

Étude rétrospective d'efficacité de la thérapie comportementale dialectique sur des groupes d'adolescents suicidants présentant un trouble de la personnalité limite

Nicolas Benard

▶ **To cite this version:**

Nicolas Benard. Étude rétrospective d'efficacité de la thérapie comportementale dialectique sur des groupes d'adolescents suicidants présentant un trouble de la personnalité limite. Psychiatrie et santé mentale. 2021. dumas-03275075

HAL Id: dumas-03275075

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03275075

Submitted on 30 Jun 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2021

THESE 2021-56

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

SPECIALITE PSYCHIATRIE

ETUDE RETROSPECTIVE D'EFFICACITE DE LA THERAPIE COMPORTEMENTALE DIALECTIQUE SUR DES GROUPES D'ADOLESCENTS SUICIDANTS PRESENTANT UN TROUBLE DE LA PERSONNALITE LIMITE

Présentée et soutenue publiquement
le mercredi 9 juin 2021
par
Nicolas BENARD

PRESIDENT DU JURY :
Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILE

MEMBRES DU JURY :
Monsieur le Maître de Conférences des Universités Xavier BENAROUS
Monsieur le Docteur Ugo PACE

DIRECTEUR DE THESE :
Monsieur le Docteur Sébastien GARNY DE LA RIVIERE

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Pédopsychiatrie)

Coordonnateur du DES de Psychiatrie

Monsieur le Professeur,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse.

Merci pour le temps que vous prenez afin de nous aiguiller dans notre formation, pour votre disponibilité et votre considération que je sais être sincère.

Je ne saurais assez vous remercier pour l'approche que vous apportez dans votre pratique qui a su attiser ma curiosité.

Soyez assuré de mon plus sincère respect et de ma profonde reconnaissance.

Monsieur le Docteur Xavier BENAROUS

Maitre de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier

(Pédopsychiatrie)

Cher Xavier,

Je te remercie de me faire l'honneur d'être présent dans mon jury de thèse.

Merci pour ta confiance et ton soutien dans les projets que nous avons pu partager.

Je te remercie pour ta patience, ton accessibilité et tes conseils. J'ai eu l'occasion d'apprendre beaucoup à ton contact.

Trouve ici l'expression de mon plus sincère respect et de ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur Sébastien GARNY DE LA RIVIERE

Praticien Hospitalier

(Pédopsychiatrie)

Cher Sébastien,

Je te remercie pour l'honneur que tu m'as fait d'avoir accepté d'encadrer ma thèse.

Je te remercie également pour ton soutien durant ces moments d'incertitudes dans le service et pour le calme dont tu fais preuve dans les moments difficiles.

Un grand merci également pour toutes ces connaissances que tu partages et qui ont su développer mon intérêt.

Trouve ici l'expression de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

Monsieur le Docteur Ugo PACE

Praticien Hospitalier Contractuel

(Pédopsychiatrie)

Cher Ugo,

Je te remercie de me faire l'honneur d'être présent dans mon jury de thèse.

Merci pour ton accessibilité et tes nombreux questionnements sur nos pratiques. J'aurais beaucoup appris à ton contact et travailler avec toi a été un plaisir.

Je tiens à te remercier pour m'avoir apporté un autre regard ainsi que pour ta diplomatie et ton calme.

Trouve ici l'expression de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

A ma femme, pour une patience et une compréhension au-delà du raisonnable, pour tout ce que tu m'offres chaque jour. Je n'en serai pas là sans toi.

A mes parents, pour votre soutien, vos encouragements, votre patience et ces qualités que vous avez su me transmettre.

A ma sœur, pour ton humanité ta gentillesse et cet amour que tu donnes sans compter.

A mon frère, pour ton amour des débats et cette finesse d'esprit, empreints d'une profonde philanthropie.

A ma belle-famille, pour votre gentillesse, vous rencontrer est une chance, partager votre table un plaisir. Je vous remercie pour m'avoir si bien accueilli.

A ceux qui ne sont plus là, je ne vous oublie pas ni tout ce que vous m'avez apporté.

A Mohamed, Violaine, Julien, Antoine, Laure, que d'aventures, de chemin parcouru jusqu'ici. Je vous souhaite autant de bonheur que vous m'en avez apporté.

A Marc, John, Pascal, Maximilien, Joseph, Friedrich, Jean-Jacques… merci pour vos pensées qui m'apportent tant aujourd'hui

Aux équipes, mes co-internes, mes chefs, comment ne pas vous remercier, vous avec qui j'ai partagé tant de moments difficiles et d'expériences enrichissantes.

Aux patients, j'aurais appris tant de choses grâce à votre patience face à mes premiers pas.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ILLUSTRATIONS 11
RESUME 13
ABSTRACT 15
LISTE DES ABREVIATIONS 17
I. INTRODUCTION 19
1. Epidémiologie 19
2. Le diagnostic de TPL 19
2.1 Le TPL selon le DSM-V 20
2.2 Le TPL selon la CIM-10 20
3. Apports des Thérapies Cognitivo-Comportementales 21
4. Thérapie Comportementale Dialectique 22
4.1 Principe théorique de la TCD 22
4.2 Les 4 axes de la TCD 22
5. Bilan territorial des conduites suicidaires 24
6. Objectifs de l'étude 24
II. MATERIEL ET METHODES 26
1. Formation des encadrants à la TCD 26
2. Critères d'inclusions dans les groupes de TCD 26
3. Constitution des groupes 27
4. Echelles d'évaluation 27
4.1 Distress Tolerance Scale (DTS) 27
4.2 Difficulty of Emotional Regulation Scale (DERS) 27
4.3 Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ) 28
4.4 Borderline Symtoms List 23 (BLS-23) 28
4.5 Diagnostic Interview for Borderline Revised (DIB-R) 28
5. Différences intergroupes 28
6. Supports de présentation des modules 28
7. Durée de présentation 29
8. Données cliniques 29
III. RESULTATS 30
1. Age moyen des patientes par groupe 30
2. Présence aux groupes 30
3. Répartition des scores à la DIB-R dans les groupes 31

4. DERS 33
5. DTS 34
6. FFMQ 35
7. BSL-23 36
8. Durée d'hospitalisation 39
9. Passage aux urgences 40
IV. DISCUSSION 41
1. Interprétation des résultats 41
2. Modulation de la TCD 43
3. Présences aux groupes 44
4. Limites liées au recrutement 44
5. SECURIPLAN 45
6. Maintien des compétences spécifiques 45
7. Amélioration de la présentation des modules 45
8. Biais lié aux traitements 46
9. La TCD en France 46
V. CONCLUSION 47
VI. BIBLIOGRAPHIE 49
VII. ANNEXES 55
Annexe I : échelle d'évaluation BSL-23 55
Annexe II : échelle d'évaluation DERS 56
Annexe III : échelle d'évaluation DTS 58
Annexe IV : échelle d'évaluation FFMQ 59

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figures

Figure 1 : Présence aux groupes par patiente exprimée en pourcentage 30
Figure 2 : Comparaison des présences moyennes par groupe exprimée en pourcentage 31
Figure 3 : Répartition des scores à la DIB-R tous groupes confondus exprimée en pourcentage 32
Figure 4 : Représentation graphique des scores à la DERS des groupes avant et après la TCD 33
Figure 5 : Comparaison des variations des scores à la DERS avant et après la TCD par groupe 33
Figure 6 : Représentation graphique des scores obtenus par les groupes à la DTS avant et après la TCD 34
Figure 7 : Comparaison des variations des scores obtenus à la DTS par les groupes avant et après la TCD 34
Figure 8 : Représentation graphique des scores à la FFMQ des groupes avant et après la TCD 35
Figure 9 : Comparaison des variations des scores obtenus par les groupes à la FFMQ avant et après la TCD 36
Figure 10 : Score BSL-23 du groupe de 2015 37
Figure 11 : Score BSL-23 du groupe de 2016 37
Figure 12 : Score BSL-23 du groupe de 2018 38
Figure 13 : Score BSL-23 du groupe de 2019 38
Figure 14 : Comparaison des variations des scores à la BSL-23 par groupe avant et après la TCD 39
Figure 15 : Evolution de la DMS dans les groupes de 2016 à 2019 avant et après la TCD ... 40
Figure 16 : Passages à l'acte relevés aux urgences du CHU d'Amiens dans les groupes 2016 à 2019 avant et après la TCD 40

Tableaux

Tableau 1 : Age moyen des patientes par groupe 30
Tableau 2 : Répartition des scores de DIB-R dans le groupe de 2015 31
Tableau 3 : Répartition des scores de DIB-R dans le groupe de 2016 31
Tableau 4 : Répartition des scores de DIB-R dans le groupe de 2018 32
Tableau 5 : Répartition des scores de DIB-R dans le groupe de 2019 32

RESUME

Introduction : Les adolescents ayant un Trouble de Personnalité Limite (TPL) sont le plus souvent suivis en Psychiatrie suite à des passages à l'acte auto-agressifs. D'après les données de la littérature, la Thérapie Comportementale Dialectique (TCD) permettrait de diminuer l'auto-agressivité par l'acquisition de compétences spécifiques. Nous avons souhaité étudier l'acquisition de ces compétences au sein de groupes thérapeutiques formés dans notre centre.
Matériels et méthodes : 24 patients ont été inclus dans des groupes qui se sont déroulés de 2015 à 2019 durant 12 semaines. Les critères d'inclusion étaient : un âge compris entre 12 et 16 ans, un score à la diagnostic interview for Borderline-Revised (DIB-R) de 7 minimum et un antécédent de passage à l'acte. L'acquisition des compétences a été évaluée par des passations d'échelles d'évaluation avant l'inclusion dans le groupe puis à l'issue de celui-ci.
Résultats : Les échelles montrent avec des scores significatifs ($p<0.05$) une amélioration des compétences. Les données recueillies rétrospectivement à partir des dossiers des patientes montrent une diminution du temps d'hospitalisation ainsi qu'une baisse des passages à l'acte.
Discussion : Les résultats sont encourageants concernant l'amélioration des compétences des patients lors des groupes de TCD. La mise en place d'un groupe contrôle ou la réalisation d'une expérience similaire dans un autre centre permettrait de conforter les résultats obtenus.
Conclusion : La TCD permet une amélioration clinique des patients ayant un TPL. Ces groupes pourraient avoir une place dans la prise en charge usuelle des patients et ainsi répondre à cet enjeu de santé publique.

Mots-clés : Trouble de Personnalité Limite (TPL), Thérapie Comportementale Dialectique (TCD), passage à l'acte auto-agressif, adolescent, suicidant.

ABSTRACT

Introduction: Adolescents with Borderline Personality Disorder (BPD) are most often treated in psychiatry following self-harm behavior. According to literature, Dialectical Behavioral Therapy (DBT) could reduce self-harm by acquiring specific skills. We wished to study the acquisition of these skills within therapeutic groups formed in our center.

Materials and methods: 24 patients were included in 12 weeks groups between 2015 and 2019. Inclusion criteria were: age 12 to 16 years, a Diagnostic Interview for Borderline-revised (DIB-R) score ≥ 7 and at least one report of self-harm behavior. The acquisition of skills was assessed by evaluation scales before and after the DBT groups.

Results: The scales showed significant ($p<0.05$) improvement in skills. The data collected retrospectively from patients records show a decrease in hospitalization time and a decrease in self-harm behavior requiring emergency care.

Discussion: The results are encouraging regarding the improvement of patients' skills during the DBT groups. A control group or a similar experiment in another center would allow us to confirm the obtained results.

Conclusion: DBT allows clinical improvement of patients with BPD. These groups could have a place in routine care of DBT patients and respond to this public health issue.

Keywords: Borderline Personality Disorder (BPD), Dialectical Behavior Therapy (DBT), self-harm behavior, adolescent, suicidal.

