

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**LA PERCEPTION DU PROCESSUS ET DES IMPACTS DE LA THÉRAPIE
COMPORTEMENTALE DIALECTIQUE CHEZ LES JEUNES ADULTES
PRÉSENTANT UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE**

**ESSAI PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR
MARIE-EVE BRAZEAU**

MAI 2022

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Prénom et nom

Directeur de recherche

Comité d'évaluation :

Prénom et nom

Directeur ou codirecteur de recherche

Prénom et nom

Évaluateur

Prénom et nom

Évaluateur

Sommaire

Le trouble de la personnalité limite (TPL) est un trouble de santé mentale grave et complexe. Dans la dernière décennie, la thérapie comportementale dialectique (TCD) a fait ses preuves dans le traitement des personnes présentant un TPL. L'objectif de cet essai vise à documenter la perception du processus et des impacts de la TCD chez les jeunes adultes présentant un TPL. Pour y parvenir, une recension des écrits a été réalisée. Au total, cinq articles ont été retenus. Une fiche de lecture a été complétée pour chacun des articles afin d'y colliger les données importantes et de s'assurer de leur qualité scientifique. Les principaux résultats mettent en lumière un certain nombre de facteurs ayant des effets sur le processus et permettent d'identifier les impacts de la TCD, autant sur la vie de tous les jours que sur l'identité des participants. Cet essai a permis d'exposer des moyens pour susciter et maintenir l'engagement des participants. À cet égard, les compétences professionnelles des psychoéducatrices et des psychoéducateurs peuvent être mises à profit, notamment par l'utilisation des moyens de mise en interaction et par l'intervention de groupe. De futures recherches qualitatives portant sur la perception des participants ayant abandonné le programme seraient pertinentes pour mieux comprendre les facteurs expliquant ce choix.

Tables des matières

Remerciements	VI
Introduction	7
1. Le trouble de la personnalité limite	7
2. Le traitement du TPL	8
3. La thérapie comportementale dialectique (TCD) : ce qu'elle est.....	9
4. Objectif de l'essai	10
Résultats	14
1. La lumière après le choc.....	19
2. Ce qui aide, ce qui nuit.....	20
3. L'espoir d'une vie heureuse	22
Discussion	24
1. Les moyens de mise en interaction	24
2. L'intervention de groupe	25
3. Favoriser l'espoir par l'entretien motivationnel.....	26
4. Forces et limites de l'essai	27
5. Retombées	28
Conclusion.....	30
Références	31
Appendice A.....	35
Bilan de la stratégie de recherche.....	35

Liste des tableaux et figure

Tableaux

Tableau 1 Concepts et mots-clés	12
Tableau 2 Critères d'inclusion et d'exclusion	13
Tableau 3 Certaines caractéristiques des études qualitatives	15
Tableau 4 Objectifs et principales conclusions des études	16
Tableau 5 Les trois grands thèmes	19

Figure

Figure 1 Processus de sélection des articles	14
---	----

Remerciements

Arrivée au terme de mon cheminement académique, je tiens à remercier particulièrement Chantal Plourde, ma directrice d'essai qui a accepté de diriger ce projet. Je suis choyée d'avoir pu bénéficier de sa disponibilité et de son soutien dans la réalisation de ce travail. Elle est une source d'inspiration professionnelle. Merci également à Valérie Aubut pour le mentorat et sa grande disponibilité tout au long du projet.

Merci aux professeurs et chargés de cours de l'*Université du Québec à Trois-Rivières* qui ont suscité et comblé mon grand désir d'apprendre et de dépassement personnel.

Merci également à ma famille et mes amis qui m'ont supportée tout au long de ce projet. Ils ont cru en moi, même dans les moments les plus difficiles. Sans vous je n'aurais pas pu réaliser ce projet qui marque la fin de mon cheminement académique.

Je garde le mot de la fin pour mon amoureux, Philippe. Je lui témoigne ma reconnaissance pour son soutien permanent, sa patience et sa compréhension. Merci d'avoir pris soin de notre fils Eliott pendant cette période chargée.

Introduction

Dans les dernières années, le psychoéducateur a été amené à travailler auprès d'une clientèle présentant différentes problématiques de santé mentale, tels que les troubles de la personnalité. Bon nombre d'études soutiennent le fait que l'intervention précoce auprès de jeunes adultes souffrant de troubles mentaux graves favorise le rétablissement en utilisant différentes modalités thérapeutiques. Dans la dernière décennie, la thérapie comportementale dialectique (TCD) a fait ses preuves dans le traitement des personnes présentant un TPL. Cet essai se penche sur la perception du processus et des impacts de la TCD chez les jeunes adultes présentant un TPL.

1. Le trouble de la personnalité limite

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) de l'American Psychiatric Association ([APA] 2015) définit le trouble de la personnalité comme :

Un mode durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, qui est envahissant et rigide, qui apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui est source d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement. (p.780)

Une personne qui présente un trouble de la personnalité a généralement de la difficulté à maintenir des relations et à faire face à différentes situations sociales. Elle a aussi de la difficulté à composer avec ses émotions et ses pensées et à comprendre comment et pourquoi son comportement lui cause certains problèmes (Centre for Addiction and Mental Health, 2009).

Les troubles de la personnalité affectent entre 6 et 15% de la population canadienne adulte (Statistiques Canada, 2015). Il existe plusieurs troubles de la personnalité. Le trouble de la personnalité limite (TPL) est un des plus connus et répandus alors qu'il affecte entre 1,6% et 5,9% de la population américaine selon l'APA (2015) ainsi que 5,4% de la population canadienne (Statistiques Canada, 2015).

Le TPL apparaît généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte et son évolution est variable en fonction des facteurs biologiques, héréditaires et psychologiques (APA, 2015 ; Paris, 2007). L'évolution la plus fréquente est marquée par une instabilité chronique au début de l'âge adulte avec des épisodes importants de perte de contrôle des affects et des impulsions (APA, 2015). Le risque suicidaire associé à ce trouble est à son apogée chez le jeune adulte et tend à diminuer avec le temps (APA, 2015). Aucun facteur ne peut à lui seul expliquer le développement du trouble, une multitude de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux y contribuant (Paris, 2007). En ce qui concerne la prévalence selon le genre, 75%

des diagnostics sont posés chez la femme (APA, 2015). Une parution de l'Institut national de santé publique du Québec ([INSPQ], 2015) fait état d'une prévalence équivalente chez les deux sexes, mais une utilisation des services plus importante chez les femmes.

Ainsi, le TPL est un trouble de santé mentale grave, complexe et de longue durée. Les personnes vivant avec ce trouble ont de la difficulté à contenir leurs émotions ou à maîtriser leurs impulsions. Elles sont généralement très sensibles à ce qui se passe autour d'elles et peuvent réagir avec une émotion intense à de petits changements dans leur environnement. Ces personnes vivent avec une douleur émotionnelle constante et l'intensité des symptômes peut être perçue comme un moyen de gérer cette douleur (Nielsen *et al.*, 2007 ; Paris, 2007 ; Centre for Addiction and Mental Health, 2009 ; Little *et al.*, 2018).

La personne atteinte d'un TPL a de la difficulté à tolérer l'intensité de certaines émotions et pour y arriver, elle peut adopter des comportements autodestructeurs, impulsifs ou déviants. Parmi ceux-ci, on retrouve des comportements automutilatoires, des idées et des menaces suicidaires fréquentes et des tentatives de suicide. Le décès par suicide survient chez 8 à 10% des personnes présentant un TPL (APA, 2015). Différentes approches thérapeutiques sont utilisées pour venir en aide à ces personnes: psychothérapie individuelle, thérapie de groupe, intervention familiale et pharmacothérapie.

