

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR  
CAROLINE DESPINS

LA THÉRAPIE COMPORTEMENTALE DIALECTIQUE APPLIQUÉE  
À UN GROUPE DE PERSONNES QUI ONT UN DIAGNOSTIC DE  
TROUBLE DE PERSONNALITÉ ÉTAT-LIMITE

DÉCEMBRE 2005

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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 ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## *Table des matières*

Sommaire .....	vii
Remerciements.....	ix
Introduction.....	1
<b>Partie 1. Contexte théorique.....</b>	<b>5</b>
1. Le trouble de personnalité état-limite : définition et instruments diagnostiques .....	6
2. Le modèle thérapeutique de Linehan : conceptions théoriques .....	8
2.1 La conception dialectique du monde.....	10
2.2 La persuasion dialectique.....	12
2.3 La théorie biosociale du trouble de personnalité état-limite .....	13
2.4 Différences entre la TCD et les modèles standard de thérapie .....	16
<b>Partie 2. Le programme d'entraînement aux compétences .....</b>	<b>19</b>
3. Principes sous-jacents à la structure du programme .....	20
3.1 L'entraînement aux compétences en individuel versus en groupe.....	20
3.2 Groupes ouverts versus groupes fermés.....	23
3.3 Groupes hétérogènes versus homogènes.....	23
3.4 Les animateurs de groupe.....	25
4. Les modules d'apprentissage .....	26
4.1 Thème des modules en relation avec les modèles comportementaux du TPL... ..	26
4.2 Ordonnancement et durée des modules.....	28

5. Présentation et organisation des séances.....	29
5.1 Durée des séances .....	29
5.2 Contenu des séances.....	30
6. Données empiriques sur la TDC .....	32
<b>Partie 3. Le Groupe de thérapie cognitive au CHRDL .....</b>	<b>37</b>
7. Objectifs du groupe de thérapie cognitive .....	38
8. Structure du groupe.....	39
8.1 Les membres de l'équipe .....	39
8.2 Sélection des participants et composition du groupe .....	41
8.3 Articulation du groupe avec les ressources hospitalières internes et externes... ..	42
9. Présentation et organisation des séances .....	44
9.1 Durée et ordonnancement des modules.....	44
9.2 Durée et contenu des séances.....	44
10. Hypothèses générales et attentes du milieu.....	45
<b>Partie 4 : Déroulement de la recherche.....</b>	<b>46</b>
11. Contexte et pertinence de l'étude .....	47
12. Objectifs de l'étude .....	48
13. Procédures .....	48
13.1 Identification des participants .....	48
13.2 Instruments de mesure et de collecte des données .....	49
13.3 Hypothèses de recherche.....	55
13.4 Choix des analyses statistiques .....	56

<b>Partie 5 : Présentation des résultats</b> .....	57
14. Différences entre le programme du CHRDL et le modèle original .....	58
15. Résultats statistiques .....	60
16. Synthèse des réponses au questionnaire de satisfaction.....	65
<b>Partie 6 : Discussion</b> .....	69
17. Retour sur les divergences entre le groupe et le modèle original de TCD.....	70
18. Discussion des résultats statistiques.....	72
18.1 Résultats pré et post test au questionnaire DIB-R.....	72
18.2 Résultats reliés aux hospitalisations.....	77
18.3 Résultats reliés aux visites à l'urgence .....	78
19. Estimation des retombées de cette recherche pour l'institution.....	79
20. Limites de la recherche .....	80
<b>Conclusion</b> .....	82
<b>Références bibliographiques</b> .....	87

## Liste des tableaux

Tableau 1. Moyenne et écart-type <i>au questionnaire DIB-R</i> <i>aux pré et post test</i> .....	60
Tableau 2. Nombre moyen de jours d'hospitalisation et écart-type pour chaque période annuelle, dans les groupes A et C.....	62
Tableau 3. Moyenne des visites à l'urgence et écart-type par année, pour les groupes A et C.....	64

*Liste des figures*

Figure 1.	Scores pondérés moyens pré-test et post-test pour chaque groupe .....	61
Figure 2.	Temps moyen d'hospitalisation (jours/ année) pour les groupes A et C.....	63
Figure 3.	Fréquence des visites à l'urgence pour les groupes A et C.....	64

## *Sommaire*

Cette recherche porte sur le modèle de la Thérapie comportementale dialectique développé par Linehan (1993, 2000), tel qu'il fut appliqué dans un groupe de personnes souffrant d'un trouble de personnalité état-limite. Ce modèle est l'un des rares programmes conçus pour traiter le trouble état-limite et il est celui auquel on réfère le plus souvent dans les institutions et les cliniques de santé mentale.

Le modèle est présenté de même que ses modalités d'application. La recherche porte sur une intervention thérapeutique d'une durée de deux ans. Les sujets ont reçu le diagnostic de trouble de personnalité état-limite d'un psychiatre avec corroboration du *Diagnostic Interview for borderline* (DIB-R; Meunier et coll., 1989). Des analyses de variance ont mesuré l'évolution des symptômes chez les participants et chez un groupe contrôle. De même, la fréquence des visites à l'Urgence, la fréquence et la durée des hospitalisations ont été analysées.

Tel qu'attendu, les symptômes ont diminué significativement chez les participants au programme. Cependant, de la même façon, les symptômes ont diminué significativement chez les sujets du groupe contrôle qui n'avaient pas suivi le traitement. Une analyse plus poussée révéla que certains de ces sujets avaient eu recours à une



psychothérapie individuelle ou à un traitement médicamenteux qui les avait aidés dans le contrôle de leurs symptômes. Par ailleurs, la fréquence des visites à l'Urgence de même que le nombre et la durée des hospitalisations ont diminué uniquement chez les participants au programme. La recherche identifie certaines lacunes du programme, mentionnées aussi par les participants. Ces lacunes se produisent quand le programme s'éloigne du modèle original.

Cette recherche démontre que le modèle de la Thérapie comportementale dialectique de Linehan semble efficace pour faire diminuer l'intensité des symptômes, de même que la fréquence des visites à l'urgence et des hospitalisations chez les participants. D'autre part, elle démontre également que ce programme n'est pas le seul moyen d'intervenir auprès de ces clients et que d'autres facteurs peuvent contribuer à améliorer leur condition.

### *Remerciements*

La réalisation de cet essai n'aurait sans doute pas été aussi agréable et enrichissante sans la contribution des diverses personnes qui s'y sont impliquées de près ou de loin. À cet effet, j'aimerais d'abord remercier tous les participants qui ont bien voulu accorder du temps à ce projet et qui ont permis de le réaliser. Un remerciement particulier va à l'endroit de M. André Pellerin, Ph.D., professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières, qui a assuré la direction de ce projet et à su se montrer toujours disponible et supportant tout au long de sa réalisation. Je remercie également l'équipe d'intervenants de la clinique externe de psychiatrie du CHRDL, pour leur accueil, leur gentillesse et leur encadrement dans le milieu. Parmi ceux-ci, une attention spéciale est portée à Mme Lise Gravel pour sa patience, son support et son humour. Je la remercie d'avoir partagé aussi généreusement son expérience et sa passion pour la psychologie. Je tiens à remercier Mme Audrey Brassard de même que M. Mathieu Leblanc qui m'ont amicalement offert une partie de leur temps et le partage de leur expertise. Je remercie le Dr. Michel Asselin de même que le Dr. Jean Meunier pour leur intérêt envers le projet et pour les réponses fournies en cours de route. Finalement, je tiens à remercier mes proches et amis pour leur encouragement et particulièrement Marco, pour sa présence, son soutien et sa compréhension qui ont facilité la réalisation de ce projet.

## *Introduction*

En février 2002, un groupe d'intervenants de la clinique externe de psychiatrie adulte du Centre hospitalier régional de Lanaudière (CHRDL, secteur Joliette-Autray), mettait sur pied un groupe de thérapie cognitive adressé au trouble de personnalité état-limite (TPL). Ce programme était basé sur le modèle thérapeutique développé par Linehan (1993) : La Thérapie comportementale dialectique (TCD). Il s'agit d'une psychothérapie cognitivo comportementale développée précisément pour les personnes présentant des comportements suicidaires et un diagnostic de trouble de personnalité état-limite.

Dans la réalisation de ce projet, les intervenants du CHRDL se sont inspirés d'un programme de thérapie similaire actif depuis 1997 à la clinique externe de psychiatrie de Rawdon. En 1997, le modèle de Linehan était déjà reconnu comme l'un des plus efficaces dans le traitement des clients état-limite et l'un des rares à avoir fait l'objet de recherches empiriques.

Les informations relatives au déroulement du programme, tout comme les objectifs visés par ce dernier, seront décrits dans une prochaine section. Soulignons toutefois que la mise en place de ce groupe visait principalement à permettre aux participants de développer des habiletés de manière à combler les failles inhérentes au TPL. Le

programme de thérapie avait également pour objectif de rendre ces clients moins dépendants des services et diminuer la fréquence de leurs visites à l'urgence ainsi que le nombre et la durée de leurs hospitalisations.

Dans le cadre de cette première expérimentation de la TCD au CHRDL, le groupe s'est échelonné de février 2002 à février 2004. Cette période permettait de couvrir une première fois chacun des quatre modules d'apprentissage prévus par le programme. Puisqu'il était possible d'être admis au groupe en cours de route, il était prévu de recommencer la présentation des modules à la fin de ces deux années. De cette manière, on voulait s'assurer que chacun des participants puisse couvrir l'ensemble des quatre modules. Cependant, le programme cessa dès la fin de ce premier cycle de deux ans faute de disponibilité de la part des principaux intervenants. Par conséquent, certaines personnes n'ayant participé qu'à un ou deux modules d'apprentissage, n'ont pu compléter l'ensemble du programme.

L'arrêt de ce groupe de thérapie laisse place à un certain nombre de questionnements dans le milieu. Par exemple, on peut se demander si le programme s'est avéré aidant pour les gens. Quel est le niveau de satisfaction des participants? Les objectifs visés au départ ont-ils été atteints? Au cours de cette étude, nous espérons être en mesure d'éclairer certains de ces questionnements.

L'idée d'effectuer cette recherche a pris forme dans le cadre d'un internat en psychologie effectué à la clinique externe de psychiatrie adulte du CHRDL. Au moment de commencer cet internat en février 2004, le premier cycle du programme de thérapie cognitive venait tout juste de prendre fin. Par le biais de discussions auprès de certains intervenants du groupe, il a semblé intéressant de réaliser un bilan rétrospectif de ces deux années de thérapie. Notons que dès la mise en place du programme en février 2002, l'intérêt d'effectuer une mesure post-test du questionnaire DIB-R (décrit plus loin) avait déjà été soulevé. En ayant accès aux pré-tests déjà complétés, cette idée paraissait tout à fait réalisable et intéressante.

Une description détaillée de la méthode effectuée sera présentée dans une section ultérieure. Avant cela, la première section de ce travail consistera à définir brièvement les principaux concepts théoriques à la base de cette étude. Cela sera suivi par la présentation du modèle de traitement développé par Linehan. Une troisième section portera sur l'application et le déroulement de ce programme au CHRDL. La partie suivante consistera à définir les objectifs de l'étude, les hypothèses de recherche et la procédure utilisée. Suite à cela, les résultats qui en ressortent seront décrits. Enfin, ce travail se terminera par une discussion et la formulation de certaines hypothèses, recommandations ou pistes de questionnements.

*Partie 1 : Contexte théorique*

Cette première section consiste à aborder brièvement l'historique et la définition du concept de personnalité état-limite, ainsi que les critères diagnostiques sur lesquels il repose. Par la suite, il s'agira d'effectuer un survol des principaux concepts théoriques sous-jacents au modèle thérapeutique de Linehan, lequel est au centre de cette recherche.

1. *Le trouble de personnalité état-limite : définition et instruments diagnostiques*

Le concept de personnalité état-limite a connu une évolution importante au fil des années. Stern (1938) l'utilisa pour la première fois pour décrire un groupe de patients pour qui la psychanalyse classique semblait inefficace et qui ne pouvait être classé dans les catégories standard de la psychiatrie. Plusieurs théoriciens ont par la suite utilisé ce terme pour situer les patients se trouvant à la frontière entre la névrose et la psychose, entre la schizophrénie et la non-schizophrénie et entre la normalité et la pathologie. Au fil du temps, ce concept s'est précisé de manière à décrire l'organisation d'une structure de personnalité particulière (Linehan, 2000).

Même si les caractéristiques spécifiques de l'état-limite ont été reconnues bien avant, ce n'est qu'en 1980 que ce concept obtient une nomenclature officielle et qu'il est inclus pour la première fois dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM), publié par l'Association Psychiatrique Américaine. Dans le DSM-IV,



la plus récente version, le trouble de personnalité état-limite est défini comme un : « mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- 1) Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés. NB : ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5.
- 2) Mode de relation interpersonnelle instable et intense, caractérisé par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.
- 3) Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi (ex. : sentiment de ne pas exister, de représenter quelque chose de mauvais).
- 4) Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (ex. : dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie). NB : ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5.
- 5) Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations.
- 6) Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (ex : dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).
- 7) Sentiments chroniques de vide.

8) Colères intenses et inadéquates ou difficulté à contrôler sa colère (ex. : fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées).

9) Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères (American Psychiatric Association, 1996).

## 2. *Le modèle thérapeutique de Linehan : conceptions théoriques*

La plupart des informations relatives à la présente section sont tirées du volume *Traitement cognitivo comportemental du trouble de la personnalité état-limite* et du *Manuel d'entraînement aux compétences pour traiter le trouble de personnalité état-limite* (Linehan, 1993), édition française (2000).

Marsha M. Linehan enseigne la psychologie à l'Université de Washington. Elle dirige également un programme de recherche gouvernemental sur l'évaluation des traitements appliqués aux conduites suicidaires (Suicidal Behaviors Research Clinic). La majeure partie de son travail, autant en clinique qu'en recherche, s'est effectué auprès d'individus parasuicidaires chroniques présentant également les critères diagnostiques du TPL. Lorsqu'elle utilise le terme parasuicidaire, Linehan réfère à l'adoption de gestes pouvant provoquer une atteinte corporelle ou un risque mortel, mais dont l'intention de départ n'est pas clairement de se donner la mort. Cela comprend par exemple les gestes d'automutilation et l'ingestion médicamenteuse.

La Thérapie comportementale dialectique (TCD) qu'elle a développée est l'un des rares programmes de traitement qui s'adresse au trouble de personnalité état-limite ayant fait l'objet de recherches empiriques. Par ailleurs, les manuels de traitement cognitivo comportemental spécifique à ce trouble demeurent à ce jour très peu nombreux et celui de Linehan ressort parmi ceux qui ont suscité le plus de recherches et de publications (Bouchard, 2003).