LISTE DES ABREVIATIONS

BSL-23 : Borderline Symtoms List 23
CMP : Centre Medico-Psychologique
DERS : Difficulty in Emotion Regulation Scale
DIB-R : Diagnostic Interview for Borderline Revised
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
DTS : Distress Tolerance Scale
EPSM : Etablissement Publique en Santé Mentale
FFMQ : Five Facet Mindfulness Questionnaire
TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale
TCD : Thérapie Comportementale Dialectique
TPL : Trouble de Personnalité Limite
UMA : Unité de Médecine de l'Adolescent
UQAM : Université du Québec à Montréal

I. INTRODUCTION

1. Epidémiologie

Le TPL représenterait de 2 à 5,9% de la population générale selon les études (1,2). Il s'agit d'un trouble avec une forte représentation dans la population clinique suivie en Psychiatrie : selon les études, les patients avec TPL représentent 15 à 40% des patients hospitalisés en hôpital psychiatrique et 10 à 15% des patients suivis en psychiatrie ambulatoire (3,4).
Les patients diagnostiqués TPL présentent souvent de nombreuses comorbidités ce qui les conduits à être régulièrement hospitalisés avec des suivis de longue durée. De plus, ces patients ont une probabilité de décès par suicide cinquante fois plus élevée que la population générale (2,5). La proportion de femmes hospitalisées ne respecte pas le sexe-ratio dans la population générale. En effet, bien que le TPL touche autant les hommes que les femmes, en hospitalisation, le diagnostic de TPL est retrouvé majoritairement chez des femmes puisqu'elles représentent 70% des cas diagnostiqués (6).

Bien souvent, le TPL se complique avec au moins une comorbidité :

- Une consommation de toxiques est retrouvée chez 65% des patients avec TPL (1,7)
- Des troubles de l'humeur sont également fréquemment retrouvés, dans 40 à 85% des cas (1,7)
- Un stress post-traumatique est détecté chez 45 à 55% des patients avec TPL (4,7)
- Des troubles du comportement alimentaire et des troubles anxieux sont présents chez 30 à 50% de ces patients (7)
- L'association entre TPL et troubles bipolaires a été mise en avant par quelques études et représenterait 10 à 20% des cas (1,4,7)

Compte tenu de la présence de ces comorbidités qui peuvent se surajouter les unes aux autres et de la variabilité de la symptomatologie des TPL, il semble important de s'intéresser aux critères diagnostiques ainsi qu'aux méthodes cliniques permettant de poser le diagnostic.

2. Le diagnostic de TPL

Le TPL est une pathologie qui a été décrite pour la première fois à la fin du XIX^{ème} siècle. Depuis, de nombreux écrits ont permis d'affiner le diagnostic.
Charles H. Hugues décrit une clinique de patients oscillant dans un état entre les limites de la psychose et de la normalité en 1884 aux Etats-Unis (8). Par la suite, Adolph Stern précise quelque peu les contours de cette pathologie. Il mettra en avant le caractère hypersensible de ces patients accompagné d'une estime de soi très faible ainsi qu'une rigidité défensive (9).
Dans les années 1950, le concept se précise encore par l'introduction du syndrome d'abandon chez l'enfant, décrivant des enfants ayant subi un abandon précoce dans leur enfance conduisant au développement d'une avidité affective insatiable selon Germaine Guex (10).
Par la suite, Otto Kernberg avancera l'idée d'une organisation limite en 1975. Il définira ainsi une organisation pathologique de la personnalité qui a peu de capacité de gestion de ses objets

internes ce qui entrainerait un mode de fonctionnement basé sur le mécanisme de défense qu'est le clivage (11).
Jean Bergeret et René Roussillon vont faire évoluer la notion de structure vers une notion de polarité qui prendra ainsi mieux en compte la possibilité d'évolution des patients et de leur pathologie (12).

Aujourd'hui, le diagnostic de TPL repose sur deux classifications majeures qui ont toutes deux une approche différente et complémentaire. Le DSM-V propose une approche plus catégorielle de ce trouble alors que la CIM-10 repose sur une approche plus dimensionnelle des troubles.

2.1 Le TPL selon le DSM-V

Le TPL se définit selon le DSM-V par une approche catégorielle qui permet de poser le diagnostic si le patient présente depuis plus d'un an au moins cinq des neufs critères suivants (13) :

- Sentiment chronique de vide
- Efforts effrénés pour éviter les abandons
- Relations interpersonnelles instables et intenses
- Impulsivité
- Instabilité de l'humeur
- Répétition de comportement de geste ou de menace suicidaire
- Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image de soi
- Colère intense et inappropriée ou difficulté à contrôler sa colère
- Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères

2.2 Le TPL selon la CIM-10

La CIM-10 dénomme le TPL comme Trouble de personnalité émotionnellement labile (14).
Cette appellation met en avant la particularité des patients quant à la gestion de leurs émotions.
Le diagnostic repose sur les éléments suivants :

- Tendance à agir de façon impulsive sans considération pour les conséquences
- Humeur imprévisible et capricieuse
- Difficulté à contrôler les impulsions pouvant occasionner des explosions émotives
- Tendance à adopter un comportement querelleur et à être en conflit avec les autres

Cette classification permet aussi de le scinder en deux catégories, un type borderline et un type impulsif, décrits comme suit :

Le type Borderline :

- Perturbation de l'image de soi, de la capacité à établir des projets, des préférences personnelles
- Sentiment chronique de vide intérieur
- Relation interpersonnelles instables et intenses

- Tendance à adopter un comportement autodestructeur incluant des tentatives de suicide et des gestes suicidaires

Le type impulsif :

- Caractérisé principalement par une instabilité émotionnelle et un manque de contrôle des impulsions

Le modèle de la CIM-10 permet une approche plus vaste de la problématique TPL laissant un peu plus d'espace à l'appréciation du thérapeute. Il rend bien compte de la difficulté à poser le diagnostic de TPL tant les symptômes sont divers.

3. Apports des Thérapies Cognitivo-Comportementales

Les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) ont une approche reposant sur l'émergence des neurosciences. Le principe est d'appliquer une médecine fondée sur les preuves et donc reproductible. Pour ce faire, les consultations respectent une structure avec des protocoles standardisés.
Le mouvement comportementaliste commencera par Pavlov au XX^{ème} siècle et sa célèbre expérience impliquant un chien et une cloche sonnant lors du repas. Cette expérimentation mettra en avant le caractère singulier du conditionnement appris et la possibilité de son extinction de par la répétition d'une situation sans stimuli (15).
En 1924, Mary Cover utilisera une thérapie que l'on nommera d'exposition avec des enfants . Celle-ci sera reprise par Richard L. Solomon qui théorisera le protocole des thérapies d'exposition (15).

Aaron Beck s'intéressera au trouble dépressif pour lequel il mettra au point un inventaire de dépression, encore utilisé de nos jours, et également un inventaire des états anxieux. Il développera des thérapies cognitives afin de les prendre en charge. Ainsi, il élaborera une théorie des schémas qui repose sur la notion de schémas mentaux qui s'imposeraient lors de situations se ressemblant et qu'il faudrait modifier pour apporter une réponse adaptée ; Beck participera donc au mouvement cognitiviste (15,16).

Ces deux mouvements finiront par se rejoindre afin de former les TCC qui agiront tant par le comportement que par la modification des schémas internes (17).
Les TCC s'inscrivent dans une volonté d'agir sur le comportement afin de modifier les pensées ce qui permet de moduler les comportements. Cette théorie part aussi du principe que les cognitions engendrent des émotions, il suffit ainsi de penser à des situations tristes pour faire fluctuer la thymie.
C'est donc sur les bases de ces découvertes que va s'appuyer Marsha Linehan pour développer sa théorie de la Thérapie Comportementale Dialectique (TCD)

4. Thérapie Comportementale Dialectique

Les bases de cette thérapie reposent sur la présence d'une dysrégulation émotionnelle constitutionnelle (18,19). Lorsque Linehan développe cette théorie, elle souhaite mettre en place une prise en charge adaptée au TPL et à ses spécificités. Comme nous l'avons évoqué, le patient avec TPL a des difficultés dans la gestion de ses émotions ; les comportementalistes auront tendance à penser que cela est en lien avec un mauvais apprentissage dans l'enfance ne permettant pas une gestion correcte de celles-ci (18,20,21).
Linehan propose la possibilité d'une altération constitutive du mécanisme central de régulation des émotions qui, en présence d'un environnement invalidant, aurait à terme pour conséquence une tendance à l'emballement. La résultante serait donc une dysrégulation émotionnelle non évitable mais à laquelle il est possible de se préparer en modifiant les cognitions permettant d'en réduire les effets. Elle intègre par là une vision plus biosociale du trouble TPL (18,22,23).

4.1 Principe théorique de la TCD

Pour prendre en charge les TPL, Linehan propose d'apprendre des compétences spécifiques aux patients afin de pallier aux « mauvais » apprentissages. Cela peut passer par une prise en charge individuelle accompagnée par une prise en charge de groupe (24).
La thérapie individuelle permet à la fois d'avoir un référent qui assure une continuité et également de tester les compétences de façon pratique en parallèle du groupe. Pour se faire, le praticien rencontre le patient de façon hebdomadaire dans un entretien semi-structuré ou le praticien est tenu de revenir en premier lieu sur les mises en danger. Cette pratique vise, par l'analyse des mises en danger, à travailler l'élaboration d'hypothèses par le patient et ainsi à développer ses compétences d'insight. Par la suite le patient peut apporter des questions en rapport avec les modules ou d'autres problématique interférant dans la prise en charge (25).
Le groupe quant à lui permet de présenter les compétences spécifiques de la TCD, ainsi qu'un partage d'expérience entre les patients autour de leurs difficultés et de leurs ressentis. Le but est de fournir des exercices à appliquer à la maison dès la fin de la séance. Par la suite, la mise en application pourra être reprise par le thérapeute individuel.

Selon la prise en charge prévue par Linehan, il faut être prêt à tout moment à appliquer ces compétences car la dysrégulation peut être imprévisible. A cet effet, il a été pensé des axes de travail afin de permettre une progression du patient face à ses difficultés (19,26).

4.2 Les 4 axes de la TCD

Les quatre axes de la TCD sont le mindfulness, la régulation des émotions, la tolérance à la détresse et les relations interpersonnelles.

La mindfulness :

Elle repose sur des notions spirituelles qui proposent de se concentrer sur ses ressentis afin d'en avoir une pleine conscience. Selon Linehann, la mindfulness présente un intérêt de par une approche en 3 étapes : une position d'observateur sans jugement apporté, une focalisation de l'attention sur un seul élément à la fois et se tourner vers ce qui peut fonctionner (18,27).

Adopter une position non jugeante à propos des expériences vécues nécessite une mise à distance des processus automatiques afin de mettre en mots l'expérience et focaliser l'attention sur le moment présent. Ces compétences se travaillent dans le temps et facilitent la prise en charge par la suite en permettant une fluidification de ce processus, la remise en cause de certains processus automatiques ainsi que la facilitation de la communication avec les autres.

La régulation des émotions :

Elle repose sur le principe des mauvais apprentissages, les patients n'ont souvent pas la capacité à réguler leurs émotions du fait d'une mauvaise interprétation et d'une incapacité à discriminer leurs propres émotions. Les patients apprennent donc à repérer et à interpréter les émotions (18,28).

Pour cela il est important qu'ils puissent avoir accès à leurs émotions afin de mieux les percevoir. Lorsqu'ils ressentent les émotions de façon prégnante, il est important de prendre le temps de définir celles-ci de façon correcte. Pour ce faire, il est nécessaire que le thérapeute puisse aider à l'élaboration des hypothèses. Par la suite, ils sont amenés à se concentrer sur une chaine de pensées afin de prendre conscience des facteurs précipitants entrainant une émotion. Lors de l'apparition des émotions leur intensité peut être variable. Cette variabilité existe pour toute personne mais elle aurait une intensité beaucoup plus importante pour les patients diagnostiqués TPL. Le contexte d'apparition des émotions est donc très important.

Il est capital de permettre la prise de conscience des possibilités de stabilisation de leur environnement par des habitudes de vie respectant des règles hygiéno-diététiques communes. De plus, il est possible de travailler sur un renforcement positif des activités réalisées par les patients afin d'en améliorer la perception ainsi que la satisfaction ressentie résultant de la valorisation de celles-ci. En effet si les activités sont valorisées et perçues de façon plus positive par le patient, il est possible de s'attendre à une amélioration de l'estime de soi.

En parallèle nous pouvons travailler sur ce qui arrive après l'apparition de l'émotion, le jugement de celle-ci. L'idée est ici de prendre conscience que l'émotion est jugée par le patient et que ce jugement est bien souvent négatif amplifiant ainsi la détresse émotionnelle. De fait le principe est d'accepter que cette émotion se présente sans la juger et d'adopter un comportement dans le sens opposé afin de ne pas se retrouver en difficulté par la suite.