2. Le traitement du TPL

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est une approche largement étudiée, dont l'efficacité a été démontrée dans le traitement de plusieurs problématiques de santé mentale, notamment auprès des personnes présentant un TPL (Choi-Kain *et al.*, 2017). Différents modèles thérapeutiques de la TCC ont démontré leurs effets dans la réduction des symptômes du TPL, entre autres la mentalisation imaginée par Bateman et Fonagy (2004) et la thérapie des schémas développée par Jeffrey Young (2018). Dans la dernière décennie, les recherches ont permis à la TCC d'évoluer constamment afin d'améliorer son efficacité et son accessibilité, par exemple avec l'émergence des approches basées sur la pleine conscience et l'acceptation (Ngô, 2013).

La thérapie comportementale dialectique (TCD) développée par Marsha Linehan dans les années 1980 s'avère le traitement de la 3^e vague de la TCC ayant le plus haut soutien empirique (Koons *et al.*, 2001; Linehan *et al.*, 2006 ; Linehan *et al.*, 2017). Plusieurs essais contrôlés randomisés (RCT) ont été effectués auprès des groupes de la TCD (par ex. Panos *et al.*, 2014; Kothgassner *et al.*, 2021). Ces études montrent que les personnes engagées dans un

traitement de la TCD ont connu des améliorations significatives, notamment une réduction de la fréquence et de la gravité des comportements automutilatoires, des tentatives de suicide, de l'anxiété et de la colère (Panos *et al.*, 2014; Kothgassner *et al.*, 2021). Cela explique son utilisation répandue dans le traitement du TPL.

3. La thérapie comportementale dialectique (TCD) : ce qu'elle est

La TCD est un traitement cognitif-comportemental fondé sur l'acquisition de compétences qui peuvent aider les participants à réguler leurs émotions, à améliorer leurs relations interpersonnelles, à développer une tolérance face aux difficultés et à être plus conscients de leurs pensées, leurs émotions et leurs comportements (Linehan *et al.*, 2017). La TCD est basée sur la pleine conscience qui est de plus en plus reconnue comme un modèle thérapeutique pertinent. Des auteurs tels Bishop *et al.* (2004), Shapiro *et al.* (2006) et Kabat-Zinn (2003) ont proposé différentes définitions de la pleine conscience. La définition la plus courante est celle de Kabat-Zinn (2003) qui considère la pleine conscience comme : « un état de conscience qui émerge du fait de porter son attention, de manière intentionnelle, au moment présent, sans juger, sur l'expérience qui se déploie moment après moment » (p.145). Les thérapies basées sur la pleine conscience visent l'acceptation des symptômes plutôt que de cibler des changements cognitifs et affectifs. Elles proposent de nouvelles méthodes qui permettent de composer avec les expériences internes problématiques, plutôt que la modification de celles-ci même si elles sont erronées et dysfonctionnelles (Ngô, 2013).

La TCD est un traitement visant la réduction de l'automutilation et des comportements suicidaires chez les patients présentant un TPL et un risque suicidaire chronique (Linehan *et al.*, 1991; Koons *et al.*, 2001; Linehan *et al.*, 2006). Dans sa version de base, la thérapie est conçue sur une période de 12 mois. Il est intensif et exigeant pour la clientèle. Cela dit, il existe maintenant des adaptations du programme offertes pour d'autres problématiques telles le trouble de stress post-traumatique (Bohus *et al.*, 2013), les troubles alimentaires (Wisniewski et Ben-Porath, 2015), et même une version du programme de courte durée échelonnée sur 12 semaines pour le TPL (Van den Bosch *et al.*, 2014). Le programme se compose de différentes modalités de traitement (thérapie individuelle, groupe d'entraînement aux compétences, coaching par téléphone) offertes par une équipe d'intervenants qui mise sur le travail d'équipe (Little *et al.*, 2018).

La TCD vise cinq grands objectifs (Linehan *et al.*, 2017):

- Enseigner les compétences pour améliorer la gestion des émotions et des comportements ;
- Augmenter la motivation des participants à utiliser les compétences;
- Viser l'utilisation des compétences dans plusieurs situations de la vie quotidienne;
- Aider à créer un environnement qui favorise l'utilisation des compétences;
- Améliorer les compétences et la motivation des thérapeutes pour qu'ils continuent de travailler efficacement auprès des participants.

La TCD se divise en quatre grands modules de compétences : la pleine conscience, l'efficacité interpersonnelle, la régulation émotionnelle et la tolérance à la détresse (Linehan *et al.*, 2017). Le module sur les compétences reliées à la pleine conscience s'inspire des pratiques méditatives de la culture spirituelle orientale (Linehan *et al.*, 2017). Les compétences d'efficacité interpersonnelle sont liées au maintien des relations et du respect de soi (Linehan *et al.*, 2017). Les compétences de régulation émotionnelle visent à comprendre et nommer les émotions, à modifier les émotions indésirables et à gérer les émotions extrêmes (Linehan *et al.*, 2017). Finalement, les compétences de tolérance à la détresse permettent de tolérer et de survivre aux crises et d'accepter la vie telle qu'elle est dans le moment présent (Linehan *et al.*, 2017). Plusieurs compétences sont travaillées à travers les quatre grands modules. L'accent est mis sur la dialectique centrale de la thérapie, à savoir l'équilibre entre les stratégies de changement et les stratégies d'acceptation, faisant référence au concept de pleine conscience (Nicastro *et al.*, 2007).

Malgré son efficacité dans le traitement du TPL, des études de type RCT démontrent un taux d'abandon de plus de 28% (Barnicot *et al.*, 2011 ; Dixon, 2019). Toutefois, cette statistique n'explique pas pour quelles raisons les gens abandonnent le traitement et à cet égard, la perception des participants apparaît centrale à la compréhension de ces taux élevés d'abandon. À la lumière de ces données et à partir de la documentation scientifique, des améliorations favorisant la rétention en traitement pourraient être apportées au programme afin de répondre plus adéquatement aux besoins de la clientèle.

4. Objectif de l'essai

L'objectif de cet essai vise à documenter la perception du processus et des impacts de la thérapie comportementale dialectique du point de vue de jeunes adultes présentant un TPL ayant participé au programme thérapeutique.

Méthode

Une recension des écrits a été produite pour répondre à l'objectif de cet essai. Elle permet de repérer, d'évaluer et de synthétiser les preuves scientifiques afin de répondre à une question de recherche (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2013). Pour sa part, une recension des écrits de type revue narrative a pour objectif de fournir une synthèse de connaissances scientifiques plus ou moins exhaustive sur un sujet (INSPQ, 2021). Dans le cadre de cet essai, la revue narrative a été privilégiée afin de répondre à la question suivante : quelle est la perception du processus et des impacts de la thérapie comportementale dialectique des jeunes adultes présentant un TPL ?

Pour y parvenir, les bases de données de EBSCO ont été ciblées en raison du large éventail de littérature qu'elles couvrent et de leur inclusion de différentes disciplines. Une recherche simultanée dans l'interface EBSCO Host avec les banques de données suivantes a été réalisée : Academic Search Complete, CINAHL, EBook Academic Collection (EBSCOHost), Education Source, MEDLINE with Full Text, Psychology and behavioral sciences collection, PsychINFO, SocIndex with Full Text. L'utilisation des thésaurus de EBSCO a été préconisée afin de déterminer les différents mots-clés liés à chacun de ces quatre grands concepts : TPL, pleine conscience, jeunes adultes et devis qualitatif (voir Tableau 1). L'opérateur booléen OU a été utilisé entre les mots-clés d'un même concept et l'opérateur booléen ET a été utilisé entre les concepts. La recherche documentaire a été réalisée le 29-06-2021.

