eux-mêmes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L9 __
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes sont assez lents pour finir leur travail scolaire</i>	MAI S	<i>D'autres jeunes peuvent faire leur travail scolaire plus rapidement</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L10 __
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes ont beaucoup de copains</i>	MAI S	<i>D'autres n'ont pas beaucoup de copains</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L11 __
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes estiment qu'ils seraient bons dans toute activité sportive nouvelle</i>	MAI S	<i>D'autres ont peur de ne pas être bons dans une nouvelle activité sportive</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L12 __
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes aimeraient que leur corps soit différent</i>	MAI S	<i>D'autres aiment leur corps tel qu'il est</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L13 __
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes ont l'impression qu'ils n'ont pas assez de capacités pour faire bien un petit boulot</i>	MAI S	<i>D'autres jeunes ont l'impression qu'ils ont assez de capacités pour faire bien un petit boulot</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L14 __
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes ne donnent pas rendez-vous aux personnes qui les attirent</i>	MAI S	<i>D'autres jeunes donnent rendez-vous aux personnes qui les attirent</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L15 __
16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes ont des ennuis pour ce qu'ils font</i>	MAI S	<i>D'autres jeunes ne font pas, généralement, ce qui leur causerait des ennuis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L16 __
17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes ont un ami intime avec lequel ils peuvent partager leurs secrets</i>	MAI S	<i>D'autres jeunes n'ont pas vraiment d'ami intime avec lequel partager leurs secrets</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L17 __
18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes n'aiment pas la façon dont ils mènent leur vie</i>	MAI S	<i>D'autres jeunes aiment la façon dont ils mènent leur vie</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L18 __
19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes réussissent très bien dans leur travail scolaire</i>	MAI S	<i>D'autres jeunes ne réussissent pas très bien dans leur travail scolaire</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L19 __
20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes ne sont pas appréciés facilement</i>	MAI S	<i>D'autres jeunes sont vraiment faciles à aimer</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L20 __

21.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes ont le sentiment qu'ils sont meilleurs que les autres en sport</i>	MAI S	<i>D'autres jeunes ont l'impression qu'ils ne peuvent pas être aussi bons que les autres en sport</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L21 __
22.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes souhaiteraient que leur apparence physique soit différente</i>	MAI S	<i>D'autres jeunes apprécient leur apparence physique telle qu'elle est</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L22 __
23.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes pensent qu'ils sont assez mûrs pour obtenir et assumer un travail payé</i>	MAI S	<i>D'autres jeunes ne se sentent pas assez mûrs pour bien exercer un travail payé</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L23 __
24.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes pensent que d'autres de leur âge tomberont amoureux d'eux</i>	MAI S	<i>D'autres jeunes s'inquiètent en se demandant si d'autres de leur âge tomberont amoureux d'eux</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L24 __
25.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes se sentent vraiment bien quant à la façon dont ils agissent</i>	MAI S	<i>D'autres jeunes ne se sentent pas bien qu'ils agissent souvent</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L25 __
26.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes aimeraient avoir un véritable ami avec qui partager des choses</i>	MAI S	<i>D'autres jeunes ont un ami proche avec qui ils partagent des choses</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L26 __
27.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes sont la plupart du temps heureux de ce qu'ils sont</i>	MAI S	<i>D'autres jeunes ne sont pas souvent heureux de ce qu'ils sont</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L27 __
28.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes ont des difficultés pour arriver à trouver les réponses en classe</i>	MAI S	<i>D'autres jeunes peuvent presque toujours trouver les réponses</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L28 __
29.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes sont très appréciés des autres de leur âge</i>	MAI S	<i>D'autres jeunes ne sont pas très appréciés des autres de leur âge</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L29 __
30.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes ne s'en tirent pas bien dans les jeux de plein air nouveaux</i>	MAI S	<i>D'autres jeunes sont bons tout de suite dans les jeux de plein air nouveaux</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L30 __
31.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes pensent qu'ils sont beaux</i>	MAI S	<i>D'autres pensent qu'ils ne sont pas très beaux</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L31 __
32.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes pensent qu'ils pourraient faire mieux dans leurs petits jobs</i>	MAI S	<i>D'autres pensent qu'ils travaillent vraiment bien dans les petits jobs qu'ils font</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L32 __