La tolérance à la détresse :

Il s'agit d'un axe de travail qui reprend des éléments de la mindfulness de par une approche d'observation des émotions, d'expérience de celles-ci et de leur flux de pensées sans chercher à les stopper ou à les contrôler.

En revanche, cette expérience d'émotions intenses venant prendre d'assaut la conscience du patient n'empêche pas une réaction de sa part. Là où précédemment nous avions un passage à l'acte impulsif ayant des conséquences négatives pour le patient, l'intérêt est ici de porter le comportement vers une stratégie positive afin de ne pas rester dans ce schéma d'action.

Ainsi il est proposé au patient de se calmer en créant des conditions favorables à l'apaisement, de se distraire en mettant en action des activités qui vont focaliser la pensée, d'améliorer le ressenti de l'instant avec une pensée tournée vers les expériences positives et d'adopter une position de jugement rationnelle en évaluant les bénéfices et les risques. La détresse émotionnelle est toujours présente mais la souffrance qu'elle engendre peut ainsi être amoindrie ou bien au minimum ne pas être amplifiée.

Les relations interpersonnelles :

L'objectif ici est de pouvoir aider à stabiliser les relations interpersonnelles qui sont bien souvent compliquées d'incompréhensions. Il s'agit de permettre aux patients d'améliorer leurs relations en apprenant à définir des limites pour conserver une estime de soi et apprendre des stratégies de gestion des besoins et des relations pour faciliter le maintien de celles-ci.

5. Bilan territorial des conduites suicidaires

La prise en charge du suicide est un enjeu majeur de santé publique à l'heure actuelle (29–31). En effet, selon le bulletin de santé publique de février 2019, la région Hauts-de-France connait une surmortalité de 30% par suicide par rapport au niveau national et les hospitalisations suite à des tentative de suicides (TS) dépassent de 80% la moyenne nationale (32). De plus le département de la Somme est le premier en terme de nombre d'hospitalisations suite à une TS sur la région. 1 suicidant sur 10 récidive dans les 18 mois suivant son hospitalisation et la moitié d'entre eux récidivent après 4 mois. Les hommes entre 18 et 24 ans sont 7% à déclarer avoir fait une tentative de suicide et 6,1% pour les femmes. De façon surprenante, bien que les femmes soient moins nombreuses à déclarer une TS, elles sont surreprésentées dans les hospitalisations pour TS. Pour les adolescents, le bulletin précise une surreprésentation des patientes entre 15 et 19 ans qui comptent pour 15% de ces hospitalisations.

Ces chiffres rendent compte de l'état du territoire et il semble donc nécessaire de mettre en place des outils de prévention adaptés permettant d'améliorer la prise en charge de ces patients et en particulier des patients ayant un TPL, plus sujets aux passages à l'acte auto-agressifs (33–35).

6. Objectifs de l'étude

La prise en charge du TPL reste une problématique complexe tant durant les temps de rencontres hospitalières qu'ambulatoires. De par sa nature clivante ainsi que les contraintes liées aux institutions, le TPL interroge les limites des soins et ses dysfonctionnements. En raison de la nature des troubles ainsi que de leur évolution temporelle, la prise en charge se doit d'être organisée et stable dans le temps .

Les données de la littérature étant en faveur d'une efficacité de la TCD présentée en modules sur des temps courts ou en thérapie individuelle dans la prise en charge des patients TPL, nous avons cherché par ce travail à définir son intérêt et ses limites lorsqu'elle est présentée en groupe chez ces patients (36–38).

Nous avons donc souhaité évaluer l'efficacité de la prise en charge sur l'acquisition de compétences spécifiques. Pour cela, nous avons réalisé une étude rétrospective comparant les scores des échelles d'évaluation standardisées et les données cliniques à la suite de la prise en charge en groupe des patients. Nous nous sommes ainsi interrogés sur l'efficacité dans le temps de la prise en charge que nous avons effectué en cherchant à déterminer si les compétences acquises par ces patients pouvaient permettre une amélioration des durées d'hospitalisation et des passages à l'acte auto-agressifs comme nous avons pu le voir dans la littérature (39–41).

II. MATERIEL ET METHODES

1. Formation des encadrants à la TCD

Notre étude porte sur l'utilisation de la Thérapie Dialectique Comportementale (TCD) développée par Linehan dans des groupes de patients avec un Trouble de la Personnalité Limite (TPL).
Les encadrants des groupes chargés de présenter les compétences relatives à la TCD ont tous été formés au Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens.
La formation a été supervisée par le Professeur R. Labelle, enseignant chercheur au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM). La TCD étant peu développée en France, le Pr. Labelle a permis de développer une formation qui comportait une semaine de formation théorique puis la préparation d'un cas clinique rendant compte de 6 mois de pratique avec une supervision assurée par le Pr. Labelle. Une autre semaine de formation permettait de présenter les cas cliniques et de partager les expériences autour des prises en charge par la TCD.
Le Pr. Labelle a également participé à la réalisation de supports de présentation des compétences servant aux groupes.
Une séance de groupe se déroulait comme suit :
La présentation avait lieu dans une salle dédiée et débutait par un temps d'accueil du groupe de 30 minutes suivi par une séance de mindfullness de 5 minutes. Un temps de reprise des compétences présentées la semaine précédente et des tâches proposées pour les appliquer au domicile était ensuite réalisé durant une quinzaine de minute. Des supports de présentations sur de nouvelles compétences étaient présentés pendant 20 minutes et finalement, après 5 minutes de pause, il était présenté des exercices pratiques à réaliser au domicile accompagnés d'un entrainement durant 15 minutes.

2. Critères d'inclusions dans les groupes de TCD

Les patients intégrés aux groupes ont été recrutés par l'intermédiaire des différents lieux de prise en charge en psychiatrie de la ville d'Amiens : plusieurs services rattachés au CHU Amiens-Picardie, deux Centres Médico-Psychologique (CMP) et l'Etablissement Public de Santé Mentale de la Somme (EPSM). En effet, le principe des groupes de prise en charge a été présenté dans les CMP et à l'EPSM ce qui a permis d'élargir le recrutement à des patients ne se rendant pas au CHU Amiens-Picardie.
Afin d'intégrer les patients aux groupes, leur thérapeute a réalisé avec eux l'échelle Diagnostic Interview for Borderline Revised (DIB-R) qui permet d'orienter vers un TPL.
Bien entendu il était nécessaire que la clinique soit corrélée à cette échelle. Ce test était réalisé par un psychiatre durant un entretien et nécessitait une quarantaine de minute pour sa passation.

Les inclusions ont eu lieu entre 2015 et 2019 et les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Un score à la DIB-R supérieur ou égal à 7
- Un antécédent de passage à l'acte auto-agressif
- Un âge compris entre 12 et 16 ans inclus

- Patientes de sexe féminin

Peu de patients de sexe masculin ayant été présentés il a été décidé, afin de conserver des groupes homogènes et comparables, de n'inclure que des adolescentes en raison de la prédominance de femmes avec un TPL suivies en psychiatrie.

La prise en charge impliquait également la signature d'un contrat qui engageait le patient à suivre les modules présentés pendant 12 semaines à raison d'une rencontre par semaine.
Nous avons réalisé une batterie d'échelles d'évaluations avant la prise en charge dans les groupes puis à l'issue de cette prise en charge.

Les critères d'exclusion étaient un score inférieur à 7 à la DIB-R, l'absence d'antécédent de passage à l'acte auto-agressif, un sexe masculin et l'inclusion à tout autre programme de prise en charge suicidant tel que SECURIPLAN dont nous discuterons par la suite.

3. Constitution des groupes

Les groupes étaient composés de 24 femmes entre 12 et 16 ans recrutées entre 2015 et 2019.
Il n'y a pas eu de groupe en 2017 car le groupe de 2016 s'est déroulé entre la fin de l'année 2016 et le début de l'année 2017.
Il n'y a pas non plus eu de groupe en 2020 du fait de la situation sanitaire lié à la COVID-19 qui a empêché l'organisation et le rassemblement des patients au CHU d'Amiens.
Dans le groupe de 2019, 6 patientes avaient été incluses à l'origine. Cependant, l'une des patientes n'a pas participé au groupe en raison de difficultés personnelles et a été suivie en individuel uniquement. Il a donc été décidé de l'exclure de cette étude.

4. Echelles d'évaluation

Les échelles utilisées ont été sélectionnées suite aux multiples travaux ayant montré leur efficacité, notamment ceux de Janelle *et al.* qui a traduit et validé ces échelles (42,43).

4.1 Distress Tolerance Scale (DTS)

L'échelle de tolérance à la détresse est une échelle évaluant 4 axes : le repérage, l'absorption, la tolérance et la régulation. Elle a présenté une bonne fiabilité test-retest et un facteur alpha acceptable (Simons *et al.*, 2005) (44). Elle permettra dans notre étude d'évaluer l'évolution de la tolérance à la détresse suite au module présenté.

4.2 Difficulty of Emotional Regulation Scale (DERS)

La DERS est un auto-questionnaire qui permet d'évaluer la capacité des patients à réguler les émotions. Il est construit en 36 questions sur une échelle de Lickert allant de 1 à 5 selon le degré d'accord ou de désaccord avec la proposition. Elle a été créée et présentée par Gratz et Rommer en 2004 (45).

4.3 Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ)

La FFMQ est une échelle d'évaluation de l'intégration de la mindfulness. Cet auto-questionnaire est composé lui aussi d'une échelle de Lickert allant de 1 à 5 et représentant le degré d'acceptation ou non de la proposition. Il est composé de 39 questions et a été créé et présenté en 2006 par Baer *et al.* (46,47).

4.4 Borderline Symtoms List 23 (BLS-23)

Issue de la BLS-95, l'échelle BLS-23 permet d'avoir une bonne fiabilité avec moins de questions posées. Elle est composée de 23 questions et permet une évaluation de la probabilité de présence d'un TPL. Cette échelle est tirée des travaux de Bohus *et al.* de 2009 (48,49).
Tout comme les précédentes échelles, celle-ci est un auto-questionnaire qui est construit sur un modèle de Lickert avec une cotation de 1 à 5 selon le degré d'accord ou de désaccord avec la proposition.

4.5 Diagnostic Interview for Borderline Revised (DIB-R)

Cette échelle est divisée en quatre sous-unités : cognition, émotion, relation, impulsivité. Elle permet d'évaluer une possibilité de présence d'un trouble TPL si l'addition des scores est supérieure ou égale à 7. L'adaptation de cette échelle est utilisée de façon commune dans les travaux internationaux suite à son adaptation par Gunderson en 2009 (3).

5. Différences intergroupes

L'analyse des données doit rendre compte des possibilités qui ont été offertes aux patients.
Du fait de l'implantation récente de la formation TCD au moment de certains groupes, tous les axes n'ont pas été traités dans le groupe de 2015. En effet, à l'époque, il a été considéré que l'aspect de relations interpersonnelles ne pouvait pas être présenté dans de bonnes conditions. Il n'avait donc pas été clairement abordé bien que dans la pratique les relations interpersonnelles aient pu fortement teinter les présentations.
Le groupe de 2019 à quant à lui bénéficié d'une prise en charge supplémentaire par la création d'un groupe de psychoéducation parental suite à l'apport d'un praticien formé à la thérapie familiale.

6. Supports de présentation des modules

Les supports sont composés d'une présentation PowerPoint ainsi que d'une mise à disposition de carnets de bord correspondant aux grandes thématique abordées.
Afin de permettre la réalisation de ces supports, des réunions ont été organisées avec tous les intervenants impliqués dans la présentation des supports. Ces équipes sont constituées de psychologues, de psychiatres et d'internes en psychiatrie. La forme des supports a évolué mais

repose toujours sur les supports qui avaient été présentés au groupe de 2015 sous la supervision du Pr Labelle de l'UQAM.
Les présentations ont donc été prévues en fonction des 4 grandes thématiques que nous avons abordés précédemment :

- La mindfulness
- La régulation des émotions
- La tolérance à la détresse
- Les relations interpersonnelles

Afin de permettre une présentation efficace des modules, nous avons pu nous appuyer sur l'étude et la formation du Professeur Labelle de l'UQAM (44).