Le programme de Linehan a été élaboré pendant plusieurs années et soumis à diverses révisions et réorganisations au fil du temps. Depuis 1979, Linehan a publié un grand nombre d'ouvrages en lien avec son modèle. En 1991 et 1994, elle publiait également les résultats de ses études empiriques démontrant l'efficacité de la TCD. La présente recherche est basée sur la plus récente version de son programme, datant de 1993 et traduite en français en 2000.

Ce programme comprend un volet d'entraînement aux compétences psychosociales et ne constitue qu'une partie du traitement. À cet effet, Linehan souligne que la formule de traitement la plus efficace auprès des personnes TPL est celle qui combine la psychothérapie individuelle d'orientation TCD et le groupe d'entraînement aux compétences, de type TCD également.

Ce modèle s'inspire de différentes orientations thérapeutiques et philosophiques (cognitivo comportementale, systémique, psychanalytique, bouddhiste zen), mais repose

principalement sur une conception dialectique et biosociale du trouble de personnalité état-limite. En ce qui concerne le terme dialectique, Linehan lui confère deux significations dans le contexte de la thérapie comportementale : la première concerne la nature fondamentale de la réalité, soit la conception dialectique du monde, et la seconde, le dialogue persuasif et la relation.

### *2.1 La conception dialectique du monde*

Pour Linehan, percevoir la réalité et le comportement humain de manière dialectique implique trois caractéristiques importantes dans la compréhension du TPL. La première concerne l'attention portée sur les interrelations qui existent dans un système. La deuxième consiste à percevoir la réalité comme étant la résultante de forces antagonistes et des tensions sous-jacentes. La troisième consiste à concevoir la réalité comme un processus en perpétuel changement. Ces trois caractéristiques sont maintenant reprises en détail.

La première caractéristique concerne l'attention portée sur les interrelations qui existent dans un système : « dans l'approche dialectique, l'analyse des parties spécifiques d'un système est considérée comme incomplète, tant qu'elles ne sont pas mises en lien avec le tout qui les englobe » (Linehan, 2000, (1) p.4). Dans un cadre thérapeutique, cela implique par exemple de s'attarder non seulement aux comportements observés, mais également aux facteurs environnementaux et contextuels

qui leur sont associés. On accordera une attention particulière aux interrelations qui existent entre ces facteurs et entre les comportements eux-mêmes.

La deuxième caractéristique consiste à percevoir la réalité comme étant la résultante de forces antagonistes et des tensions sous-jacentes plutôt que comme quelque chose de statique. Cela se base sur un principe dialectique fondamental selon lequel toute proposition contiendrait en elle-même son opposé. Dans cette perspective, le mode de pensée dichotomique des TPL, tout comme leurs comportements et leurs émotions, est perçu comme une erreur dialectique en ce sens que la personne oscille entre des positions extrêmes, n'arrivant pas à en faire une synthèse.

Linehan décrit trois polarités en particulier qui peuvent constituer des sources de tension importantes et nuire considérablement aux progrès des clients. Ces polarités concernent la dialectique entre : 1) le besoin de changer et celui de s'accepter soi-même qui est, selon l'auteur, la source de tension la plus importante dans toute démarche thérapeutique; 2) le besoin d'obtenir ce que l'on désire et la crainte de le perdre en devenant plus compétent (exemple : s'abstenir de démontrer des progrès, de peur d'être exclus du groupe de thérapie); et 3) la validation de ses points de vue et difficultés, et le fait d'aller mieux en apprenant simultanément de nouvelles compétences.

Selon Linehan, la diminution de la souffrance suite aux apprentissages démontre que le problème provenait d'une incapacité réelle de la personne à s'aider elle-même.

Toutefois, elle souligne que ces changements risquent aussi de valider les croyances de l'entourage, selon lesquelles les difficultés constituaient des tentatives de manipulation. En ce sens, la « guérison » peut constituer encore ici une source de tension pour le client.

La troisième caractéristique de la dialectique consiste à concevoir la réalité comme un processus en perpétuel changement. Ainsi, la personne et son environnement sont vus comme étant en transformation continue. Dans ce cadre d'idée, la thérapie vise à favoriser chez le client, le développement de stratégies pour mieux s'adapter aux changements plutôt que de tenter de le maintenir dans un environnement fixe et constant. Linehan souligne ici l'importance pour le thérapeute de rester à l'affût de la manière dont ces changements surviennent, autant chez les clients que dans leur propre expérience et dans le traitement lui-même.

## *2.2 La persuasion dialectique*

En ce qui concerne le dialogue et la relation, le concept de dialectique se traduit par le recours à la persuasion et par l'utilisation des oppositions inhérentes à la relation thérapeutique. Par le biais d'une approche personnalisée et en considérant la personne dans son ensemble, le thérapeute tente d'engager celle-ci dans un dialogue, de manière à ce qu'un mouvement puisse avoir lieu. À travers ce processus, il utilise également l'opposition thérapeutique des positions contradictoires, favorisant progressivement la diminution du mode de pensée dichotomique. La personne est plutôt initiée à la pensée dialectique selon laquelle la vérité n'est ni absolue, ni relative, mais plutôt en constante

évolution. En ce sens, la réalité ne peut être acceptée comme un fait définitif et indiscutable comme cela se produit dans le clivage, par exemple.

### *2.3 La théorie biosociale du trouble de personnalité état-limite*

La théorie biosociale souligne l'importance de l'interaction réciproque entre les facteurs biologiques et l'apprentissage social, dans l'étiologie du TPL. Dans cette perspective, le centre du problème concernant le TPL est le dérèglement émotionnel. Selon Linehan, celui-ci résulterait d'une prédisposition biologique, d'un contexte environnemental invalidant et de l'interaction entre ces deux sphères au cours du développement.

Bien que le rôle des facteurs biologiques ne semble pas clairement explicable à ce jour, les auteurs parlent de la possibilité d'un dérèglement dans une partie du système de régulation des émotions. Plus précisément, des difficultés de réactivité du système limbique et du contrôle des émotions pourraient jouer un rôle important. Linehan suggère que les prédispositions biologiques contribueraient à la vulnérabilité émotionnelle souvent caractéristique des TPL. Cette vulnérabilité se manifeste par : 1) une hypersensibilité aux stimuli émotionnels, 2) des réactions très intenses face à ceux-ci et 3) un retour très lent à l'état émotionnel de base.

Le dérèglement émotionnel serait donc associé à cette vulnérabilité ainsi qu'à l'adoption de stratégies inadéquates et inadaptées pour moduler les émotions. Le

manque de modulation émotionnelle se manifeste quant à lui par une difficulté ou une incapacité à : 1) inhiber les comportements inappropriés qui sont associés aux émotions négatives ou positives intenses; 2) s'organiser de manière à coordonner ses actions en fonction d'un objectif extérieur (ex. : agir en ne tenant pas compte de son humeur); 3) apaiser soi-même les réactions physiologiques suscitées par l'émotion forte; et 4) recentrer son attention lorsque l'on est confronté à de fortes émotions.

Outre le rôle des facteurs biologiques, Linehan accorde une importance cruciale à celui de l'environnement invalidant dans l'étiologie du TPL. Selon elle, la principale caractéristique de ce type d'environnement est la manière inconstante et inappropriée avec laquelle il répond à l'expérience personnelle de l'enfant. Dans ce contexte, on aura souvent tendance à réagir aux croyances, aux pensées et aux sentiments de l'enfant d'une manière extrémiste en réagissant tantôt de façon exagérée et tantôt de manière insensible ou indifférente.

Dans ce type de famille, on se montrera généralement peu à l'écoute des besoins et émotions exprimés par l'enfant. Cela peut se traduire dans des exemples comme suit : traiter l'enfant de bébé lorsqu'il pleure plutôt que de le consoler et de lui demander ce qui ne va pas; se montrer indifférent ou encore intolérant lorsque l'enfant exprime de la frustration ou de la colère plutôt que de se montrer à l'écoute de celle-ci; ou ignorer son point de vue et ses préférences plutôt que de les prendre en considération.



Dans un environnement invalidant, le contrôle et l'inhibition des émotions négatives sont aussi fortement valorisés. La souffrance émotionnelle est souvent banalisée et associée à un manque de motivation ou à un refus d'adopter une attitude plus positive. Les émotions fortement chargées positivement peuvent quant à elles être associées à un manque de jugement ou à de l'impulsivité. Parallèlement à cela, l'environnement invalidant tend à restreindre le droit de l'enfant à formuler des demandes et à exprimer ses besoins. On tentera par exemple de contrôler ses comportements en ayant recours à des punitions pouvant aller de la réprimande jusqu'à l'abus physique.

Selon Linehan, les conséquences d'évoluer dans un tel milieu peuvent s'illustrer de la manière suivante : 1) en invalidant l'expression émotionnelle, l'environnement n'enseigne pas à l'enfant à étiqueter et à nommer ses émotions adéquatement. Celui-ci n'apprend pas non plus à moduler et à contrôler ses réactions émotionnelles; 2) en simplifiant trop la résolution des problèmes, le milieu ne permet pas d'apprendre à tolérer la détresse, ni à se fixer des objectifs et des attentes réalistes; 3) en punissant l'expression des émotions négatives et en renforçant de manière inconstante les réactions émotives extrêmes, on transmet à l'enfant un modèle d'expression irrégulier et inadéquat, oscillant entre des réactions d'inhibition émotionnelle et de désinhibition totale; 4) en n'apprenant pas à se fier à ses émotions et à ses cognitions pour interpréter correctement ses expériences, l'enfant en vient à invalider ce qu'il ressent et à rechercher dans son environnement les bonnes manières d'agir et de ressentir.

Comme il est possible de le constater, le fait d'évoluer dans un environnement invalidant peut s'avérer très dommageable pour l'enfant. Linehan précise que cela est d'autant plus vrai pour celui qui présente déjà une vulnérabilité au plan émotif. Selon elle, cela constitue la « combinaison idéale » pour le développement et l'apprentissage des comportements problématiques qui caractérisent le TPL plutôt qu'un autre trouble de la personnalité (Linehan, 2000).

#### *2.4 Différences entre la TCD et les modèles standard de psychothérapie*

En quelques mots, la thérapie comportementale dialectique de Linehan consiste en un large éventail de stratégies cognitives et comportementales appliqué aux diverses problématiques du TPL dont les comportements suicidaires. Bien que similaire en plusieurs points aux thérapies cognitivo comportementales classiques, la TCD présente quatre caractéristiques distinctes qui s'appuient sur les principes théoriques décrits précédemment :

Tout d'abord, elle accorde davantage d'importance à l'acceptation du comportement et de la réalité tels qu'ils apparaissent dans le présent. Plutôt que de viser principalement la production de changements comportementaux, la TCD souligne l'importance d'établir un équilibre entre le changement et l'acceptation. Elle met l'accent sur la nécessité d'apprendre aux patients (es) à s'accepter eux (elles)-mêmes ainsi que le monde tel qu'il est sur le moment. Cette recherche d'équilibre visée par Linehan découle de son expérience de la spiritualité orientale et de la méditation Zen

desquels sont dérivés les principes d'observation, de prise de conscience et d'évitement du jugement sous-jacents à TCD.

Une deuxième caractéristique distinctive concerne l'importance accordée aux comportements et aux résistances qui tendent à interférer avec le processus thérapeutique. Selon l'auteure, la plupart des traitements comportementaux semblent peu s'y attarder alors que la TCD y porte une attention particulière. Linehan considère que l'accent porté par la TCD sur les comportements interférant avec le traitement est très proche du travail accordé aux comportements transférentiels dans l'approche psychodynamique.

En troisième lieu, Linehan accorde, dans l'application de la TCD, une importance capitale à la relation thérapeutique qu'elle considère comme l'élément central du traitement. Selon elle, celle-ci constitue parfois la seule motivation permettant aux individus suicidaires de demeurer en vie. Ne niant pas l'attention portée par les thérapeutes comportementaux sur la relation thérapeutique, l'auteure considère tout de même que très peu avant elle ont écrit sur la manière d'accéder à une relation collaborative.

Enfin, la TCD se différencie des approches cognitivo comportementales classiques par l'attention particulière qu'elle accorde aux processus dialectiques. Bien que l'on puisse s'y référer dans les autres approches, par exemple celles qui donnent la primauté

aux processus par rapport à la structure, la TCD insiste plus encore sur l'application des dialectiques que ne le font la plupart des autres thérapies. En tout temps dans la TCD, toutes les stratégies thérapeutiques sont fortement imprégnées de cette tonalité dialectique.

*Partie 2 : Le Programme d'entraînement aux compétences*

Cette section porte sur le programme d'entraînement aux compétences tel qu'il se présente dans le cadre de la Thérapie comportementale dialectique. Les principes sous-jacents à la structure et à l'organisation du programme seront abordés dans un premier temps. Par la suite, chacun des modules d'apprentissage de même que la planification et le contenu des séances seront vus plus en détail. Enfin, les études empiriques effectuées par Linehan et son équipe en vue de démontrer l'efficacité de la TCD seront également présentées.

### *3. Principes sous-jacents à la structure du programme*

#### *3.1 L'entraînement aux compétences en individuel versus en groupe*

L'entraînement aux compétences psychosociales tel que proposé dans la TCD, semble beaucoup plus facilement applicable dans une démarche de groupe qu'en suivi individuel. Linehan souligne d'abord qu'en groupe, l'ordre du jour est établi en fonction des compétences à apprendre alors qu'en individuel, il dépend généralement des problèmes actuels du client. Les efforts du thérapeute pour s'en tenir aux objectifs de départ sont souvent contrecarrés par les débordements des clients, affectant par le fait même le processus d'apprentissage.

Alors qu'en individuel il est facile pour le thérapeute et le client de pouvoir passer à autre chose s'ils le désirent, cela n'est pas le cas en ce qui concerne la thérapie de groupe. Dans une telle démarche, les autres clients ou du moins les obligations envers ceux-ci contribuent à maintenir le thérapeute dans sa ligne d'action. Si une personne n'est pas d'humeur à aborder le thème présenté, cela ne signifie pas qu'il en est de même pour les autres. Par conséquent, le thérapeute se doit de respecter le cadre des objectifs.

Linehan souligne d'autres avantages à l'entraînement aux compétences en groupe : cela permet d'observer et de travailler sur les comportements interpersonnels qui se manifestent dans les relations entre les participants; les interactions entre des gens qui se ressemblent et la validation qui en résulte peuvent constituer un levier thérapeutique important; le fait d'être en groupe tend à diminuer l'intensité des relations entre les participants et les thérapeutes, contribuant à éviter certains problèmes caractéristiques au TPL comme le contre-transfert ou le clivage; enfin, le groupe d'entraînement aux compétences peut constituer un terrain d'apprentissage sans danger pour développer un fonctionnement adéquat en groupe.