Tableau 1
Concepts et mots-clés

TPL	Pleine conscience	Jeunes adultes	Devis qualitatif
(“trouble personnalité limite” OR TPL OR “trouble borderline” OR “borderline personality disorder” OR BPD OR “emotional regulation disorder”)	(“pleine conscience” OR “thérapie comportementale dialectique” OR TCD OR “moment present” OR “thérapie acceptation et engagement” OR mindfulness OR “mindfulness-based intervention*” OR “mindfulness-based cognitive therap*” OR “IN-the-moment” OR meditation* OR attention OR awareness OR “acceptance and commitment therapy” OR “dialectical Behaviour therap*” OR DBT)	(“jeune* adulte*” OR “adulte en emergence” OR “young adult” OR youth OR “emerging adult” OR YA)	(experience* OR vision* OR perception* OR attitude* OR opinion* OR croyance*OR interview* OR “focus group” OR qualitative OR belief* OR perspective OR view*)

Des critères d’inclusion et d’exclusion ont été utilisés afin de circonscrire les articles. Pour être inclus, les articles devaient répondre aux critères suivants : concerner les jeunes adultes de 18 à 35 ans (1) et les populations occidentales (2) et être publiés en français ou en anglais (3). Les articles sélectionnés devaient aussi toucher les personnes présentant un TPL ou une problématique de régulation émotionnelle (4). Finalement, ils devaient rendre compte de travaux de recherche utilisant une méthode qualitative (5) et s’intéresser à la perception de l’utilisation de la TCD (6) (voir Tableau 2). Un filtre pour les publications de 2010 à aujourd’hui a été ajouté. Cette fenêtre de temps a été privilégiée considérant l’évolution du programme de la TCD dans la dernière décennie. Les mots-clés ont été utilisés en français et en anglais, toutefois uniquement des études en anglais ont été répertoriées. Quant aux critères d’exclusion, les études dont les participants présentaient un trouble cognitif ou un trouble psychotique ont été exclues de cet essai, en raison des impacts que ces troubles auraient pu avoir sur l’engagement et la compréhension du traitement.

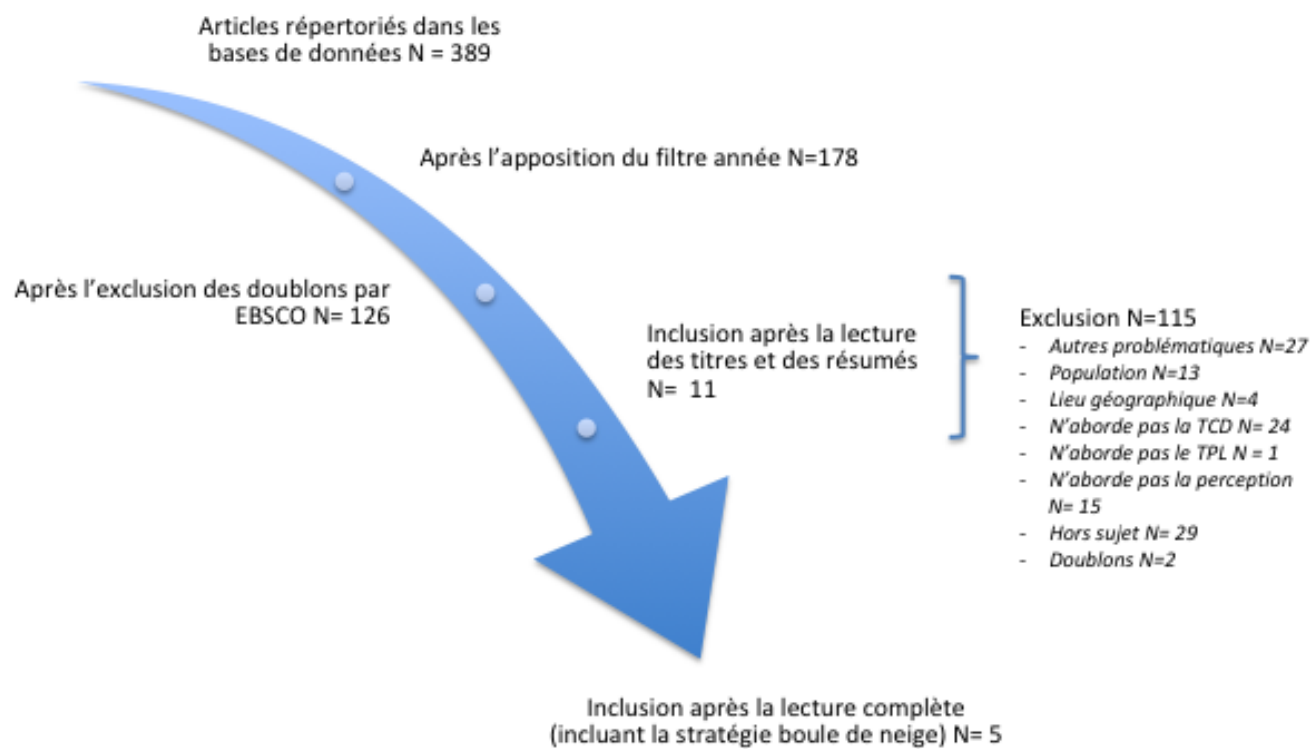
Tableau 2
Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<p>Population Jeunes adultes 18 à 35 ans Hommes et femmes</p>	<p>Population Échantillons qui ciblent uniquement les adolescents Échantillons qui ciblent uniquement les adultes de 35 ans et plus</p>
<p>Régions Occident : Suisse, Norvège, Canada, USA, Australie, Nouvelle-Zélande, Union Européenne (UE)</p>	<p>Régions Afrique, Orient</p>
<p>Années de publication 2010-2021</p>	<p>Années de publication Avant 2010</p>
<p>Langues Français et anglais</p>	<p>Langues Autres</p>
<p>Problématiques Personnes présentant un TPL Personnes présentant une problématique de régulation émotionnelle</p>	<p>Problématiques Troubles cognitifs Troubles psychotiques</p>
<p>Notions abordées Perception de l'utilisation de la TCD Recherche qualitative</p>	

La Figure 1 détaille la sélection des articles utilisés pour la revue de littérature. Au départ, 389 articles ont été répertoriés dans les différentes bases de données de EBSCO. Le filtre année a été apposé et les doublons ont été exclus. Les articles ont d'abord été triés à la suite de la lecture des titres, des résumés et finalement, à la suite de la lecture complète des articles. Deux articles ont été ajoutés avec la stratégie boule de neige. Au total, cinq études ont été incluses dans cette recension des écrits. L'appendice A présente un bilan détaillé de la stratégie de recherche.

Figure 1

Processus de sélection des articles



Résultats

Des cinq études qualitatives incluses dans cette recension des écrits, quatre d'entre elles explorent la perception du processus de participation au programme de la TCD, alors qu'une aborde les impacts de la participation. En plus du TPL, les participants des études retenues présentaient d'autres problématiques de santé mentale, par exemple une dépendance aux drogues et à l'alcool, un trouble de stress post-traumatique ou encore un trouble dépressif. Les études reposaient toutes sur un devis de recherche qualitative, mais utilisaient des types d'analyse différents, soit une analyse thématique, phénoménologique ou une théorisation ancrée. Le Tableau 3 présente certaines caractéristiques méthodologiques des études retenues.

Les objectifs et les principales conclusions des cinq études sont détaillés dans le Tableau 4. Les objectifs des études visaient principalement à explorer la perception de la participation à un groupe d'acquisition de compétences de la TCD. Une seule étude avait pour objectif d'explorer les perspectives de rétablissement auprès d'une clientèle présentant un TPL. Des tableaux résumés ont été faites où les informations ont été colligés, codifiées et regroupées par émergence. À la suite d'un accord inter-juge, trois thèmes principaux se dégagent des résultats: 1) la lumière après le choc, 2) ce qui aide, ce qui nuit et 3) l'espoir d'une vie heureuse. Les deux premiers thèmes font référence au processus de participation à un groupe de la TCD, alors que le dernier réfère aux impacts positifs perçus à la suite du traitement. Le Tableau 5 illustre les thématiques abordées dans chacun des articles. La prochaine section présente les principaux résultats selon les trois thèmes retenus.

Tableau 3*Certaines caractéristiques des études qualitatives*

No.	Source	Taille de l'échantillon	Caractéristiques des participants	Principaux problèmes concomitants	Pays où est réalisé l'étude	Types d'analyse
1	McSherry <i>et al.</i> (2012)	8	Genre F : 6 – H : 2 Age : 32-55	Dépression, trouble bipolaire, toxicomanie	Irlande	Analyse thématique
2	Katsakou <i>et al.</i> (2012)	48	Genre F : 39 – H : 9 Age moyen : 36,5	Personnalité évitante, trouble obsessionnel-compulsif, dépression	Angleterre	Théorie ancrée et analyse thématique
3	Barnicot <i>et al.</i> (2015)	40	Genre F : 34 – H : 6 Age moyen : 33	Dépendance aux drogues, dépendance à l'alcool et trouble du stress post-traumatique	Royaume-Uni	Analyse thématique
4	Chlids-Fegredo et Fellin (2018)	5	Genre F : 4 – H : 1 Age: Non disponible	Dépression, trouble alimentaire, trouble bipolaire	Royaume-Uni	Analyse interprétative phénoménologique
5	Lakeman et Emeleus (2020)	6	Genre : non disponible Age : 17,4 – 25,3	Adversité à l'enfance	Australie	Analyse thématique

Tableau 4*Objectifs et principales conclusions des études*

No.	Source	Objectifs	Conclusions
1	McSherry <i>et al.</i> (2012)	Explorer la perception des utilisateurs d'une adaptation de douze semaines de la TCD.	Les résultats exposaient les impacts positifs de la participation à la TCD; la perception d'une identité renouvelée et des changements dans le quotidien, tel qu'un sentiment d'indépendance.
2	Katsakou <i>et al.</i> (2012)	Évaluer les perspectives de rétablissement des patients ayant un TPL.	Les résultats indiquent que le rétablissement des patients était lié à l'équilibre entre leurs objectifs personnels et ceux du programme de la TCD et au sentiment de réalisation personnelle. Le concept du rétablissement a été abordé et basé sur la perception des participants.
3	Barnicot <i>et al.</i> (2015)	Explorer l'expérience des clients face aux obstacles rencontrés lors de l'acquisition des compétences dans les ateliers de la TCD.	Les obstacles identifiés concernaient la difficulté à comprendre le langage de la TCD et la difficulté à mettre en pratiques les compétences. Les stratégies pour surmonter les obstacles visaient le maintien de l'engagement dans le groupe.

4	Childs-Fegredo et Fellin (2018)	Explorer l'expérience des participants à un groupe de la TCD de douze semaines et mettre en lumière les obstacles et les facilitateurs à leur participation.	Les résultats exposaient l'ampleur des symptômes avant la participation à la TCD et l'ambivalence face au traitement. Quant aux facilitateurs, l'appartenance dans le groupe a été nommée par les participants. Finalement, le concept de l'espoir de vivre une vie meilleure, sans stigmatisation, a été nommé.
5	Lakeman et Emeleus (2020)	Comprendre l'expérience de la participation à un groupe d'acquisition de compétences de la TCD.	Les principaux résultats montraient l'importance de l'engagement et de la motivation dans le traitement. Ils exposaient aussi que les notions apprises dans les groupes d'acquisition sont difficiles à comprendre et peuvent générer de l'anxiété chez les participants.

Tableau 5
Les trois grands thèmes

No.	Source	La lumière après le choc	Ce qui aide, ce qui nuit	L'espoir d'une vie heureuse
1	McSherry <i>et al.</i> (2012)		X	X
2	Katsakou <i>et al.</i> (2012)		X	X
3	Barnicot <i>et al.</i> (2015)		X	X
4	Childs-Fegredo et Fellin (2018)	X	X	X
5	Lakeman et Emeleus (2020)	X	X	X

1. La lumière après le choc

Deux études ont abordé l'état des répondants avant leur participation au groupe de la TCD (Childs-Fegredo et Fellin, 2018 ; Lakeman et Emeleus, 2020). Ces derniers font état du choc qui survient lors de l'annonce d'un diagnostic d'un TPL, la méconnaissance du TPL, la stigmatisation liée au diagnostic et la gravité des symptômes (Childs-Fegredo et Fellin, 2018). Pour ces auteurs, la phase préprogramme fait aussi référence à la noirceur, à l'intensité des symptômes et aux multiples tentatives infructueuses pour essayer d'aller mieux (Childs-Fegredo et Fellin, 2018). Les personnes interrogées soutiennent que leur participation au groupe de la TCD a permis de mettre de la lumière dans leurs tentatives de mieux se connaître.

Pour leur part, avant de débiter le programme, les participants de l'étude de Lakeman et Emeleus (2020) ont eu des rencontres explicatives qui de leur point de vue ont permis de déconstruire les idées préconçues et les jugements qu'ils pouvaient avoir sur le TPL. Childs-Fegredo et Fellin (2018) soulignent aussi l'importance de déstigmatiser le TPL, mais ajoutent que de signifier aux participants que le programme apporte des effets bénéfiques non seulement en regard du TPL, mais également en lien avec d'autres problématiques qu'ils rencontrent potentiellement, favorise leur engagement dans le traitement. Certains soutiennent que les symptômes tels que les tentatives de suicide, l'automutilation, les émotions intenses et l'anxiété étaient davantage présents avant leur participation au groupe de la TCD (Childs-Fegredo et Fellin, 2018).

L'engagement des clients dans le programme de la TCD est un autre élément caractérisant la phase préprogramme. En effet, l'étude de Childs-Fegredo et Fellin (2018) montre que l'engagement est essentiel alors que l'ambivalence face au programme entrave l'issue du traitement. Les répondants rapportent qu'en début de programme, la motivation est davantage extrinsèque, d'où la nécessité de mettre l'emphase sur les effets bénéfiques qu'ils pourront vivre.

2. Ce qui aide, ce qui nuit

Les études rapportent que différents éléments tels l'anxiété vécue par les participants, les difficultés de compréhension et le vocabulaire utilisé dans le programme influencent la participation à un groupe de la TCD (Barnicot *et al.*, 2015 ; Lakeman et Emeleus, 2020). Ces éléments peuvent se classer en deux grandes catégories : les obstacles à la participation (McSherry *et al.*, 2012 ; Barnicot *et al.*, 2015 ; Lakeman et Emeleus, 2020) et les facteurs d'aide thérapeutiques (Katsakou *et al.*, 2012 ; Barnicot *et al.*, 2015 ; Childs-Fegredo et Fellin, 2018).

Les obstacles à la participation ont été documentés dans trois études sur cinq (McSherry *et al.*, 2012 ; Barnicot *et al.*, 2015 ; Lakeman et Emeleus, 2020). Tout d'abord, l'anxiété liée à l'intensité du programme est un obstacle à la participation. Pour certaines études, l'intensité fait référence à la fréquence des rencontres et la durée du programme, s'échelonnant sur une période de 12 mois. L'étude de Barnicot *et al.* (2015) montre que 85% des participants ont quitté le programme en raison de l'anxiété vécue en lien avec l'intensité du programme.

Une grande majorité des participants (85%) de l'étude de Barnicot *et al.* (2015) ont nommé avoir eu de la difficulté à comprendre les concepts, le vocabulaire et les acronymes liés à l'acquisition de compétences. Cette difficulté a aussi été évoquée par les participants de l'étude de Lakeman et Emeleus (2020). En effet, le vocabulaire utilisé était perçu par les personnes comme étant intimidant et ayant ultimement un impact sur leur engagement (McSherry *et al.*, 2012 ; Barnicot *et al.*, 2015 ; Lakeman et Emeleus, 2020). L'intégration des compétences était aussi perçue comme un obstacle à la participation (McSherry *et al.*, 2012 ; Barnicot *et al.*, 2015 ; Lakeman et Emeleus, 2020). Le vocabulaire (acronymes) étant difficile à comprendre, les répondants rapportent qu'il était difficile de saisir comment mettre en pratique les compétences de la TCD. Certains participants ont nommé que la difficulté à mettre en pratique les compétences a amené un sentiment de perte de contrôle et une vision négative des compétences à développer (Barnicot *et al.*, 2015). Par ailleurs, tous les participants de l'étude de Childs-Fegredo et Fellin (2018) ont nommé que les compétences liées à la pleine

conscience étaient les plus difficiles à appliquer. S'intéresser au moment présent, à ce qui se passe à l'intérieur de soi et l'acceptation des symptômes semblaient difficile à intégrer.

Plusieurs facteurs d'aide thérapeutiques pour surmonter les obstacles ont été identifiés. Le sentiment d'appartenance dans le groupe est un élément ayant un impact sur l'engagement de la clientèle qui permet de surpasser l'ambivalence (Childs-Fegredo et Fellin, 2018 ; Lakeman et Emeleus, 2020). Être en mesure de s'identifier à d'autres personnes aide sur le plan thérapeutique, car cela permet aux participants de se sentir moins seuls avec le diagnostic (McSherry et al., 2012). Certains participants nomment que le sentiment d'appartenance a permis de réduire efficacement leur niveau de solitude et de questionnements sur eux-mêmes ayant pour effet de diminuer l'auto-stigmatisation liée au diagnostic du TPL (McSherry et al., 2012). Les encouragements des pairs, des amis, de la famille et des thérapeutes sont des stratégies pour maintenir la participation dans le groupe (Lakeman et Emeleus, 2020).

Le lien que développent les participants avec les thérapeutes est aussi perçu comme une stratégie permettant de surmonter les obstacles. Selon certains participants, l'alliance thérapeutique a eu un impact sur leur maintien dans le groupe au début du programme (Lakeman et Emeleus, 2020). Les compétences des thérapeutes ont permis de donner confiance aux participants dans leur propre capacité et motivation à changer (Childs-Fegredo et Fellin, 2018). Le fait que les participants considèrent les thérapeutes comme des modèles est un élément important de la réussite du programme (Childs-Fegredo et Fellin, 2018). L'approche préconisée par les thérapeutes a permis à certains participants de se sentir comme des adultes capables d'apprendre et de changer et non comme des personnes ayant une problématique de santé mentale (Childs-Fegredo et Fellin, 2018).

Certains participants ont aussi nommé la capacité de se percevoir comme un vecteur de changement. Au moment où ils ont observé des changements tangibles dans leurs relations, leur stabilité et leur gestion émotionnelle, ils sont devenus plus enclins à maintenir leur participation dans le groupe (Lakeman et Emeleus, 2020). L'étude de Katsakou et al. (2012) met l'accent sur le désir de changement des participants. Le désir de mieux se comprendre pour mieux gérer ses pensées, ses actions et pour réussir à donner un sens à ses difficultés est perçu comme un moyen de surmonter les obstacles.

Bien que l'acquisition des compétences pouvaient être difficiles, l'étude de McSherry *et al.* (2012) mentionne que lorsque bien intégrées, les compétences de pleine conscience étaient perçues comme les plus aidantes par les participants, car elles permettaient de s'ancrer dans le moment présent en procurant un sentiment de clarté mentale. Mettre en pratique les

compétences a permis de connaître ce qui fonctionne ou non pour eux (Childs-Fegredo et Fellin, 2018).

3. L'espoir d'une vie heureuse

L'espoir est un concept nommé de différentes façons par plusieurs participants faisant référence aux impacts positifs perçus à la suite du traitement. Certains nommaient l'espoir d'avoir une vie meilleure, notamment en améliorant leurs relations interpersonnelles et en ayant un meilleur contrôle personnel sur leurs émotions (McSherry *et al.*, 2012). D'autres parlaient de vivre une vie pleine de joie et d'espoir, et percevaient que la vie peut être agréable après avoir traversé des moments plus difficiles (Childs-Fegredo et Fellin, 2018). Ils nommaient aussi l'espoir de voir le gris à travers le noir et le blanc (Childs-Fegredo et Fellin, 2018). Pour d'autres, l'espoir faisait référence à une réduction des symptômes du TPL et une diminution du recours à des comportements autodestructeurs (Katsakou *et al.*, 2012). Certains participants nommaient aussi l'espoir d'une vie émotionnelle plus équilibrée entre autres en ayant un meilleur contrôle de ses émotions, de ses humeurs et de ses pensées négatives (Katsakou *et al.*, 2012).

L'intégration des compétences dans un nouveau « style de vie » a aussi été nommé par plusieurs participants comme étant une source d'espoir pour la suite (McSherry *et al.*, 2012 ; Barnicot *et al.*, 2015 ; Childs-Fegredo et Fellin, 2018 ; Lakeman et Emeleus, 2020). Certains participants soutiennent qu'ils sont maintenant imprégnés des compétences qu'ils ont développées, ce qui fait partie de leur mode de vie, consciemment ou inconsciemment (McSherry *et al.*, 2012 ; Childs-Fegredo et Fellin, 2018), cela leur permettant de gérer différemment les défis qu'ils rencontrent au quotidien et ce, de manière spontanée (McSherry *et al.*, 2012). Pour y arriver, les participants ont mis l'accent sur l'importance de s'approprier les compétences pour les rendre instinctives (Barnicot *et al.*, 2015).

L'identité renouvelée est un autre élément qui ressort des études. La participation au programme de la TCD a permis de se défaire du soi défini par le TPL (McSherry *et al.*, 2012). Il a aussi permis de déconstruire les idées préconçues liées au diagnostic du TPL et des construits sociaux de ce qu'est la « normalité » (Childs-Fegredo et Fellin, 2018).

L'étude de Katsakou *et al.* (2012) aborde également la vision du rétablissement du TPL. Les participants rapportent qu'une meilleure gestion des tâches quotidiennes, un maintien en emploi, la diminution des idées suicidaires et de l'automutilation sont des signes de rétablissement (Katsakou *et al.*, 2012). Pour plusieurs participants, le terme « rétablissement » n'était pas approprié pour parler de leur cheminement dans le programme de la TCD. Ils avaient

l'impression que le rétablissement du TPL faisait référence à un rétablissement complet des symptômes, ce qui encourageait l'adhésion à une pensée dichotomique qui caractérise le TPL (Katsakou *et al.*, 2012). Pour eux, il est possible d'être en rétablissement en acceptant et en vivant avec certains symptômes au quotidien.

Discussion

L'objectif de cet essai visait à documenter la perception du processus et des impacts de la thérapie comportementale dialectique du point de vue de jeunes adultes présentant un TPL. Plusieurs recherches antérieures, principalement quantitatives, ont permis de démontrer l'efficacité de la TCD dans le traitement du TPL. Cette littérature montre que l'engagement de la clientèle est difficile et que les taux d'abandon sont élevés (par ex. Gaglia *et al.*, 2013). Reposant sur les résultats d'études qualitatives explorant la perception du processus et des impacts de la TCD, cet essai met en lumière plusieurs éléments tels les obstacles à la participation, les facteurs d'aide thérapeutiques ainsi que l'espoir créée par la participation au programme. La discussion portera principalement sur les défis identifiés dans le cadre de cette recension, spécifiquement en lien avec le maintien de l'engagement de la clientèle dans le groupe. Aux fins de de discussion, ces défis seront mis en lien avec trois concepts importants de la pratique psychoéducative soit : les moyens de mise en interaction, l'intervention auprès des groupes et l'entretien motivationnel.

1. Les moyens de mise en interaction

Les études indiquent que le vocabulaire utilisé lors des rencontres, les nombreux acronymes et la complexité de certaines compétences sont des obstacles à la participation dans le programme (Barnicot *et al.*, 2015 ; Childs-Fegredo et Fellin, 2018; Lakeman et Emeleus, 2020), ayant comme effet d'augmenter l'anxiété dans le groupe et d'affecter la rétention en traitement (Barnicot *et al.*, 2015). A ce propos, la littérature scientifique a mis de l'avant les impacts de la complexité du programme thérapeutique de la TCD (McSherry *et al.*, 2012 ; Barnicot *et al.*, 2015 ; Lakeman et Emeleus, 2020). Ces éléments spécifiques au programme montrent l'importance de faciliter les apprentissages afin que les participants puissent s'appropriier les compétences. La pratique psychoéducative peut jouer un rôle déterminant en regard de ce défi.

Les psychoéducateurs réfèrent aux moyens de mise en interaction pour parler de l'ensemble des techniques d'intervention utilisées par un intervenant afin de mettre le sujet en relation avec la réalité et avec lui-même (Gendreau, 2001). Dans une perspective clinique, cette composante réfère aux moyens ou aux stratégies utilisés pour favoriser l'établissement d'une relation psychoéducative entre les différents acteurs (Gendreau et Boscoville, 2003). Dans le cadre de la TCD, cela fait référence aux participants et aux thérapeutes. Les moyens de mise en

interaction sont essentiels pour favoriser la mise en action du participant dans sa démarche de réadaptation.

Considérant que les résultats montrent que les notions abordées sont difficiles à comprendre pour les personnes qui participent aux rencontres du programme de la TCD, il est d'autant plus important de s'assurer d'utiliser des moyens de mise en interaction basés sur les capacités et les vulnérabilités du participant. Différentes modalités didactiques peuvent être mises de l'avant pour susciter la mise en action (Gendreau, 2003), par exemple : l'imitation, la démonstration ou encore la découverte (Renou, 2005). Les stratégies utilisées par les intervenants doivent avoir une visée éducative. Dans le cadre d'un programme complexe, comme celui de la TCD, il est nécessaire d'adapter et de diversifier les moyens de mise en interaction pour s'ajuster aux participants. Les membres d'un groupe peuvent avoir des stratégies d'apprentissage différentes ce qui nécessite que l'intervenant s'ajuste à leurs besoins. L'utilisation des moyens de mise en interaction peut être vue comme l'art de faire des liens (Gendreau, 2001). Le volet individuel est une modalité intéressante du programme pour s'assurer que les moyens de mise en interaction répondent aux besoins des participants.

Les psychoéducateurs sont des professionnels habilités à intervenir dans un contexte éducatif (Renou, 2005). En effet, il est primordial que les intervenants développent des compétences reliées à l'enseignement afin de rendre accessibles à la clientèle les notions complexes du programme. Dans le cadre de la TCD, plusieurs termes font référence à des notions d'intervention couramment utilisées en psychoéducation (par ex. la régulation émotionnelle), mais méconnues par la clientèle. Il est donc nécessaire que les intervenants soient en mesure de vulgariser des notions complexes en des termes simples et concrets pour la clientèle.

2. L'intervention de groupe

Les résultats de cet essai mettent aussi en évidence l'importance de l'intervention de groupe. Plusieurs participants ont nommé que l'engagement et l'appartenance dans le groupe ont permis de surmonter certains obstacles, notamment l'ambivalence initiale face au groupe (Barnicot *et al.*, 2015 ; Childs-Fegredo et Fellin, 2018 ; Lakeman et Emeleus, 2020). Le groupe peut être un levier de changement (Paquette *et al.*, 2015) et il doit servir de milieu d'évolution pour les participants. Considérant la complexité et l'intensité du programme de la TCD, il est nécessaire que les intervenants créent un environnement offrant des occasions d'apprentissages et de développement afin de maintenir l'engagement des participants dans la thérapie.

D'ailleurs, le vécu partagé est un moyen efficace pour favoriser les occasions d'apprentissage (Gendreau, 2001).

La force du groupe réside dans le regroupement d'individus autour d'un but commun, mais aussi dans l'appartenance et la solidarité qui se créent entre les membres (Paquette *et al.*, 2015). L'animation est au cœur des opérations professionnelles en psychoéducation et les résultats de cet essai montrent l'impact positif du groupe dans l'engagement de la clientèle. Il est nécessaire que les intervenants aient développé des compétences en animation de groupe. Le leadership dont fait preuve l'animateur dans un groupe de thérapie, comme celui de la TCD, est un moteur important de changement. Rappelons-nous que le groupe de thérapie vise la réadaptation et la modification des comportements (Turcotte et Lindsay, 2008).

L'alliance thérapeutique créée avec les intervenants est un élément central de la réussite d'un groupe de thérapie. L'intervenant est perçu comme un promoteur d'aide mutuelle (Turcotte et Lindsay, 2008) et suscite l'engagement des membres en misant sur l'appartenance dans le groupe. Certains participants ont nommé que l'alliance thérapeutique a eu un impact sur leur maintien dans le groupe dès le début du programme (Lakeman et Emeleus, 2020). Le groupe est un excellent milieu pour créer un espace d'aide thérapeutique et d'aide mutuelle entre les participants. En effet, un groupe devient uni lorsque les membres sont conscients des traits communs qui existent entre leurs réalités individuelles respectives (Turcotte et Lindsay, 2008). Pour amorcer les dynamiques d'aide mutuelle dans le groupe, l'intervenant doit amener les membres à prendre conscience des points communs qui les relient les uns aux autres et qui expliquent leur présence dans le groupe (Turcotte et Lindsay, 2008). De plus, le développement des six schèmes relationnels en psychoéducation a un impact majeur sur l'alliance thérapeutique et la création d'un espace d'aide. Un schème relationnel est un instrument pour entrer en relation et l'approfondir (Gendreau, 2001).

3. Favoriser l'espoir par l'entretien motivationnel

Le concept de « l'espoir » a été largement utilisé par les participants dans les différentes études retenues (McSherry *et al.*, 2012 ; Katsakou *et al.*, 2012 ; Barnicot *et al.*, 2015 ; Childs-Fegredo et Fellin, 2018 ; Lakeman et Emeleus, 2020). Les participants souhaitaient avoir une vie meilleure à la fin de leur participation au groupe de la TCD. Ce résultat montre l'impact que peuvent avoir les interventions proposées par les thérapeutes. L'espoir d'une amélioration de leurs conditions de vie était perçu comme un levier de changement et d'engagement dans le groupe (Childs-Fegredo et Fellin, 2018). Cela montre l'importance que les intervenants

suscitent l'espoir à travers leur accompagnement, et à ce chapitre, l'utilisation de l'entretien motivationnel s'avère utile pour susciter l'espoir chez la clientèle (Miller et Rollnick, 2013).

L'entretien motivationnel est décrit par Miller et Rollnick (2013) comme « un style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement » (p.12). Malgré une apparence de simplicité, l'entretien motivationnel s'avère un art à développer puisqu'il exige que les intervenants puissent prendre conscience de leur réflexe « correcteur » et s'engagent dans un style d'intervention différent duquel ils sont généralement habitués (Miller et Rollnick, 2013).