7. Durée de présentation

Il a été discuté à de nombreuses reprise la durée pendant laquelle a été prévue la présentation des modules, plusieurs études ont été publiées sur ce sujet telle que celle de Probst *et al*. de 2019 qui démontre une efficacité dans une présentation de seulement 5 semaines. Cependant, cela nécessitait un investissement à temps plein d'une équipe pluridisciplinaire et cette étude a été réalisée chez des adultes (42,43,50,51).
Compte tenu du fonctionnement du CHU d'Amiens, il n'était pas réalisable de mettre en place une prise en charge similaire. Il a donc été choisi de nous adapter en prenant pour support un protocole ayant montré une certaine efficacité sur 12 semaines et inspiré de celui de Miller *et al.* (21,50,52).

8. Données cliniques

Nous avons pris parmi les critères d'évaluation les passages aux urgences du CHU d'Amiens ayant nécessité l'intervention d'un médecin psychiatre. Il a donc été exclu tous les passages aux Urgences pour des motifs relevant d'une autre spécialité.
Les passages à l'acte auto-agressifs (intoxication médicamenteuse volontaire, scarification, précipitation) ont été séparés des autres afin d'avoir une représentation claire de l'évolution avant et après la prise en charge. Pour les passages à l'acte qui auraient eu lieu durant la période de présentation des compétences au groupe, il a été considéré qu'ils étaient survenus après la prise en charge.
En plus de ces données, nous avons cherché à évaluer la durée des séjours à l'Unité de Médecine de l'Adolescent (UMA) du CHU d'Amiens. Ces données ont été recueillies rétrospectivement par l'intermédiaire du logiciel Dx-Care le 12/12/2020.
Les données cliniques n'ont pas pu être recueillies concernant le groupe de 2015.

III. RESULTATS

1. Age moyen des patientes par groupe

24 patientes ont été inclues dans cette étude avec un âge moyen de 14.4 ans (Tableau 1).

	Nombre de patientes	Age moyen
Groupe de 2015	6	14.5
Groupe de 2016	6	14
Groupe de 2018	7	14.85
Groupe de 2019	5	14.4
Total	24	14.4

Tableau 1 : Age moyen des patientes par groupe

2. Présence aux groupes

Le groupe de 2015 est issu de l'étude de faisabilité qui n'a comporté que 6 séances comparativement aux autres groupes qui en ont eu 12.

Afin de mieux rendre compte de la disparité en termes de présence, la présence moyenne par patiente pour chaque groupe a été représentée dans la Figure 1.

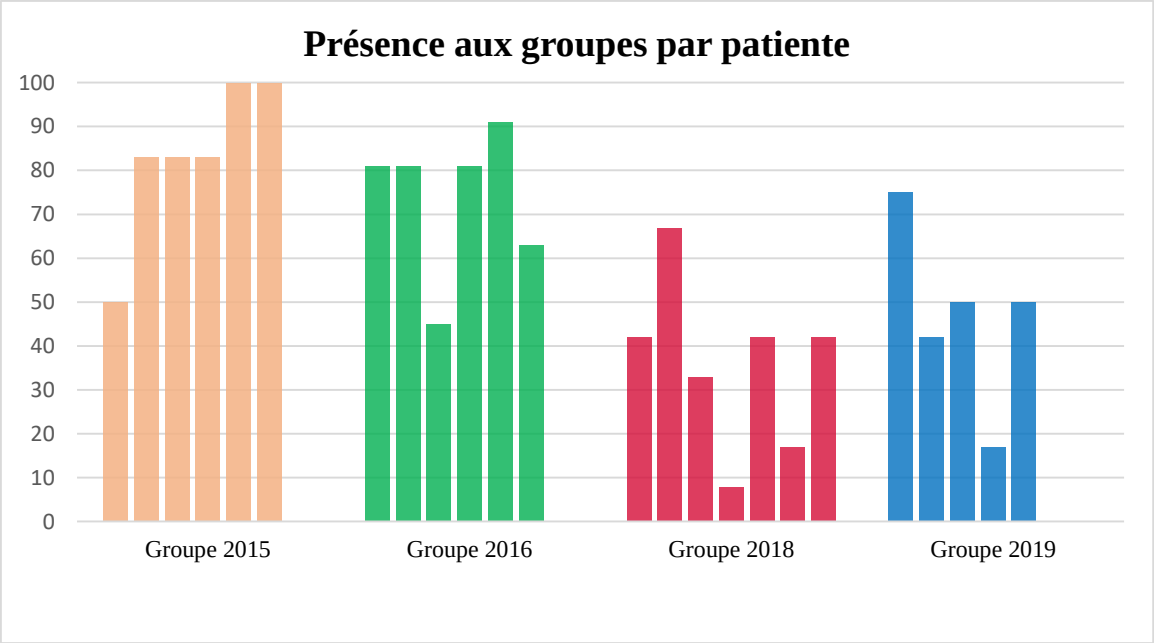


Figure 1 : Présence aux groupes par patiente exprimée en pourcentage

La Figure 2 montre la disparité des présences dans les différents groupes réalisés. A l'exception des patientes du groupe de 2015, aucune patiente n'a participé à toutes les séances.

La participation moyenne par groupe allait de 35,8% dans le groupe 2018, 6 patientes sur les 7 inclues ayant eu une participation inférieure à 50%, jusqu'à 83,17% dans le groupe 2015 comprenant seulement 6 séances.
En 2016, la présence moyenne était de 74% et en 2019, la participation était faible avec une présence moyenne de 46,8%.

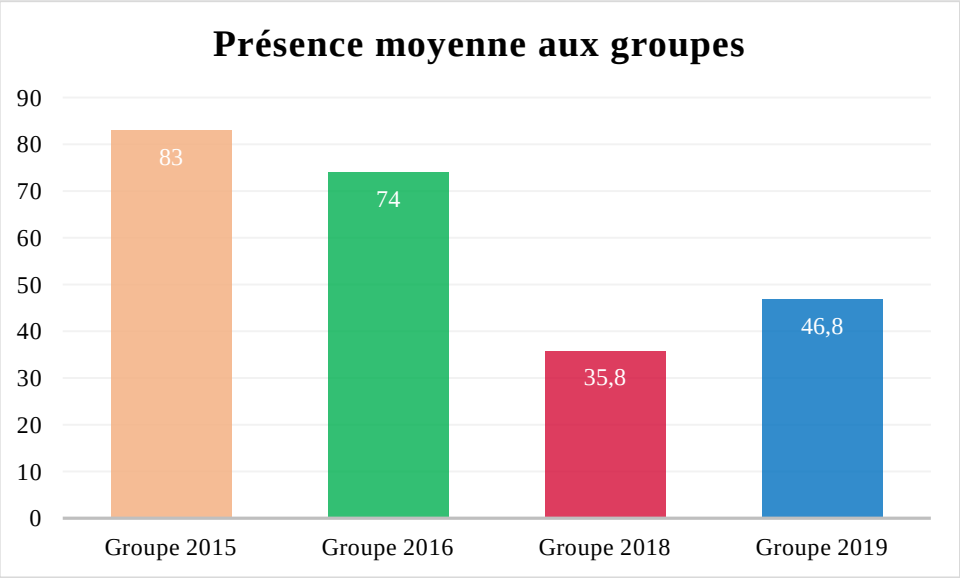


Figure 2 : Comparaison des présences moyennes par groupe exprimée en pourcentage

3. Répartition des scores à la DIB-R dans les groupes

Comme évoqué dans la section matériels et méthodes, nous avons réalisé des échelles DIB-R afin de permettre d'avoir une population clinique avec un diagnostic reprenant également les éléments de vie passées. Elle n'a été réalisée qu'avant l'inclusion car cette échelle, qui reprend les antécédents du patient, ne varie pas beaucoup et ne représenterait pas de façon précise leur évolution. Toutes les patientes ont un score DIB-R supérieur à 7 (Tableaux 2 à 5).

	Score DIB-R	Nombre de patientes
Groupe 2015 (6 patientes)	7	0
	8	3 (50%)
	9	2 (33,3%)
	10	1 (16,7%)

Tableau 2 : Répartition des scores de DIB-R dans le groupe de 2015

	Score DIB-R	Nombre de patientes
Groupe 2016 (6 patientes)	7	3 (50%)
	8	2 (66,67%)
	9	1 (33,3%)
	10	0

Tableau 3 : Répartition des scores de DIB-R dans le groupe de 2016

	Score DIB-R	Nombre de patientes
Groupe 2018 (7 patientes)	7	4 (57,15%)
	8	2 (28,57%)
	9	1 (14,28%)
	10	0

Tableau 4 : Répartition des scores de DIB-R dans le groupe de 2018

	Score DIB-R	Nombre de patientes
Groupe 2019 (5 patientes)	7	3 (60%)
	8	2 (40%)
	9	0
	10	0

Tableau 5 : Répartition des scores de DIB-R dans le groupe de 2019

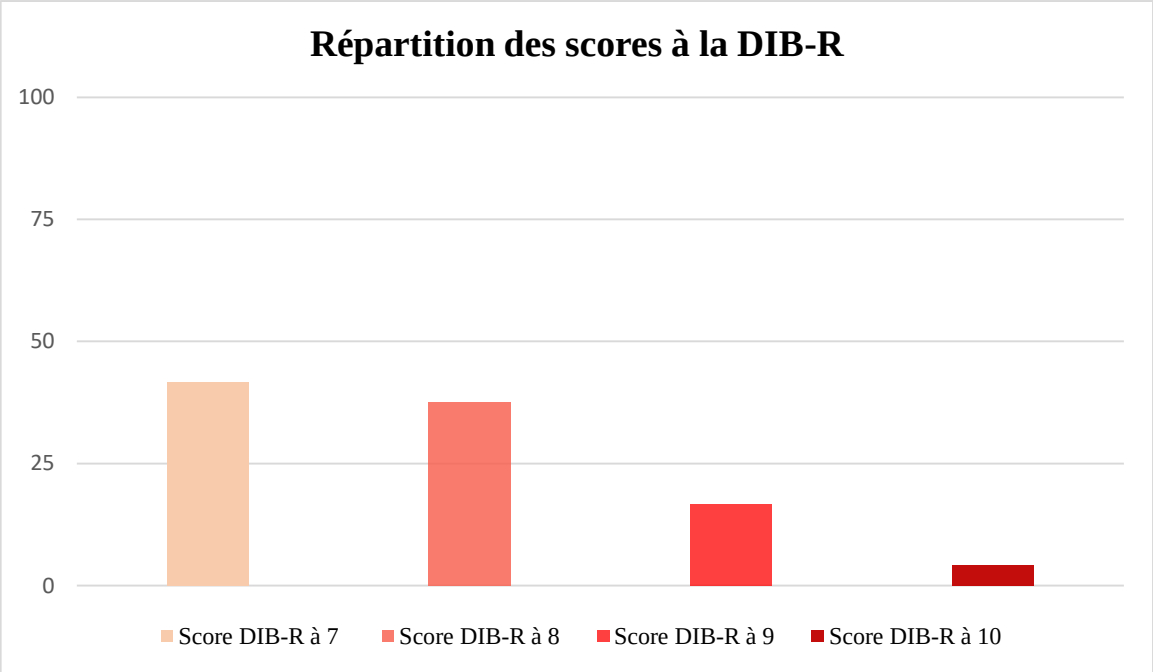


Figure 3 : Répartition des scores à la DIB-R tous groupes confondus exprimée en pourcentage

La répartition des scores à la DIB-R obtenus par les patientes tous groupes confondus est la suivante (Figure 3) :

- 10 patientes soit 41,7% ont obtenu un score de 7
- 9 patientes soit 37,5% ont obtenu un score de 8
- 4 patientes soit 16,7% ont obtenu un score de 9
- 1 patiente soit 4,1% a obtenu un score de 10

4. DERS

La DERS permet d'évaluer la difficulté à gérer les émotions, coté de 20 à 80. Plus le score est élevé plus le patient est en difficulté pour gérer ses émotions (Annexe II).

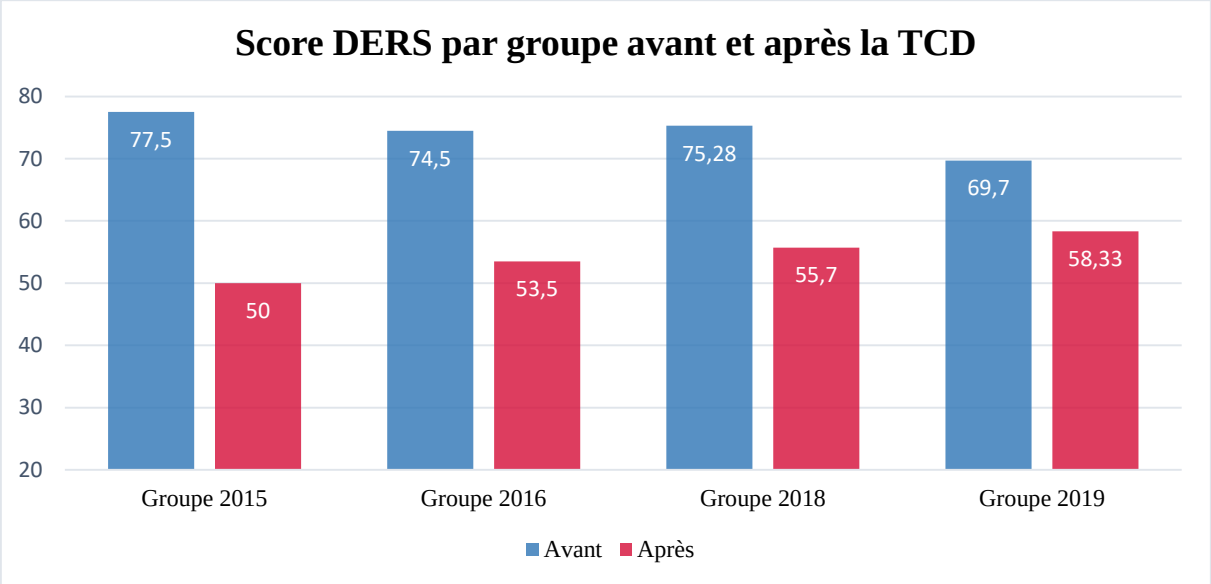


Figure 4 : Représentation graphique des scores à la DERS des groupes avant et après la TCD

Tous les groupes bénéficient d'une baisse plus ou moins importantes à la DERS (Figure 4). Afin de mieux représenter cette variation nous avons reporté celle-ci sur le graphique suivant.

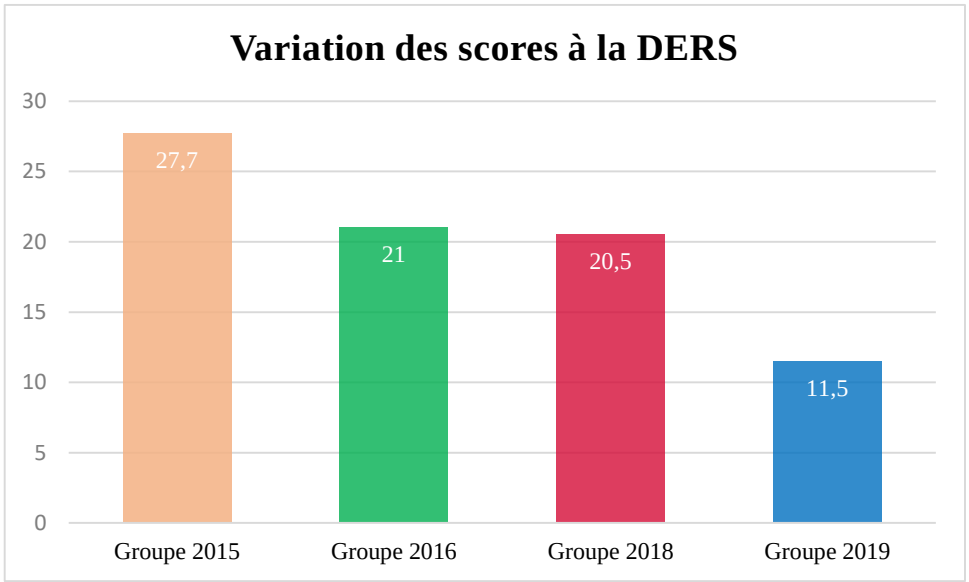


Figure 5 : Comparaison des variations des scores à la DERS avant et après la TCD par groupe

Nous observons une amélioration des scores globaux, ce qui est en faveur d'une meilleure capacité à réguler les émotions chez ces patientes (Figure 5).

Appliqué à nos résultats de score à la DERS, le test de Student pour un groupe appareillé donne un t à 5,98 (p=0.014) pour un score de significativité inférieur à 0.05. La diminution entre les scores obtenus à la DERS avant et après la TCD est donc significative.

5. DTS

La DTS est l'échelle évaluant la tolérance à la détresse, plus le score est haut plus le patient peut tolérer un niveau de détresse élevé. L'échelle est cotée entre 1 et 5 (Annexe III).

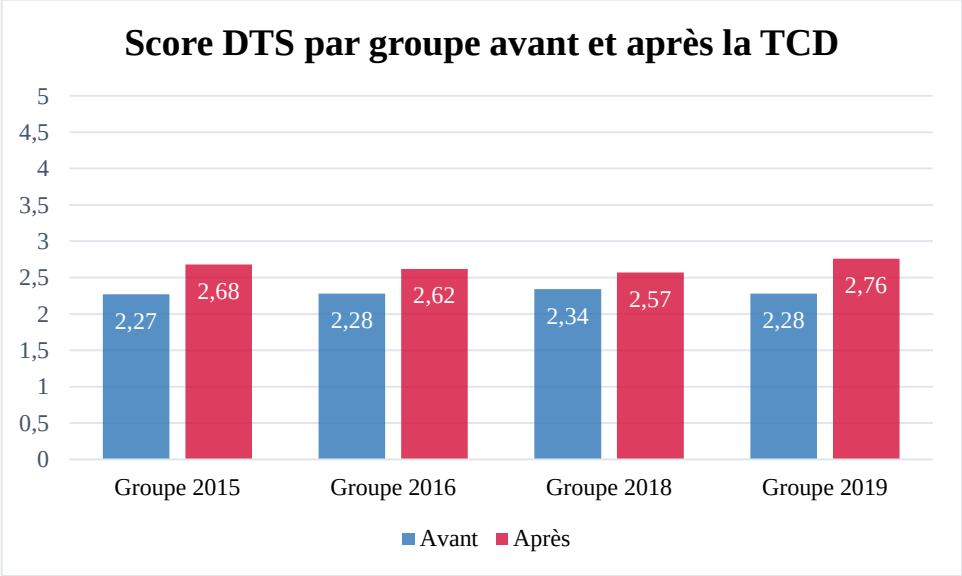


Figure 6 : Représentation graphique des scores obtenus par les groupes à la DTS avant et après la TCD

Tous les groupes montrent une amélioration des scores obtenus à la DTS (Figure 6). La variation est représentée dans la Figure 7.

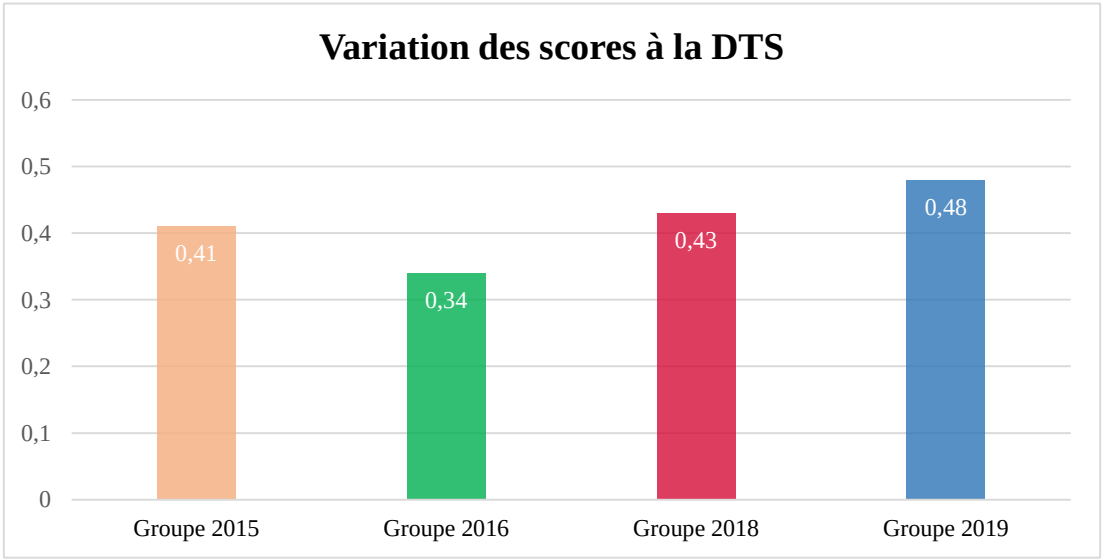


Figure 7 : Comparaison des variations des scores obtenus à la DTS par les groupes avant et après la TCD

La comparaison des scores obtenus à la DTS avant et après la TCD montre une diminution de 0.4175 en moyenne sur l'ensemble des groupes.
Le test de Student pour un groupe appareillé donne un t à 5.38 (p=0.026), la diminution entre les scores obtenus à la DTS avant et après la TCD est donc significative.
Cette échelle représentant la tolérance à la détresse des patientes, son amélioration représente une diminution de la difficulté de gestion des moments de crise. Le groupe de 2016 est celui qui enregistre la plus faible variation.

6. FFMQ

La FFMQ est l'échelle qui évalue des capacités en lien avec la mindfulness. Plus le score est élevé, plus les compétences de mindfulness sont utilisées (Annexe IV).
Tous les groupes montrent une amélioration des scores obtenus à la FFMQ (Figure 8).

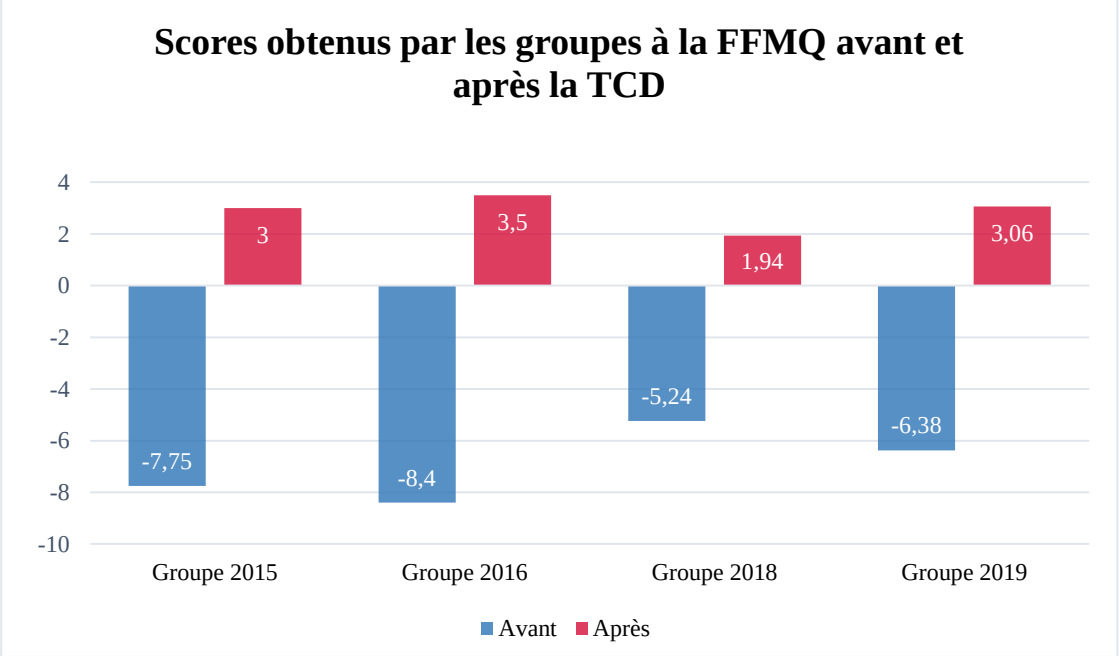


Figure 8 : Représentation graphique des scores à la FFMQ des groupes avant et après la TCD

Du fait de notre méthode de cotation, nous observons des scores négatifs à cette échelle. Afin d'en simplifier la lecture nous avons reporté les variations dans la Figure 9.

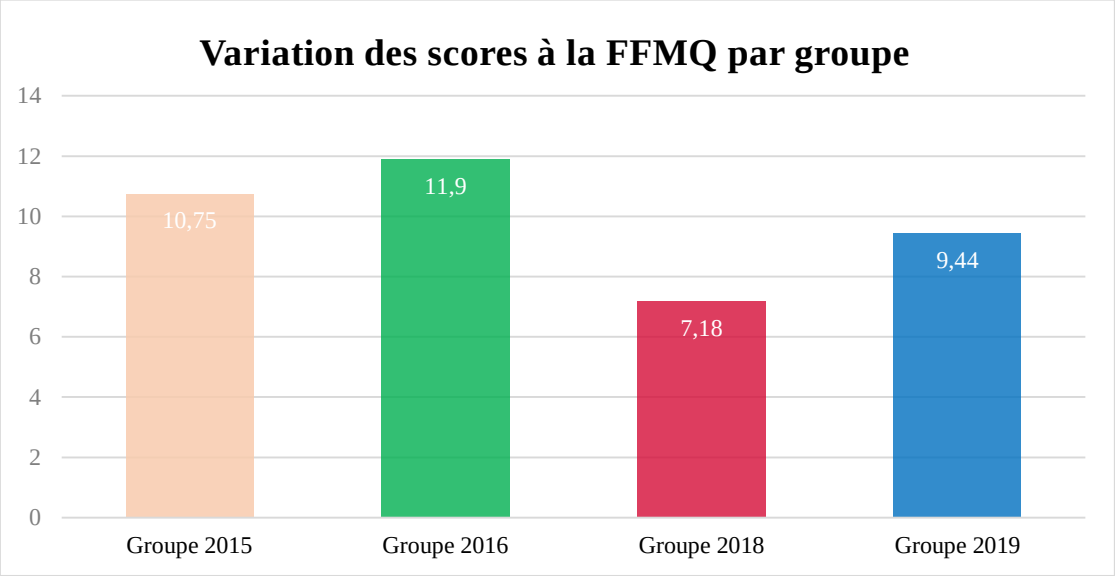


Figure 9 : Comparaison des variations des scores obtenus par les groupes à la FFMQ avant et après la TCD

Le test de Student pour un groupe appareillé donne un score t à 3.66 (p=0.04) pour un seuil de significativité à 0.05, la diminution entre les scores obtenus à la FFMQ avant et après la TCD est donc significative.
La variation de cette échelle à la hausse montre une meilleure capacité à la pratique de la mindfulness. Nous observons que le groupe de 2018 est celui qui présente l'augmentation la plus faible.

7. BSL-23

La BLS-23 est une échelle évaluant l'expression d'une symptomatologie borderline cotée de 0 à 5. Plus le score est bas, moins les symptômes sont marqués. La BSL rendant mieux compte de la symptomatologie globale des patientes elles sont présentées individuellement (Annexe I).

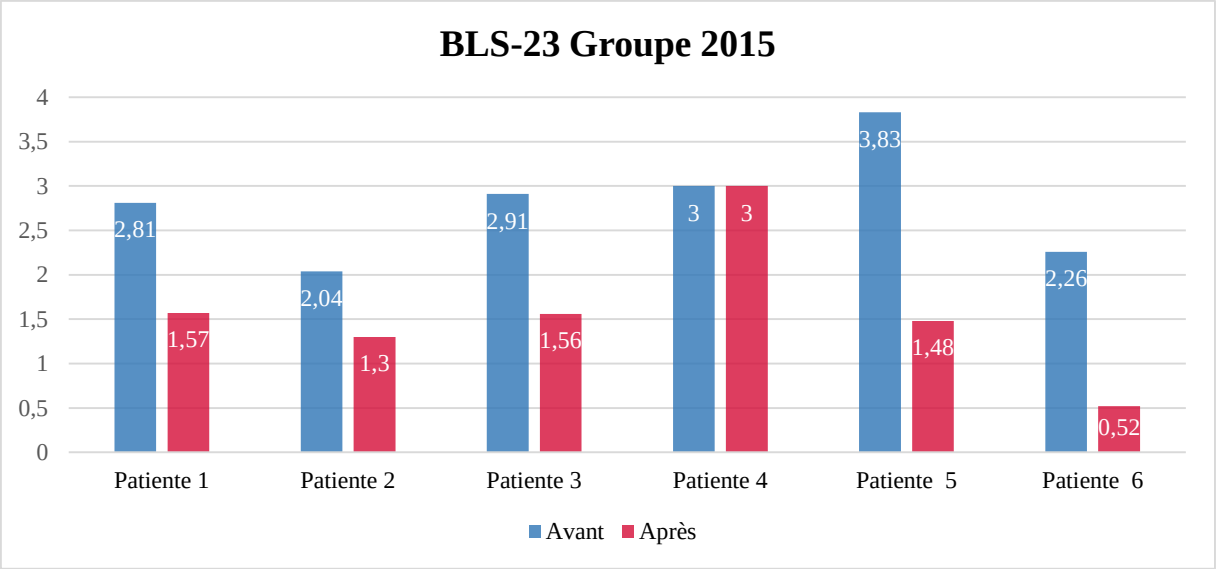


Figure 10 : Score BSL-23 du groupe de 2015

Dans le groupe de 2015, une seule patiente n'a pas bénéficié d'une amélioration de son score de BSL-23 (Figure 10).

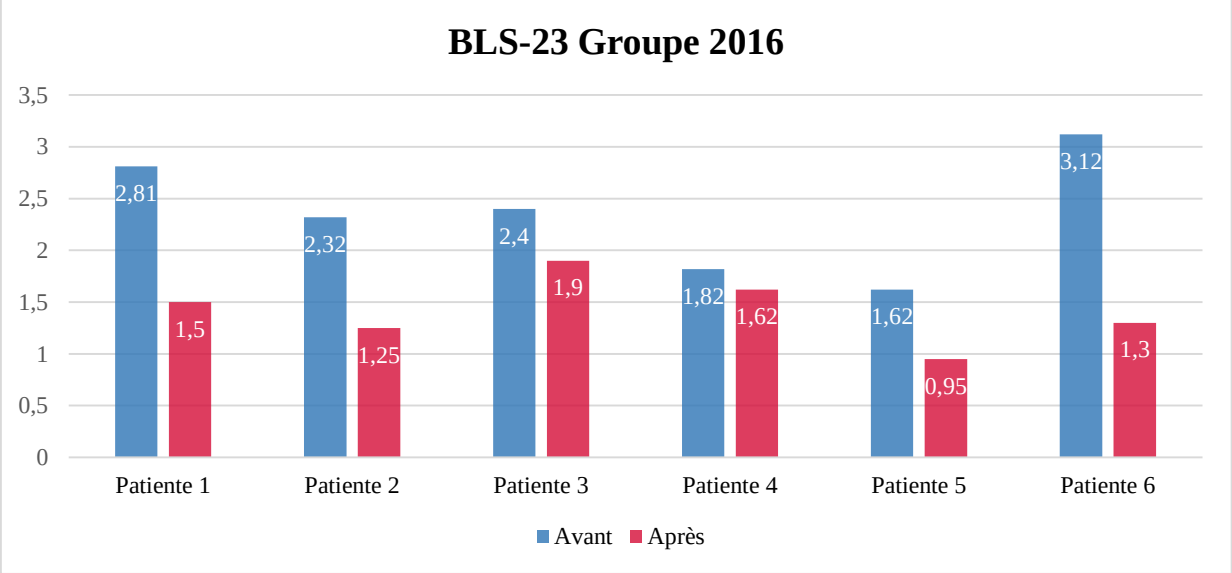


Figure 11 : Score BSL-23 du groupe de 2016

Toutes les patientes des groupes de 2016, 2018 et 2019 ont bénéficié d'une amélioration de score de la BSL-23 (Figures 11, 12 et 13).