Bien qu'elle préconise la démarche de groupe pour l'entraînement aux compétences psychosociales, Linehan rappelle bien que cela n'est qu'une partie de la TCD et ne constitue pas l'ensemble du traitement. Elle précise que la méthode la plus efficace pour l'apprentissage de ces compétences est celle qui combine le groupe avec la thérapie individuelle d'orientation TCD également : « l'entraînement aux compétences

cherche à gaver la personne avec des compétences adaptées et la thérapie individuelle, à les lui faire digérer » (Linehan, 2000, (2) 14). Dans ce cadre, le rôle principal du thérapeute individuel est d'aider le client à appliquer ces compétences dans la vie de tous les jours de manière à trouver des solutions efficaces à ses problèmes.

Dans l'application standard de la TCD, les difficultés particulières vécues en cours de route, tout comme la gestion de la détresse et des crises, sont habituellement confiées au thérapeute individuel. Les comportements interférant avec la thérapie, y compris les problèmes relatifs au groupe, sont également laissés à sa charge. Si et seulement si ce dernier n'est pas en mesure de répondre à la demande, c'est alors l'animateur de groupe qui le fera à sa place. Dans le souci de répondre adéquatement aux besoins des clients, Linehan souligne l'importance pour le thérapeute individuel de connaître les compétences en question et de les maîtriser suffisamment pour être en mesure de réagir rapidement si nécessaire.

En vue de favoriser le bon déroulement et l'efficacité de la TCD, Linehan met l'accent sur l'aspect de la supervision/consultation qui nécessite selon elle des rencontres régulières entre les thérapeutes individuels et de groupe. Ces réunions visent entre autres à échanger sur les problèmes particuliers rencontrés par les clients, à entretenir un langage commun quant à la mise en pratique des compétences comportementales de manière à éviter la confusion chez les clients et, au besoin, à enseigner aux thérapeutes individuels les stratégies dont il est question dans le traitement.



### *3.2 Groupes ouverts versus groupes fermés*

Du point de vue de Linehan, les groupes ouverts où sont admis de nouveaux participants en cours de route sont mieux adaptés à l'apprentissage des compétences que les groupes fermés. Selon elle, cela est particulièrement vrai pour les personnes avec un TPL qui ont généralement de la difficulté à faire confiance aux autres et à composer avec les changements. Le fait de se retrouver dans un groupe ouvert leur permettrait une exposition thérapeutique au changement dans un contexte où il est possible de les aider à s'y adapter efficacement. Outre cela, Linehan souligne que les participants du groupe fermé se sentent souvent de plus en plus à l'aise les uns avec les autres au fil des rencontres, et il devient alors plus facile pour eux de se détourner des objectifs de départ et de perdre leur discipline face aux compétences à apprendre.

### *3.3 Groupes hétérogènes versus homogènes*

Dans la clinique de Linehan, l'homogénéité entre les participants aux groupes de compétences concerne principalement leur diagnostic : tous répondent aux critères du TPL et ont récemment commis des actes parasuicidaires, c'est-à-dire des gestes d'automutilation intentionnels sans intention de mourir. Outre cela, les caractéristiques personnelles des participants comme l'âge, le sexe, le statut socio-économique, marital et parental, sont assez variables dans le groupe.

Dans son volume, l'auteure aborde les arguments qui peuvent être soulevés en défaveur et en faveur de l'homogénéité des groupes composés de clients avec TPL. En

ce qui concerne les inconvénients associés à un tel groupe, on retrouve, entre autres, les enjeux reliés à l'extrême réactivité émotionnelle de ces clients. Par exemple, on souligne leur tendance à s'impliquer émotionnellement dans les difficultés et les tragédies des autres, ce qui peut s'avérer particulièrement éprouvant pour des gens qui ont déjà de la difficulté à moduler leurs propres émotions.

Un autre argument soulevé est que dans les groupes composés uniquement de clients TPL, on aurait peu de chances de retrouver des personnes pouvant servir de modèle pour l'adoption de comportements adaptés. Pire encore, on y retrouverait une multitude de modèles de comportements inadéquats. Bien qu'elle souligne cet argument, Linehan précise toutefois ne pas avoir constaté cela dans ses groupes et se dit plutôt surprise de la capacité de ses clients à s'aider entre eux dans la gestion des situations difficiles. Selon elle, le seul secteur où il ne semble pas exister de modèle adapté concerne la gestion des émotions négatives extrêmes, d'où l'importance pour les animateurs de pallier à cette lacune en servant eux-mêmes de modèles d'apprentissage.

Un autre inconvénient associé à l'homogénéité du groupe TPL est que les commentaires thérapeutiques seraient auprès de cette clientèle davantage susceptibles d'être mal interprétés et d'avoir un fort impact émotionnel. Linehan considère que même les thérapeutes les plus vigilants ne peuvent répondre à toutes les réactions émotives qui surgissent au cours des séances. De ce fait, la probabilité qu'une personne

quitte le groupe dans un état émotionnel difficilement gérable serait, selon elle, considérablement accrue comparativement à la thérapie individuelle.

Outre ces inconvénients possibles, il existe selon l'auteure deux arguments de taille en faveur du groupe homogène. Tout d'abord, elle souligne que cela permet d'adapter le contenu des séances aux comportements spécifiques du TPL de manière à ce que les participants puissent vraiment tirer profit des compétences enseignées. Deuxièmement, elle considère que le fait de se retrouver en présence de personnes qui vivent une souffrance et des problèmes semblables aux siens constitue une source de validation très importante pour ces clients. Dans le même ordre d'idée, Linehan pense qu'il peut être avantageux de constater les différences dans les niveaux de progrès des participants. Par exemple, si quelqu'un se mutile, il pourrait être très validant pour lui de constater que d'autres personnes ont fait face à ce genre de problème et qu'ils ont cessé d'utiliser de tels comportements.

### *3.4 Les animateurs de groupe*

Dans l'application de la TCD, Linehan recommande que le groupe soit conduit par deux animateurs, un animateur principal et un co-animateur. L'objectif principal de cela est de réduire les risques d'épuisement et de perte de motivation chez les thérapeutes. L'auteure confère des rôles différents à chacun d'eux : l'animateur principal gère le groupe dans son ensemble et il est en charge de l'acquisition des compétences. Par exemple, il débute les séances, dirige l'analyse comportementale des tâches à effectuer à

la maison et présente les nouveaux outils à apprendre. Le co-animateur quant à lui, s'attarde aux tensions qui peuvent survenir entre les membres du groupe et l'animateur principal. Il porte son attention sur les personnes et s'occupe de la répartir dans le groupe. Il joue également le rôle de professeur adjoint, en fournissant des explications complémentaires, des exemples, etc.

D'une certaine manière, Linehan considère que l'animateur principal joue le rôle du « méchant », en incitant le groupe à respecter les règles, alors que le co-animateur est le « gentil » qui s'attarde au point de vue des personnes. Selon elle, cette division des rôles peut s'avérer thérapeutique tant que les animateurs la maintiennent dans une perspective dialectique en permettant le mouvement de balance en vue de parvenir à une synthèse et une « réconciliation ». L'auteure souligne que le groupe de supervision prend alors toute son importance en favorisant la balance thérapeutique entre les animateurs.

#### *4. Les modules d'apprentissage*

##### *4.1 Thème des modules en relation avec les modèles de comportements du TPL*

Le *programme* de Thérapie comportementale dialectique comprend quatre modules d'apprentissage des compétences en lien avec les modèles comportementaux du TPL. Le premier porte sur la capacité de prise de conscience totale ou de centration. Chez les personnes avec TPL, le dérèglement du sens de soi est fréquent et s'accompagne d'un sentiment de vide et d'une perte d'identité. Parallèlement à cela, des

perturbations brèves, mais non psychotiques, comme des épisodes de dépersonnalisation ou de dissociation, peuvent survenir particulièrement dans des situations stressantes. L'objectif du module de centration est d'enseigner un ensemble de compétences qui aident les gens à prendre conscience de leur expérience en s'observant eux-mêmes en même temps que les événements qui se déroulent autour d'eux.

Un deuxième module porte sur l'efficacité interpersonnelle. Les personnes avec un TPL entretiennent souvent des relations intenses, instables et chaotiques. En même temps, elles arrivent difficilement à tolérer les séparations, de sorte qu'elles s'engagent dans des efforts démesurés afin d'éviter le rejet et l'abandon. Ce module d'apprentissage a donc pour objectif de développer des compétences à initier et maintenir des modes de relations interpersonnelles plus efficaces.

Un troisième module s'attarde aux compétences de régulation des émotions, laquelle est habituellement déficiente dans les cas de TPL. Les difficultés se traduisent par une labilité émotionnelle et par une incapacité à gérer adéquatement la colère, l'irritabilité, l'anxiété et/ou les affects dépressifs ponctuels. Ce troisième module d'entraînement vise à enseigner les compétences en vue d'apprendre à mieux réguler ces émotions.

Pour ce qui est du quatrième et dernier module, celui-ci porte sur la capacité de tolérance à la détresse. Dans la TCD, les comportements impulsifs et suicidaires sont

considérés comme des stratégies de résolution de problèmes inadaptées. Celles-ci résulteraient entre autres de l'impossibilité pour la personne de tolérer la détresse suffisamment longtemps pour pouvoir élaborer d'autres types de solutions mieux adaptées. Par l'apprentissage des compétences à tolérer la détresse, on vise la diminution des comportements néfastes en développant des stratégies de résolution de problèmes plus efficaces.

#### *4.2 Ordonnancement et durée des modules*

Linehan propose d'effectuer chacun des modules en huit semaines à raison d'une rencontre par semaine. Elle précise toutefois que le module qui cible les habiletés de prise de conscience peut être vu en deux ou trois séances, pour ensuite être révisé au début de chacun des autres modules. Elle souligne qu'il n'y a pas de règle stricte en ce qui concerne l'ordre de présentation des modules. Cependant, elle suggère de débiter avec le module sur les compétences de prise de conscience puisque celles-ci serviront aux trois modules suivants. Par la suite, elle propose de commencer avec ce qui est plus concret, le module sur l'efficacité interpersonnelle, pour aller vers le plus abstrait, la régulation émotionnelle et la tolérance à la détresse.

Dans la clinique de Linehan, les participants demeurent habituellement dans un groupe de compétences pendant au moins une année. Cela leur permet d'aborder à deux reprises chacun des modules échelonnés sur huit semaines et de pratiquer les

compétences de prise de conscience plusieurs fois, de manière à maximiser les apprentissages.

Selon l'auteure, bien qu'il soit possible d'adopter une pratique intensive du programme en consacrant un plus grand nombre de semaines à chaque module, plusieurs raisons justifient la pratique espacée, soit de répéter deux fois un module de huit semaines. Par exemple, cela permet aux gens de pratiquer pendant quelques mois les compétences apprises et de redonner encore plus de sens au matériel lorsque celui-ci est abordé une seconde fois. En huit semaines, il y aurait également moins de risques de s'éloigner des objectifs d'apprentissage de départ compte tenu du peu de temps disponible. Enfin, la révision des modules augmente la probabilité que tous aient pu y avoir accès au moins une fois et que l'information soit bien intégrée par chacun.

## *5. Présentation et organisation des séances*

### *5.1 Durée des séances*

Linehan considère que la durée des séances devrait se situer autour de deux heures et demie incluant une pause d'une quinzaine de minutes. Dans ce format, la première heure est d'abord consacrée aux rituels de démarrage (ex. : service de café, installation des participants), suivis de la révision des tâches à domicile proposées lors de la semaine précédente, en se terminant par la pause. La deuxième heure est quant à elle utilisée pour présenter et discuter des nouvelles compétences à apprendre. Finalement, les quinze dernières minutes sont consacrées à une période de relaxation.

Bien que la durée des séances puisse varier d'un milieu à l'autre, elle devrait essentiellement être suffisante pour permettre de pratiquer les nouvelles compétences, de discuter des questions relatives au contenu, de présenter les tâches à faire à domicile et de vérifier la compréhension des apprentissages et des nouvelles tâches à faire.

### *5.2 Contenu des séances*

Linehan souligne la nécessité de respecter le rythme des clients dans la présentation du matériel à chacune des séances. L'importance du contenu peut varier selon les expériences et les compétences des participants. Elle suggère de découper arbitrairement la première fois chaque module en sections correspondantes au nombre de semaines du programme. Pour parvenir à aborder l'ensemble des contenus, les animateurs établissent un ordre du jour qu'ils tentent de traiter dans le temps imparti.

L'auteure propose un guide pour les huit séances prévues à chacun des modules. À titre d'exemple, le guide du premier module est illustré à l'encadré 1 (tiré du *Manuel d'entraînement aux compétences pour traiter le trouble de personnalité état-limite*, Linehan, édition française, 2000).



Encadré 1. *Contenu des séances de l'entraînement aux compétences psychosociales*

**Première séance** : Introduction à l'entraînement aux compétences

1. Revoir les formulaires de consentement éclairé
2. Demander à chaque participant de se présenter (nom et raisons de sa présence). Chaque animateur se présente et parle des raisons l'ayant amené à animer le groupe
3. Présenter les objectifs généraux (thérapie versus entraînement pour les clients; autres objectifs des thérapeutes s'il y a lieu)
4. Revoir le document général
  - A) objectifs généraux de l'entraînement aux compétences
  - B) objectifs spécifiques (en lien avec les caractéristiques du TPL)
  - C) demander des feed-back
5. Engager la discussion par rapport au format de l'entraînement aux compétences (décrire la séquence et la longueur des modules, format et durée des rencontres, gestion du temps versus gestion des problèmes personnels et des crises)
6. Revoir les lignes directrices de l'entraînement aux compétences
  - A) discuter des règles et amener chaque participant à s'y engager
  - B) discuter des règles qui ne seraient pas sur la liste
  - C) discuter des conditions reliées aux absences

**Deuxième séance** : Les compétences de prises de conscience totale

1. Discuter des questions relatives à la semaine précédente
2. Présenter les nouveaux participants (s'il y a lieu), en révisant les règles de l'entraînement aux compétences selon la TCD (proposer aux anciens de les introduire aux nouveaux)
3. Revoir les fiches d'auto-observation quotidiennes et la manière de les remplir (les clients doivent apporter leurs fiches chaque semaine)
  - A) discuter de l'importance cruciale de la pratique dans l'apprentissage et le changement
  - B) pointer les problèmes rencontrés dans la complétion des fiches
  - C) discuter de la confidentialité des fiches et de la manière de la conserver
4. Introduire, discuter et pratiquer les compétences de prise de conscience totale
5. Résumer les points principaux du contenu discuté durant la séance
6. Favoriser le développement d'un engagement personnel à pratiquer les compétences
7. Proposer un moment de relaxation

### **Séances 3 à 7 : Modules de compétences spécifiques**

1. Discuter des questions relatives à la semaine précédente
2. Discuter avec les absents de la dernière séance (déterminer les raisons des absences; revoir brièvement le contenu de la séance précédente)
3. Revoir les tâches à domicile
4. Faire une pause après la première moitié de la séance
5. Présenter, discuter et pratiquer les compétences spécifiques au module
6. Résumer la séance
7. Favoriser l'engagement personnel à pratiquer les compétences
8. Proposer un moment de relaxation

### **Huitième séance : dernière séance**

1. La première heure se déroule de la même façon que dans les séances 3 à 7
2. Faire une pause après la première moitié de la séance
3. Revoir les compétences enseignées durant ce module
4. Revoir les compétences enseignées durant les modules précédents (si les personnes présentes ont participé à ces modules) demander aux participants d'aider à cette révision
5. Discuter les « pour » et les « contre » (utilité ou inutilité des compétences, en comparant comment les participants notent l'utilité d'une compétence donnée)
6. Discuter de la généralisation des compétences dans les situations et contextes de vie des participants
7. Prendre le temps de dire au revoir aux personnes qui quittent le groupe; discuter des problèmes relatifs au fait de terminer un programme
8. Proposer un moment de relaxation

## *6. Données empiriques sur la TDC*

Comme souligné précédemment, la Thérapie dialectique comportementale fait partie des rares interventions psychosociales qui s'adressent au TPL dont l'efficacité a pu être prouvée empiriquement. Linehan et son équipe ont dirigé deux études cliniques à ce sujet : la première (1991) visait à comparer l'efficacité de la TCD avec celle d'un traitement classique d'orientation cognitivo comportementale. La deuxième étude (1994) visait à mesurer l'impact de l'ajout d'un groupe d'entraînement aux

compétences d'orientation TCD, à une thérapie individuelle non-TCD. Ces deux études ont été effectuées auprès de groupes de femmes parasuicidaires chroniques et présentant les critères diagnostiques du TPL.