Il y a quatre processus à l'entretien motivationnel : l'engagement dans la relation, la focalisation, l'évocation et la planification. L'établissement d'une « relation fondée sur la confiance mutuelle et une aide respectueuse » est un élément central de l'entretien motivationnel (Miller et Rollnick, 2013). L'évocation est la phase durant laquelle l'intervenant amène la personne à verbaliser ses propres arguments et motivations à changer. Il s'agit de susciter le discours-changement, qui est le cœur de l'approche motivationnelle (Miller et Rollnick, 2013). L'attitude, les compétences et le savoir-être des intervenants sont des éléments primordiaux pour susciter l'espoir et le changement.

Plusieurs stratégies peuvent être utilisées, notamment de noter et valoriser les valeurs, les aptitudes, les talents, les forces, les réalisations et les efforts. Aussi, l'intervenant doit être empathique pour les difficultés comme pour les réussites. Les individus découvrent une identité positive quand ils se comprennent et s'acceptent à un niveau plus profond et qu'ils font appel à leurs forces et leurs compétences. Ils trouvent ainsi une source puissante d'espoir et de motivation à changer (Downey et Johnson, 2015).

À la lumière des éléments de cette discussion, le psychoéducateur possède des compétences pour livrer des informations à travers de bonnes stratégies éducatives, est compétent dans l'animation de groupe en favorisant l'établissement et le maintien de l'alliance et des facteurs d'aide thérapeutique et d'aide mutuelle, et enfin, maîtrise les notions de base de l'entretien motivationnel pour pallier certains défis liés à la participation à un programme TCD. Les connaissances et les compétences des psychoéducateurs pour concevoir et mettre en place des interventions efficaces auprès des clientèles présentant des difficultés d'adaptation pourraient être sollicitées pour susciter l'engagement et l'implication de la clientèle.

4. Forces et limites de l'essai

Plusieurs forces et limites permettent d'évaluer la rigueur de cet essai. La méthode de recherche a été décrite clairement et basée sur des études crédibles démontrant sa fiabilité.

Toutes les études sélectionnées proviennent de journaux ou de revues scientifiques pour lesquels il y a un processus de révision par les pairs. De plus, les résultats sont corroborés par plus d'une étude. Pour la plupart des études, les devis, les objectifs et les méthodes étaient clairement décrits.

Cependant, l'essai est basé sur un petit échantillon (N=5). La tranche de temps des années de publication n'a circonscrit qu'un petit nombre d'études qualitatives. Considérant l'évolution de la TCD, les études antérieures à 2010 n'ont pas été incluses. Bien que plusieurs études quasi-expérimentales ont été réalisées avant cette année, elles ne permettaient pas de comprendre pourquoi les participants abandonnaient le programme de la TCD. C'est pour cette raison que seules les études utilisant un devis qualitatif ont été incluses, car ce type de devis s'attarde à comprendre des contextes particuliers malgré les petits échantillons, tels que les risques d'abandon. De plus, les participants aux différentes études présentaient généralement plus d'un trouble de santé mentale ce qui a pu avoir un impact sur les résultats, notamment sur les capacités d'adaptation face aux enjeux du programme de la TCD. En cohérence avec les enquêtes épidémiologiques, rares sont les personnes qui présentent un seul et unique trouble à la fois. Ainsi, les échantillons semblent représentatifs à petite échelle des personnes qui présentent le TPL. Finalement, il y avait peu de littérature axée exclusivement sur les jeunes adultes de 18 à 35 ans. Dans ce cas, la tranche d'âge a dû être élargie afin d'inclure plus d'études.

5. Retombées

À la lumière de la perception des participants, des défis demeurent afin de maintenir l'engagement de la clientèle dans le programme de la TCD. Afin d'atténuer l'attrition, différents moyens peuvent être mis en place. Les connaissances et les compétences des psychoéducateurs peuvent être privilégiées pour surmonter certains obstacles. Ce sont des professionnels habiletés à pouvoir intervenir auprès d'une clientèle présentant une problématique de santé mentale tel le TPL.

Les participants des différentes études ont nommé le besoin de mieux comprendre le diagnostic du TPL. Il serait pertinent que dès les premières rencontres, une explication et une démystification du TPL soient proposées. Cette intervention permettrait aux participants de mieux comprendre leurs symptômes et les normaliser. Cela aurait aussi comme effet de déconstruire les stigmatisations et les étiquettes liées au diagnostic et de créer un sentiment d'appartenance au sein du groupe.

Les connaissances et les compétences des psychoéducateurs peuvent être privilégiées pour surmonter certains obstacles du programme. En effet, l'utilisation de moyens de mise en interaction adaptés aux besoins et aux capacités des participants est un élément central pour susciter et maintenir l'engagement de la clientèle. Il est pertinent que les intervenants déconstruisent des termes complexes en des termes simples, facilement accessibles pour les participants. L'utilisation d'exemples concrets pour stimuler les apprentissages doit aussi être privilégiée. La mise en pratique des compétences par des jeux de rôles peut aussi être proposée afin de les rendre plus concrètes.

Cet essai met aussi l'accent sur l'importance de miser sur les compétences en animation de groupe des psychoéducateurs. Le leadership de l'intervenant est un élément central du maintien de l'engagement et de l'implication de la clientèle dans le groupe. Il est du ressort de l'intervenant de créer un espace d'ouverture, d'échange et d'aide mutuelle entre les participants, ce qui est primordial pour la réussite d'un programme thérapeutique.

L'utilisation de l'entretien motivationnel pour susciter le changement et l'espoir chez la clientèle est à privilégier. Il est important de préconiser une approche directive, mais aussi empathique et centrée sur la personne pour amener les participants à s'impliquer et à persévérer dans une démarche thérapeutique aussi exigeante. Les psychoéducateurs ont les connaissances de base sur l'entretien motivationnel.

De plus, il pourrait être intéressant que cet essai fasse l'objet d'un article dans la revue de psychoéducation de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec ou encore une conférence dans le cadre de son congrès afin d'y partager les résultats et ainsi promouvoir les compétences des psychoéducateurs dans le traitement du TPL.

Conclusion

La TCD est un programme thérapeutique exigeant pour la clientèle et les études quantitatives ont démontré son efficacité auprès des personnes présentant un TPL. La présente recension des écrits a mis en évidence les études qualitatives portant sur la perception des jeunes adultes présentant un TPL. Bien que ce programme thérapeutique soit démontré comme efficace auprès de cette clientèle, le taux d'abandon est encore élevé. Cet essai a mis en évidence certains éléments du programme qui peuvent nuire ou aider à la participation. Des travaux portant sur l'engagement de la clientèle auraient pu améliorer la compréhension. Cependant, la teneur de cet essai ne permettait pas d'aborder cet aspect. De plus, de futures recherches qualitatives s'intéressant à la TCD pourraient se pencher sur la perception des participants ayant abandonné le programme, ce qui permettrait de connaître plus précisément les raisons derrière ce choix. Malgré le fait qu'on associe généralement les thérapies à la psychologie, cet essai a permis de montrer que les psychoéducateurs sont des professionnels pouvant mettre à contribution leurs compétences dans le programme de la TCD.

Références

- Bateman, A. et Fonagy, P. (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(6), 595-613. <https://doi.org/10.1080/07351690.2013.835170>
- Barnicot, K., Katsakou, C., Marougka, S. et Priebe, S. (2011). Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Acta psychiatrica scandinavica*, 123, 327-338. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01652.x>
- Barnicot, K., Couldrey, L., Sandhu, S. et Priebe, S. (2015). Overcoming barriers to skills training in borderline personality disorder: A qualitative interview study. *Plos ONE*, 10(10): e0140635. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140635>
- Bishop, R. S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. et Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., Niedtfeld, I. et Steil, R. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Psychother Psychosom*, 82(4), 221-233. <https://doi.org/10.1159/000348451>
- Centre for addiction and mental health. (2009). *Le trouble de la personnalité limite- Guide d'information à l'intention des familles*. <https://www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications-french/borderline-guide-fr.pdf>
- Chassagne, J., Bronchain, J., Raynal, P. et Chabrol, H. (2020). L'effet modérateur de la pleine conscience dispositionnelle dans la relation entre symptomatologie dépressive, troubles de la personnalité limite et idéations suicidaires chez le jeune adulte = The moderating effect of dispositional mindfulness in the relationship between depressive symptoms, borderline personality traits and suicidal ideation among young adults. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 46(2), 110-114. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.11.002>
- Childs-Fegredo, J. et Fellin, L. (2018). Everyone should do it': Client experience of a 12-week dialectical behavior therapy group programme – An interpretative phenomenological analysis. *Counselling and psychotherapy research*, 18(3), 319-331. <https://doi.org/10.1002/capr.12178>
- Choi-Kain, L. W., Finch, E. F., Masland, S. R., Jenkins, J. A. et Unruh, B. T. (2017). What works in the treatment of borderline personality disorder. *Current behavioral neuroscience reports*, 4(1), 21-30.
- Crocq, M. A., Guelfi, J. D. et American Psychiatric, A. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (7e éd.). Elsevier Masson.

- Dixon, L. (2019). A systematic review and meta-analysis of dropout rates from dialectical behaviour therapy in randomized controlled trials. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49, 1-16. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1620324>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Gaglia, A., Essletzbichler, J., Barnicot, K., Bhatti, N. et Priebe, S. (2013). Dropping out of dialectical behaviour therapy in the NHS: The role of care coordination. *The Psychiatrist*, 37(8), 267-271. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.112.041252>
- Gendreau, G. et Boscoville 2000. (2003). *Le modèle psychoéducatif: Module 10 disque 1 : Les moyens de mise en interactions (mise en relation)* [DVD]
- Gendreau, G. et collaborateurs. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Béliveau éditeur.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2013). *Les normes de production des revues systématiques*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_Normes_production_revues_systematiques.pdf
- Institut national de Santé Publique du Québec. (2015). *Surveillance des troubles de la personnalité au Québec : Prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1996_surveillance_troubles_personnalite.pdf
- Institut national de Santé Publique du Québec. (2021). *Les revues narratives : Fondements scientifiques pour soutenir l'établissement de repères institutionnels*. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2780_revues_narratives_fondements_scientifiques_0.pdf
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based intervention in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Katsakou, C., Marougka, S., Barnicot, K., Savill, M., White, H., Lockwood, K. et Priebe, S. (2012). Recovery in borderline personality disorder (BPD): A qualitative study of service users' perspectives. *Plos ONE*, 7(5), e36517. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0036517>
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., Bishop, G. K., Butterfield, M. I. et Bastien, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32 (2), 371-390. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80009-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80009-5)
- Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M. M., Schmahl, C. et Plener, P. L (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51(7), 1057-1067. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001355>

- Lakeman, R. et Emeleus, M. (2020). The process of recovery and change in a dialectical behaviour therapy programme for youth. *International journal of mental health nursing*, 29, 1092-1100. <https://doi.org/10.1111.inm.12749>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D. et Heard, H. L. (2017). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. Dans B. A. Gaudiano (dir.), *Mindfulness: Clinical applications of mindfulness and acceptance: Specific interventions for psychiatric, behavioural, and physical health conditions.*, (Vol. III., p. 90-102). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Linehan, M., Prada, P., Nicastro, R. et Perroud, N. (2017). *Manuel d'entraînement aux compétences TCD* (2e éd.). Médecine & Hygiène.
- Little, H., Tickle, A. et Nair, R.D. (2018). Process and impact of dialectical behaviour therapy: A systematic review of perceptions of clients with a diagnosis of borderline personality disorder. *Psychology and psychotherapy: theory, research and practice*, 91, 278-301. <https://doi.org/10.1111/papt.12156>
- McSherry, P., O'Connor, C., Hevey, D. et Gibbons, P. (2012). Service user experience of adapted dialectical behaviour therapy in a community adult mental health setting. *Journal of mental health*, 21(6), 539-547. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.651660>
- Miller, W. R. et Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3e éd.). Guilford Press.
- Ngô, T.-L. (2013). Les thérapies basées sur l'acceptation et la pleine conscience. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 35-63. <https://doi.org/10.7202/1023989ar>
- Nicastro, R., Dieben, K., McQuillan, A. et Huguelet, P. (2007). Chapitre 6 : Thérapie comportementale dialectique : Description du traitement standard et application novatrice dans un programme intensif. Dans R. Labrosse et C. Leclerc (dir.), *Trouble de personnalité limite et réadaptation : points de vue de différents acteurs* (p. 6.01-6.38). Éditions Ressources.
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2017). *Le psychoéducateur en santé mentale adulte : Cadre de référence*. https://www.ordrepse.dqc.ca/~media/pdf/Publication/123_Cadre%20de%20r%C3%A9f%C3%A9rence%20SMA%20V-Finale.ashx?la=fr
- Panos, P. T., Jackson, J. W., Hasan, O. et Panos, A. (2014). Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT). *Research on Social Work Practice*, 24(2), 213-223. <https://doi.org/10.1177/1049731513503047>
- Paquette, G., Plourde, C. et Gagné, K. (2015). *Au cœur de l'intervention de groupe : Nouvelles pratiques psychoéducatives*. Béliveau éditeur.

- Paris, J. (2007). Chapitre 2 : Description du trouble de personnalité limite. Dans R. Labrosse et C. Leclerc (dir.) *Trouble de personnalité limite et réadaptation : points de vue de différents acteurs* (p. 2.01-2.17). Éditions Ressources.
- Renou, M. (2005). *Psychoéducation : une conception une méthode*. Béliveau éditeur.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A. et Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373-386.
- Statistique Canada. (2015). *Section F – Trouble de la personnalité*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-619-m/2012004/sections/sectionf-fra.htm>
- Turcotte, D. et Lindsay, J. (2008). *L'intervention sociale auprès des groupes* (2e éd.). Gaëtan Morin éditeur.
- Van den Bosch, L. M. C., Sinnaeve, R., Hakkaart-van Roijen, L. et Van Furth, E. F. (2014). Efficacy and cost-effectiveness of an experimental short-term inpatient Dialectical Behavior Therapy (DBT) program: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15(1), 152. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-152>
- Wisniewski, L. et Ben-Porath, D. D. (2015). Dialectical behavior therapy and eating disorders: The use of contingency management procedures to manage dialectical dilemmas. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 129-140.
- Young, J. E., Klosko, J. S. (2018). *Je réinvente ma vie : Vous valez mieux que vous ne pensez*. Les éditions de l'homme.

Appendice A

Bilan de la stratégie de recherche

Nombre de documents trouvés via les bases de données	
Avec tous les mots-clés	389
Après avoir mis le filtre année	178
Après l'exclusion des doublons par EBSCO	126
Après la lecture des titres	
Inclusion	36
Exclusion	90
Autres problématiques (par ex. trouble bipolaire, TDAH)	26
Population (par ex. adolescents uniquement)	12
Lieu géographique	4
N'aborde pas la thérapie comportementale dialectique	18
N'aborde pas le trouble de la personnalité limite	1
Hors sujet	27
Doublons	2
Après la lecture des résumés	
Inclusion	11
Exclusion	25
Autres problématiques (par ex. trouble bipolaire, TDAH)	1
Population (par ex. adolescents uniquement)	1
N'aborde pas la perception des participants	15
N'aborde pas la thérapie comportementale dialectique	6
Hors sujet	2
Après la lecture complète des articles	
Inclusion	3
Boule de neige	2
Exclusion	8
Lieu géographique	1
N'aborde pas la perception des participants	5
Hors sujet	2