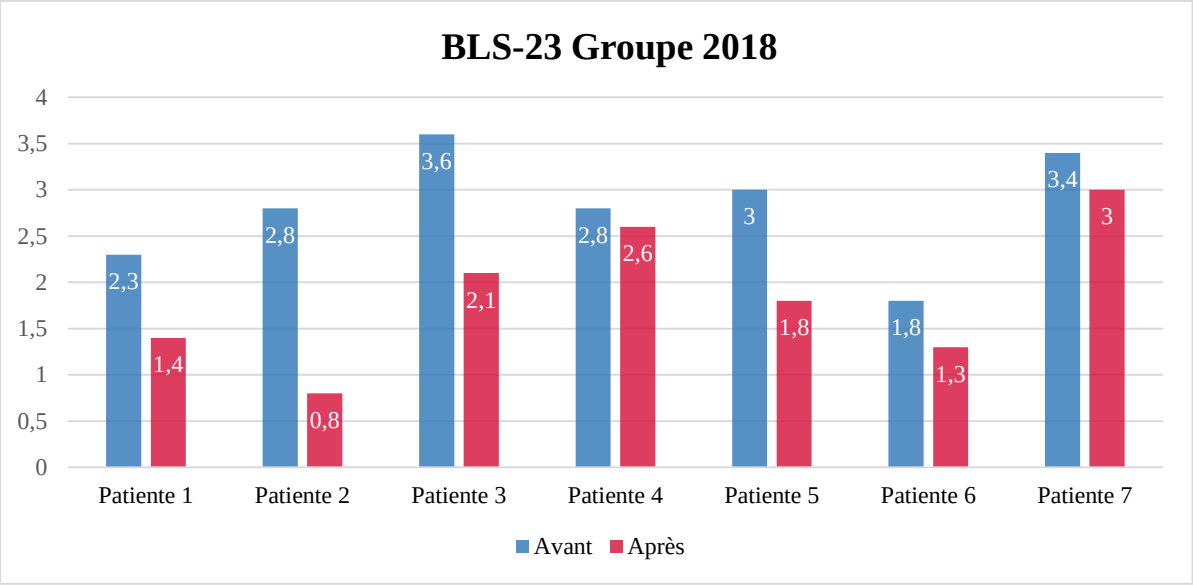


Figure 12 : Score BSL-23 du groupe de 2018

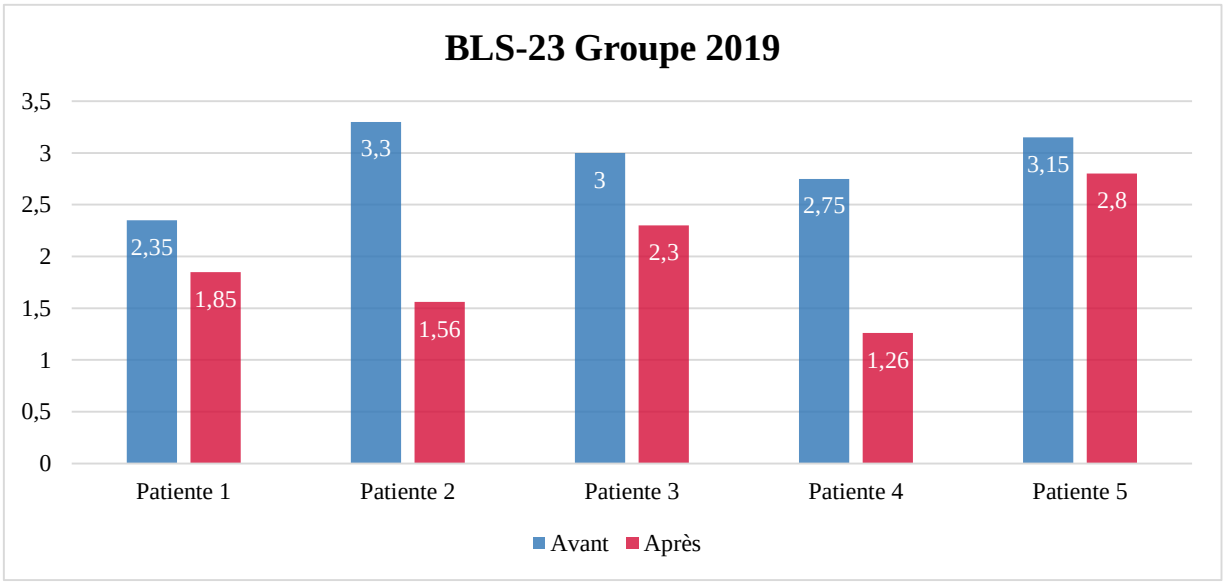


Figure 13 : Score BSL-23 du groupe de 2019

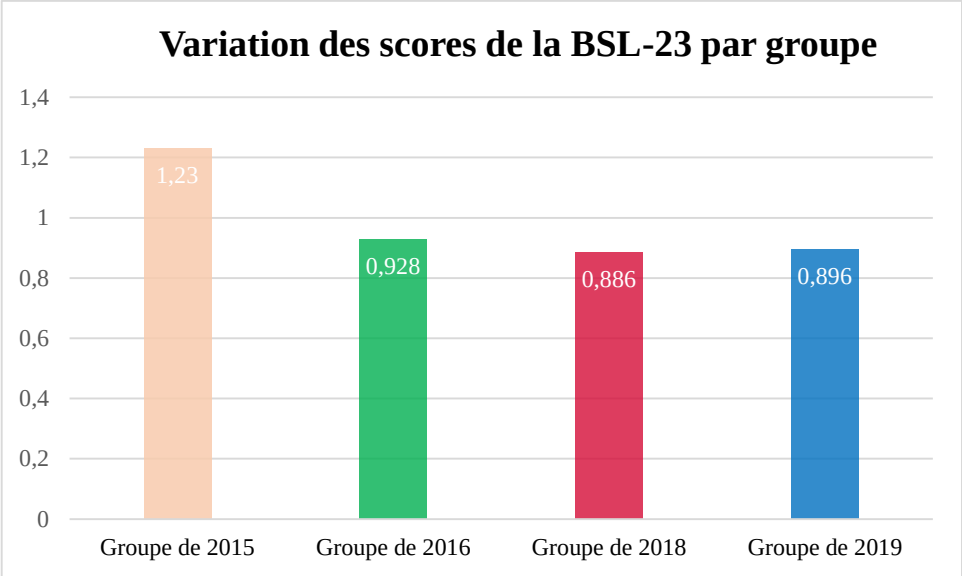


Figure 14 : Comparaison des variations des scores à la BSL-23 par groupe avant et après la TCD

La variation moyenne des scores des groupes à la BLS-23 est de 0.985.
Le test de Student pour un groupe appareillé donne un score t à 3.96 (p=0.021) pour un seuil de significativité à 0.05, la diminution entre les scores obtenus à la BSL-23 avant et après la TCD est donc significative (Figure 14).
La variation de cette échelle est en lien direct avec la symptomatologie des TPL. Une variation à la baisse de 0.985 montre une amélioration quant à cette dernière. Le groupe de 2015 est celui qui enregistre la plus forte variation, les groupes suivant étant plus homogènes.

8. Durée d'hospitalisation

Nous avons recueilli rétrospectivement les durées moyennes de séjour (DMS) dans l'Unité de Médecine de l'Adolescent (UMA) du CHU d'Amiens (Figure 15). Une diminution du nombre de jours d'hospitalisation de 63.52% en moyenne est retrouvée.
Les données du groupe de 2015 n'ont pas pu être recueillies.

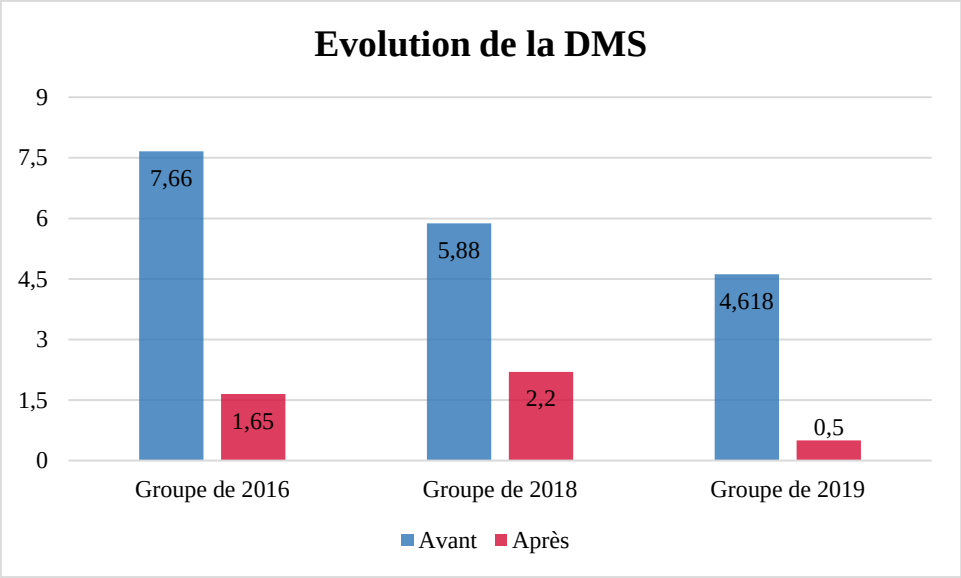


Figure 15 : Evolution de la DMS dans les groupes de 2016 à 2019 avant et après la TCD

9. Passage aux urgences

Nous avons relevé les passages à l'acte pris en charge aux urgences du CHU d'Amiens pour un motif ayant nécessité l'intervention d'un médecin psychiatre (Figure 16). Nous notons une diminution de ceux-ci de 30.31% en moyenne.
Les données du groupe de 2015 n'ont pas pu être recueillies.

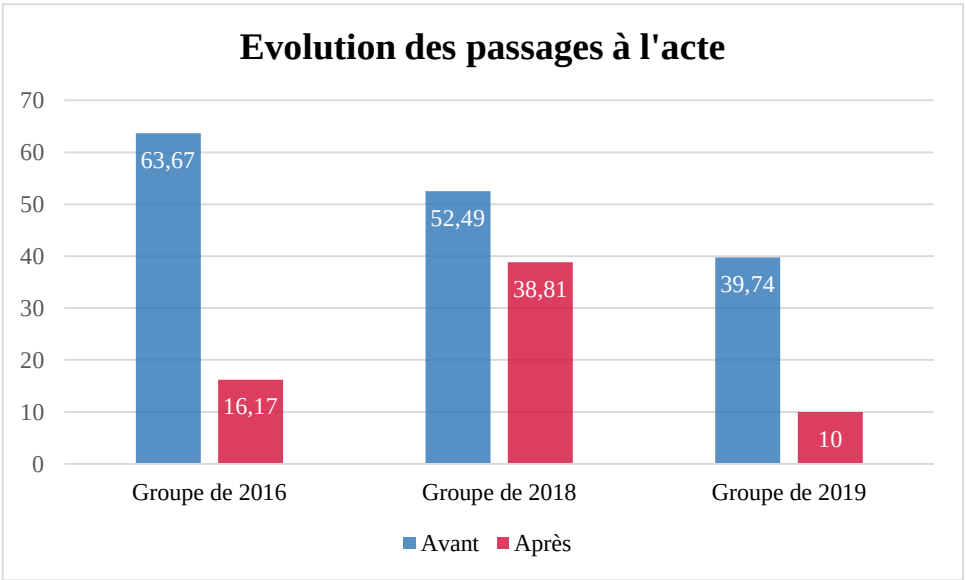


Figure 16 : Passages à l'acte relevés aux urgences du CHU d'Amiens dans les groupes 2016 à 2019 avant et après la TCD

IV. DISCUSSION

1. Interprétation des résultats

Les scores de la DERS montrent tous une baisse significative. Cette baisse rend compte de la capacité qu'ont les patientes à réguler leurs émotions. Nous pouvons donc considérer que le module de régulation des émotions a une certaine efficacité. Il est retrouvé un résultat similaire dans la littérature, une étude de faisabilité conduite par Giordano *et al.* a montré également une amélioration significative de la DERS suite à la mise en place d'une thérapie par la TCD chez des patients adultes avec TPL (53). Chez l'adolescent une étude de Asarnow *et al.* montre une amélioration de la régulation des émotion chez 173 adolescents suite a 65 mois de TCD (54).
Il est observé une diminution plus faible dans le groupe de 2019. Ce groupe présente une plus faible présence comparée aux groupes de 2015 et 2016 (Figure 2). Cependant, la présence au groupe ne peut expliquer à elle seule cette variation compte tenu que la présence dans le groupe de 2018 ait été encore plus faible avec une baisse de la DERS plus forte.
Il convient de préciser que le score initial du groupe de 2019 est moins élevé que celui des autres groupes (Figure 4). Une hypothèse pourrait être que les patientes de ce groupe auraient moins de difficultés au niveau de la régulation des émotions avant la prise en charge dans le groupe de TCD et que de ce fait l'amélioration apportée par la TCD serait plus faible.

Les scores de cotation de la DTS, une échelle qui mesure la tolérance à la détresse, augmentent de façon significative après la TCD montrant ainsi une amélioration de la tolérance à la détresse des patientes. Nous pouvons donc considérer que le module dédié à cette thématique permet cette amélioration. Peu d'études existent sur le sujet, nous avons donc comparé nos résultats à ceux de Janelle et Labelle qui retrouvent également une amélioration significative de ces échelles d'évaluations chez des adolescents (42). De la même façon, une autre étude chez l'adulte cette fois, conduite par Zeifman *et al*. montre une amélioration de la tolérance à la détresse à la suite d'une prise en charge par la TCD (55).
La DTS du groupe de 2016 montre une plus faible amélioration que les autres groupes avec une augmentation de seulement 0.34 points (Figure 6). La comparaison des données montre pourtant un score final proche de celui des autres groupes et supérieur à celui de 2018 (Figure 7). Le groupe de 2016 est l'un de ceux qui cote le plus lors du premier passage de l'échelle (Figure 6). Cependant, il n'est pas possible de considérer cet argument comme le seul en faveur de cette faible augmentation car le groupe de 2019, qui possède le même score de départ, montre quant à lui la variation la plus importante de notre étude (Figure 7). Il est possible que la tenue du groupe parents ait pu influencer le score de 2019 augmentant la DTS par d'autres facteurs.

La FFMQ qui permet une évaluation de la compétence à la mindfulness montre une élévation significative dans tous les groupe. L'élévation de cette compétence montre une bonne assimilation des compétences de mindfulness que nous présentons durant les modules.
Une étude retrouve des résultats similaires chez des patients TPL adultes avec une prise en charge par TCD bien que celle-ci ne se concentre que sur des patients sans problématique d'agir (56). De la même façon, une autre étude réalisée chez l'adulte avec mise en place de la TCD en

groupe a pu démontrer son efficacité avec une amélioration de la FFMQ chez 35 patients avec un TPL (57).

Ainsi, nos 4 échelles d'évaluation s'avèrent avoir montré une amélioration des aspects étudiés en lien avec les modules enseignés lors des groupes de présentation de compétences prévus par la TCD.

La présence aux groupes de TCD n'a pas été constante dans les groupes avec une forte variation rendant l'analyse plus complexe (Figure 2). Le groupe ayant le plus présence est celui de 2015 mais celui-ci ne s'est déroulé que sur 6 séances. Les groupes de 2018 et 2019 ont eu une partie de leur prise en charge durant les vacances d'été. Nous observons clairement une diminution de la venue aux groupes lors de leur réalisation durant cette période.
Il convient de préciser que la présence aux groupes n'est pas toujours corrélée aux améliorations des patientes. Par exemple, la présence au groupe de 2018 est de seulement 35.8% mais nous observons une amélioration des échelles comparable avec les autres groupes ; il est possible que cette amélioration soit en lien avec les carnets de bord donnés aux patientes et qu'elles ont pu lire sans se présenter aux séances.