Les participantes étaient assignées au hasard soit à un programme TCD (comportant un suivi individuel d'orientation TCD et la participation au groupe de compétences), soit à un traitement communautaire classique. Le traitement s'échelonnait sur une année et des évaluations avaient lieu tous les quatre mois. De plus, deux évaluations furent effectuées à la fin du suivi, chacune d'elle à six mois d'intervalle. Celles-ci ont pu démontrer que les résultats observés étaient généralement maintenus durant l'année qui suivait la fin de la prise en charge. Ces résultats sont décrits ci-après.

Dans la première étude (Linehan et coll., 1991), des résultats favorables à la TCD ont été trouvés dans tous les domaines. Tout d'abord, les conduites parasuicidaires étaient significativement moins fréquentes chez les gens ayant suivi le programme TCD, et ce, durant toute l'année de traitement. La TCD s'est aussi révélée plus efficace pour diminuer le taux d'abandon : en un an, celui-ci fut de 16,4% dans la TCD comparé à 50-55% pour les autres formes de traitement. Chez les sujets suivant la TCD, les hospitalisations en psychiatrie étaient moins fréquentes et de moins longue durée : 8,46 jours en moyenne par année comparée à une moyenne de 38,86 jours par année dans le groupe contrôle (mesures prises durant l'année de traitement).

Dans le cadre de cette étude, Linehan et ses collègues ont conçu un système de catégorisation du fonctionnement psychologique s'échelonnant sur un continuum où : « bon » = aucune hospitalisation ni aucun geste parasuicidaire durant les 4 derniers mois du traitement; « modéré » = une hospitalisation ou un épisode parasuicidaire au cours de cette même période; « pauvre » = au moins une hospitalisation et au moins un geste parasuicidaire ou suicidaire au cours des 4 derniers mois. À partir de ce système, treize participantes de la TCD ont obtenu un résultat « bon »; six ont coté « modéré » et trois ont coté « pauvre », alors que dans le traitement classique six personnes ont obtenu un résultat « bon »; dix « modéré » et six « pauvre ». Ces résultats étaient significativement différents à  $p < .02$ .

En ce qui concerne l'amélioration des compétences comportementales visées par le programme, l'efficacité de la TCD s'est avérée relative. Pour ce qui est de la régulation émotionnelle, les personnes du groupe TCD se percevaient comme étant davantage capables de modifier et de contrôler leurs émotions comparativement à ceux du groupe contrôle. Leurs scores sur les mesures d'auto-évaluation de la colère et de l'anxiété étaient également significativement plus bas que dans l'autre groupe. Toutefois, les deux groupes auto-évaluaient les aspects liés à la dépression de la même manière.

Au sujet des compétences interpersonnelles, les gens travaillant en TCD s'auto-évaluaient mieux en terme d'efficacité, de résolution de problèmes interpersonnels ainsi qu'au niveau que leur capacité d'ajustement social. En ce qui concerne la capacité à

s'accepter et se tolérer soi-même ainsi que la réalité, la TCD ne semblait pas être plus efficace que le traitement classique, toujours selon l'auto-évaluation des personnes. Cependant, Linehan considère que la réduction des comportements parasuicidaires, de la colère et du nombre de jours d'hospitalisation en psychiatrie sont des indices suggérant une meilleure tolérance à la détresse dans le groupe bénéficiant de la TCD.

Dans la deuxième étude (Linehan et coll., 1994), toutes les personnes suivaient une thérapie individuelle n'étant pas d'orientation TCD. Tout en poursuivant cette démarche, elles étaient assignées au hasard, soit à un groupe d'entraînement aux compétences TCD ou à un groupe contrôle ne bénéficiant d'aucun entraînement. Mise à part cette différence au plan thérapeutique, les participantes étaient en tous points comparables à celles de la première étude.

Selon Linehan, les premiers résultats de cette étude ont été peu concluants, suggérant que la participation au groupe de compétences n'ajoutait rien ou pas grand-chose à une thérapie individuelle non-TCD. Aucune différence n'apparaissait entre les deux groupes, sur quelque variable que ce soit. Suite à cela toutefois, Linehan et ses collègues ont comparé les participantes de cette seconde étude avec celles ayant suivi le programme de TCD standard (cohorte de la première étude). Cette comparaison a permis de démontrer que les personnes bénéficiant du programme de TCD, combinant la thérapie individuelle TCD et le groupe d'entraînement aux compétences, réussissaient mieux que les autres, et ce, dans tous les domaines.

Du point de vue de l'auteure, cette deuxième étude vient renforcer les résultats de la première : c'est-à-dire que la TCD standard est plus efficace que le traitement classique. Linehan prend soin de préciser cependant que ces résultats ne permettent pas de se prononcer sur l'efficacité de l'entraînement aux compétences offert seul.

*Partie 3 : Le groupe de thérapie cognitive au  
Centre hospitalier régional de Lanaudière*

La prochaine section consiste à présenter les objectifs visés par l'implantation du groupe de thérapie cognitive au CHRDL, de même que la structure du groupe et le déroulement du programme. <sup>1</sup>Les informations relatives à la présente section sont tirées des entretiens effectués après de certains intervenants du groupe et du document de présentation intitulé *Groupe de thérapie cognitive pour clients souffrant de trouble de personnalité borderline* (SEPIA Joliette-Autray, 2002).

### *7. Objectifs du groupe de thérapie cognitive*

Du point de vue des intervenants, les objectifs du programme étaient de permettre aux clients d'acquérir des habiletés en vue de combler les failles inhérentes au trouble de personnalité état-limite. On voulait ainsi qu'ils puissent améliorer la qualité de leurs relations, leur autonomie et leur qualité de vie en général. De façon plus spécifique, le but était qu'ils apprennent : 1) à centrer leur pensée sur la réalité immédiate; 2) à être plus efficaces sur le plan interpersonnel; 3) à comprendre et à tolérer leurs émotions; et 4) à tolérer la détresse psychologique.

Parallèlement à cela, on espérait que l'expérience de groupe allait permettre aux gens 1) d'apprendre à observer leurs comportements interpersonnels; 2) d'obtenir de la validation et apprendre à en donner et à recevoir du support; 3) d'apprendre et



d'échanger des compétences entre les membres du groupe; et finalement 4) d'apprendre à fonctionner adéquatement en groupe.

Du point de vue organisationnel, le groupe de thérapie avait pour objectif de diminuer le nombre et la durée des hospitalisations ainsi que la fréquence des visites à l'urgence, de rendre les participants par le fait même moins dépendants des services. Le programme visait aussi à développer une expertise plus pointue à l'intérieur des SEPIA (Services externes de psychiatrie intégrés aux adultes) et de diminuer la lourdeur des prises en charge par le partage de la responsabilité de ces clients « difficiles ».

## *8. Structure du groupe*

### *8.1 Les membres de l'équipe*

Puisqu'il s'agissait d'une première expérimentation pour la plupart des intervenants du secteur Joliette-Autray, ceux-ci ont échangé avec les responsables du groupe de Rawdon, qui leur ont fait part de leur expérience et leur ont transmis leurs documents de travail. Cela a permis de faciliter l'élaboration du projet, de se familiariser avec le modèle thérapeutique, de définir la structure du programme et de déterminer le rôle de chacun des intervenants.

La mise sur pied du programme fut guidée par le Dr. Michel Asselin qui avait été l'un des investigateurs du projet à Rawdon quelques années auparavant. Celui-ci avait pour principale tâche d'assurer le suivi médical individuel des participants tout au long

du programme. Deux psychologues et deux ergothérapeutes alternaient dans l'animation du groupe et chacun d'eux occupait le rôle de thérapeute principal auprès de participants désignés.

Chacune des séances était dirigée par un animateur principal et un co-animateur. L'animateur principal présentait la matière à apprendre alors que le co-animateur veillait au bon fonctionnement du groupe. L'animateur principal occupait la co-animation de la séance suivante qui était alors dirigée par un autre intervenant qui à son tour devenait le co-animateur de la rencontre d'après et ainsi de suite. Cette procédure avait été établie en fonction de la disponibilité des intervenants et elle avait pour but d'assurer la continuité d'une rencontre à l'autre et de faciliter l'adaptation des participants au changement d'animateur.

En plus des modules d'apprentissage, on offrait un certain nombre de rencontres-conférences ayant pour but de faire connaître aux clients les différentes ressources du milieu. Ces rencontres avaient lieu entre les séances du programme, à une fréquence de trois ou quatre rencontres par session. L'organisation de ces conférences a été prise en charge par trois travailleurs sociaux qui se sont impliqués à divers moments dans le groupe. Ceux-ci pouvaient également agir au besoin en tant que remplaçants du thérapeute principal.

### *8.2 Sélection des participants et composition du groupe*

Les membres du groupe provenaient des équipes de Joliette et d'Autray. Ils étaient référés par un psychiatre qui avait d'abord posé un diagnostic de TPL et qui les avait jugés aptes et minimalement motivés à participer à une telle démarche. Avant d'être admis au groupe, ils étaient également évalués à partir du questionnaire DIB-R pour confirmer le diagnostic TPL (traduction française de Coté, Matte et Meunier, 1989). Ce questionnaire sera décrit plus loin. Deux critères d'exclusion furent identifiés au départ, il s'agit de l'incapacité d'éliminer les comportements hostiles ou agressifs envers les autres membres du groupe et la présence trop envahissante de traits psychotiques.

Le groupe était ouvert au début de chaque module et il était composé de huit à dix personnes. Il était homogène principalement en ce qui a trait au diagnostic des participants : tous présentaient les critères diagnostics du TPL au questionnaire DIB-R. Les caractéristiques individuelles des sujets (statut socio-économique; sexe; âge) étaient quant à elles variables. En se basant sur l'expérience du secteur de Rawdon qui démontrait un nombre de références plus élevé chez les femmes et un risque d'abandon plus grand pour un homme qui s'y retrouve seul, les responsables se sont assuré de la présence d'au moins deux hommes parmi les participants. L'âge moyen dans le groupe était de 40,5 ans.

Lorsque le groupe démarra en février 2002, il était composé de neuf personnes, six hommes et trois femmes. Un homme et une femme ont quitté le programme après la

première rencontre. Suite à leur départ, deux femmes furent intégrées au groupe dont l'une qui n'a assisté qu'à une seule rencontre. Ainsi, onze personnes au total furent admises au premier module du programme. Parmi elles, seulement cinq ont poursuivi jusqu'à la fin des quatre modules, ce qui représente un taux d'abandon de 55 %.

Puisque le groupe était ouvert au début de chaque module, certaines personnes furent admises un peu plus tard, soit quatre à l'automne 2002, deux à l'hiver 2003 et deux à l'automne 2003. De ces huit nouveaux participants, quatre ont abandonné à divers moments en cours de route et les quatre autres ont cessé à cause de l'arrêt du programme. Enfin, sept femmes et deux hommes sélectionnés pour participer au programme furent placés sur une liste d'attente et n'ont assisté à aucune rencontre de groupe.

### *8.3 Articulation du groupe avec les ressources hospitalières internes et externes*

Chacun des participants du groupe était totalement et uniquement pris en charge par les intervenants du programme. Cela implique qu'il devait rompre toute démarche avec les autres intervenants et médecins de la clinique externe, et ce, pour toute la durée de sa présence au groupe. Le but de cela était principalement d'éviter le chevauchement entre les divers types de traitements. Cela permettait aussi d'alléger la charge des suivis en clinique externe.

Comme souligné précédemment, le suivi médical des participants était transféré au médecin responsable du groupe, qui pouvait être vu au besoin (en cas de crise, par exemple). En plus de la médication, le Dr Asselin s'occupait d'assurer le suivi avec les apprentissages effectués dans le groupe. Outre ce service, chaque personne était assignée à un thérapeute principal et disposait d'une banque de quatre rencontres individuelles par année qu'il pouvait utiliser à sa guise.

En cas de crise, le participant devait donc faire appel à son thérapeute principal et/ou au médecin responsable, lesquels étaient habituellement disponibles à brève échéance. Quand la situation l'exigeait, la personne pouvait également se présenter à l'urgence où elle était évaluée par le médecin de garde. Si celui-ci jugeait l'hospitalisation nécessaire, il était suggéré que celle-ci soit brève, de manière à éviter la régression et à favoriser l'autonomie de la personne. Le cas échéant, une hospitalisation de plus de 48 heures était considérée comme équivalente à une consultation auprès du thérapeute principal. Afin d'assurer une bonne continuité dans les services, la liste des participants au groupe était transmise aux intervenants du département de psychiatrie et de l'urgence psychiatrique.

Si un participant décidait pour une raison quelconque de ne plus participer au programme, il était alors repris en charge par les intervenants de la clinique externe mettant simultanément fin aux suivis avec les intervenants du groupe. De plus, il était possible pour une personne ayant abandonné le programme de le réintégrer un peu plus

tard. Dans tel cas toutefois, elle devait renégocier un contrat thérapeutique dans lequel elle s'engageait à respecter les éléments nécessaires au bon fonctionnement du groupe et attendre qu'une place se libère dans le groupe.

## *9. Présentation et organisation des séances*

### *9.1 Durée et ordonnancement des modules*

Chaque module d'apprentissage fut échelonné sur huit semaines pour un total de 32 rencontres. Le rythme des séances a été fixé à une rencontre aux quinze jours, ce qui fut déterminé en fonction de la charge de travail et de la disponibilité des intervenants. Le programme a été réparti sur deux ans de la manière suivante : de février à juin 2002, compétences de prise de conscience totale (ou centration); de septembre à décembre 2002, régulation émotionnelle; de février à juin 2003, efficacité interpersonnelle; et de septembre à décembre 2003, tolérance à la détresse.

### *9.2 Durée et contenu des séances*

L'ordre du jour et le contenu des séances étaient similaires à ce que l'on retrouve dans la TCD. Les rencontres s'effectuaient en après-midi et elles étaient d'une durée de deux heures et demie, entrecoupées d'une pause. De manière générale, et à quelques exceptions près, l'horaire d'une session se présentait comme suit : 1) début de la séance, servir le café, motiver les absences, informer et/ou ajuster les consignes : environ quinze minutes; 2) retour sur les devoirs, partager les efforts de pratique et les difficultés

encourues : 50-60 minutes; 3) pause : quinze minutes; 4) présentation du nouveau matériel : 50-60 minutes; 5) relaxation et retour : quinze minutes.

#### *10. Hypothèses générales et attentes du milieu*

En s'inspirant du modèle de Linehan et des données empiriques concernant la TCD, les intervenants avaient de bonnes raisons de croire en l'utilité de ce programme dans le milieu. De manière générale, on pouvait s'attendre à ce que les participants du groupe présentent une diminution de leurs symptômes TPL, ou du moins qu'ils arrivent à mieux les gérer. Par le fait même, on s'attendait également à ce que ces clients puissent avoir moins recours aux services hospitaliers et d'urgence. Par le biais de cette étude, il sera possible de voir dans quelle mesure ces attentes ont été comblées.

*Partie 4 : Déroulement de la recherche*



## *11. Contexte et pertinence de l'étude*

Comme souligné précédemment, cette étude fait suite à certains questionnements soulevés par les intervenants du CHRDL au sujet du groupe de thérapie cognitive. Pour l'institution, il paraissait fort intéressant d'effectuer une évaluation complète du programme afin d'en mesurer l'efficacité de façon précise. Toutefois, il fut facile de constater qu'un grand nombre de variables non contrôlées risquaient de biaiser les résultats d'un tel projet. La plus importante est probablement l'absence d'uniformité entre les sujets du groupe. Par exemple, les gens n'ont pas tous débuté et terminé le programme au même moment; ils n'ont pas assisté au même nombre de rencontres et n'ont pas tous abordé les mêmes thèmes.

Compte tenu de ces conditions, il est à noter que la présente recherche n'en est pas une de type expérimental où toutes les variables seraient contrôlées au point de départ. Il s'agit plutôt d'une étude sur le terrain, à travers laquelle il est nécessaire de s'adapter aux éléments de la réalité plutôt que de tenter d'en construire une comme cela se produirait dans une recherche expérimentale classique. Dans ce contexte, il importera toutefois de tenir compte des variables confondantes et de se montrer prudent dans l'interprétation des résultats.

## *12. Objectifs de l'étude*

Cette étude vise principalement à tracer un tableau général de l'évolution des participants, à estimer l'atteinte des objectifs visés par le programme et à faire ressortir certaines hypothèses ou pistes de réflexion en vue d'une reprise éventuelle de ce programme dans le milieu. Elle s'adresse aux divers intervenants des SEPIA (Services externes de psychiatrie intégrés aux adultes), particulièrement à ceux qui furent impliqués dans le programme de thérapie cognitive ou qui pourraient l'être ultérieurement. Les données relatives au déroulement de cette recherche sont décrites ci-après.

## *13. Procédures*

### *13.1 Identification des participants*

La population de cette recherche est composée des 28 candidats au groupe de thérapie cognitive. Cinq de ces personnes ont complété les deux ans prévus par le programme, quatorze ont quitté le programme en cours de route, et finalement les neuf autres candidats sont demeurés sur la liste d'attente.

Pour cette étude, les sujets ont d'abord été contactés par téléphone afin de leur expliquer le but de la recherche ainsi que la pertinence et l'implication de leur participation à ce projet. Ils furent invités à se présenter à une rencontre d'une durée moyenne de 45 minutes afin de remplir les formulaires de consentement et de répondre à un ou deux questionnaires, selon le cas. Les rencontres s'effectuaient à la clinique

externe de psychiatrie du CHRDL. Dans quelques cas exceptionnels (ex. : absence de transport), elles furent effectuées au domicile des sujets.

Parmi les 28 candidats potentiels, vingt personnes ont été rejointes et dix-huit ont accepté de participer à la recherche. Un homme ayant complété le programme et une femme placée en attente n'ont pas répondu à l'invitation. Nous n'avons pas été en mesure de retracer les huit autres personnes qui avaient quitté le programme en cours de route, et ce, pour diverses raisons : déménagement, changement de numéro de téléphone ou autre. Le nombre total de participants à cette étude est donc de dix-huit personnes réparties comme suit : quatre personnes ayant complété le programme forment le groupe A, neuf personnes ayant quitté le programme en cours de route forment le groupe B, et cinq personnes qui sont demeurées sur la liste d'attente forment le groupe C.

### *13.2 Instruments de mesure et de collecte des données*

Afin d'estimer l'évolution des participants, une mesure post test du *Diagnostic Interview for borderline* (DIB-R, version révisée) fut effectuée. Comme souligné précédemment, ce questionnaire avait été utilisé en pré test pour la sélection des participants au groupe du CHRDL. Le DIB-R est l'instrument auquel on réfère le plus souvent dans le domaine de la recherche pour diagnostiquer un TPL. Il est reconnu comme ayant une bonne sensibilité, une bonne spécificité et présentant une bonne consistance interjuges.

Le DIB fut d'abord développé par Gunderson et coll. (1981) puis révisé par Zanarini et ses collègues en 1989 de manière à faciliter la discrimination empirique entre le TPL et les autres troubles de l'axe II (Zanarini et al.1989). Cet instrument est un questionnaire semi-structuré de 97 items. Les questions réfèrent aux deux dernières années et elles portent sur les quatre sphères reconnues comme les plus déterminantes pour diagnostiquer un TPL soit : l'affectivité, la pensée, les comportements et les relations interpersonnelles. Les informations recueillies à partir de ces items sont regroupées en 22 énoncés-synthèses correspondant aux nouveaux critères diagnostiques proposés par Zanarini et ses collègues (1989). Ceux-ci sont énumérés à l'encadré 2, à la page suivante.

À titre d'exemple, la première section qui porte sur l'affectivité est composée de 19 questions et elle comporte les cinq énoncés-synthèses suivants : au cours des deux dernières années : E1) le patient a présenté une dépression mineure persistante ou a vécu un ou des épisodes de dépression majeure; E2) le patient a présenté de façon soutenue des sentiments d'impuissance, de désespoir, d'indignité et de culpabilité; E3) le patient, de façon persistante, s'est souvent senti très agressif ou a fréquemment agi de manière agressive (c.-à-d. a souvent été sarcastique, querelleur ou impatient); E4) le patient, de façon persistante, s'est senti très anxieux ou a présenté de fréquents symptômes physiques d'anxiété; E5). Le patient, de façon persistante, a éprouvé des sentiments de solitude, d'ennui et de vide.

Encadré 2. Critères diagnostiques du DIB-R (version révisée)

*Entretien Diagnostique pour TPL*  
*Version Révisée*  
*(Zanarini et al., 1989)*

Au niveau de l'affect

1. Dépression chronique/majeure
2. Sentiment chronique d'impuissance/de désespoir/d'inutilité/de culpabilité
3. Colère chronique/ fréquents passages à l'acte de colère
4. Anxiété chronique
5. Sentiment chronique de solitude/d'ennui/de vide

Au niveau cognitif

6. Mode de pensée bizarre/perception des expériences inhabituelle
7. Expériences paranoïdes non mégalomanes
8. Expériences quasi psychotiques

Au niveau des modèles d'action impulsive

9. Abus de substances/dépendance
10. Déviance sexuelle
11. Automutilation
12. Efforts de manipulation suicidaire
13. Autres modèles impulsifs

Au niveau des relations interpersonnelles

14. Intolérance à la solitude
15. Peurs d'être abandonné/englouti/annihilé
16. Contre dépendance/conflict sérieux relatif aux soins ou à une aide
17. Relations conflictuelles
18. Dépendance/masochisme
19. Dévalorisation/manipulation/sadisme
20. Exigences/impositions de ses droits
21. Régression en cours de traitement
22. Problèmes contre-transférentiels/relations de traitement difficiles.

Pour chacun des items et des énoncés-synthèses, un pointage est accordé de la façon suivante : 2 = oui, 1 = probable ou 0 = non. À la fin de chaque section, le pointage des énoncés-synthèses est additionné, de manière à obtenir le résultat global de la section. Ce résultat est par la suite ramené sur une échelle de conversion graduée de 0 à 2 ou de 0 à 3 (selon la section), afin d'obtenir un résultat pondéré, lequel contribue à détecter la présence ou l'absence d'un TPL.

Il est à noter que pour les items #24 et #58, la présence du critère entraîne une pondération négative sur le résultat final de leur section respective, affectivité et pensée. Ces items servent à détecter la présence d'épisodes d'hypomanie typiques (item 24) et d'un épisode psychotique prolongé et envahissant ou de manie franche (item 58). Dans tels cas, le résultat pondéré de la section est coté 0 puisqu'il est possible de soupçonner que les manifestations reliées à l'affectivité et aux pensées sont associées à un trouble autre que le TPL.

Finalement, les scores pondérés de chacune des sections sont additionnés pour obtenir le résultat final du « DIB-R ». Celui-ci se situe sur une échelle de 0 à 10 et il est utilisé comme guide diagnostique. De façon générale, on considère un pointage de 8 ou plus comme un indicatif d'un trouble de personnalité état-limite, alors qu'un résultat inférieur suggère soit l'absence du trouble ou la présence d'un autre type de problème (Zanarini et coll. 1989).

Une version française validée de ce questionnaire fut rendue disponible par Guttman et Laporte en 1995 (Cloutier et Renaud, 2003). Le DIB-R fut également traduit en français par Meunier, Matte et Côté en 1989 (département de psychiatrie du Centre hospitalier St-Vincent-de-Paul, Sherbrooke). Il est à noter que cette traduction n'a pas été validée, ayant d'abord été conçue dans le but d'une utilisation clinique. Cette version est une traduction intégrale du questionnaire DIB-R original. Puisqu'elle fut utilisée dans le cadre de la sélection des sujets au programme de thérapie cognitive du CHRDL, c'est cette version qui fut reprise au cours de la présente recherche.

Les mesures pré-test au questionnaire DIB-R ont été prises pour la plupart à l'automne 2001, en prévision du programme débutant en février 2002. Quelques sujets ont été évalués plus tard, soit en juillet ou décembre 2002, ou soit en juin ou décembre 2003. Ces personnes furent admises au groupe en cours de programme ou encore furent placées sur la liste d'attente. Dans le cadre de la recherche, les mesures post-test furent effectuées entre les mois de janvier et avril 2005. Il y a donc eu un délai d'au moins deux ans entre les deux mesures pour la plupart des sujets. Pour ceux dont la mesure pré-test avait été prise en juin ou décembre 2003, les questions ont été posées en référence à la période suivant la date de la première évaluation de manière à éviter le chevauchement entre les deux mesures.

Au niveau organisationnel, les données relatives à la fréquence des visites à l'urgence, des hospitalisations ainsi que leur durée, furent répertoriées dans les dossiers

des sujets. Cette collecte de données couvrait une période s'échelonnant de mars 2000 à février 2005, permettant de faire ressortir une courbe des fréquences pour chacune des personnes. Il est à noter que les participants ont préalablement consenti à ce que soient prélevées ces informations à leur dossier, lesquelles furent traitées en toute confidentialité.

Enfin, un questionnaire de satisfaction semi-structuré fut administré aux personnes ayant participé à au moins une rencontre de groupe (groupes A et B), afin de connaître leur opinion au sujet du programme. Cet instrument fut construit spécifiquement dans le cadre de cette étude. Dans un premier temps, les gens furent interrogés au sujet de leur motivation à participer au groupe de thérapie et sur les attentes qu'ils avaient en début de programme. Les personnes ayant complété le programme (groupe A) ont été questionnées sur les raisons qui les ont amenées à poursuivre jusqu'à la fin, alors que celles ayant interrompu en cours de route (groupe B) furent interrogées sur les motifs ou les circonstances entourant leur départ.

Afin d'estimer la satisfaction des gens, il leur fut demandé de répondre soit par 1 = pas du tout, 2 = très peu, 3 = un peu ou 4 = beaucoup, aux questions suivantes : a) les rencontres auxquelles j'ai assisté dans le cadre du programme ont été satisfaisantes pour moi; b) ce programme m'a permis de faire des apprentissages; et c) depuis que j'ai participé à ce programme, j'observe des améliorations dans ma vie. Pour chacune de ces questions, les gens furent invités à justifier leur réponse par des exemples.



Suite à cela, il leur fut demandé de nommer ce qu'ils avaient retenu principalement au sujet des rencontres de groupe, ce qu'ils avaient le plus et le moins aimé au cours de ce programme et enfin, ce qui pourrait être fait selon eux afin de le rendre encore plus aidant.

### *13.3 Hypothèses de recherche*

En ce qui concerne les résultats aux questionnaires DIB-R, il est possible de s'attendre à retrouver un effet d'interaction entre le facteur groupe et le facteur temps. Plus précisément, on peut supposer que les sujets ayant complété la totalité du programme (groupe A) présenteront la plus grande diminution dans les scores au post-test, comparativement aux groupes B et C, alors que les sujets placés en liste d'attente (groupe C) présenteront la moins grande diminution de leurs symptômes comparativement aux groupes A et B (hypothèse 1).

Pour ce qui est des objectifs organisationnels, il est possible de s'attendre à observer une diminution plus marquée des hospitalisations (en nombre de jours/année) chez les sujets ayant complété la totalité du programme (groupe A), comparativement à ceux qui n'ont jamais participé au programme (groupe C) (hypothèse 2). Dans le même sens, les sujets du groupe A devraient présenter une plus grande diminution dans la fréquence des visites à l'urgence, en comparaison à ceux du groupe C (hypothèse 3).

### *13.4 Choix des analyses statistiques*

Dans le but de répondre à l'hypothèse 1, une analyse de variance à mesures répétées a été effectuée en premier lieu, afin de mesurer l'effet d'interaction temps X groupes. Afin de vérifier les hypothèses 2 et 3, deux autres analyses de variance à mesures répétées ont été effectuées.

Dans ces dernières analyses, les comparaisons ont porté sur les groupes A et C uniquement. Les données concernant le groupe B n'ont pas été considérées ici compte tenu de l'absence d'uniformité entre les sujets de ce groupe, quant à la durée de leur participation au programme. Comme souligné précédemment, ces gens n'ont pas tous débuté et terminé le programme au même moment et n'ont pas tous abordé les mêmes thèmes, ce pour quoi ils ont été exclus de cette analyse. Les résultats découlant de ces analyses seront présentés à la section suivante.

*Partie 5 : Présentation des résultats*

Cette section vise à relever les observations et les données recueillies au cours de cette étude de même que les résultats découlant des analyses effectuées. Dans un premier temps, il s'agira de souligner les différences observables entre le programme de thérapie du CHRDL et le modèle original proposé par Linehan. Cela sera suivi de la présentation des résultats statistiques, puis finalement, de la synthèse des réponses obtenues au questionnaire de satisfaction.

#### *14. Différences entre le programme du CHRDL et le modèle original*

Bien que le groupe de thérapie du CHRDL ait été très fortement inspiré de la Thérapie comportementale dialectique, il est possible de constater certaines divergences avec le modèle original. Une première différence concerne le rythme des séances : Linehan propose d'effectuer une rencontre par semaine, soulignant que cela permet d'aborder à deux reprises chacun des modules de manière à maximiser la compréhension et la rétention des apprentissages. Dans le cadre du programme de thérapie au CHRDL, les rencontres s'effectuaient aux quinze jours plutôt qu'à chaque semaine et chaque module n'était abordé qu'une seule fois.

Une autre différence concerne l'aspect du suivi individuel dans le traitement. Linehan souligne l'importance de combiner l'entraînement aux compétences à une

thérapie individuelle d'orientation TCD. Tout comme c'est le cas pour les séances de groupe, elle suggère que les rencontres individuelles soient effectuées sur une base hebdomadaire de manière à pallier aux difficultés au fur et à mesure qu'elles surviennent, à renforcer les apprentissages et à assurer une bonne continuité tout au long du programme. Au CHRDL, les participants avaient droit à quatre rencontres individuelles par année avec un thérapeute principal et ils pouvaient voir le médecin responsable sur demande. Toutefois, il semble que ces rencontres avaient lieu le plus souvent dans un contexte de crises ou de difficultés. Même si ces rencontres sont une bonne occasion pour gérer les situations difficiles, Linehan précise qu'elles ont principalement pour but de renforcer l'apprentissage des compétences, tout au long du cheminement de groupe. Bien que les intervenants aient assumé une bonne partie de cette tâche au cours de ces rencontres, cela ne semble pas avoir été fait sous la forme d'un suivi constant et régulier.

Une autre divergence concerne le nombre d'intervenants en charge de l'animation. Linehan suggère que le groupe soit mené par deux animateurs, l'un occupant le rôle d'animateur principal et l'autre de co-animateur tout au long du programme. Au CHRDL, chacune des séances était bel et bien dirigée par deux animateurs, mais quatre personnes au total étaient impliquées dans l'animation du groupe, alternant d'une rencontre à l'autre entre les rôles d'animateur principal et de co-animateur.

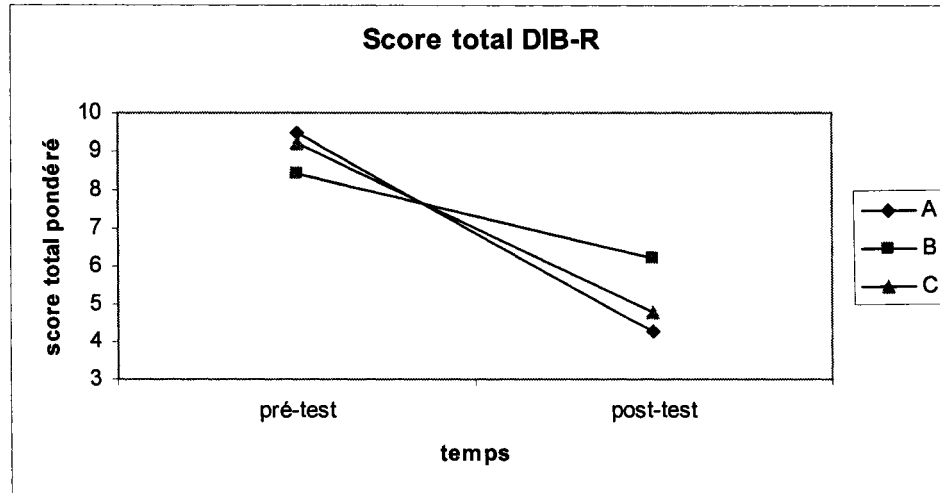
### 15. Résultats statistiques

En ce qui concerne les mesures au questionnaire DIB-R, l'analyse de variance à mesures répétées n'a permis de confirmer que partiellement l'hypothèse 1. Tout d'abord, il ne fut pas possible de démontrer un effet d'interaction temps X groupes ( $F(2,15) = 1,25, n.s.$ ). Il ressort une différence significative quant au facteur temps, ( $F(1,15) = 20,31, p < 0,001$ ), démontrant que les résultats entre le pré-test et le post-test ont diminué pour l'ensemble des sujets. Cependant, il ne ressort pas de différence significative entre les groupes et ce peu importe le temps ( $F(2,15) = 0,12, n.s.$ ). Le tableau 1 présente les scores moyens et l'écart-type aux scores pré et post test, pour chacun des groupes. La moyenne des scores pondérés totaux, retrouvée dans chacun des groupes au pré-test et au post-test, est illustrée à la Figure 1.

Tableau 1. Moyenne et écart-type au questionnaire DIB-R aux pré et post test

	Score total pondéré pré-test	Score total pondéré post-test	Score total pondéré pré-test	Score total pondéré post-test	Score total pondéré pré-test	Score total pondéré post-test
	Groupe A		Groupe B		Groupe C	
<b>N</b>	4	4	9	9	5	5
<b>M</b>	9,5	4,25	8,4	6,22	9,2	4,8
<b>ÉT</b>	1	2,5	0,88	3,77	0,45	3,27

Figure 1. Scores pondérés moyens pré-test et post-test pour chaque groupe



Il est possible de constater que les scores des sujets du groupe A étaient les plus élevés au pré-test et que ce sont eux qui ont connu la plus grande diminution à la deuxième mesure, correspondant au changement attendu. Les scores des sujets du groupe B ressortent également comme il était possible de le prévoir, ne démontrant pas de différence significative entre le pré-test et le post-test. Toutefois, les résultats des sujets du groupe C, qui étaient sur la liste d'attente et n'ont pas participé au programme, diminuent contre toute attente et ne vont pas dans le sens de la première hypothèse.

Suite à la première analyse, il semblait intéressant de s'attarder aux différences des résultats pré et post-test dans chacun des groupes pris individuellement, ce qui fut mesuré par des tests-T pairés. Les résultats ont permis de corroborer ce qui est apparent dans la Figure 1, démontrant une différence significative entre les scores pré et post-test

pour le groupe A ( $t(3) = 3,178, p < 0,05$ ) ainsi que pour le groupe C ( $t(4) = 2,75, p < 0,05$ ), alors que ce ne fut pas le cas dans le groupe B ( $t(8) = 1,871, n.s.$ ).

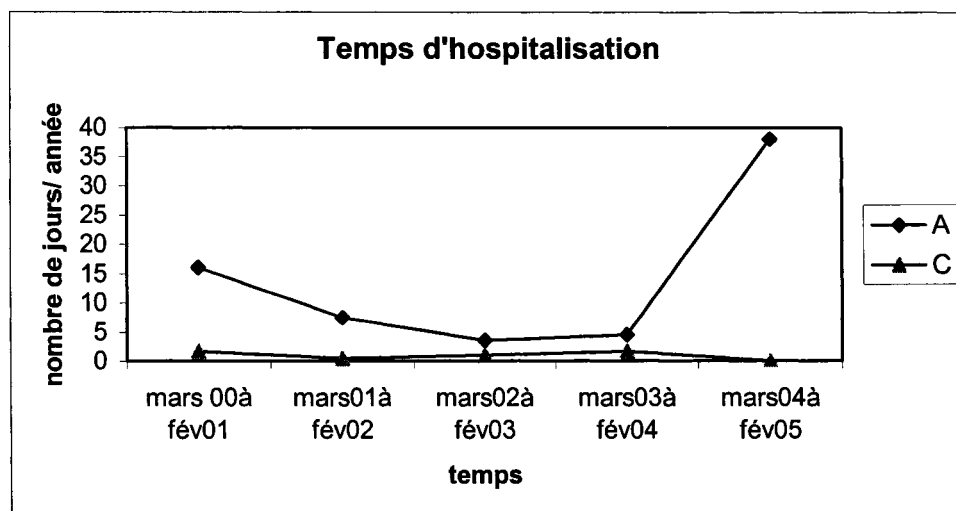
Pour ce qui est des hospitalisations, l'analyse de variance à mesures répétées n'a pas permis de démontrer un effet d'interaction temps X groupes ( $F(4,4) = 1,27, n.s.$ ). Il ne ressort pas de différence significative ni sur le facteur temps ( $F(4,4) = 1,89, n.s.$ ), ni sur le facteur groupe ( $F(1,7) = 1,41, n.s.$ ). Le tableau 2 présente le nombre moyen de jours d'hospitalisation par année de même que l'écart-type, pour les groupes A et C. Le nombre moyen de jours d'hospitalisation par année retrouvé dans chacun de ces 2 groupes est illustré à la Figure 2.

*Tableau 2. Nombre moyen de jours d'hospitalisation et écart-type pour chaque période annuelle, dans les groupes A et C.*

		Mars 00- à Fév 01	Mars 01- à Fév 02	Mars 02- à Fév 03	Mars 03- à Fév 04	Mars 04- à Fév 05
<b>Groupe A</b> N : 4	<b>M</b>	16,5	7,5	3,5	4,5	38
	<b>ÉT</b>	33	5,80	7	6,61	76
<b>Groupe C</b> N : 5	<b>M</b>	1,6	0,4	1	1,6	0
	<b>ÉT</b>	3,05	0,90	1,73	3,58	0



Figure 2 : Temps moyen d'hospitalisation (jours/ année) pour les groupes A et C



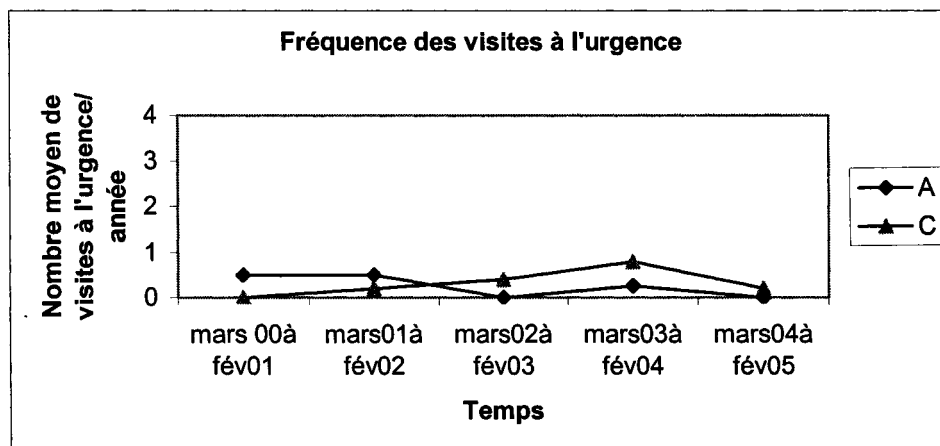
Il est possible de voir que le temps moyen d'hospitalisation semblait au départ plus important dans groupe A que dans le groupe C qui lui est demeuré bas tout au long de la période mesurée. En cours de programme, de mars 2002 à février 2004, le temps moyen d'hospitalisation semblait à peu près équivalent dans les deux groupes alors qu'il a augmenté de façon considérable dans le groupe A, suite à l'arrêt du programme.

Finalement, en ce qui concerne la fréquence des visites à l'urgence, l'analyse de variance à mesures répétées n'a pas permis, encore ici, de démontrer un effet d'interaction temps X groupes ( $F(3,5) = 2,30, n.s.$ ). Il ne ressort pas non plus de différence significative sur le facteur temps ( $F(3,5) = 1,49, n.s.$ ), ni sur le facteur groupe ( $F(1,7) = 0,08, n.s.$ ). Le Tableau 3 présente le nombre moyen de visites à l'urgence par année de même que l'écart-type, pour les groupes A et C. Le nombre moyen de visites à l'urgence par année, retrouvé dans chacun de ces 2 groupes est illustré à la Figure 3.

Tableau 3. Moyenne des visites à l'urgence et écart-type par année, pour les groupes A et C.

		Mars 00- à Fév 01	Mars 01- à Fév 02	Mars 02- à Fév 03	Mars 03- à Fév 04	Mars 04- à Fév 05
Groupe A N : 4	M	,5	,5	0	,25	0
	ÉT	1	1	0	,5	0
Groupe C N : 5	M	0	,2	,4	,8	,2
	ÉT	0	,45	,55	,84	,45

Figure 3. Fréquence des visites à l'urgence pour les groupes A et C



On peut constater que la fréquence des visites à l'urgence est très faible dans les deux groupes, avec une moyenne de moins d'une visite par année. Avant le début du programme, on observe une fréquence légèrement plus élevée dans le groupe A que dans le groupe C, mais celle-ci tend à diminuer par la suite. Dans le groupe C, il semble que ce soit l'inverse qui se produise : la fréquence des visites à l'urgence est moins élevée avant le programme, mais elle augmente avec le temps. À la dernière période (de mars

2004 à février 2005), la fréquence des visites à l'urgence semble équivalente dans les deux groupes.

### *16. Synthèse des réponses au questionnaire de satisfaction*

Pour ce qui est tout d'abord des motivations à participer au programme, certains participants ont dit que cela leur avait été conseillé soit par leur médecin ou par un proche. La plupart toutefois se sont dits motivés par le désir d'aller mieux et par la croyance que cela allait être bénéfique. Parmi les attentes soulevées face au programme, la plus fréquente est l'espoir de guérison. La plupart des personnes des deux groupes ont dit espérer y trouver des outils pour mieux fonctionner dans leur vie. Trois sujets du groupe A et un du groupe B s'attendaient même à y trouver des solutions magiques ou « un miracle » qui allait transformer leur vie.

Parmi les gens ayant complété les deux ans du programme, les motivations à poursuivre étaient entre autres : le désir de respecter son engagement; sortir de la maison et voir du monde; les encouragements des thérapeutes et l'espoir de guérison. Pour les gens ayant quitté le programme, les motivations à arrêter semblaient principalement associées à la composition du groupe lui-même. Presque tous ont dit ne pas se sentir à leur place dans le groupe, considérant la condition des autres comme plus sévère que la leur. Certains parmi eux se sont dits mal à l'aise et dérangés par les automutilations des autres participants. Deux sujets ont dit avoir quitté parce qu'ils n'aimaient pas parler en public et deux autres ont arrêté à cause de la fin du programme.

Voici maintenant la synthèse des réponses portant sur la satisfaction des participants. Dans le groupe A, presque toutes les personnes se sont dites satisfaites du programme sauf une, cette dernière considérant qu'il y avait trop de gens dans le groupe et qu'elle n'avait jamais assez de temps pour s'exprimer. Dans le groupe B, on retrouve un niveau de satisfaction semblable, une seule personne s'étant dite très peu satisfaite. Elle précise qu'elle ne se sentait pas à sa place dans le groupe, trouvant la condition des autres « bien pire » que la sienne.

L'ensemble du groupe A considère avoir fait des apprentissages au cours du programme (ex : comment gérer ses émotions et tolérer la détresse; etc.) et avoir constaté des améliorations dans leur vie. Celle qui ressort le plus souvent est la diminution de l'impulsivité. Dans le groupe B, les réponses sont plutôt variables : un peu plus de la moitié (n = 5) disent avoir fait des apprentissages (ex. : gestion de la colère; acceptation de soi; technique de relaxation; etc.) alors que les autres (n = 4) n'en rapportent que très peu ou pas du tout. Près de la moitié (n = 4) ont dit avoir constaté des améliorations dans leur vie (ex. : plus de facilité à communiquer; meilleure gestion des émotions; moins d'impulsivité; etc.) alors que les autres (n = 5) n'en perçoivent que très peu.

En ce qui a trait à ce que les gens retiennent de leur expérience, certaines réponses se rapportent à des habiletés ou des techniques particulières apprises au cours du programme (ex. : gestion des émotions; comment être soi-même; techniques de

relaxation). D'autres réfèrent surtout à la souffrance observée dans le groupe : « je retiens que je n'étais pas la seule comme ça; il y en avait des pires que moi ».

Parmi les choses que les gens semblent avoir le plus appréciées, il y a le fait de pouvoir échanger avec les autres sur des expériences semblables, particulièrement pendant les pauses où il était possible de créer des liens. Deux personnes ont dit avoir surtout apprécié les rencontres individuelles alors que les autres ont parlé des apprentissages que le programme leur a permis de faire.

Parmi les choses que les gens ont le moins appréciées, on rapporte le « manque d'homogénéité dans le groupe », référant encore ici à la sévérité des symptômes de certains participants (automutilations; niveau d'émotivité excessif; etc.). Quelques-uns auraient préféré que le groupe soit fermé, n'appréciant pas de devoir s'adapter aux changements dans la composition du groupe. Certains ont parlé également des inconvénients des devoirs à faire chez soi et des déplacements encourus.

Pour terminer, les gens ont fait des suggestions qui pourraient selon eux contribuer à améliorer le programme. Ce qui ressort le plus souvent concerne la fréquence des séances : « les rencontres étaient trop distancées et on avait le temps d'oublier ». Ces gens ont suggéré des rencontres hebdomadaires. Comme autres propositions, on retrouve : permettre plus d'échanges dans le groupe; augmenter le nombre de rencontres individuelles; mieux s'adapter à l'horaire de travail des gens (ex. : séances de soir);

accorder plus de temps aux questions; former des groupes plus homogènes et réduire les changements d'animateurs pour « faciliter le lien de confiance ».

Les observations qui ressortent de cette étude ainsi que les résultats des analyses seront discutés à la section suivante.

*Partie 6 : Discussion*

Avant de discuter des résultats de cette recherche, nous reviendrons sur les différences existant entre le programme de thérapie à l'étude et le modèle original proposé par Linehan, en tentant d'en estimer les effets. Les résultats statistiques seront ensuite discutés et il pourra être intéressant de les comparer avec ceux provenant des études cliniques de Linehan. Nous tenterons également d'estimer les retombées de cette étude pour l'institution et l'utilisation qu'il semble possible d'en faire. En terminant, les limites de cette recherche seront précisées, ce qui devrait permettre de nous éclairer davantage dans la compréhension des résultats.

#### *17. Retour sur les divergences entre le groupe du CHRDL et le modèle original de TCD*

Comme abordé précédemment, il existait certaines divergences entre le groupe de thérapie du CHRDL et le modèle original suggéré par Linehan. Ces divergences se situaient principalement au niveau du rythme des séances, de la fréquence et de la régularité des rencontres individuelles, ainsi que du nombre total d'intervenants en charge de l'animation du groupe. Il est difficile d'estimer si ces divergences ont pu affecter ou non l'efficacité du programme, la qualité des apprentissages ou encore le déroulement des rencontres du groupe. Toutefois, à partir des connaissances actuelles sur le trouble de personnalité état-limite ainsi que des commentaires obtenus au questionnaire de satisfaction, il est possible d'émettre certaines hypothèses.



À titre d'exemple, on peut se demander si les divergences observées n'auraient pas eu pour effet de contribuer au taux d'abandon élevé qui fut observé dans le groupe. Tout d'abord, on sait que les personnes avec TLP ont généralement de la difficulté à maintenir des relations stables et durables. La plupart ont vécu des relations intenses, douloureuses et chaotiques de sorte qu'elles ont souvent de la difficulté à faire confiance aux autres. En même temps, elles ont tendance à être dépendantes d'autrui, elles tolèrent mal les séparations qu'elles interprètent le plus souvent comme un abandon, et elles arrivent difficilement à s'adapter aux changements. La démarche de groupe en elle-même peut donc susciter plusieurs craintes et appréhensions pour ce type de clientèle. Ayant connu plusieurs expériences d'échec, il est fréquent que ces personnes commencent un traitement, mais l'abandonnent très rapidement.

Cela fut observable dans l'expérience de groupe menée au CHRDL : dans la première cohorte de gens sélectionnée pour participer au groupe, on nota un taux d'abandon de 55 %. Comme on peut le constater, ce taux correspond à celui observé dans l'étude 1 de Linehan et ses collègues, concernant les autres formes de traitement (50-55%), alors que le taux d'abandon dans le groupe TCD n'était que de 16,4 % . Comment expliquer cette différence?

En tenant compte des caractéristiques du TPL, on peut penser qu'un suivi plus rapproché, avec des rencontres individuelles et de groupes effectuées sur une base hebdomadaire, aurait peut-être favorisé le développement et le maintien d'un

engagement de la part des participants. Du moins, cela leur aurait permis de bénéficier d'un meilleur encadrement dans l'apprentissage des nouvelles compétences et aurait sans doute favorisé une plus grande continuité entre les rencontres. Plusieurs participants ont rapporté que le délai entre les séances était trop long et qu'ils avaient le temps d'oublier le contenu et de « décrocher » du programme.

Il aurait peut-être été préférable également que le groupe ne soit animé que par deux personnes, comme le suggère Linehan. Puisque le groupe était ouvert et que les participants devaient déjà s'ajuster aux allées et venues des membres du groupe, il aurait sans doute été plus facile pour eux de bénéficier d'une meilleure constance au niveau des animateurs. Cela aurait possiblement favorisé l'établissement d'une meilleure alliance thérapeutique entre les participants et les animateurs, comme le soulignent certains participants dans leurs réponses au questionnaire de satisfaction. Parallèlement à cela, Linehan (1993) considère que la relation thérapeutique est parfois la seule motivation permettant aux individus suicidaires de demeurer en vie. Dans cet ordre d'idée, on peut penser qu'une meilleure alliance aurait contribué à renforcer la motivation des participants à demeurer dans le groupe.

## *18. Discussion des résultats statistiques*

### *18.1 Résultats pré et post test au questionnaire DIB-R*

Comme décrit plus tôt, les analyses effectuées n'ont pas permis de démontrer un effet d'interaction entre le facteur temps et le facteur groupe, au niveau des mesures pré

et post-test. Il y avait bel et bien une différence significative sur le facteur temps, démontrant une diminution entre les scores pré et post-test, mais cela semblait à peu près équivalent pour l'ensemble des sujets.

Pour être admis au groupe de thérapie, on a vu que les sujets devaient avoir obtenu un score minimal de 8 au questionnaire DIB-R permettant de confirmer le diagnostic du TPL. En regard aux résultats post test, il est intéressant de noter qu'à la deuxième mesure, plusieurs sujets ont obtenu un score inférieur à 8. Cela est observable chez tous les sujets du groupe A (n = 4), chez cinq sujets du groupe B (n = 9) et chez quatre sujets du groupe C (n = 5). Alors qu'au départ toutes ces personnes s'étaient vues assigner un diagnostic de trouble de la personnalité état-limite, la majorité d'entre elles ne répondaient plus aux critères diagnostiques de ce trouble (selon les critères du DIB-R) et ce, après un délai de deux ans ou même moins chez certaines personnes.

Dans un premier temps, ces résultats suscitent des questions quant à la stabilité des scores au questionnaire DIB-R de même qu'au niveau du diagnostic de TPL. En regard tout d'abord aux différences observées entre les scores pré et post test au questionnaire DIB-R, on peut penser que cet instrument est particulièrement utile pour mesurer un état ponctuel et les symptômes qui l'accompagnent. Il semble toutefois important de rappeler que la version utilisée dans le cadre de cette étude en est une dont la validité n'a pas été démontrée. Cela ne signifie pas pour autant que cette version est invalide, mais il semble plus prudent de faire preuve de nuance dans l'interprétation des résultats. De

plus, certains auteurs soulignent que l'amélioration d'un symptôme peut parfois faire passer le résultat final sous le seuil diagnostic, sans que le trouble ne soit résorbé pour autant (Cloutier et Renaud, 2003).

Alors que le concept de personnalité est généralement reconnu comme étant stable au long cours, cela ne semble pas être le cas du trouble de personnalité état-limite. Plusieurs auteurs abondent dans ce sens, rapportant des résultats empiriques qui démontrent que l'incidence de ce diagnostic a tendance à diminuer avec le temps (Paris, 1988; Links, Heslegrave & Van Reekum, 1998). D'autres études ont mis en évidence des taux de rémission de 47 % après 6 ans (Zanarini et coll. 2002) et de 50% après 2 ans (McGlashan et al. 2002). En se basant sur ces données, il se peut donc que le passage du temps puisse contribuer, du moins en partie, à expliquer les différences observées entre les mesures pré et post test du questionnaire DIB-R.

En considérant ces résultats pour chacun des groupes pris individuellement, il fut possible d'observer une différence significative entre les scores pré et post test des sujets du groupe A, alors que ce ne fut pas le cas dans le groupe B, corroborant une partie de la première hypothèse. Toutefois, les scores pré et post test étaient significativement différents dans le groupe C également, ce qui va cette fois à l'encontre de ce qui était attendu. Cela suggère donc que la diminution des symptômes chez les personnes ayant complété la totalité du programme est comparable à celle observée chez les sujets du groupe C qui n'ont pourtant participé à aucune rencontre de groupe.

Ce dernier résultat particulièrement surprenant nous a incité à approfondir notre recherche en interrogeant chacun de ces sujets du groupe C. Nous voulions d'abord vérifier si ceux ayant obtenu un score inférieur à 8 au post test ( $n = 4$ ), n'avaient pas bénéficié d'un autre traitement ou service en attendant qu'une place se libère dans le groupe. Dans le but de vérifier cette hypothèse, ces sujets ont été informés de leurs résultats personnels au pré et au post-test, et nous leur avons demandé comment ils s'expliquaient cette différence entre les deux mesures. Il est à noter que l'une de ces personnes n'a pu être rejointe à ce moment-là, suite à un déménagement.

La première personne contactée avait obtenu un score de 9 au pré test et de 0 au post test. Madame est la seule qui confirme avoir bénéficié d'une thérapie individuelle en milieu privé au cours de cette période. Elle associe la diminution de ses symptômes à cette démarche qui s'est échelonnée selon elle, sur une période de deux ans et demi. Les deux autres personnes disent n'avoir participé à aucune forme de thérapie. Une d'entre elles, ayant obtenu un score de 10 au pré test et de 1 au post-test, associe principalement son mieux-être à la médication. Elle précise qu'elle se trouvait en dépression au moment du pré-test et que la prise d'antidépresseurs l'a beaucoup aidée. Elle dit aussi avoir travaillé sur elle-même : « j'ai appris à penser autrement et à lâcher prise dans les situations sur lesquelles je n'ai pas de pouvoir ».

Un autre sujet, dont les scores au pré et au post-test étaient respectivement de 9 et de 6, rapporte s'être pris en main par lui-même : « j'ai changé de milieu et modifié mon

cercle d'amis ». Il ajoute s'être fixé des objectifs de vie (ex. : retour aux études). Monsieur aurait pris des médicaments (il ne se rappelle pas lesquels exactement) pendant un certain temps puis aurait cessé de les prendre sous recommandation de son médecin, compte tenu des effets secondaires que cela provoquait chez lui (crises d'épilepsie). Au moment du post test, il disait ne prendre aucune médication depuis environ un an. Il reconnaît avoir encore des difficultés à contrôler son impulsivité, mais se dit beaucoup moins agressif qu'avant. De plus, monsieur remarque que ses symptômes sont accentués lorsqu'il a faim : selon lui, il devient alors très irritable, impatient et parfois confus, précisant que cela se calme après les repas. À première vue, cela suggère la présence d'un trouble d'hypoglycémie en co-morbidité. Une investigation médicale pourrait permettre de vérifier cette hypothèse.

Si l'amélioration des sujets n'ayant jamais participé au programme pouvait à première vue remettre en question l'utilité du groupe de thérapie, cette vérification a permis de démontrer qu'il y avait d'autres ressources ou facteurs pouvant expliquer la diminution des symptômes. Cette analyse plus approfondie révèle donc que des variables non contrôlées initialement dans le programme ou dans notre recherche, peuvent avoir un impact important sur l'amélioration des personnes, ce qui nous incite à une grande prudence dans l'interprétation des résultats.

Les participants se sont améliorés significativement selon les critères objectifs du DIB-R et de leur point de vue selon le questionnaire de satisfaction, le programme s'est

avéré aidant et bénéfique. Toutefois, les améliorations des sujets du groupe C permettent de constater que ce programme n'est pas le seul ou le meilleur moyen d'aider les personnes qui souffrent d'un trouble de personnalité état limite. Tout comme dans le groupe C, les participants du groupe A auraient pu eux aussi, individuellement, donner toutes sortes d'explication pour les changements survenus.