33.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes se trouvent drôles et intéressants lorsqu'ils sortent avec quelqu'un</i>	MAI S	<i>D'autres se demandent s'ils sont drôles et intéressants lorsqu'ils sortent avec quelqu'un</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L33 __
34.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes font des choses qu'ils savent qu'ils ne devraient pas faire</i>	MAI S	<i>D'autres jeunes ne font presque jamais des choses qu'ils savent qu'ils ne devraient pas faire</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L34 __
35.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes trouvent qu'il est difficile de se faire des amis proches en qui ils puissent avoir vraiment confiance</i>	MAI S	<i>D'autres jeunes sont capables de se faire des amis proches en qui ils peuvent avoir vraiment confiance</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L35 __
36.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes apprécient ce qu'ils sont</i>	MAI S	<i>D'autres souhaiteraient être quelqu'un d'autre</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L36 __
37.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes se trouvent assez intelligents</i>	MAI S	<i>D'autres jeunes se demandent s'ils sont intelligents</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L37 __
38.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes trouvent qu'ils sont bien acceptés socialement</i>	MAI S	<i>D'autres jeunes souhaiteraient que les autres de leur âge soient plus nombreux à les accepter</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L38 __
39.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes ne se trouvent pas très athlétiques</i>	MAI S	<i>D'autres jeunes se trouvent très athlétiques</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L39 __
40.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes aiment vraiment leur apparence</i>	MAI S	<i>D'autres jeunes voudraient que leur apparence soit différente</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L40 __
41.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes pensent qu'ils sont vraiment capables d'assumer un travail payé</i>	MAI S	<i>D'autres jeunes se demandent s'ils feraient aussi bien qu'ils le devraient dans un travail payé</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L41 __
42.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes généralement ne sortent pas avec les personnes à qui ils aimeraient vraiment donner rendez-vous</i>	MAI S	<i>D'autres jeunes sortent avec les personnes à qui ils voulaient vraiment donner rendez-vous</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L42 __
43.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes agissent habituellement comme ils savent qu'ils sont supposés le faire</i>	MAI S	<i>D'autres jeunes souvent n'agissent pas comme ils sont supposés le faire</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L43 __
44.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Certains jeunes n'ont pas un ami proche avec qui partager</i>	MAI S	<i>D'autres jeunes ont un ami proche et peuvent partager</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L44 __

*vraiment des idées
personnelles*

*avec lui des idées et des
sentiments personnels*

45.

*Certains jeunes sont très
heureux de leur état*

**MAI
S**

*D'autres jeunes voudraient être
différents de ce qu'ils sont*

L45 | _ |

© SPPA. Harter (2006)

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

IX - Résumé :

Introduction : L'adolescence est un âge qui voit éclore les premières relations et les premières ruptures sentimentales, évènements de vie qui peuvent s'avérer déstabilisants chez un individu en pleine construction de son identité et de sa subjectivité. Nous proposons d'étudier quelles sont les répercussions de ces premières expériences sur la santé mentale des adolescents et notamment ceux dont le moi et les relations interpersonnelles sont marqués par l'instabilité, les adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité borderline.

Objectif : L'objectif de cette étude est de mesurer l'impact des ruptures sentimentales sur la crise suicidaire des adolescents et s'il existe une corrélation entre cet impact et les symptômes de TPB.

Matériel et méthodes : La population de l'étude est constituée de 16 adolescents âgés de 14 à 18 ans, recrutés dans plusieurs centres à Paris et à Poitiers. Un entretien téléphonique auprès des sujets et de leurs représentants légaux expliquant les modalités de l'étude. L'étude se déroulait en un entretien unique qui se composait d'un auto-questionnaire, d'un hétéro-questionnaire et d'un entretien semi dirigé.

Résultats : L'étude ne retrouve pas de lien significatif entre TS et rupture sentimentale, ni de corrélation entre la réalisation d'une TS après une rupture sentimentale et les symptômes de TPB. Mais nous retrouvons une corrélation entre la pratique des NSSI et les IDS chez les personnes présentant un TPB après une rupture sentimentale ($p=0,008$ et $p=0,004$).

Conclusion : Cette étude révèle que les ruptures sentimentales ont des répercussions sur les idéations suicidaires et les automutilations chez les adolescents. De plus, elle observe une corrélation entre ces évènements et la présence de symptômes de trouble de la personnalité borderline. Il apparaît essentiel de pouvoir poursuivre ce travail afin de consolider les résultats statistiques et mieux comprendre les mécanismes psychiques impliqués dans les associations mises en évidence par notre étude.

Les mots clés : adolescents, borderline, rupture sentimentale, automutilations, suicide.

X - Serment d' Hippocrate :



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au -dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque !