

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER**  
**FACULTÉ DE SANTÉ**

---

ANNÉE 2024

2024 TOU3 1667

**THÈSE**

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

Présentée et soutenue publiquement

par

**Lise HARTENSTEIN**

Le 17 octobre 2024

**EXPÉRIENCE VÉCUE DES AIDANTS D'UNE INTERVENTION**  
**SYSTÉMIQUE DE PSYCHOÉDUCATION SUR LE TROUBLE DE LA**  
**PERSONNALITE BORDERLINE : UNE ÉTUDE QUALITATIVE**

Directeur de thèse : Docteur Gaël GALLIOT

**JURY**

Monsieur le Professeur Antoine YRONDI  
Monsieur le Professeur Christophe ARBUS  
Madame la Docteure Virginie ROUCH  
Monsieur le Docteur Gaël GALLIOT  
Madame la Docteure Julie RIEU

Président  
Assesseur  
Assesseure  
Assesseur  
Suppléante

**FACULTÉ DE SANTÉ**  
**Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical**  
**Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS**

**Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine**  
**2023-2024**

**Professeurs Honoraires**

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

**Professeurs Émérites**

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAUQUE Dominique	Professeur PARINI Angelo	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRET Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHE Pierre	Professeur SERRE Guy	

**P.U. - P.H.**  
**Classe Exceptionnelle et 1ère classe**

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

**P.U. Médecine générale**

Mme DUPOUY Julie  
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)  
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

**FACULTÉ DE SANTÉ**  
**Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**P.U. - P.H.**  
**2ème classe**

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

**Professeurs Associés**

**Professeurs Associés de Médecine Générale**

M. ABITTEBOUL Yves  
M. BIREBENT Jordan  
M. BOYER Pierre  
Mme FREYENS Anne  
Mme IRI-DELAHAYE Motoko  
Mme LATROUS Leila  
M. POUTRAIN Jean-Christophe  
M. STILLMUNKES André

**Professeurs Associés Honoraires**

Mme MALAUAUD Sandra  
Mme PAVY LE TRAON Anne  
M. SIBAUD Vincent  
Mme WOISARD Virginie

**MCU - PH**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
M. CHICOULAA Bruno  
M. ESCOURROU Emile  
Mme GIMENEZ Laetitia

**Maîtres de Conférence Associés**

**M.C.A. Médecine Générale**

Mme BOURGEOIS Odile  
Mme BOUSSIER Nathalie  
Mme DURRIEU Florence  
Mme FRANZIN Emilie  
M. GACHIES Hervé  
M. PEREZ Denis  
M. PIPONNIER David  
Mme PUECH Marielle  
M. SAVIGNAC Florian

# REMERCIEMENTS

## **Monsieur le Professeur Antoine YRONDI**

Je te remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Tu as été témoin de mes premiers pas en psychiatrie durant mon stage à l'UF4, une expérience qui a marqué mon parcours d'internat et enrichi mes connaissances cliniques. Je t'adresse l'expression de mon profond respect et de ma reconnaissance.

## **Monsieur le Professeur Christophe ARBUS**

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse. Votre présence et investissement auprès des internes est importante. Je vous prie de recevoir le témoignage de mon profond respect et de ma reconnaissance.

## **Madame la Docteure Virginie ROUCH**

Je te remercie d'avoir accepté de siéger à mon jury de thèse. Apprendre à tes côtés lors de mon stage à l'UF3 a été une expérience inspirante et fondatrice pour mon internat qui laissera une trace certaine pour ma future pratique. Ton approche de la psychiatrie m'a permis de donner un sens à mon exercice. Je tiens à te témoigner toute mon admiration et ma reconnaissance.

## **Madame la Docteure Julie RIEU**

Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Le stage au CMP m'a permis de saisir toute la richesse du travail institutionnel que tu maîtrises avec tant de finesse. J'ai appris avec toi l'importance du travail en équipe. Sois assurée de mon admiration et ma profonde reconnaissance.

## **Monsieur le Docteur Gaël GALLIOT**

Je te remercie de m'avoir accompagnée sur ce travail de thèse, de ton soutien indéfectible et de ton encadrement durant mon stage à l'UF3. Travailler à tes côtés ouvre la voie à une pratique humaniste et inspirante, avec le souci de prendre soin d'un système dans sa globalité, le tout agrémenté d'une note d'humour (et d'un rire exubérant communicatif). J'espère pouvoir poursuivre ce travail avec toi et continuer à apprendre à tes côtés. Reçois l'expression de ma sincère admiration et de ma reconnaissance.

## **Remerciements professionnels,**

A l'équipe de l'UF4, je remercie toute l'équipe de m'avoir fait découvrir la psychiatrie et montrer qu'il est possible de trouver du plaisir à exercer cette spécialité même face à des conditions parfois difficiles. Un remerciement particulier à Dre Hélène DE BROUWER qui m'a initié à une approche psychanalytique de la discipline et pour les moments de franches rigolades partagées lors de nos repas.

Au Dr Sylvain DUPOUY, à Dre Ines COLBEAUX, à Paula et à toute l'équipe de l'USAHC de Montauban, j'ai exploré avec vous l'univers particulier et unique de la pédopsychiatrie en travaillant à vos côtés sur une approche centrée sur la personne.

Au Dr Laurent BLUM et à toute l'équipe de l'unité Lagon à La Réunion, votre approche transculturelle des soins alliée à votre bienveillance teintée d'humour a profondément enrichi ma vision de la psychiatrie.

Au Dre Catherine PREAULT et à toute l'équipe de gérontopsychiatrie de Marchant, merci de m'avoir permis de découvrir diverses modalités de soins empreintes d'humanité, que ce soit à l'hôpital de jour ou au sein de l'équipe mobile.

À toute l'équipe de l'UF3 et plus particulièrement à Dre Emmanuelle BOUGON, Pierre-Baptiste, Isabelle, Emmanuelle, Elodie, Daniel et Corine, un immense merci de m'avoir initié à l'approche systémique et attachementiste. Votre capacité à conjuguer bienveillance, rigueur et finesse clinique m'a profondément inspiré.

À l'équipe du CMP Secteur 7 notamment Dre Karine FAURE, Dre Alice BELLOC, Dre Marie CHARRAS, Marine, Johanne, Céline, Cécile, Hélène S. Pierre, Laura, etc, un grand merci pour m'avoir permis de grandir et d'apprendre à vos côtés. Votre travail institutionnel, empreint d'une approche singulière à chacun.e d'entre vous, a été une véritable source d'inspiration.

Aux Dre Hélène PAILLARD, Dre Léa CHARRIER, Dre Pauline GARCIN, Dre Gaëlle HANROT, Dr Pierre BERTHOMES et Dre MCP et toute l'équipe du CSAPA et d'addictologie de Montauban, en particulier Siddi, ce stage a été une immersion en addictologie menée dans une ambiance familiale et riche en apprentissage. Merci pour la créativité que vous insufflez dans les soins.

Au Dr Nicolas NAVARRO, Dre Johanna CHATELET et toute l'équipe du CSAPA de Maurice-DIDE, merci d'être cette équipe engagée et profondément humaine, apportant une grande richesse à l'accompagnement des soins. Une pensée particulière pour Karima, dont l'attention portée à l'accueil est exemplaire.

A Tanguy DE LAPORTALIERE et Adeline JULLIEN, je vous remercie de m'avoir transmis vos connaissances approfondies en pharmacologie. Vos conseils chaleureux m'ont été précieux.

A Valérie MALLARD, je te remercie pour ton engagement dans ce projet de recherche et pour ta grande disponibilité.

Au Dr Benjamin NACCACHE, merci pour ton investissement dans cette recherche et tes apports théoriques toujours pertinents. Tu as été d'une aide précieuse pour l'aboutissement de ce travail.

A tous.les les externes incroyables que j'ai eu la chance de croiser, notamment Zoéline, Roxana et Raphaël, et ceux.celles dont le nom m'échappe mais qui ont laissé une trace dans mon parcours.

Enfin, un grand merci aux patient.e.s qui m'ont tout appris. A Mme T. pour votre joie de vivre, Mr C., Mme B. pour votre sensibilité, Mme N., Mme S., Mr B. pour votre humour et tous.les ces patient.e.s qui ont marqué mon parcours d'internat et continuerons de nourrir en moi le désir de prendre soin et d'accompagner.

## **A ma famille :**

A Papou,

Merci d'être mon pilier solide et aimant, une figure rassurante qui m'a donné le goût et le courage d'explorer le monde à travers la musique ou la littérature. Tu m'inspires à chaque instant et m'a transmis les valeurs du soin et de l'attention aux autres. Tu as contribué à façonner la personne que je suis aujourd'hui.

A Maman,

Merci d'être présence constante et ton soutien infaillible avec ta personnalité vibrante et pleine d'émotions. Tu es une mère inspirante et indépendante, remplie de tendresse. Je te suis reconnaissante pour tout ce que tu m'apportes.

A mon petit Marco,

Partager des éclats de rires avec toi est l'une des grandes joies de ma vie. Tu es l'un de mes piliers essentiels, sans qui la vie aurait moins de saveur. Merci pour nos discussions philosophiques et pour me ramener à mon âme d'enfant.

A Jules,

A toi mon grand frère, merci de m'avoir appris l'humour et la légèreté. Nos espiègleries ont marqué qui je suis et continuent de m'apporter du bonheur chaque jour.

A Papé, merci pour ton soutien et tes encouragements qui m'ont accompagné à travers tant de moments précieux. A Mamé, pour ta douce folie, ton sens de l'humour à toute épreuve et tes petits plats mijotés qui réchauffent le cœur et l'âme.

A Mamie, merci pour ta gentillesse et tes petites attentions particulières qui font de toi une grand-mère incroyable. Et à Guy, merci pour ta présence et ton humour unique. A Papy, merci pour le partage de ta culture slave, tes récits captivants et ta grande sagesse.

A Nana, pour ta douceur et ta richesse d'esprit, tu m'inspires par ta manière d'être et de penser. A Marraine, merci pour tes délicates attentions, ta chaleur humaine et ce lien précieux que nous partageons.

A Didier, pour ton esprit vif et ton énergie sportive. A Evelyne, merci pour ta bienveillance.

A mes cousines, Lucile, Emma et Solen, je vous remercie d'être une part précieuse de ma vie. Les souvenirs partagés ensemble me sont chers.

A Chantal, je te remercie d'avoir été présente au cours de ces longues années d'études et de m'avoir partagé ton savoir littéraire et ses moments de vie qui ont enrichi mon parcours.

A mes compagnons à quatre pattes, Guinness et Bonnie, pour votre affection et votre réconfort immense.

## **A mes ami.e.s de Lorraine :**

A Pierrot,

Je ne te remercierai jamais assez pour le soutien que tu m'as apporté ces dernières années ainsi que pour ta sagesse et ton pragmatisme irréprochable. J'ai grandi, découvert le monde à tes côtés et appris à me dépasser. Merci pour ta sincérité, ta curiosité sans bornes, ton humour mordant et ton énergie inépuisable pour profiter de chaque instant. Tu es une belle personne avec ta voix d'or qui résonne en chacun.e de nous. Je remercie également tes parents, ton frère, ta sœur Mathilde et Droopy qui ont laissé une empreinte dans ma vie.

A Noémie,

Merci pour ton esprit décalé et ces moments de folie vécus ensemble au lycée. Tu es une amie formidable et rayonnante et je suis reconnaissante pour ton soutien et ton authenticité.

A Myriam,

Pour ton grain de folie et cette amitié qui traverse les années sans jamais s'éteindre. Merci d'être cette amie fidèle et toujours présente.

A Allan,

Merci pour nos soirées endiablées et pour ces découvertes que nous avons partagées ensemble. Ta compagnie rend chaque moment plus joyeux.

A Loulou,

Pour ta vaste culture et pour les éclats de rire que nous partageons. Ton humour et ta curiosité du monde rendent chaque expérience encore plus riche.

A Arthur,

Pour nos premiers pas dans la vie d'adulte, je te remercie d'être la personne douce et chaleureuse que tu es.

A Victor, Aline, Bertil, Thibault et Chloé M,

Merci pour ces années de lycée passées ensemble, remplies de rires et souvenirs précieux.

A Joé, Marine et Justine,

Vous avez marqué mes années au collège y laissant une empreinte joyeuse.

A Marion, Paul et Guillaume,

Merci pour votre amitié de toujours. Grandir ensemble, partager tant de souvenirs et d'expériences, a été un véritable cadeau.

A Amandine et Johanna,

Merci pour cette année de PACES où nous avons su se soutenir mutuellement dans l'adversité.

A Benjamin,

A ton humour incomparable et ta folie débordante. Merci de m'avoir supporté sur ces années en médecine, à souffrir et fleurir côte à côte. Tu es ce petit être machiavélique et rayonnant qui apporte une touche de lumière à ma vie.

A Marianne,

Merci pour ta douceur et ta générosité. Ta sensibilité me touche profondément et ton sens de l'humour, aussi imprévisible qu'attachant, apporte légèreté et joie à chaque instant partagé. Tu incarnes brillamment la Mame Suprême.

A Chloé,

Merci pour ta joie de vivre contagieuse et nos heures passées à danser ensemble.

A Julio,

Pour ton côté décalé, attendrissant et tes zinzinteries inimitables qui ne manquent jamais de me faire sourire.

A Antoine,

Merci pour ton caractère corse, ta ronchonnerie attachante et ta grande gentillesse.

A Quentin,

Pour tes anecdotes rigolotes qui savent égayer n'importe quelle situation.

A Astrée,

Pour ta bienveillance et ta vivacité d'esprit.

A Maelle, Marjo, Margot, Pierrat,

Votre compagnie a rendu ces dernières années joyeuses et ont enrichi mon parcours.

A Ghislain, Minou, Haas, Victorine et Tina,

Ce fut un plaisir de faire votre rencontre et d'avoir pu partager ces moments forts avec vous.

### **A mes rencontres en Erasmus :**

A Karolina,

A nos soirées passées à Kosice et notre stage à Faro, merci de m'avoir ouvert les portes de ta culture. Tu es une personne inspirante et je suis reconnaissant de t'avoir rencontrée. Ďakujem.

A Maurine, Paul et Clémentine,

Merci pour cette belle année passée ensemble à parcourir l'Europe de l'Est et à nous redécouvrir sous un nouveau jour.

A Anastasia, Francesco, Marco, Fabio, Basia, Diogo, Fede, Lamprini, David... Ďakujem !

## **A mes rencontres réunionnaises :**

A Marion aka Grosse Nic,

A cette rencontre bouleversante, pleine de saveurs et d'émotions. Ta générosité, ta spontanéité, ta curiosité insatiable et ton exubérance apportent de la couleur à ma vie. Merci de prendre toute la place pour illuminer tous.tes ceux.celles qui t'entourent.

A mon Luc,

A ta soif de découverte, ton énergie inégalable pour teuffer, toujours exaltant et rafraichissant. Merci d'être cet ami précieux.

A Anne K,

Pour ta douceur enveloppante, ton petit grain de malice et ces moments où nous avons frôlé la mort. Ta compagnie est une brise légère et aventureuse.

A Jo,

Pour ton rire si communicatif et ton esprit pétillant qui savent transformer chaque instant en une fête joyeuse. Ton enthousiasme pour la vie est débordant.

A Marie et Martin,

Merci à mes belges préférés de faire partie de ma vie. Vous apportez du bonheur partout autour de vous, toujours accompagnés de cette note d'humour qui rend chaque instant plus chaleureux.

A Camille,

Ta malice fait de chaque moment passé ensemble une aventure amusante et pleine de surprises.

A Robi,

Pour ton charme irrésistible et dont la compagnie laisse une impression inoubliable.

A Doudou, AnneF, Cédric, Clara et Doriane,

Vous avez apporté une belle énergie à chaque instant vécu ensemble permettant d'enrichir grandement mon expérience.

## **A mes rencontres toulousaines :**

A Julien,

Je te remercie d'être cette personne merveilleuse, débordante de vie et d'amour, avec qui je grandis depuis le tout début de mon internat. Drôle, attentionné, doté d'une sensibilité unique, tu rends mon aventure toulousaine exceptionnelle. Tu es mon âme sœur depuis notre rencontre et un repère précieux pour moi.

A Malena,

Merci à toi ma douce sœur d'être cette âme passionnée, engagée et créative, qui m'inspire chaque jour à résister. Partenaire de teuf et autres folies en tout genre, tu es un de mes piliers inébranlables.

A Andris,

A ce soleil qui éclaire nos âmes, je te remercie d'être ce tourbillon d'amour et de générosité et de dévorer la vie avec une telle fougue. Je chérie profondément notre lien précieux et cette connexion unique qui nous unit. Merci à nos teufs endiablées et pour ces moments à deux empreints de tant de tendresse.

A Chloé N,

Merci à toi pour ta spontanéité et nos fous rires incessants, tu es une femme inspirante aux milles facettes et une véritable bouffée de bonne humeur.

A Adélaïde,

A toi, ce petit bout de femme merveilleuse et pleine de vie, avec qui le Cinepsy a vu le jour avant de se transformer en une belle amitié sincère. J'ai adoré travailler à tes côtés au CMP et j'espère à nouveau avoir l'honneur de collaborer avec toi.

A Isabelle,

Merci d'être drôle et décalée, pour ton sens de l'aventure et toujours partante pour une escapade. Merci d'avoir partagé nos doutes et nos réflexions profondes. Tu es une vraie source d'inspiration.

A Paulo,

A notre rencontre lors d'une garde aux urgences, où j'ai découvert ton humour légendaire et ta gentillesse désarmante. Je te remercie d'être cette force tranquille, curieuse de ce qui l'entoure.

A ma Sarou,

Merci à ma beauf préférée d'illuminer mes journées et mes soirées, à ta passion pour la pétanque, à nos futures soirées coinche et karaoké, à ta sensibilité et ta joie de vivre qui déteint sur chacun.e de nous.

A Clairou,

Merci à toi d'être ma complice depuis plusieurs années, celle avec qui chaque journée prend des couleurs flamboyantes. Ta créativité et ton exubérance font de toi un être exceptionnel.

A Toto,

Merci à toi d'avoir partagé ces quelques mois en colocation qui ont donné naissance à une amitié sincère et grandissante. Ta présence apporte réconfort et bonne humeur.

A Anaïs,

Nous avons fait nos premiers pas en psychiatrie et à l'internat ensemble, merci d'être ce petit volcan pétillant, aventureux et plein de vitalité.

A Ines, pour nos débuts d'internat partagés et pour ta joie de vivre débordante. A Juliette, merci pour ces moments de rigolade et ta bonne humeur contagieuse.

A Marie,

Merci pour l'artiste que tu es avec ta vivacité d'esprit qui, bien que parfois difficile à suivre, est toujours enrichissante.

A Gabi,

Merci pour ton empowerment et l'énergie rayonnante que tu propages autour de toi.

A Albanie,

Ma douce amie, tu es une personne riche de cœur et pleine d'amour. Ta sororité et ton soutien inestimable m'ont aidé à traverser ces derniers mois de travail.

A Aurélie,

Pour ta curiosité et ta douceur apaisante, tu es une femme inspirante et admirable.

A Elise, merci pour ces quelques moments partagés réjouissants.

A Quentin G,

Merci pour ces instants debriefs, nos séances de yoga, et de m'avoir initié à l'expression corporelle que j'ai pu transmettre aux patient.e.s. Ton rire communicatif est un trésor.

A Aurélie B,

A ton esprit dispersé et si tendre et ta gentillesse débordante, à nos randonnées et à nos futures aventures à partager ensemble.

A mes anciennes colocataires :

A ma Anne, pour m'avoir fait découvrir le yoga, pour ton féminisme affirmé, pour ton théâtralisme et pour toutes ces discussions qui remuent le cœur.

A Estelle, pour ta force d'esprit et ton caractère déterminé. A Madeleine, pour ton côté rock n roll et ton amour pour la montagne.

A mes collègues psychiatres et qui sont source d'inspiration : à Clémence T, Johann, Valentine, Eloise V, Florian G, Julie M, Valentine, Afif, Samuel, Loic P, Estelle W, Sacha et Viviane.

A Clarice et Cléa,

Je vous remercie d'avoir été des co-internes hors pair en addictologie.

A Joyce,

Merci d'avoir partagé nos premiers instants en psychiatrie à l'UF4, même dans les périodes difficiles, nous avons pu prendre le temps de rire et de refaire le monde.

A ces personnes que j'apprends à connaître et qui enrichissent ma vie : à Celso, Tristan, Nina, Romain, Biké, Sarah P, Elyes, Chloé C, Arnaud T, Juliette B et gros Tiny.

A Matthieu et à Sam,

Merci à vous deux pour tout le love que vous dégagez et d'être ces âmes incroyablement gentilles.

A Valou,

Merci d'être cette personne si singulière qui a bouleversé ma vie dernièrement. Ton énergie débordante, ton amour généreux et ta folie douce ont apporté une vraie tempête de saveurs et de couleurs à mon quotidien.

Et enfin, merci à mes colocs de la PoteLand pour m'avoir supporté sur ces derniers mois :

A ma Zaza,

Merci à toi de prendre soin de nous et d'être toujours partante pour toutes bêtises en tout genre, tu es notre petit soleil, une vraie dose de chaleur et d'humanité.

A Antoine,

Merci pour nos discussions passionnées, pour ton caractère tendre et ta manière unique de comprendre le monde.

A ma Lélé,

A toi, mon petit tournesol, qui sais me rassurer et me faire rire aux éclats. Il me tarde de parcourir le monde avec toi et de déconner à fond, sans limites.

A Maxou et nos adorables poules Jeanne-Marque 3 et Odette.

Merci à la Sertraline et à Mme D.

Merci à la danse, au yoga, à l'art, à la teuf, au Biko, à la rando, à l'amitié et l'amour, qui rendent cette existence aussi vibrante que colorée.

*« Mental illness is a family affair. This may be particularly true in personality disorders (PDs) because of the interpersonal nature of their characteristics. Family members are perhaps the most affected and, in turn, are the people most likely to affect the individual with the disorder. »*

*Hoffman, Fruzzetti and Buteau*

*« Tout l'art de la psychothérapie consiste à nouer une alliance autour d'une danse tout en essayant par ailleurs d'éviter les pas qui mèneraient aux mêmes figures ; et je crois que c'est aussi l'art du dialogue. »*

*Mony Elkaim*

# TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	2
INTRODUCTION .....	3
MATÉRIEL ET MÉTHODES .....	6
1. Design de l'étude .....	6
2. Population de l'étude.....	6
3. Recueil des données .....	6
4. Analyse.....	8
5. Critères d'éthique .....	9
RÉSULTATS .....	10
1. Un ESP comme espace de circulation des vécus .....	13
1.1. <i>Un accueil tant attendu de la souffrance de l'aidant</i> .....	15
1.2. <i>Un soulagement face à l'annonce du diagnostic</i> .....	16
1.3. <i>Une interaction inédite entre patient et aidant</i> .....	17
2. Une prise de conscience des compétences à acquérir au regard du diagnostic ..	18
2.1. <i>Un enjeu de la communication dans l'accompagnement du TPB</i> .....	19
2.2. <i>Un sentiment de gain de compétences avec l'ESP</i> .....	19
2.3. <i>Un inconfort persistant face à la dimension impulsive du TPB</i> .....	20
3. Les aidants au cœur de l'accompagnement du TPB .....	21
3.1. <i>Une nécessité de soutien des aidants</i> .....	21
3.2. <i>Une place active des aidants dans le parcours de soins du patient</i> .....	22
DISCUSSION .....	24
Limites de l'étude .....	28
CONCLUSION .....	29
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	30
ANNEXES .....	35

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

**TPB** : Trouble de la Personnalité Borderline

**GPM** : Good Psychiatric Management

**TCD** : Thérapie Comportementale et Dialectique

**TBM** : Thérapie Basée sur la Mentalisation

**TFP** : Thérapie Focalisée sur le Transfert

**ESP** : Entretien Systémique de Psychoéducation

# INTRODUCTION

Le trouble de personnalité borderline (TPB) est une pathologie psychiatrique fréquente et invalidante touchant 1 à 2 % de la population générale, 10% des patients suivis en ambulatoire et 20% des patients hospitalisés en psychiatrie (1). Il se caractérise par une instabilité relationnelle, affective et identitaire, une impulsivité marquée et un risque suicidaire majeur (2). Le taux de mortalité est élevé avec environ 10% de suicides aboutis, soit près de 50% de plus que la population générale, et environ 85% des patients avec un TPB ont déjà réalisé au moins une tentative de suicide (1). L'étiologie du TPB repose sur un modèle bio-social basé sur une interaction entre une vulnérabilité biologique et un environnement développemental invalidant qui contribue à une dysrégulation émotionnelle, comportementale et cognitive (3,4). Malgré la sévérité du TPB, l'évolution est favorable, atteignant un seuil de rémission de la symptomatologie aiguë de 99% des patients après 16 ans de suivi (5,6). Les traitements médicamenteux ont peu voire pas d'efficacité hormis pour les symptômes aigus ou les comorbidités associées (7). Le traitement de référence repose sur une psychothérapie spécifique dont la Thérapie Comportementale Dialectique (TCD), la thérapie des schémas, la Thérapie Focalisée sur le Transfert (TFP) ou la Thérapie Basée sur la Mentalisation (TBM) (8). Néanmoins, l'accès à ces soins spécialisés et structurés reste limité en France en raison du nombre restreint de soignants formés et exige des investissements en termes de temps et de coût pour les patients (9).

Le TPB étant avant tout une pathologie de la relation, il existe une interdépendance étroite entre les dysfonctionnements du système familial et le maintien des symptômes du TPB. Les aidants ressentent fréquemment un lourd fardeau émotionnel qui affecte leur santé mentale et la dynamique familiale dans son ensemble (10). De nombreuses études qualitatives décrivent un entourage souffrant non seulement des conséquences directes des symptômes du TPB, tels que le « *chaos* » relationnel, un sentiment de désespoir, de honte et de culpabilité et/ou des difficultés financières, mais également de la stigmatisation qui l'accompagne (11,12). Ils se sentent souvent délaissés par le système de soin ce qui contribue à renforcer leur sentiment d'isolement. Les relations interpersonnelles avec le patient sont instables et assimilées à une vie « *sur la pointe des pieds pour éviter que le volcan entre en éruption* », phénomène qui semble être spécifiquement lié à la symptomatologie du TPB d'après Ekdahl et al. Les aidants sont constamment inquiets d'une mise en danger du patient et se sentent démunis face à ces situations (13).

Dans l'approche systémique de Palo Alto, l'individu ne peut être compris isolément, il est toujours intégré à un système d'interactions plus vaste qui influence ses choix, ses comportements et le maintien des troubles psychiques (14). Cette perspective implique l'inclusion et le soutien des aidants pour qu'ils puissent efficacement accompagner le patient dans son parcours de soin. Dans cette continuité, les interventions psychoéducatives destinées aux aidants se définissent comme « une intervention didactique et thérapeutique qui vise à délivrer de l'information sur les différents aspects d'un trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face et à améliorer la qualité de vie » (15). Ce type d'intervention est reconnue et couramment utilisée notamment pour le trouble schizophrénique (16). Comme l'a démontré Guillén et al. (17), le TPB présente des caractéristiques spécifiques nécessitant des interventions adaptées aux besoins particuliers des aidants. Parmi ces approches spécialisées, le Good Psychiatric Management (GPM), élaboré par Gunderson et Paris, propose une prise en charge pragmatique et accessible aux psychiatres non spécialisés intégrant les facteurs communs aux différents modèles thérapeutiques basés sur les preuves (TCD, TFP, TBM). Le GPM vise à fournir des soins « suffisamment bons » en mettant l'accent sur une restitution claire du diagnostic, une psychoéducation reposant sur le modèle de l'hypersensibilité interpersonnelle, des objectifs fixés dans le temps et une posture pro-active pour gérer les symptômes notamment les comportements suicidaires dans la vie de tous les jours (18). Ce modèle encourage la responsabilisation et l'engagement des patients tout en incluant systématiquement les aidants à travers des groupes entre pairs ou des interventions psychoéducatives (19,20).

Dans la lignée des recommandations proposées par le GPM, plusieurs programmes psychoéducatifs structurés ont été développés tels que « Staying Connected », un programme sur 10 semaines centré sur un modèle relationnel, « MBT-Family and Carers Training and Support », un programme de 5 semaines basé sur la TBM, ainsi que « Making Sense of BPD » qui propose 3 séances fondées sur la thérapie analytique cognitive (21). Le programme « Connexion Familiale » propose, quant à lui, des sessions hebdomadaires de 12 semaines dirigées avec des pairs et basées sur la TCD. Ce dernier programme offre aux aidants des outils de compréhension, de meilleures stratégies adaptatives en permettant une réduction significative du fardeau subjectif ressenti et améliorant leur état dépressif réactionnel (22–24). Cependant, ces programmes sont peu nombreux et peu structurés avec le réseau de soin psychiatrique sur le territoire français. Ils sont rapidement saturés et requièrent des ressources spécifiques en termes de formation et de financement (22).

Un des enjeux de la prise en charge du TPB réside dans l'intégration active et efficace des aidants au sein du parcours de soins du patient en appliquant les principes recommandés par le GPM et en l'absence d'un accès facile aux programmes structurés et d'un parcours de soin complexe du patient. A cet égard, l'unité UF3 de psychiatrie du CHU de Toulouse propose un entretien systémique unique à visée d'annonce diagnostique et de psychoéducation (ESP) basé sur les principes du GPM au décours d'une hospitalisation. Cette intervention réunit le patient, l'aidant, une psychologue formée en thérapies systémiques et un médecin spécialisé en TPB. L'ESP est planifié à l'avance, avec le patient hospitalisé, durant lequel l'annonce diagnostique est réalisée. Il intègre ce que le patient et la famille amènent comme narration pour illustrer la psychoéducation sur les symptômes, l'origine et le pronostic du TPB. Une description des options thérapeutiques proposés au patient est également fournie ainsi que des informations sur le rôle de l'aidant tout en précisant la disponibilité du service en cas de besoin.

Notre recherche s'est intéressée à décrire l'expérience que les aidants font de l'ESP, comme premier accès au diagnostic et à une psychoéducation autour du TPB. A travers cette étude qualitative, nous nous intéresserons notamment à l'impact de l'ESP sur les représentations des aidants vis-à-vis des symptômes du patient, sur les représentations du rôle des aidants dans la gestion de ces symptômes et sur les éventuels changements dans la dynamique relationnelle entre patient et aidant.

# MATÉRIEL ET MÉTHODES

## 1. Design de l'étude

Nous avons mené une étude qualitative basée sur une analyse thématique réflexive à partir d'entretiens semi-structurés. Cette étude monocentrique a été réalisée au CHU de Toulouse, dans l'unité UF3 en psychiatrie, où tous les participants ont été recrutés.

## 2. Population de l'étude

Le cadre de soin du service psychiatrique de l'UF3 implique systématiquement la proposition d'un ESP aux aidants d'un patient hospitalisé et récemment diagnostiqué pour un TPB, indépendamment de cette recherche. Nous avons choisi une stratégie d'échantillonnage raisonnée, courante en recherche qualitative (25). La chercheuse LH et un des co-auteurs (BN) ont bénéficié d'une formation à la recherche qualitative.

Ainsi l'étude a été proposée à un aidant désigné par le patient et ayant accepté de participer à l'ESP. Cet entretien était mené par un des médecins du service et non par la chercheuse (LH). Après un délai de réflexion, les participants étaient contactés par un appel téléphonique de la chercheuse (LH) pour confirmer leur participation à l'entretien de recherche, qui se déroulait au plus tard une semaine après l'ESP.

Les participants devaient être âgés de 18 ans ou plus, avoir un proche hospitalisé à l'UF3 diagnostiqué pour un TPB comme défini par les critères du DSM-5 par un médecin psychiatre de l'unité d'hospitalisation spécialisée, être choisi par le patient hospitalisé et avoir participé à un ESP sur le TPB. Les participants étant sous mesure de protection par sauvegarde de justice, tutelle ou curatelle étaient exclus de l'étude.

## 3. Recueil des données

Les données ont été collectées à l'aide d'entretiens individuels semi-structurés, d'une durée moyenne de 54 min, qui se sont déroulés en face à face au sein du service de psychiatrie de l'UF3, menés par la chercheuse (LH) de janvier à juillet 2024. Les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone et menés par un guide d'entretien semi-structuré conçu en amont et

ajusté au cours de l'étude (25). Ce guide d'entretien a été élaboré par LH et validé par deux co-auteurs (GG et BN). La version finale du guide est présentée dans le Tableau 1.

**Tableau 1.** Guide final d'entretien semi-structuré.

Domaines explorés	Questions
Expérience avant l'entretien	Avant de parler de l'entretien, pouvez-vous me parler de votre expérience auprès de votre proche ayant un TPB ?
Effet perçu de l'entretien	Que vous a apporté cet entretien ? Depuis l'entretien réalisé, que comprenez-vous aujourd'hui de ce que vit votre proche ?
Attribution de l'effet de la psychoéducation	Quels sont les changements que vous avez constaté dans la relation avec votre proche ? <i>Pour vous, quels sont les éléments ayant conduit à ces différents changements ?</i>
Les attentes	Suite à cet entretien, comment imaginez-vous votre place dans l'accompagnement de votre proche ?  Quels sont vos besoins en tant qu'entourage ? <i>Comment aimeriez-vous être accompagné en tant qu'entourage ?</i>
Axe d'amélioration	Quelles améliorations imaginez-vous dans l'entretien réalisé ?

Le corpus des données a été constitué en réalisant une retranscription intégrale des enregistrements audio en saisissant les nuances expressives des discours, sous forme d'un texte anonymisé.

La saturation théorique des données, c'est-à-dire lorsqu'une redondance des thèmes est repérée lors du codage, constitue un critère de validité largement utilisé en recherche qualitative. Cependant cette méthode montre ses limites dans le cadre de l'analyse thématique réflexive qui est un processus actif du chercheur où les codes ne sont jamais figés et où le codage vise à approfondir l'interprétation des données en explorant les significations implicites, au-delà du contenu explicite, se rapprochant davantage au concept de suffisance théorique (26,27).

Bien que nous ayons atteint un certain degré de redondance des données, nous n'avons pas atteint la saturation des données en raison d'un recrutement insuffisant. Nous avons suspendu l'analyse lorsque nous avons estimé avoir atteint une « suffisance théorique » permettant de fournir un cadre explicatif suffisant du phénomène étudié. Nous prévoyons de prolonger l'étude afin d'élargir le recrutement de participants et d'enrichir les thèmes explorés.

#### **4. Analyse**

Cette étude repose sur une approche par analyse thématique réflexive, visant à identifier, analyser, organiser et décrire les thèmes issus des données collectées pour offrir une compréhension détaillée d'un phénomène complexe (28,29).

En parallèle de l'analyse, comme prévu dans la méthodologie, nous nous sommes engagés dans un processus itératif de réflexivité tout au long de l'étude, c'est-à-dire en identifiant nos idées préconçues sur la psychoéducation des proches d'un patient ayant un TPB et nos biais personnels pouvant influencer la recherche afin d'éviter que nos résultats soient la confirmation de nos croyances (30).

L'analyse s'est déroulée en plusieurs étapes décrites ci-dessous et est illustrée dans la figure 1. (31,32). Tout d'abord, nous nous sommes familiarisés avec les données en retranscrivant mot à mot les entretiens et en les relisant plusieurs fois ce qui nous a permis de nous immerger dans le contenu et de saisir toute sa profondeur. La chercheuse LH a ensuite généré des codes initiaux, qui sont des descriptions courtes, en conservant le sens apparent du propos lié au phénomène étudié. Chaque verbatim des entretiens a été codé intégralement, l'un après l'autre, à l'aide du logiciel NVivo 12 Plus (12.6.1.970). A partir des données codées, nous avons généré des thèmes initiaux que nous avons regroupés voire hiérarchisés selon leur point de convergence, d'opposition ou de récurrence. Ces différents thèmes ont été développés et réexaminés pour s'assurer de leur cohérence avec les codes. La thématization est un processus récursif, impliquant de passer d'une étape à une autre autant que nécessaire, permettant une analyse fine du contenu. Nous avons affiné, défini et nommé les thèmes finaux et les sous-thèmes afin de développer un modèle explicatif à travers un arbre thématique lors d'une session dédiée avec les co-auteurs (GG et BN). L'ensemble de l'analyse a bénéficié d'une triangulation par confrontation des résultats avec les co-auteurs (GG et BN) pour assurer la rigueur de l'analyse. Les critères méthodologiques ont été vérifiés rétrospectivement selon la liste de contrôle COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) (33).



Figure 1 : Les six étapes de l'analyse thématique. *Using thematic analysis in psychology. Braun & Clarke. (2006)*

## 5. Critères d'éthique

La recherche est conforme à la réglementation générale de la protection des données concernant les recherches impliquant les aidants des patients avec la méthodologie de référence MR-004 de la CNIL et a été enregistrée au registre interne du CHU de Toulouse sous la référence RnIPH 2023-118 (34). Tous les participants ont donné leur consentement éclairé après avoir été informés des conditions de l'étude.

# RÉSULTATS

Nous avons contacté 8 personnes par téléphone dont 1 a refusé de participer à l'étude tandis que 2 autres ont décliné après que l'étude leur ait été proposée par un médecin du service. Nous avons finalement inclus 7 aidants au total dont 6 femmes et 1 homme avec une moyenne d'âge de 47.5 ans. Notre échantillon était composé de 6 parents et 1 concubin. Les patients ayant un TPB étaient âgés de 17 à 27 ans ; 6 d'entre eux vivaient au domicile avec le participant. Quatre patients avaient déjà été hospitalisés et deux patients avaient déjà eu un diagnostic de TPB évoqué avant l'entretien. Les caractéristiques des aidants et des patients sont présentées dans le Tableau 2.

**Tableau 2.** Caractéristiques sociodémographiques des aidants et des patients.

	<b>LES AIDANTS</b>	<b>PATIENT AYANT UN TPB</b>
	N = 7 n=%	N = 7 n=%
<b>Genre</b>		
Féminin	6 (85.7%)	6 (85.7%)
Masculin	1 (14.3%)	1 (14.3%)
<b>Âge</b>		
Âge moyen (années)	47.5	21.8
Limites d'âges (années)	(42-52)	(17-27)
<b>Lien avec le patient</b>		
Mère	5 (71.4%)	
Père	1 (14.3%)	
Concubinage	1 (14.3%)	
<b>Durée du lien</b>		
0-2 ans	1 (14.3%)	
17-23 ans	6 (85.7%)	
<b>Vivre au domicile avec le patient</b>		
Oui	6 (85.7%)	
Non	1 (14.3%)	
<b>Nombre d'hospitalisations antérieures</b>		
0		3 (42.85%)
1		3 (42.85%)
3		1 (14.3%)
<b>Durée d'hospitalisation actuelle (jour)</b>		27 (15-41)
<b>Durée depuis l'annonce diagnostic (jour)</b>		
0-13		5 (71.4%)
365		2 (28.6%)

L'analyse des données recueillies a permis de dégager trois grands axes principaux, chacun comprenant 2 à 4 thèmes : (1) Un ESP comme espace de circulation des vécus, (2) Une prise de conscience des compétences à acquérir au regard du diagnostic et (3) Les aidants au cœur de l'accompagnement du TPB. Ils sont présentés dans la figure 2.

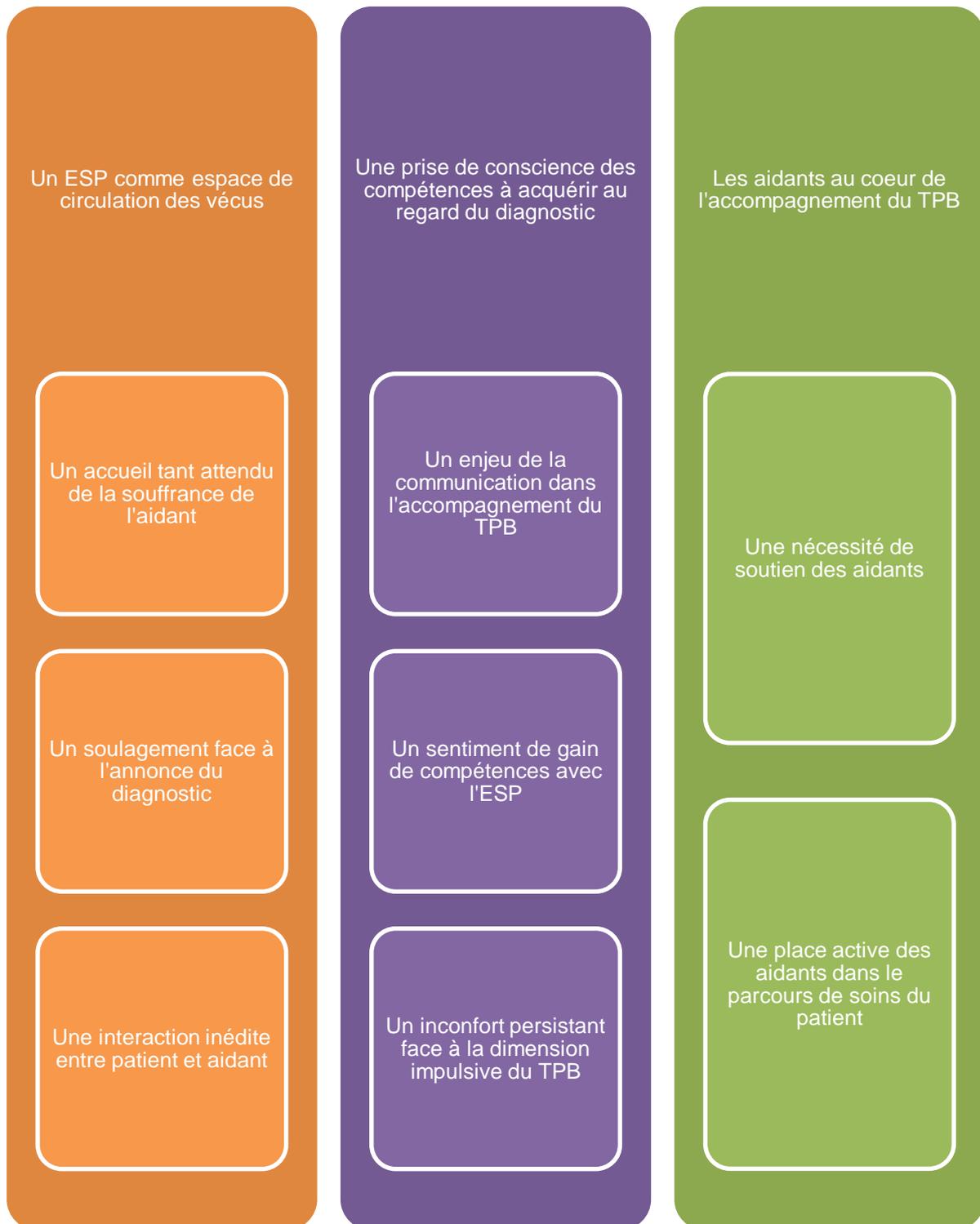


Figure 2 : Arbres thématiques décrivant les principaux axes et leurs thèmes.

## **1. Un ESP comme espace de circulation des vécus**

L'ESP, mettant en présence le patient, son aidant, une thérapeute systémicienne et un médecin spécialisé dans le TPB, offre un espace inédit libérant la parole de chacun et favorisant l'expression, le partage et la circulation des vécus, des affects, des questions, des attentes de chaque protagoniste du système familial comme détaillé dans la Figure 3.

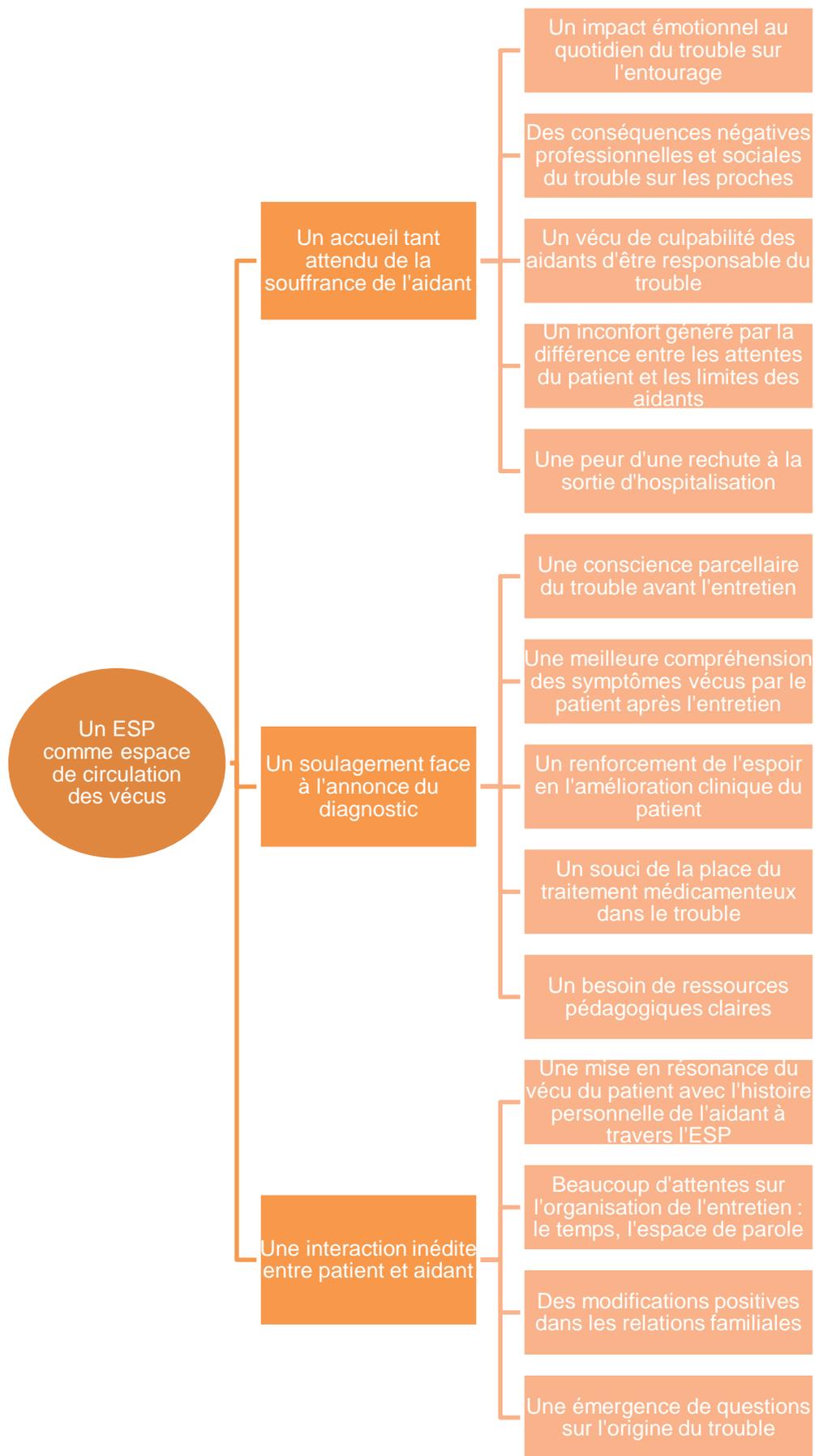


Figure 3 : Arbre thématique de l'axe « L'ESP comme espace de circulation des vécus » montrant les principaux thèmes et sous-thèmes.

### ***1.1. Un accueil tant attendu de la souffrance de l'aidant***

L'ensemble des aidants ont exprimé l'intérêt d'avoir bénéficié de l'ESP pour partager leur impact émotionnel significatif du TPB au quotidien. Ils ont rapporté des angoisses envahissantes, des troubles du sommeil ou une humeur dépressive, souvent accompagnés d'un vécu d'impuissance face à la souffrance des patients. En outre, les aidants évoquent un ressentiment voire une colère à l'égard du patient, notamment face à la répétition des gestes suicidaires, et la peur constante d'un passage à l'acte abouti. La plupart des participants ont exprimé leur crainte d'une rechute précoce du trouble après la sortie d'hospitalisation. La citation suivante met en lumière leur détresse exprimée :

*« J'ai développé une angoisse, ça veut dire, ça me... la nuit, ça me, c'est comme une angoisse qui remonte et que l'événement me revient à la tête et... que voilà on va dire une petite dépression, je sais pas... j'arrive pas à savourer la vie, je me lève pour partir travailler parce que je suis obligée. » (P7)*

Par ailleurs, un vécu de culpabilité face à l'émergence du TPB chez le patient ou face à l'incapacité de désamorcer une crise suicidaire était également un sentiment récurrent exprimé chez les aidants, comme l'illustre la citation suivante de la mère d'un patient :

*« Après c'est, bah je suis passée par beaucoup de, de sentiments ce jour-là : la colère, ben non le choc parce que je ne m'attendais pas à ça, je m'attendais à tout, mais pas à ça, le choc. Après l'incompréhension, je n'ai pas compris pourquoi. Beaucoup de questions... la culpabilité, beaucoup de culpabilité, sur mon rôle de maman : « qu'est-ce que j'ai fait ? Qu'est-ce que j'ai raté ? Qu'est-ce que je suis une mauvaise mère ? ». Tout ça. » (P7)*

Certains participants ont exprimé également un inconfort lié à la différence entre les besoins d'attention et de réassurance du patient, décrits comme constants ou souvent impérieux, et les limites de tolérance et de disponibilité des aidants. Le sentiment de devoir "être toujours disponible" pour le patient alimente à la fois un inconfort, un sentiment de colère et d'impuissance. Dans leur récit, la plupart se sentaient « tributaires » (P5) du patient avec un retentissement sur leur vie professionnelle et/ou sociale et tendent, depuis l'ESP, à trouver une juste place sans s'oublier soi-même.

## ***1.2. Un soulagement face à l'annonce du diagnostic***

L'annonce du diagnostic de TPB durant l'entretien est vécue comme un soulagement voire une véritable « *révélation* » pour la majorité des aidants. Le soulagement vient de la validation et de la reconnaissance médicale du TPB, dont certains aidants n'avaient pas conscience au domicile. Cette annonce a permis une meilleure compréhension des réactions affectives et comportementales du patient, en termes de symptômes vécus, facilitant ainsi l'acceptation du trouble et renforçant un sentiment de légitimité quant à l'existence du TPB comme le montre la citation suivante :

*« Et du coup bah euh elle est d'abord allée aux urgences et puis ici et effectivement elle a été diagnostiquée borderline et quand on lit les 9 euh... \*rires\* bah elle a les 9 symptômes, je ne sais pas comme on dit, pas symptômes mais caractéristiques quoi. Donc je suis ravie et elle est ravie aussi qu'elle sache ce qu'elle a en fait quoi, qu'elle n'est pas folle, elle n'est pas chiante, elle est juste malade. » (P2)*

De plus, toutes les informations fournies sur l'évolution attendue du TPB ont rendu les aidants majoritairement plus optimistes et leur apportent de l'espoir quant à une évolution clinique favorable, comme le souligne la citation suivante :

*« Il nous a apporté justement euh... ben il nous a vraiment expliqué la maladie, il nous a rassurés parce qu'il nous a dit qu'avec l'âge, ça allait se stabiliser ou du moins elle aurait moins de grosses crises que maintenant. Parce que du fait qu'elle apprenne à gérer son stress, je pense que... \*silence\* ça ira mieux avec le temps. Oui, non, non il nous a... voilà, il nous a rendus un peu plus optimistes. » (P5)*

Néanmoins, le souci de la place du traitement médicamenteux nuance quelque peu cet espoir pour certains qui ont pu exprimer leurs inquiétudes face à l'absence de traitements spécifiques pour soigner le TPB. Cela renforce leur demande de ressources pédagogiques claires afin d'approfondir leurs connaissances sur le TPB et de pouvoir les partager au sein du système familial dans l'idée de se mobiliser pour gagner en compétences.

### ***1.3. Une interaction inédite entre patient et aidant***

Un grand nombre d'aidants ont reconnu que le cadre de l'ESP et la présence d'un médiateur ont facilité un partage apaisé de leurs expériences respectives de la dynamique familiale impactée par les manifestations du TPB et du parcours du patient. Plusieurs aidants expliquent que cet espace a permis une meilleure compréhension des réalités et des ressentis de chacun, comme l'indique l'extrait suivant :

*« Elle a, bon, on a pu dire tout ce qu'on a sur le cœur ce jour-là alors que avant on n'arrivait pas à se parler, à dire parce que à chaque fois, ça part, voilà, chaque fois, on a une conversation toujours, elle est pas d'accord, toujours dans le, dans le... dans l'affrontement comme on peut dire ça. Mais pendant l'entretien c'était calme, c'est... j'ai pu dire ce que j'ai à dire, elle a entendu après moi j'ai compris aussi ces souffrances, ben j'ai mis des mots et j'ai compris. Cet entretien ça m'a permis de comprendre. » (P7)*

D'ailleurs, l'accès au vécu du patient, éclairé par les informations médicales sur le TPB, est entré en résonance avec l'histoire personnelle de certains participants suscitant chez eux une réflexion sur leur propre fonctionnement. En effet, certains ont établi pendant l'ESP des liens entre des éléments de leur propre enfance et leurs réactions au contact du patient.

Dans un souci de soutenir cet accès plus direct aux vécus subjectifs de chacun, certains aidants ont exprimé plusieurs attentes quant à l'organisation de l'entretien : une répartition plus équitable du temps de parole, une durée plus adéquate de l'ESP, la possibilité d'une rencontre préliminaire sans la présence du patient ou encore l'intérêt d'un second entretien pour répondre à des questionnements émergés suite à l'ESP ou pour faire le point sur les changements et les ajustements de la dynamique familiale survenus dans les suites de l'ESP et de l'hospitalisation.

Les aidants ont rapporté des modifications positives dans les relations interpersonnelles dans les suites de l'intervention bien que quelques-uns ont estimé qu'il était encore trop tôt pour mesurer ces évolutions (*« Elle monte pas dans les tours, c'est beaucoup plus... c'est beaucoup plus fluide quoi. » (P6)*). Certains ont également trouvé essentiel de saisir l'origine du TPB grâce à l'entretien ce qui a ensuite engendré des interrogations concernant les causes potentielles durant l'enfance ou encore sur les diagnostics différentiels tels que la schizophrénie ou le trouble bipolaire.

## 2. Une prise de conscience des compétences à acquérir au regard du diagnostic

En lien avec le premier thème, un autre aspect abordé par les aidants concerne la prise de conscience des aidants des compétences à acquérir au regard du diagnostic (figure 4).

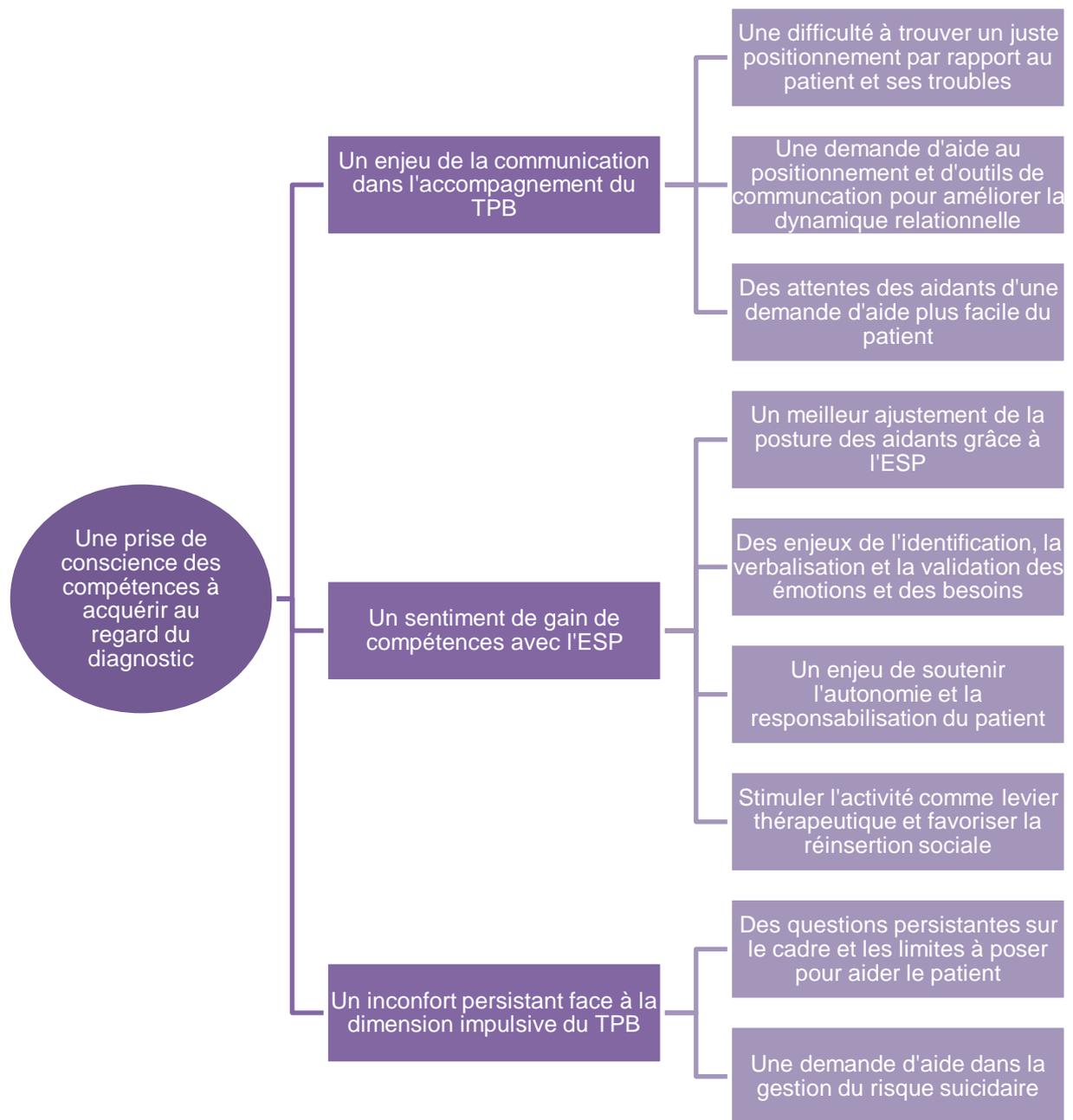


Figure 4 : Arbre thématique de l'axe « Une prise de conscience des compétences à acquérir au regard du diagnostic » montrant les principaux thèmes et sous-thèmes.

## **2.1. Un enjeu de la communication dans l'accompagnement du TPB**

La totalité des aidants a mis en avant une difficulté quotidienne à trouver les bons mots auprès du patient avec une appréhension constante de commettre un faux pas en utilisant des termes ou une approche qui seraient sujets à interprétation par le patient. Cette communication "sur le fil" génère un sentiment d'être démunie et une incertitude quant à la meilleure manière d'agir dans l'intérêt du patient, comme l'illustre la citation suivante de la mère d'un patient :

*« Après moi, je vous cache pas, je, je sais pas maintenant comment l'aborder, comment lui parler. Je fais très attention à mes mots. Je, je, je suis plus, j'ai, j'ai peur comment l'aborder, comment faire les choses, comment dire les choses, comment... je, je suis, je suis perdue. »*  
(P7)

A ce sentiment d'impuissance s'ajoute un certain ressentiment devant l'absence d'équilibre dans la relation avec le patient : les aidants ont expliqué que leurs propres limites n'étaient que peu voire pas entendues par le patient qui mettait souvent en avant ses besoins extrêmes de lien et d'attention. Les aidants ont ainsi reconnu, à travers l'ESP, la nécessité d'un véritable apprentissage d'une nouvelle manière de communiquer entre eux et le patient, visant à favoriser un meilleur positionnement dans les situations de détresse et à instaurer un équilibre relationnel en dehors de ces moments. Par exemple, certains étaient demandeurs d'outils de communication pour améliorer le partenariat avec le patient lorsque ce dernier réalise des demandes impérieuses et urgentes, afin d'éviter l'escalade d'une crise ou l'activation d'un sentiment de rejet. D'autres ont souligné la nécessité de travailler la communication de la demande d'aide par le patient permettant à l'entourage de réagir de manière plus appropriée lors d'une situation de crise.

## **2.2. Un sentiment de gain de compétences avec l'ESP**

Une grande partie des aidants a exprimé le sentiment d'avoir acquis des « astuces » grâce à l'entretien pour mieux s'adapter face aux manifestations du TPB et de faire preuve d'une plus grande tolérance face à la détresse de leur proche. Dans le discours de la plupart des aidants, les axes de changement notables incluent l'identification et la validation des émotions et des besoins notamment en cas de crise, le soutien à l'autonomie et à la responsabilisation de même que de promouvoir l'intérêt d'une activité, comme le souligne cette citation :

*« Laisse-la gérer sa vie avec les erreurs, elle va apprendre, elle tombe, elle va se relever mais moi je dois être là dans les moments où elle est triste, ça va pas, pour la conseiller, la consoler, la protéger, l'aider (...) chacun est le maître de son destin. » (P7)*

Ces nouvelles compétences assimilées par les aidants reflètent leur espoir d'un rétablissement de la trajectoire du patient.

### ***2.3. Un inconfort persistant face à la dimension impulsive du TPB***

Malgré l'optimisme quant à l'évolution du TPB et l'engagement des aidants à développer leurs compétences, les conduites impulsives, notamment suicidaires, suscitent chez tous les aidants un sentiment de désespoir avec une nette difficulté à imaginer comment ces comportements pourraient s'améliorer. Ils peinent à mesurer leur place face à ces agirs impulsifs et l'impact de leur aide en cas de crise. Les aidants ont décrit une peur permanente autour d'un éventuel suicide de leur proche. Trouver un juste positionnement face aux comportements impulsifs comme les crises de boulimie, les troubles de l'usage des substances ou les gestes suicidaires leur semble presque irréalisable malgré une meilleure compréhension du TPB au décours de l'ESP, comme le souligne la citation suivante :

*« Mais c'est connaître tout, qui peut nous aider et surtout tout, qui peut protéger notre fille, il faut vraiment qu'on sécurise. Évidemment on a lu sur la pathologie et évidemment qu'on a lu que c'est à risque de suicide qui va avec. Donc on est inquiets. On veut savoir : "ça veut dire quoi ça ? ça veut dire quoi concrètement ?" Qu'on va vivre toute la vie avec l'épée de Damoclès au-dessus de la tête... » (P4).*

### 3. Les aidants au cœur de l'accompagnement du TPB

Dans le prolongement de ces réflexions, tous les aidants ont mis en avant leur place indispensable dans l'accompagnement de leur proche dans les soins, et la nécessité d'être eux-mêmes soutenus et entendus, pour être plus à même de soutenir le patient (Figure 5).

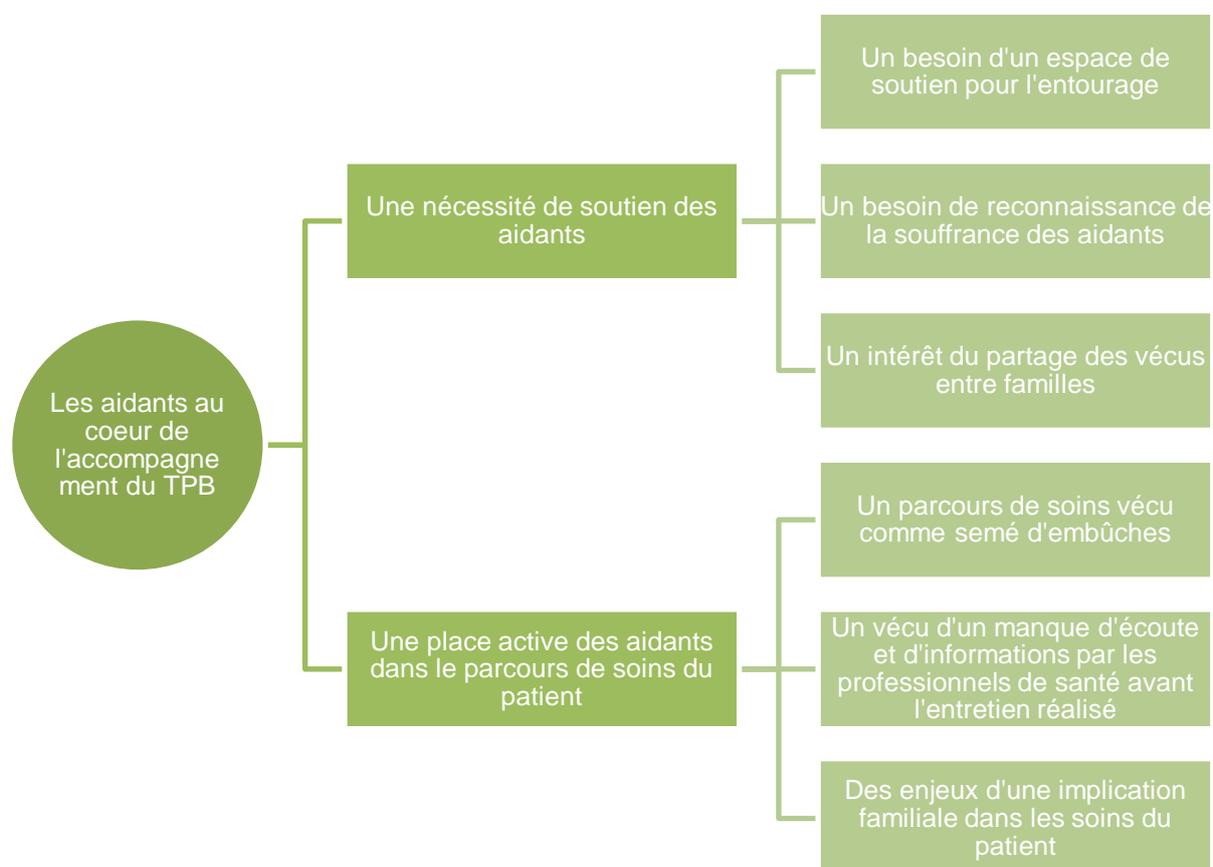


Figure 5 : Arbre thématique de l'axe « Les aidants au cœur de l'accompagnement du TPB » montrant les principaux thèmes et sous-thèmes.

#### 3.1. Une nécessité de soutien des aidants

Les aidants, pour la plupart, ont exprimé leur besoin de reconnaissance de leur souffrance autant auprès des professionnels de santé que par l'entourage qui aurait tendance à minimiser leur vécu. Ils soulignent également le besoin d'un espace de soutien dédié pour qu'ils puissent exprimer leurs difficultés quotidiennes dans la gestion du TPB. Plusieurs participants ont manifesté leur intérêt pour échanger avec d'autres aidants et partager leurs expériences vécues.

Le conjoint d'un patient a pu exposer dans la citation suivante son désir d'accéder à cet espace pour mieux accepter le trouble et ses conséquences sur les aidants :

*« Je pense que je vais aller voir un psy ou une psy, je sais pas quoi, psychologue. J'en ai déjà vu hein donc j'ai aucun problème avec ça. Mais je pense que oui, ça va être important pour moi, de pouvoir bah décharger et chanter de toute façon ça permet de décharger aussi \*rires\*, ça c'est bien. » (P2).*

### **3.2. Une place active des aidants dans le parcours de soins du patient**

Tous les aidants ont rapporté jouer un rôle actif dans la recherche de soins pour le patient, comme le souligne l'un d'eux :

*« On essaie de l'aider, on a essayé de l'accompagner et de chercher vers l'extérieur des solutions depuis toujours euh... pour diminuer la souffrance parce qu'il y a une souffrance dans ce vécu hyper intense des émotions et des choses de la vie. » (P3).*

Un aidant a également évoqué la recherche d'aide dans des soins alternatifs. La majorité des aidants a décrit un parcours de soins du patient semé d'embûches marqué par des obstacles tels que les difficultés d'accès aux soins en raison du manque de ressources disponibles, les contraintes financières pour accéder à des soins privés, le manque de coordination entre les différents partenaires de soins et des conditions d'accueil précaires dans les services des urgences psychiatriques. Avant l'ESP, les aidants ont relaté un vécu de manque d'écoute de la part du corps médical avec le sentiment de ne pas avoir été considérés. Un des aidants a pu mentionner un manque d'informations transmises concernant le diagnostic.

Les aidants ont exprimé leur souhait d'être davantage impliqués dans les soins déjà en place pour le patient. Dans le cadre de l'ESP, les aidants décrivent se remobiliser activement dans la prise en charge du patient en envisageant s'engager vers un espace systémique, tel que la thérapie familiale, pour instaurer « un travail d'équipe ». Ils rapportent vouloir développer les compétences et les ressources internes de chacun, comme en témoigne cette citation :

*« Mais oui quelle place avoir ? Ben je souhaiterais être toujours, bah on est toujours dispo pour Léo, on l'est toujours enfin ça change pas grand chose après si il faut ben se former, s'informer, mettre en place des séances familiales élargies, on est prêts à faire tout ce qu'il faudra quoi » (P3)*

Cependant, trois des participants ont exprimé leur crainte dans leur capacité à mener à bien ces accompagnements familiaux.

## DISCUSSION

Cette étude qualitative est, à notre connaissance, la première à s'intéresser à l'expérience vécue des aidants d'un entretien d'annonce diagnostique et de psychoéducation unique au TPB au sein d'une unité d'hospitalisation psychiatrique spécialisée. Notre analyse a permis de dégager les trois grands thèmes principaux suivants : Un ESP comme espace de circulation des vécus ; Une prise de conscience des compétences à acquérir au regard du diagnostic et Les aidants au cœur de l'accompagnement. En effet, l'ESP offre un espace inédit de partage des vécus entre aidant et patient, facilité par un tiers, permettant d'accueillir la souffrance des proches tout en apportant un soulagement à travers l'annonce diagnostique. Cette expérience amène à une prise de conscience des compétences à acquérir au regard du diagnostic, dont certaines ont été amorcées par l'ESP, en mettant en lumière l'enjeu d'une communication intrafamiliale ajustée bien que l'inconfort persiste face aux conduites impulsives. Enfin, en étant au cœur de l'accompagnement, les aidants révèlent à la fois la nécessité d'un espace dédié pour mieux assumer leur rôle et également leur place active dans le parcours de soin du patient.

Notre étude s'inscrit dans la continuité des recherches existantes sur l'intérêt de la psychoéducation pour les aidants lesquelles démontrent une réduction significative de leur détresse et du fardeau perçu y compris dans le TPB en visant à améliorer la compréhension du fonctionnement psychopathologique du trouble (17,35). Contrairement aux précédentes études qui se concentrent uniquement sur des programmes de psychoéducation longs et intensifs, notre recherche se distingue par l'évaluation des effets immédiats d'un seul entretien de psychoéducation basé sur l'approche généraliste du GPM auprès des aidants (20). Ainsi, notre étude a mis en évidence les bénéfices à court terme que l'ESP apporte aux aidants en offrant un espace propice à l'expression de leur souffrance. Cette intervention a permis aux aidants de partager leurs émotions complexes, allant de l'anxiété à un profond sentiment de culpabilité, souvent exacerbées par les conflits interpersonnels et les comportements impulsifs des patients. Nos résultats rejoignent ceux de plusieurs études qualitatives qui montrent que l'accompagnement d'un patient atteint d'un TPB génère un niveau de stress élevé, des troubles de l'humeur, un vécu de culpabilité et dans certains cas un état de stress post traumatique lié aux expériences vécues de violences ou de comportements auto-dommageables du patient (12,36). Par ailleurs, l'annonce diagnostique lors de l'ESP a procuré un soulagement immédiat aux aidants faisant écho aux résultats de l'étude de Villet et al. qui souligne que la divulgation du diagnostic favorise l'acceptation du trouble, bien que souvent les délais d'annonce soient

longs et les informations fournies insuffisantes (37). Grâce à une meilleure compréhension des symptômes du trouble qu'ils relient à leurs propres expériences vécues, les aidants ont réajusté leurs perceptions et leurs attitudes envers le patient (37). La vision optimiste mais réaliste de l'évolution du TPB véhiculée par l'ESP redonne un espoir aux aidants renforçant ainsi leur mobilisation dans l'accompagnement du patient en intégrant les défis persistants et les éventuelles rechutes (5). Cet ESP unique apporte ainsi les bénéfices attendus d'une intervention psychoéducatrice sur le TPB.

De plus, l'approche systémique de l'ESP, dans son format unique et ponctuel, s'est avérée particulièrement efficace pour renforcer les bénéfices de l'annonce diagnostique et de la psychoéducation. Un des bénéfices particuliers de notre cadre d'intervention réside dans la libération de la parole, facilitée par la présence simultanée du patient, des aidants et de médiateurs au rôle spécifique (un médecin psychiatre et une thérapeute systémicienne) dans un environnement thérapeutique contenant et sécurisant. Le cadre de l'ESP permet à la fois d'effectuer l'annonce diagnostique et de délivrer un premier niveau de psychoéducation du TPB en s'appuyant sur la narration directement livrée par le patient et son aidant. L'accès aux réactions directes de chaque protagoniste et l'interaction dynamique entre patient et aidant médiée par les professionnels de santé ont ouvert un espace de circulation des vécus inédit : les participants de notre étude ont mis en avant le bénéfice d'une communication authentique et constructive avec leur proche à travers l'ESP. Les bénéfices attendus de la psychoéducation se trouvent renforcés par cette dimension complémentaire de médiation in situ : meilleure compréhension de la psychopathologie du TPB illustrée par les anecdotes de vie réelle amenées par le patient et/ou l'aidant ; partage interactif des expériences vécues des situations de crise et meilleure identification des nœuds de communication intrafamiliaux. Ainsi l'ESP amorce l'acquisition de compétences pour s'ajuster face à l'instabilité affectivo-comportementale du patient éprouvée au domicile. De nouvelles astuces simples ont été discutées voire expérimentées au cours de l'ESP en termes de posture interpersonnelle ou de communication comme la validation des émotions, la clarification des intentions et l'adoption d'un positionnement assertif dans les situations de crises, et sont reconnues par les aidants comme des compétences adaptatives essentielles pour réduire les conflits intrafamiliaux. Cela rejoint les conclusions de Bennett et al. selon lesquelles ces stratégies comportementales permettent de diminuer les malentendus et frustrations au sein du système familial (39). Comme décrit dans certaines études, l'intégration de ces compétences renforce la confiance des aidants dans leur capacité à soutenir leur proche améliorant ainsi les relations interpersonnelles (17). En

développant ces nouvelles ressources, l'engagement des aidants dans le processus de soin du patient en ressort renforcé en appréhendant davantage les enjeux liés au TPB. L'ESP se révèle être un outil facilitateur pour remobiliser les aidants désireux d'être intégrés dans la prise en charge du patient que ce soit par l'accès à des ressources pédagogiques claires ou par la demande d'un entretien supplémentaire pour ajuster et affiner leurs stratégies adaptatives. Bien que des programmes psychoéducatifs structurés sur plusieurs séances comme « Connexion Familiale » ou encore « Staying Connected » aient prouvé leur efficacité pour améliorer les compétences des aidants et réduire leur sentiment d'isolement, ces initiatives restent peu accessibles et sont rapidement saturées en raison de la forte demande (40). Le cadre structuré ouvrant un espace réunissant patient et professionnels de santé au contact direct des aidants diffère de ces programmes standardisés et démontre qu'une approche généraliste inspirée du GPM s'avère avoir un impact significatif pour remobiliser les aidants dans le processus de soin du patient.

Enfin, nos résultats soulèvent les défis auxquels sont toujours confrontés les aidants de personnes vivant avec un TPB, au décours de l'annonce diagnostique et d'une psychoéducation débutante. Pour beaucoup d'aidants, l'ESP a été le premier lieu d'écoute et d'intégration dans l'articulation de la prise en charge de leur proche. Ils ont pu éprouver auparavant un sentiment de ne pas être reconnus dans la souffrance systémique du quotidien partagée avec le patient. La reconnaissance de cette souffrance, mise en avant dans certaines études comme celle de Barr et al. (41), reste un besoin souvent non satisfait, laissant les aidants sans soutien adéquat selon la littérature (42). Cette demande d'espace de soutien dédié en tant qu'aidants a été largement exprimée par nos participants dans le but de mieux appréhender les conséquences du TPB et de soutenir efficacement le patient. Les besoins de soutien entre aidants, telles qu'ils ressortent dans notre étude, corroborent ceux de différentes études qualitatives qui soulignent l'importance de groupes de soutien spécifiques entre aidants des patients atteints de TPB pour partager leur savoir expérientiel (12). Bien que l'ESP soit unique et ponctuel, il a ouvert la voie à des perspectives d'accompagnement de l'aidant, individuel ou en association avec le patient, à travers une thérapie systémique. Au regard des recommandations de la National Institute for Clinical Excellence (NICE) visant à une inclusion précoce des familles dans le parcours de soin du patient, le cadre de notre ESP s'aligne sur cette nécessité de réaliser le plus précocement possible l'entretien d'annonce diagnostique et d'inclure les aidants comme des partenaires essentiels du soin (43). Ce type d'intervention intégrative des familles a déjà démontré un bénéfice pour les troubles psychotiques (16), les troubles dépressifs majeurs (44) ou les

troubles bipolaires (45) permettant une réduction des risques de rechute et de ré-hospitalisations (35). Cette approche collaborative entre soignants et aidants améliore non seulement le bien-être des aidants et les relations familiales mais aussi la qualité du système familial dans sa globalité impactant positivement l'efficacité du traitement pour le patient comme l'indique l'étude de Murray-Swank and al (35). Dans cette continuité, certains dispositifs innovants, tels que Helping Young People Early (HYPE) en Australie et récemment à Nîmes, illustrent l'intérêt des interventions précoces proactives et multidimensionnelles impliquant les familles de jeunes patients atteints de TPB pour favoriser le processus de rétablissement (46). Néanmoins, notre analyse révèle que, malgré leur volonté d'être inclus de manière systémique dans la prise en charge du patient, les aidants se sont sentis souvent exclus du parcours de soin et ont été éprouvés par la difficulté à accéder à des soins spécifiques et stables pour leur proche. Ces résultats sont en accord avec l'étude de Lamont et al. mettant également en avant la stigmatisation liée au TPB ainsi que le manque de communication entre aidants et professionnels de santé (47). De plus, comme l'indique Dickens et al. dans son étude, les aidants identifient des contre-attitudes des soignants vis à vis du TPB, contre-attitudes elles-mêmes reconnues par les professionnels de santé qui évoquent les défis relationnels inhérents au TPB compliquant l'accompagnement de ces patients (48). Ces difficultés interpersonnelles liées au TPB entretiennent les inquiétudes persistantes des aidants en laissant en suspens certaines questions sur les conduites suicidaires, l'instabilité émotionnelle et les comportements à risque de leurs proches. La compréhension du trouble reste encore fragile notamment en ce qui concerne la dimension impulsive ou la place du traitement médicamenteux. Ces résultats soulignent que l'ESP unique ne constitue pas en soi un accompagnement complet du système familial mais permet d'amorcer des perspectives de changement. Les aidants ont été force de suggestions pour relever les défis liés au TPB : une demande croissante d'outils de communication, des entretiens psychoéducatifs supplémentaires ou des ressources utiles pour renforcer leur pouvoir d'agir tout en soutenant le patient dans son processus de soin. L'utilisation d'outils numériques par des plateformes en ligne de psychoéducation pour les aidants constitue une alternative intéressante pour accéder à des ressources fiables (49). Pitschel-Walz G. et al. recommandent d'ailleurs des approches psychoéducatives répétées en raison de la complexité de la symptomatologie du TPB qu'il peut être difficile d'appréhender en une seule séance (50). L'étude de Fitzpatrick plaide en faveur de programmes psychoéducatifs plus longs et structurés dans la gestion du risque suicidaire (51). Parallèlement, des initiatives comme « Strong Together », un programme court sur deux jours, démontrent qu'il est possible de transmettre des compétences spécifiques dans un cadre

intensif (52). Ces modèles pourraient servir d'inspiration pour le développement de nouvelles pratiques en France.

## **Limites de l'étude**

En termes de limites méthodologiques, notre recherche présente un biais de sélection par la petite taille de l'effectif liée aux difficultés de recrutement et le manque de diversité de l'échantillon, principalement composé de parents et du genre féminin. Les aidants qui ont accepté de participer à l'étude étaient souvent plus motivés et impliqués, reflétant leur mobilisation durant cette période de crise liée à l'hospitalisation du patient. Ce phénomène pourrait introduire un biais de désirabilité, limitant la représentativité de leur vécu, en raison de l'absence des trois personnes ayant refusé de participer. Nous devrions nous efforcer d'inclure tous types de profils notamment les situations complexes et explorer les perspectives d'autres membres de la famille tels que les partenaires, les enfants ou la fratrie. Notre étude se poursuit en ce sens pour enrichir la compréhension globale de l'expérience du système au contact du TPB.

Le codage réalisé par une unique chercheuse introduit un biais de subjectivité inhérent à l'interprétation des résultats. Cette limite est une composante courante et essentielle à la recherche qualitative lors de l'analyse des données. Un codage croisé par plusieurs chercheurs aurait renforcé la fiabilité des résultats. (53).

En l'absence d'accessibilité à des programmes longs et structurés, le format basé sur un unique ESP ne permet pas d'évaluer l'impact à long terme de cette intervention psychoéducatrice tant sur les ressentis des aidants, sur l'évolution des symptômes du patient, sur la dynamique familiale que sur les soins complémentaires et ressources mis en place par la suite. Des études futures devraient envisager un suivi longitudinal pour évaluer les effets à long terme de ce type d'intervention.

Enfin, nous pouvons mentionner que les entretiens étaient menés dans une seule ville en France limitant la généralisation de nos résultats dans d'autres systèmes de soins internationaux.



# RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. *The Lancet*. juill 2004;364(9432):453-61.
2. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *The Lancet*. 1 janv 2011;377(9759):74-84.
3. Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM. A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychol Bull*. mai 2009;135(3):495-510.
4. Ruocco AC, Carcone D. A Neurobiological Model of Borderline Personality Disorder: Systematic and Integrative Review. *Harv Rev Psychiatry*. sept 2016;24(5):311-29.
5. Karaklic D, Bungener C. Évolution du trouble de la personnalité borderline : revue de la littérature. *L'Encéphale*. oct 2010;36(5):373-9.
6. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. The McLean Study of Adult Development (MSAD): Overview and Implications of the First Six Years of Prospective Follow-Up. *J Personal Disord*. oct 2005;19(5):505-23.
7. Gartlehner G, Crotty K, Kennedy S, Edlund MJ, Ali R, Siddiqui M, et al. Pharmacological Treatments for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *CNS Drugs*. oct 2021;35(10):1053-67.
8. Levy KN, McMain S, Bateman A, Clouthier T. Treatment of Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. déc 2018;41(4):711-28.
9. Blay M, Nicot P, Durpoix A, Leaune E, Poulet E, Ulm J, et al. Evaluation of the level of training of French psychiatrists on borderline personality disorder: An online survey. *L'Encéphale*. juin 2024;50(3):257-64.
10. Bailey RC, Grenyer BFS. Supporting a Person With Personality Disorder: A Study of Carer Burden and Well-Being. *J Personal Disord*. déc 2014;28(6):796-809.
11. Kay ML, Poggenpoel M, Myburgh CP, Downing C. Experiences of family members who have a relative diagnosed with borderline personality disorder. *Curationis* [Internet]. 3 oct 2018 [cité 30 juill 2023];41(1). Disponible sur: <http://www.curationis.org.za/index.php/curationis/article/view/1892>
12. Dunne E, Rogers B. "It's Us That Have to Deal with it Seven Days a Week": Carers and Borderline Personality Disorder. *Community Ment Health J*. déc 2013;49(6):643-8.
13. Ekdahl S, Idvall E, Samuelsson M, Perseus KI. A Life Tiptoeing: Being a Significant Other to Persons With Borderline Personality Disorder. *Arch Psychiatr Nurs*. déc 2011;25(6):e69-76.
14. Benoit D. Paul WATZLAWICK, John WEAKLAND et Richard FISCH (1975/1974), Changements – Paradoxes et psychothérapie: Paris, Seuil, Coll. « Point ». Communication

- [Internet]. 17 août 2016 [cité 18 sept 2024];(vol. 34/1). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/communication/7002>
15. Lecardeur L. *Troubles psychotiques: protocoles d'intervention précoce*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2019. (Le guide du clinicien).
  16. McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, Lucksted A. FAMILY PSYCHOEDUCATION AND SCHIZOPHRENIA: A REVIEW OF THE LITERATURE. *J Marital Fam Ther.* avr 2003;29(2):223-45.
  17. Guillén V, Díaz-García A, Mira A, García-Palacios A, Escrivá-Martínez T, Baños R, et al. Interventions for Family Members and Carers of Patients with Borderline Personality Disorder: A Systematic Review. *Fam Process.* mars 2021;60(1):134-44.
  18. Charbon P, Perroud N, Allenbach G, Gkouveri A, Greiner C, Jeker E, et al. «Good Psychiatric Management» pour le trouble de la personnalité borderline. Un traitement spécialisé applicable aux soins généralistes. *Rev Médicale Suisse.* 2022;18(796):1744-8.
  19. Finch EF, Brickell CM, Choi-Kain LW. General psychiatric management: An evidence-based treatment for borderline personality disorder in the college setting. *J Coll Stud Psychother.* 3 avr 2019;33(2):163-75.
  20. Blay M, Cohen S, Jan M, Perroud N, Speranza M, Charbon P. Pour une cohabitation pragmatique des modèles théoriques et cliniques : l'exemple du «Good Psychiatric Management» dans le traitement du trouble de personnalité borderline. *L'Encéphale.* août 2023;49(4):422-9.
  21. Sutherland R, Baker J, Prince S. Support, interventions and outcomes for families/carers of people with borderline personality disorder: A systematic review. *Personal Ment Health.* mai 2020;14(2):199-214.
  22. Cohen S, Salamin V, Perroud N, Dieben K, Ducasse D, Durpoix A, et al. Group intervention for family members of people with borderline personality disorder based on Dialectical Behavior Therapy: Implementation of the Family Connections® program in France and Switzerland [Internet]. In *Review*; 2023 mars [cité 30 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.researchsquare.com/article/rs-2692756/v1>
  23. Pearce J, Jovev M, Hulbert C, McKechnie B, McCutcheon L, Betts J, et al. Evaluation of a psychoeducational group intervention for family and friends of youth with borderline personality disorder. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation.* déc 2017;4(1):5.
  24. Courey L, Hyndman D, Sheasgreen C, McCay E. What we know — and want to know — about Family Connections: a review from the perspective of lived experience. *Curr Opin Psychol.* févr 2021;37:44-8.
  25. Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *Eur J Gen Pract.* 1 janv 2018;24(1):9-18.
  26. Hennink MM, Kaiser BN, Marconi VC. Code Saturation Versus Meaning Saturation: How Many Interviews Are Enough? *Qual Health Res.* mars 2017;27(4):591-608.

27. Braun V, Clarke V. To saturate or not to saturate? Questioning data saturation as a useful concept for thematic analysis and sample-size rationales. *Qual Res Sport Exerc Health*. 4 mars 2021;13(2):201-16.
28. Braun V, Clarke V. One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qual Res Psychol*. 3 juill 2021;18(3):328-52.
29. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. janv 2006;3(2):77-101.
30. Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qual Res Sport Exerc Health*. 8 août 2019;11(4):589-97.
31. Nowell LS, Norris JM, White DE, Moules NJ. Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *Int J Qual Methods*. déc 2017;16(1):160940691773384.
32. Campbell K, Orr E, Durepos P, Nguyen L, Li L, Whitmore C, et al. Reflexive Thematic Analysis for Applied Qualitative Health Research. *Qual Rep [Internet]*. 20 juin 2021 [cité 15 août 2024]; Disponible sur: <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol26/iss6/24/>
33. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 16 sept 2007;19(6):349-57.
34. Roriz S, Toulouse E, Bacle M, Granier S, Elotmani L, Ambert A, et al. Règlementation pour la recherche clinique en France en 2023. *Anesth Réanimation*. nov 2023;9(5-6):414-27.
35. Murray-Swank AB, Dixon L. Family Psychoeducation as an Evidence-Based Practice. *CNS Spectr*. déc 2004;9(12):905-12.
36. Bailey RC, Grenyer BFS. Supporting a Person With Personality Disorder: A Study of Carer Burden and Well-Being. *J Personal Disord*. déc 2014;28(6):796-809.
37. Villet L, Madjlessi A, Revah-Levy A, Speranza M, Younes N, Sibéoni J. The lived experience of French parents concerning the diagnosis of their children with borderline personality disorder. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation*. 1 juill 2024;11(1):13.
38. Greiner C, Charbon P, De Nérès M, El Rassi L, Prada P, Choi-Kain L. The Interpersonal Hypersensitivity Formulation of Good Psychiatric Management as a Psychoeducational Intervention for Borderline Personality Disorder. *J Psychiatr Pract*. mai 2024;30(3):220-6.
39. Bennett C, Melvin GA, Quek J, Saeedi N, Gordon MS, Newman LK. Perceived Invalidation in Adolescent Borderline Personality Disorder: An Investigation of Parallel Reports of Caregiver Responses to Negative Emotions. *Child Psychiatry Hum Dev*. avr 2019;50(2):209-21.
40. Grenyer BFS, Bailey RC, Lewis KL, Matthias M, Garretty T, Bickerton A. A Randomized Controlled Trial of Group Psychoeducation for Carers of Persons With Borderline Personality Disorder. *J Personal Disord*. avr 2019;33(2):214-28.

41. Barr KR, Jewell M, Townsend ML, Grenyer BFS. Living with personality disorder and seeking mental health treatment: patients and family members reflect on their experiences. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation*. déc 2020;7(1):21.
42. Lawn S, McMahon J. Experiences of family carers of people diagnosed with borderline personality disorder. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. mai 2015;22(4):234-43.
43. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). *Borderline Personality Disorder: Treatment and Management* [Internet]. Leicester (UK): British Psychological Society (UK); 2009 [cité 4 sept 2024]. (National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55403/>
44. Brady P, Kangas M, McGill K. "Family Matters": A Systematic Review of the Evidence For Family Psychoeducation For Major Depressive Disorder. *J Marital Fam Ther*. avr 2017;43(2):245-63.
45. Reinares M, Bonnín CM, Hidalgo-Mazzei D, Sánchez-Moreno J, Colom F, Vieta E. The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. févr 2016;43:47-57.
46. Chanen AM, McCutcheon L, Kerr IB. HYPE: A Cognitive Analytic Therapy-Based Prevention and Early Intervention Programme for Borderline Personality Disorder. In: Sharp C, Tackett JL, éditeurs. *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents* [Internet]. New York, NY: Springer New York; 2014 [cité 1 sept 2024]. p. 361-83. Disponible sur: [https://link.springer.com/10.1007/978-1-4939-0591-1\\_23](https://link.springer.com/10.1007/978-1-4939-0591-1_23)
47. Lamont E, Dickens GL. Mental health services, care provision, and professional support for people diagnosed with borderline personality disorder: systematic review of service-user, family, and carer perspectives. *J Ment Health*. 3 sept 2021;30(5):619-33.
48. Dickens GL, Lamont E, Gray S. Mental health nurses' attitudes, behaviour, experience and knowledge regarding adults with a diagnosis of borderline personality disorder: systematic, integrative literature review. *J Clin Nurs*. juill 2016;25(13-14):1848-75.
49. Gleeson J, Alvarez-Jimenez M, Betts JK, McCutcheon L, Jovev M, Lederman R, et al. A pilot trial of moderated online social therapy for family and friends of young people with borderline personality disorder features. *Early Interv Psychiatry*. déc 2021;15(6):1564-74.
50. Pitschel-Walz G, Spatzl A, Rentrop M. Psychoeducational groups for close relatives of patients with borderline personality disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. juin 2023;273(4):853-64.
51. Fitzpatrick S, Liebman RE, Varma S, Norouzian N, Chafe D, Traynor J, et al. Protocol Development of Sage: A Novel Conjoint Intervention for Suicidal and Self-Injuring People With Borderline Personality Disorder and Their Significant Others. *Cogn Behav Pract*. nov 2023;30(4):707-20.
52. Frances D. co-production of an intervention facilitating informal caregivers to support adults at risk of suicide and serious self-harm: a brief report. *J Recovery Ment Health*. 12 avr 2024;7(2):20-8.

53. Mohd Zabidi Z, Sumintono B, Abdullah Z. Enhancing analytic rigor in qualitative analysis: developing and testing code scheme using Many Facet Rasch Model. *Qual Quant.* avr 2022;56(2):713-27.

# ANNEXES

ANNEXE 1. Tableau 3 : Extrait des verbatims illustrant les thèmes et les sous-thèmes.

## **Un ESP comme espace de circulation des vécus**

---

**Un accueil tant attendu de la souffrance de l'aidant**

### **Un impact émotionnel au quotidien du trouble sur l'entourage**

*« J'ai développé une angoisse, ça veut dire, ça me... la nuit, ça me, c'est comme une angoisse qui remonte et que l'événement me revient à la tête et... que voilà on va dire une petite dépression, je sais pas... j'arrive pas à savourer la vie, je me lève pour partir travailler parce que je suis obligée. » (P7)*

---

### **Des conséquences négatives professionnelles et sociales du trouble sur les proches**

*« Un truc que j'ai du mal à lui pardonner bon là... c'est que du coup j'ai plus d'amis, ouais, parce qu'elle m'a voulu que pour elle, enfin elle est vraiment très exclusive et ça a été très compliqué du coup avec mes copines et euh... et j'en ai plus. » (P2)*

---

### **Un vécu de culpabilité des aidants d'être responsables du trouble**

*« Après c'est, bah je suis passée par beaucoup de, de sentiments ce jour-là : la colère, ben non le choc parce que je ne m'attendais pas à ça, je m'attendais à tout, mais pas à ça, le choc. Après l'incompréhension, je n'ai pas compris pourquoi. Beaucoup de questions... la culpabilité, beaucoup de culpabilité, sur mon rôle de maman : « qu'est-ce que j'ai fait ? Qu'est-ce que j'ai raté ? Qu'est-ce que je suis une mauvaise mère ? ». Tout ça. » (P7)*

---

### **Un inconfort généré par la différence entre les attentes du patient et les limites des aidants**

*« Mais ma place elle va être importante. Il faut que je sois une épaule soutenant pour elle, il faut... Ben comme je l'ai toujours été en fait. Mais en essayant de moi ne pas m'oublier. Chose que je faisais un petit peu avant. » (P2)*

---

### **Une peur d'une rechute à la sortie d'hospitalisation**

*« Donc oui c'est là aussi là j'ai l'impression de le sentir beaucoup mieux, plus positif, de le voir projeter des choses et avoir envie en tout cas d'aller de l'avant et y croire un peu mais j'espère plus que c'est pas juste pour pouvoir sortir, que c'est pas juste 3 jours et puis ensuite on y retourne. » (P3)*

---

**Un soulagement face à l'annonce du diagnostic**

### **Une conscience parcelaire du trouble avant l'entretien**

*« Pas... pris conscience que ça sort d'ordinaire. C'était... ces périodes qu'on peut identifier comme étant des crises, c'était plutôt raisonnable » (P4)*

*« Moi j'en avais parlé avec mon médecin justement parce que je voyais bien que ça n'allait pas, que c'était récurrent, qu'il y avait toujours ses idées suicidaires qui revenaient. » (P1)*

---

---

### **Une meilleure compréhension des symptômes vécus par le patient après l'entretien**

*« On avait tendance un peu à minorer son envie de retrouver Patricia, sa déception quand Patricia ne répondait pas ou ne venait pas. Et là en fait, on se rend compte que, combien c'est omniprésent pour elle et obsédant et comment elle doit se sentir en fait. Cette fameuse détresse, on l'a peut-être davantage appréhendé. » (P1)*

---

### **Un renforcement de l'espoir en l'amélioration clinique du patient**

*« Il nous a apporté justement euh... ben il nous a vraiment expliqué la maladie, il nous a rassuré parce qu'il nous a dit qu'avec l'âge, ça allait se stabiliser ou du moins elle aurait moins de grosses crises que maintenant. Parce que du fait qu'elle apprenne à gérer son stress, je pense que... \*silence\* ça ira mieux avec le temps. Oui, non, non il nous a... voilà, il nous a rendu un peu plus optimistes. » (P5)*

---

### **Un souci de la place du traitement médicamenteux dans le trouble**

*« Voilà après nous bien sûr aussi pour notre enfant on voudrait savoir pourquoi, parce que j'ai vu qu'il y avait éventuellement, je sais pas des, des... tout ce qui était électrique donc voilà on a vu ça, y'a la luminothérapie, enfin, toute une liste de choses qui pourraient lui être proposées. J'ai, j'ai entendu parler du lithium, apparemment y a de bons résultats dans le livre, je dis « bon elle, elle a des antidépresseurs, est ce que le lithium ça pourrait être adapté ? ». Vous voyez ? » (P1)*

*« C'est pas, c'est pas facile et ça... le fait que y'a pas non plus un traitement ou un lien... c'est pas très rassurant. » (P4)*

---

### **Un besoin de ressources pédagogiques claires**

*« Peut-être un support papier pour repartir avec quelque chose. C'est vrai que là quand on est reparti... Alors si ils nous ont donné les coordonnées d'un livre, mais bon c'est un livre, enfin moi j'ai pas de souci avec ça mais pour d'autres personnes, enfin mon mari je suis pas sûre qu'il lira le livre par exemple ou même bah quelque chose peut être comme borderline expliqué aux enfants de l'entourage aussi enfin des plus jeunes, enfants et ados, qui pareil ne liront peut être pas le livre. » (P3)*

---

### **Une mise en résonance du vécu du patient avec l'histoire personnelle de l'aidant à travers l'ESP**

*Une interaction inédite entre patient et aidant*

*« J'avais vous raconter quelque chose quand j'étais enfant, \*claquement de bouche\* quand mes parents ont divorcé, \*claquement de bouche\* hum, on s'est retrouvé tous seuls avec ma mère et... j'avais très, très... j'avais très peu de personnes à qui je l'ai dit, j'avais très, très peur que ma mère... que ma mère parte en fait (...) je ne voulais pas m'éloigner de ma mère, mais ça je ne lui ai dit à personne. (...) Et là j'ai l'impression que avec Marion ça a été un petit peu la même chose, quand elle était loin de moi, j'étais dans un état... toujours inquiet, je me dis : « qu'est-ce qui se passe ? ». (P6)*

---

---

### **Beaucoup d'attentes sur l'organisation de l'entretien : le temps, l'espace de parole**

*« Peut-être se faire en 2 temps, c'est à dire ben un entretien comme ça un peu, et puis peut-être une reprise enfin vous voyez là par exemple une semaine après ou quelques jours après pour voir un petit peu s'il y a des choses qui sont venues depuis (...). Là on a eu des informations mais pas de réajustement ou de possibilité d'y revenir ou de contacter. » (P1)*

---

### **Des modifications positives dans les relations familiales**

*« Donc je pense qu'elle a dû sentir que bah que ses parents maintenant peut-être prenez en compte le problème de manière plus claire et donc ça allait peut-être assainir un peu quelques malentendus qu'on pouvait avoir sur des choses que nous on pourrait mal interpréter, que elle pense que nous on interprète mal. » (P1)*

---

### **Une émergence de questions sur l'origine du trouble**

*« On a compris un peu, la, les causes. Donc on a parlé de l'aspect génétique et aussi l'aspect contextuel. Parce que, pareil, en regardant sur Google, c'était écrit que y'a un incident violent dans l'enfance donc on trouvait pas ça... on arrivait pas à identifier quelque chose qui aurait pu déclencher mais... Donc ça nous a été expliqué que c'est le cumul de plusieurs choses, ça peut faire l'effet de. » (P4)*

*« Parce que borderline, d'après mes lectures, c'est plus près de schizophrénie alors que dans ma tête, c'est pas tout à fait pareil... » (P4)*

---

### **Une prise de conscience des compétences à acquérir au regard du diagnostic**

---

*Un enjeu de la communication dans l'accompagnement du TPB*

**Une difficulté à trouver un juste positionnement par rapport au patient et ses troubles**

*« Il y a souvent des demandes comme ça en fait, qui sont très urgentes, très euh, sa vie en dépend en fait. Et je peux comprendre que ce soit très fort pour elle mais pour nous c'est très difficile à trouver la juste mesure, à négocier quelque chose. » (P1)*

---

### **Une demande d'aide au positionnement et d'outils de communication pour améliorer la dynamique relationnelle**

*« Enfin on a toujours essayé de, même si Léo parfois n'a pas compris et même essayé de entre guillemets de rejeter ce lien en disant « je vau pas le coup, arrêtez de vous inquiéter pour moi et cetera. ». Euh... non... c'est notre enfant, c'est mon enfant, c'est mes tripes, c'est pas possible. » (P3)*

---

### **Des attentes des aidants d'une demande d'aide plus facile du patient**

*« Donc c'est vrai que j'aimerais enfin, ce que j'aimerais, c'est que hum... c'est que voilà, elle sache nous dire : « mais là je vois que je suis plus, je me sens vraiment très mal, beaucoup plus que d'habitude. Je n'y arrive pas. J'ai essayé les choses du Safety plan, ça marche pas. Est ce que tu peux m'accompagner aux urgences ? » Voilà. Ça en fait c'est l'idéal pour moi ». » (P1).*

---

---

**Un sentiment de gain de compétences avec l'ESP**      **Des enjeux de l'identification, la verbalisation et la validation des émotions et des besoins**

*« J'ai compris que, elle de son côté, il faut qu'il... qu'elle identifie ses émotions dès le départ pour qu'elle puisse savoir... Je trouve un exercice, extrêmement compliqué ! » (P4)*

---

**Un meilleur ajustement de la posture des aidants grâce à l'ESP**

*« J'ai compris qu'il valait mieux dire « j'entends, je comprends, on en reparlera plus tard ». Les choses qui temporisent en fait et qui permettent de faire baisser la pression qui ferait que sinon ç a partirait en euh, c'est pas la porte qui claque mais je casse quelque chose » (P1)*

---

**Un enjeu de soutenir l'autonomie et la responsabilisation du patient**

*« Bah, être là quand y a besoin et la conseiller et lui donner de l'amour... \*Silence.\* Et je pense que je dois... bah je pense que, je dois, la laisser affronter la vie de tous les jours en tant qu'adulte... de gérer... même si elle va faire des erreurs, même, elle va apprendre. » (P7)*

---

**Stimuler l'activité comme levier thérapeutique et favoriser la réinsertion sociale**

*« Il a repris euh le dessin, en plus je vois que bah là Léo est allé faire de la boxe avec le PCPE cet après-midi donc je me dis « bah c'est bien, c'est chouette » puis c'est une activité physique. Peut-être que Léo va entendre aussi que dans son parcours de soin l'activité physique c'est important aussi. » (P3)*

---

**Un inconfort persistant à comprendre la dimension impulsive du TPB**      **Des questions persistantes sur le cadre et les limites à poser pour aider le patient**

*« Peut-être tout ce qui concerne en fait les conduites à risque comme euh... ben euh les addictions, la boulimie... Là aussi quel est le rôle de l'entourage en fait est-ce qu'on laisse faire, jusqu'à quelle mesure ? » (P1)*

---

**Une demande d'aide dans la gestion du risque suicidaire**

*« Mais c'est connaître tout, qui peut nous aider et surtout tout, qui peut protéger notre fille, il faut vraiment qu'on sécurise. Évidemment on a lu sur la pathologie et évidemment qu'on a lu que c'est à risque de suicide qui va avec. Donc on est inquiets. On veut savoir : "ça veut dire quoi ça ? ça veut dire quoi concrètement ?" Qu'on va vivre toute la vie avec l'épée de Damoclès au-dessus de la tête... » (P4)*

*« Sur le moment j'ai quand même eu l'impression que c'est arrivé alors qu'on nous enfin ça a pas été posé clairement et, et moi ça m'a enfin je l'ai ressenti quand même comme quelque chose de contradictoire et sur lequel on s'éternisait pas alors que ça existe. J'aurais préféré qu'on pose le sujet. » (P1)*

---

---

## Les aidants au cœur de l'accompagnement du TPB

---

### **Une nécessité de soutien des aidants**    **Un besoin d'un espace de soutien pour l'entourage**

« Je pense que je vais aller voir un psy ou une psy, je sais pas quoi, psychologue. J'en ai déjà vu hein donc j'ai aucun problème avec ça. Mais je pense que oui, ça va être important pour moi, de pouvoir bah décharger et chanter de toute façon ça permet de décharger aussi \*rires\*, ça c'est bien. » (P2).

---

### **Un besoin de reconnaissance de la souffrance des aidants**

« Et en plus, ensuite on s'est... on a été rassuré parce que du coup la psychologue nous a dit, c'est vrai qu'on, on pense, en priorité, à la santé du patient mais il y a aussi tout son entourage autour qui souffre aussi. » (P6).

---

### **Un intérêt du partage des vécus entre les familles**

« Je voudrais une liste de contacts utiles parce que ça serait peut-être bien qu'on échange avec des familles qui sont dans la même situation, qui sont plus avancés... Ça serait bien que, qu'on soit orientés. » (P4)

---

### **Une place active des aidants dans le parcours de soins du patient**    **Un parcours de soins vécu comme semé d'embûches**

« On l'accompagne autant que possible mais parce que bah le libéral c'est cher quoi \*rires\* et les places dans les CMP enfin les plus généralistes c'est cher aussi en temps là pour le coup et puis on sait pas toujours si les personnes sont formées, informées correctement donc c'est compliqué. » (P3).

---

### **Un vécu d'un manque d'écoute et d'informations par les professionnels de santé avant l'entretien réalisé**

« Personne ne nous a jamais rien dit quoi. On nous a dit : « bon bah votre fille elle est borderline. ». C'est tout. Maintenant avec ça, débrouillez-vous. » (P6)

---

### **Des enjeux d'une implication familiale dans les soins du patient**

« On essaie de l'aider, on a essayé de l'accompagner et de chercher vers l'extérieur des solutions depuis toujours euh... pour diminuer la souffrance parce qu'il y a une souffrance dans ce vécu hyper intense des émotions et des choses de la vie. » (P3).

---

---

**EXPÉRIENCE VÉCUE DES AIDANTS D'UNE INTERVENTION SYSTÉMIQUE DE  
PSYCHOÉDUCATION SUR LE TROUBLE DE LA PERSONNALITE  
BORDERLINE : UNE ÉTUDE QUALITATIVE**

---

RESUME EN FRANÇAIS :

**Introduction** : Le trouble de la personnalité borderline (TPB) est une pathologie relationnelle complexe impactant les aidants, souvent démunis face aux symptômes. Nous avons exploré l'expérience des aidants d'un entretien systémique d'annonce diagnostique et psychoéducatif unique (ESP) basé sur le modèle du Good Psychiatric Management (GPM) au sein d'un service de psychiatrie spécialisé dans le TPB.

**Méthode** : A partir d'un échantillonnage raisonné, nous avons recruté 7 aidants. Nous avons mené des entretiens semi-structurés qui ont été anonymisés, retranscrits et analysés en utilisant la méthode d'analyse thématique réflexive.

**Résultats** : Notre analyse a produit trois thèmes principaux. Premièrement, l'ESP offre un espace inédit de partage des vécus entre aidant et patient, facilité par un tiers, permettant d'accueillir la souffrance des proches tout en apportant un soulagement à travers l'annonce diagnostique. Deuxièmement, ce dispositif a contribué à une prise de conscience des compétences à acquérir au regard du diagnostic tout en mettant en évidence l'inconfort persistant face aux conduites impulsives. Enfin, en étant au cœur de l'accompagnement, les aidants révèlent à la fois la nécessité d'un espace dédié pour mieux assumer leur rôle et leur place active dans le parcours de soin du patient.

**Conclusion** : L'ESP est un exemple de pratique généraliste d'information et d'intégration des familles dans la prise en charge du TPB. Notre étude met en avant l'expérience inédite que permet l'ESP pour les aidants, leur apportant un soulagement et une remobilisation active dans le parcours de soin de leur proche. Néanmoins, l'ESP ne peut constituer un soin systémique complet à lui seul, mettant en lumière la nécessité de poursuivre des interventions psychoéducatives répétées sur le long terme, tout en garantissant un soutien adapté aux besoins des aidants.

---

TITRE EN ANGLAIS : CARERS' EXPERIENCE OF A SYSTEMIC PSYCHOEDUCATION INTERVENTION FOR BORDERLINE PERSONALITY DISORDER : A QUALITATIVE STUDY

---

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

---

MOTS-CLÉS : trouble de la personnalité borderline, psychoéducation, systémie, aidants, famille, proches, recherche qualitative

---

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier  
Faculté de Santé de Toulouse  
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

---

Directeur de thèse : Gaël GALLIOT