### *18.2 Résultats reliés aux hospitalisations*

Comme on l'a vu, l'analyse de variance à mesures répétées n'a pas permis de démontrer d'effet d'interaction entre le facteur temps et le facteur groupe, en ce qui concerne le nombre de jours d'hospitalisation par année. La courbe des fréquences du temps moyen d'hospitalisation dans chacun des groupes a démontré un plus grand nombre de jours d'hospitalisation dans le groupe A que dans le groupe C, et ce, principalement après le programme. À titre d'exemple, le temps moyen d'hospitalisation durant la dernière année du programme (de mars 2003 à février 2004) était de 4,5 jours dans le groupe A, comparativement à 1,6 jour dans le groupe C. Dans l'année qui a suivi l'arrêt du programme (de mars 2004 à février 2005), il fut de 38 jours dans le groupe A alors qu'on ne dénotait aucune hospitalisation dans le groupe C. On peut voir aussi que le dernier temps d'hospitalisation noté dans le groupe A, est semblable à celui retrouvé dans l'étude 1 de Linehan et ses collègues (1991), chez les sujets du groupe contrôle : 38,86 jours (durant l'année de traitement). À première vue, cela suggère que les participants ayant complété la totalité du programme arrivaient à

bien fonctionner tant qu'ils pouvaient bénéficier de cet encadrement, mais que leur niveau de fonctionnement se détériorait lorsque le programme prenait fin.

En considérant le temps d'hospitalisation individuel à chaque participant, il fut toutefois possible de constater que cela n'était pas généralisable à l'ensemble du groupe A. En effet, cela a permis de démontrer qu'un seul de ces individus a réellement vécu une « régression » suite à l'arrêt du programme avec un total de 152 jours d'hospitalisation dans la dernière année (de mars 2004 à février 2005). Pour les autres participants du groupe A, la diminution a bel et bien été maintenue puisque aucun d'eux n'a été hospitalisé durant cette période. Cela illustre comment la présence d'une donnée « extrême » peut biaiser la moyenne de l'ensemble du groupe, qui en réalité correspond à celle retrouvée dans le groupe C.

### *18.3 Résultats reliés aux visites à l'urgence*

L'analyse de variance à mesures répétées n'a pas permis de démontrer d'effet d'interaction entre le facteur temps et le facteur groupe, au niveau du nombre moyen de visites à l'urgence par année, retrouvé dans les groupes A et C. Encore ici, aucune différence significative ne fut observable au plan statistique. Il fut toutefois intéressant de s'attarder à la fréquence des visites à l'urgence de chacun des individus des groupes A et C.



Tout d'abord, cela a permis de démontrer qu'une seule personne du groupe A avait eu recours au service de l'urgence pendant la période de temps mesurée et que la fréquence de ses visites avait eu tendance à diminuer après le début du programme. En comparaison, il fut également possible de remarquer que les personnes du groupe C avaient quant à elles presque toutes eu recours à ce service au moins une fois pendant la période mesurée. De plus, la fréquence de leurs visites à l'urgence était demeurée stable ou avait augmenté dans le temps. Cela démontre donc que les personnes n'ayant jamais participé au programme ont eu davantage recours à ce service que celles du groupe A.

#### *19. Estimation des retombées de cette recherche pour l'institution*

Cette étude devrait permettre d'éclairer certains des questionnements relatifs à l'expérience de groupe de la Thérapie comportementale dialectique au CHRDL, et également d'identifier des pistes d'amélioration en vue d'une reprise éventuelle de ce programme dans le milieu. En se basant sur les résultats obtenus au cours de cette étude et sur ceux émanant des recherches de Linehan, les intervenants pourraient être amenés par exemple, à réviser le rythme des rencontres ou la prise en charge de l'animation et plus particulièrement le suivi individuel.

Nous sommes conscients toutefois des limites imposées par le milieu institutionnel lui-même auxquelles les intervenants sont confrontés dans leur pratique. Ceux-ci doivent souvent composer avec un horaire de travail très chargé ainsi qu'avec les contraintes organisationnelles et budgétaires de l'institution. En ne négligeant pas cette

réalité, nous pensons que cette étude servira à alimenter la réflexion et les discussions dans les équipes.

## *20. Limites de la recherche*

Parmi les limites rencontrées au cours de cette recherche, la plus importante est sans aucun doute le nombre très restreint de participants dans chacun des groupes. Cette condition a certainement limité la puissance des analyses statistiques, nous incitant par le fait même à interpréter les résultats de manière prudente et nuancée. Parallèlement à cela, nous n'avons pas été en mesure d'obtenir la participation de la totalité des gens inscrits au programme. Puisque les groupes étaient déjà très petits, on peut penser que l'ajout de ces quelques données aurait pu influencer les résultats obtenus. Dans ces conditions, il ne semble pas possible de généraliser les résultats actuels à l'ensemble des individus sélectionnés initialement pour participer au programme.

Parmi les autres limites rencontrées au cours de cette étude, il y a le manque d'uniformité au niveau de la durée de participation, dans la composition du groupe B. Les sujets de ce groupe n'ont pas tous participé au même nombre de rencontres et ils n'ont pas tous abordé les mêmes thèmes. Certains pouvaient se rapprocher du groupe A alors que d'autres pouvaient se rapprocher du groupe C. Les effets du programme sur ces sujets sont donc difficiles à isoler et l'analyse statistique ne peut corriger cette difficulté.

Une troisième limite concerne la validité des instruments de mesure utilisés. Comme cité précédemment, la version du DIB-R traduite en français par Meunier, Matte et Côté a été conçue dans un but clinique et sa validité n'a pas été démontrée. Cependant, comme cet instrument avait été utilisé préalablement au programme, nous avons choisi de l'utiliser à nouveau dans le cadre de notre étude, afin d'assurer une standardisation dans le processus de cueillette des données et rendre ces données comparables entre les groupes.

Finalement, une autre limite importante concerne l'hétérogénéité dans la composition des groupes. Comme l'ont démontré les entrevues individuelles avec les sujets du groupe C, les participants n'étaient pas homogènes au niveau des symptômes du TPL, de la co-mobilité, de l'utilisation des services et de la médication, etc. Le contrôle de ces variables aurait certainement pu donner des résultats fort intéressants.

*Conclusion*

L'intérêt porté au trouble de la personnalité état-limite semble avoir pris beaucoup d'ampleur au cours des dernières années. Il suffit d'effectuer un survol de la littérature et de constater les nombreuses publications à ce sujet pour s'en rendre compte. Plusieurs auteurs dénotent une hausse des cas de TPL dans les cliniques de santé mentale et très peu d'entre elles seraient spécialisées pour traiter cette clientèle reconnue comme étant difficile. Par ailleurs, il n'est pas rare que les équipes soignantes dénoncent le manque d'outils et de ressources pour composer avec ce type de clients.

La Thérapie comportementale dialectique développée par Linehan ressort comme étant l'un des rares programmes de traitement cognitivo comportemental conçu spécifiquement pour le TPL et dont l'efficacité a pu être démontrée empiriquement. Il n'est donc pas surprenant que l'on s'y réfère fréquemment dans les institutions et les cliniques de santé mentale pour traiter les clients état-limite, tel que ce fut le cas dans les services externes de psychiatrie de Lanaudière. Comme cité précédemment, ce programme fut d'abord mis en place en 1997 dans le secteur de Rawdon et plus récemment, à la clinique externe de psychiatrie adulte du Centre hospitalier régional de Lanaudière (secteur Joliette-Autray). Dans le cadre de cette première expérimentation au CHRDL, le programme s'est échelonné de février 2002 à février 2004.

Le but de cette étude était d'effectuer un bilan de ces deux années de programme et de répondre aux questions des intervenants du milieu en lien avec les objectifs de départ. Plus précisément, on voulait savoir si le programme avait contribué à rendre ces clients moins dépendants des services, en diminuant la fréquence des visites à l'urgence ainsi que le temps d'hospitalisation. On souhaitait également estimer l'évolution des clients et la diminution de leurs symptômes par le biais d'une mesure post test au questionnaire DIB-R.

Les résultats de cette recherche suggèrent que toutes les personnes ayant complété le programme ont connu une diminution de leurs symptômes suite au traitement et ne répondaient plus aux critères diagnostiques du TPL, à la deuxième mesure du DIB. De plus, ces personnes n'ont généralement pas eu recours aux services d'hospitalisation et d'urgence (à l'exception d'un individu pour chacun de ces services). En ce qui concerne le groupe de personnes ayant abandonné le programme, environ la moitié a présenté une diminution des symptômes à la deuxième mesure, alors que les autres répondaient toujours aux critères diagnostics du TPL (selon le DIB-R). Enfin, pour ce qui est des personnes n'ayant jamais assisté au groupe, celles-ci ont presque toutes (sauf une) démontré une diminution de leurs symptômes et ne semblent généralement pas avoir recours à l'hospitalisation. Toutefois, ces gens semblent avoir davantage tendance à se référer au service de l'urgence.

Bien que nous ne soyons pas en mesure de nous prononcer sur l'efficacité de la TCD, nous pouvons voir que de manière générale, les résultats actuels vont dans le sens de ce qui était attendu. Dans le même sens, les améliorations notées à tous les niveaux chez les gens ayant complété l'ensemble des modules d'apprentissage, portent à croire à l'utilité de ce programme dans le milieu. Cependant, il semble également important de rappeler que d'autres facteurs comme le passage du temps ou la prise de médication, ont pu contribuer à ces changements. Cela ressort par ailleurs dans les améliorations observées chez les gens qui n'ont jamais assisté aux rencontres de groupe.

Cette étude a également permis de démontrer que les participants avaient été généralement satisfaits de leur expérience dans le groupe de thérapie. La plupart ont rapporté avoir fait des apprentissages et constaté des améliorations dans leur vie. En dépit de cela toutefois, il fut possible d'observer un taux d'abandon de 55% dans le groupe, alors que les études de Linehan et ses collègues ont rapporté un taux d'abandon de 16,4% dans la TCD standard. À la lumière de nos observations, il y a lieu de penser que certains facteurs comme le délai entre les rencontres et le roulement d'animateurs, ont possiblement affecté l'alliance thérapeutique dans le groupe et par le fait même contribué à ce taux d'abandon.

En vue d'une reprise éventuelle du programme dans le milieu, il pourrait être intéressant d'en modifier certains aspects. En effectuant par exemple les rencontres sur une base hebdomadaire, combinant le groupe à une thérapie individuelle d'orientation

TCD, et en assurant une meilleure constance dans l'animation, peut-être que nous obtiendrions des résultats encore plus intéressants. Du moins, cela permettrait de se rapprocher encore davantage du modèle standard de Linehan et d'en effectuer une évaluation plus précise par la suite. Dans le même ordre d'idée, il pourrait être intéressant également d'utiliser divers instruments de mesure dans la sélection des participants, de manière à élargir les possibilités d'analyses et la puissance des recherches ultérieures. D'autres types de mesures pourraient alors être incluses, notamment en ce qui concerne l'impulsivité (identifiée par plusieurs répondants) et les habiletés spécifiques enseignées dans le programme.



*Références bibliographiques*

- American Psychiatric Association. (1996). *Mini DSM-IV : Critères diagnostiques*. (Washington, DC, 1994). Traduction française par J. D. Guelfi et coll., Masson : Paris.
- Bouchard, S. (2003). *Approche cognitive du trouble de personnalité limite : intérêt et limites actuelles*. *Revue québécoise de psychologie*, vol. 24, no.2, 221-226.
- Cloutier, J. & Renaud, S. (2003). *L'évaluation du trouble de personnalité limite à l'aide d'outils diagnostiques*. *Revue québécoise de psychologie*, vol. 24, no.2, 119-137.
- Gunderson, J. G., Kolb, J.E. & Austin, V. (1981). *The diagnostic interview for borderline patients*. *American Journal of Psychiatry*, 138:7, 896-903.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D. & Heard, H. L. (1991). *Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients*. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M. M., Tutek, B. A., Heard, H. L. (1994). *Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients*. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1771-1776.
- Linehan, M. M. (2000a). *Manuel d'entraînement aux compétences pour traiter le trouble de personnalité état-limite* (The Guilford Press, New York, 1993). Traduction française par Page, M. & Wehrlé, P., Editions Médecine & Hygiène, Genève.
- Linehan, M. M. (2000b). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite* (The Guilford Press, New York, 1993). Traduction française par Page, M. & Wehrlé, P., Editions Médecine & Hygiène, Genève.
- Links, P. S., Heslegrave, R. & Van Reekum, R. (1998). Prospective follow-up study of borderline personality disorder: Prognosis, prediction of outcome, and axis II comorbidity. Dans J. Cloutier & S. Renaud, *L'évaluation du trouble de personnalité limite à l'aide d'outils diagnostiques*. *Revue québécoise de psychologie*, vol. 24, no.2, p.123.

- McGlashan, T. H., Gunderson, J. G., Skodol, A. E., Shea, M. T., Stout, R. L., Sanislow, C. A. et Grilo, C. M. (2002). Two-year diagnostic stability of four DSM-IV personality disorders : Schizotypal personality disorder, BPD, avoidant personality disorder, and OCD. Dans J. Cloutier & S. Renaud, *L'évaluation du trouble de personnalité limite à l'aide d'outils diagnostiques*. Revue québécoise de psychologie, vol. 24, no.2, p.123.
- Meunier, J., Matte, R. & Côté, J. (1989). *Entrevue diagnostique révisée pour personnalités limites (DIB-R)*. Traduction française de la version originale *The revised diagnostic interview for borderlines* (Zanarini et al., 1989). Département de psychiatrie, Centre hospitalier St-Vincent-de-Paul, Sherbrooke.
- Paris, J. (1988). Follow-up studies of borderline personality disorder : A critical review. Dans J. Cloutier & S. Renaud, *L'évaluation du trouble de personnalité limite à l'aide d'outils diagnostiques*. Revue québécoise de psychologie, vol. 24, no.2, p.123.
- Renaud, S. & Lecomte, Y. (2003). *Guide de lignes directrices pour le traitement des patients atteints de trouble de personnalité limite*. Santé mentale au Québec, XXVIII, 1, 73-94.
- SEPIA Joliette-Autray (2002). *Document de présentation pour le Groupe de thérapie cognitive pour clients souffrants de trouble de personnalité borderline*.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J.G., Frankenburg, F.R. & Chauncey, D.L. (1989). *The revised diagnostic interview for borderlines: Discriminating BPD from other axis II disorders*. Journal of Personality Disorders, 3 (1), 10-18.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F.R., Hennen, J. et Silk, K. R. (2002). Six-year symptomatic and functional course of BPD. Dans J. Cloutier & S. Renaud, *L'évaluation du trouble de personnalité limite à l'aide d'outils diagnostiques*. Revue québécoise de psychologie, vol. 24, no.2, p.123.