Concernant les données analysées rétrospectivement, pour des raisons organisationnelles nous les avons recueillies à une date fixe. Le 12 décembre 2020, un relevé des données présentes dans les dossiers informatisés nous ont permis de comparer les DMS et les passages aux urgences du CHU. Comme évoqué précédemment, nous avons considéré uniquement les passages aux urgences ayant nécessité le passage d'un psychiatre.
Sur l'ensemble des groupes, une diminution moyenne des passages à l'acte auto-agressifs de 30.31% a été constatée. Les données de la littérature confortent nos résultats avec en particulier une étude suivant sur 3 ans une cohorte d'adolescents suite à une prise en charge par la TCD. Cette étude menée par Melhum *et al.* montre une diminution des passages à l'acte auto-agressifs en se basant sur des questionnaires chez ces patients avec une problématique de passage à l'acte (58). Une autre étude réalisée par McCauley *et al.* montre également l'efficacité sur les conduite suicidaire de la TCD chez les adolescent (60). Chez l'adulte plusieurs études ont montré une évolution favorable également suite à une prise en charge par la TCD (36,59–63).
Néanmoins, le groupe de 2018 présente une diminution de 13.68% seulement. Ce groupe ayant eu peu de présence lors des séances, 35.8%, ils n'ont pas pu bénéficier de l'intégralité des modules proposés. Bien que les échelles d'évaluation aient montré une amélioration de leurs compétences, l'application de celles-ci semble limitée pour ces patientes et ne semble pas conservée dans le temps.

Nous avons également porté notre attention sur les DMS. Nos résultats montrent une nette diminution du nombre de jours d'hospitalisation : 63.52%.
Ces données sont cohérentes avec ce qu'il est possible de retrouver dans la littérature, notamment dans les travaux de Melhum *et al.* qui montrent une restauration après apparition d'idées suicidaires plus rapide suite à la prise en charge par TCD comparée à une prise en charge classique (34,58,64).

Le groupe de 2018 est celui qui diminue le plus faiblement avec 45.54% de jours d'hospitalisation en moins. Cette disparité est probablement en lien avec des raisons similaires à celles présentées ci-dessus.
Grâce aux données que nous avons pu recueillir, nous pouvons dire que la prise en charge par la TCD lorsqu'elle est présentée en groupe permet une bonne acquisition des compétences spécifique à la TCD. Cela est cohérent avec ce que nous avons pu retrouver dans la littérature.
Comme nous l'avons évoqué précédemment, la prise en charge des patients suicidants est un enjeu de santé publique majeur, en particulier dans la région. La prise en charge par la TCD des patients avec TPL, en réduisant le nombre de passage à l'acte auto-agressif et les hospitalisations, semble pouvoir apporter une contribution non négligeable à cette problématique.

Les études concernant la prise en charge des adolescents diagnostiqués TPL par la TCD sont peu nombreuses. Lors de la consultation du site Pubmed à la date du 10 mai 2021, seulement 52 articles sont listés en utilisant les mots clés « dialectical behaviour therapy ; adolescent ; borderline personality disorder » dont 26 depuis 2016 et 10 entre 2020 et 2021.
Parmi ces études nous retrouvons beaucoup d'étude de faisabilité aux scores peu significatifs ou des analyses partielles de l'efficacité de la TCD.
Le manque d'études et de recul sur ces études complexifient la comparaison de nos données statistiques avec celles de la littérature. Nous avons donc pris le parti de nous appuyer sur les études existantes concernant l'adulte bien que l'on ne puisse considérer qu'il s'agit d'une adéquation parfaite.
Néanmoins, la publication de la moitié des études sur les 5 dernières années est encourageante quant au développement de cette thérapie dont la première occurrence date de 1999.

Malgré les chiffres encourageants mis en évidence au cours de cette étude rétrospective, l'entièreté de ces améliorations ne peut pas être attribuée à la TCD seule. Notre étude comporte un certain nombre de limite tant par son design que par les possibilités de notre équipe.

2. Modulation de la TCD

Initialement le programme a été prévu pour être présenté en 12 semaines suite aux travaux de Janelle *et al.* (43).
Le premier groupe de 2015 s'est quant à lui déroulé sur seulement 6 semaines du fait de contraintes ayant obligé l'équipe à décaler le début de la prise en charge. Ce groupe a pu montrer une amélioration lors des échelles présentées bien que certains résultats n'aient pas été significatifs du fait du peu de patients recrutés à l'époque. De plus, ce groupe n'avait pas pu bénéficier du module concernant les relations interpersonnelles en raison de la réadaptation sur 6 semaines. L'équipe a néanmoins essayé de transmettre ces aspects durant les temps d'échanges du groupe.
Parmi les autres groupes, le groupe de 2019 se distingue par la présence d'un groupe de psycho éducation parentale. Ce groupe est né suite à l'apport d'un intervenant formé à la thérapie familiale. La réflexion s'est développée autour de l'environnement invalidant mis en avant dans les travaux de Linehan, les parents ne comprenant pas toujours les réactions de leur enfant. Il

est possible que ce groupe de psycho éducation parentale ait influencé les résultats aux échelles d'évaluation, en particulier du score de la BSL-23, mais également le nombre de passages à l'acte et la DMS. Néanmoins, il est difficile d'objectiver sur quels paramètres précisément cet élément ait pu avoir une influence. Une étude ayant démontré l'efficacité des groupes de TCD pour les parents également (65).
Les groupes de 2016 et 2018 se sont déroulés avec le même programme mais le groupe de 2018 n'a pas pu bénéficier non plus de tous les modules comme nous le verrons dans la partie réservée à la présence aux groupes.
Ainsi, l'interprétation des résultats se doit de prendre en compte ces divergences intergroupes.

3. Présences aux groupes

Les groupes ont été formés en amont de la prise en charge et selon les présentations qui ont été faites par les partenaires extérieurs. Nous remarquons que les expériences des groupes de 2018 et 2019, qui se sont déroulés en été, montrent un taux de participation plus faible avec une diminution quasiment de moitié. Le groupe de 2016, qui s'est déroulé lors des mois de novembre à février, présente un fort taux de présence et celui de 2015, qui s'est déroulé de juin à juillet, est celui qui a le plus fort taux de présence mais a duré seulement 6 semaines.
Nous pouvons supposer que la présence des vacances d'été influe assez fortement sur le taux de participation aux groupes et sur les résultats que l'on peut attendre de cette prise en charge.

4. Limites liées au recrutement

Seulement 24 patients ont été inclus sur 4 ans. Bien que ce nombre ait permis l'obtention de données statistiquement significatives, une plus grande cohorte permettrait d'avoir une meilleure puissance statistique et également de confirmer les résultats obtenus.
L'absence de patients de sexe masculin ayant un TPL dans notre étude est en lien avec la difficulté de recrutement rencontrée. En effet, peu de candidats ont pu être présentés pour une prise une charge. Il a été décidé de conserver des groupes constitués de femme afin de préserver une homogénéité inter et intra groupes. Cependant, il aurait été intéressant de pouvoir comparer les données avec des patients de sexe masculin afin de mettre en évidence d'éventuelles différences dans l'acquisition des compétences, les passages à l'acte auto-agressifs et les durées moyennes d'hospitalisation.
De plus, nous n'avons pas eu assez de patients pour créer un groupe contrôle permettant de comparer notre résultat à une population de patients avec TPL qui aurait une prise en charge classique. Néanmoins, dans la littérature, deux études avec un groupe contrôle ont montré une efficacité de la prise en charge par la TCD avec une diminution des passages à l'acte auto-agressifs ainsi qu'une baisse importante des hospitalisations (64,66).

5. SECURIPLAN

Afin de répondre à l'enjeu que représente la prise en charge des patients suicidants, il a été mis en place au CHU d'Amiens puis en collaboration avec les CHU de Lille et de Rouen, une étude reposant sur une partie des compétences présentes dans la TCD.
L'étude SECURIPLAN démarrée en 2016 vise à la mise en place d'un plan de sécurité pour les patients suicidants. Le plan de sécurité repose sur des aspects issus des TCC et permettant la mise en place de stratégies lors des crises suicidaires.
L'inclusion dans cette étude aurait pu influer sur les données issues de la prise en charge par les groupes de TCD. Il a donc été décidé que tout patient inclus dans SECURIPLAN ne pourrait bénéficier d'une prise en charge par le groupe de TCD.
La présence de cette étude soulève néanmoins une possibilité d'effet centre d'autant plus par la volonté marquée depuis plusieurs années de renforcer la prise en charge des patients suicidants dans la région.

6. Maintien des compétences spécifiques

Les compétences spécifiques de la TCD que nous avons évaluées par l'intermédiaire de nos échelles ont montré une évolution favorable dans les groupes. Dans cette étude, nous n'avons pas de données sur le maintien de ces compétences du fait de son design rétrospectif. Il serait profitable de prévoir une passation de ces échelles après une durée suffisamment longue afin d'évaluer la persistance de ces compétences. Néanmoins, le suivi du groupe de 2016 montre des résultats encourageants. En effet, 3 ans après la TCD, il est observé un nombre de passages à l'acte auto-agressifs diminué par rapport à la période pré-TCD. La même observation a été réalisée pour les DMS ce qui conforte un maintien des compétences dans le temps.
De la même façon, les données de la littérature sont encourageantes concernant le maintien de celles-ci. En effet, comme nous l'avons déjà évoqué, l'étude de Melhum L. *et al*. montre chez l'adolescent que 3 ans après la prise en charge par la TCD, les passages à l'acte auto-agressifs sont moins fréquents que chez les patients pris en charge de façon classique (58). Cette étude montre également une diminution de la durée nécessaire à la restauration suite à l'apparition d'idées suicidaire. Ces deux éléments étant au centre de la prise en charge par la TCD, le maintien de ces compétences dans le temps semble donc probable.

7. Amélioration de la présentation des modules

Un des points soulevés par les patientes lors de la prise en charge groupale a été la difficulté rencontrée pour suivre les modules et réaliser les tâches qui étaient données en fin de séances. Elles ont pu mettre en avant l'aspect trop scolaire de nos présentations avec une focalisation sur les « devoirs » que nous donnions. Il serait probablement profitable de réfléchir à une autre forme de présentation permettant une meilleure adhésion des patientes.
Par exemple, rendre les présentations plus participatives et plus didactiques pourrait être une piste de réflexion.

8. Biais lié aux traitements

Dans cette étude nous n'avons pas pu avoir un recueil des traitements ayant pu être instaurés du fait de la multiplicité des lieux de prise en charge et de l'absence de dossier partagé.
Il est possible que la mise en place d'un traitement médicamenteux puisse venir modifier les chiffres retrouvés comme cela a déjà été montré dans la littérature (31).
Néanmoins, il est aussi important de percevoir que la plupart des patientes adressées aux groupes bénéficiaient déjà d'un suivi avec possiblement un traitement médicamenteux.

9. La TCD en France

La TCD a émergé il y a plus de 20 ans aux Etats-Unis. Aujourd'hui, elle montre une certaine efficacité mais ne s'est pourtant pas implantée dans les pratiques quotidiennes en France.
Une des raisons possibles est que la TCD demande de nombreuses ressources (humaines et espaces dédiés appropriés) et une modification des pratiques de service qui ne facilite pas sa mise en place.
De fait, peu de retours d'expérience sont disponibles à ce jour rendant plus difficile la justification de la mise en place de ce type de thérapie.
Notre étude montre cependant des résultats encourageants et il serait important de pouvoir les comparer à des TCD organisées dans d'autres centres pour confirmer ou infirmer les résultats obtenus.

V. CONCLUSION

La prise en charge des adolescents ayant des conduites suicidaires est un enjeu de santé publique. Le TPL est caractérisé par des mises en danger notamment dans ce type de conduite or la littérature retrouve une efficacité de la prise en charge par la TCD pour ces patients. Nous avons donc mis en place cette étude afin d'estimer l'efficacité de notre adaptation de cette prise en charge.

Notre étude a donc rempli ses objectifs, les résultats que nous avons obtenus par les questionnaires réalisés avant la thérapie de groupe puis après celle-ci nous ont permis d'avoir une représentation de l'apprentissage des compétences spécifique à la prise en charge par la TCD. En effet, toutes les dimensions que nous avons pu tester par les échelles FFMQ, DERS, DTS et DERS se sont vues améliorées suite à la prise en charge de groupe. L'évaluation de la prise en charge aux urgences des passages à l'acte auto-agressifs et des DMS comme pouvant refléter en partie l'efficacité de la prise en charge par la TCD à lui aussi montré une amélioration.

Bien que les données de la littérature restent pauvres, les résultats de cette étude semblent être concordantes. La poursuite des travaux réalisé par l'équipe de 2015 montre une volonté de pérennisation de cette prise en charge groupale par la TCD. Les groupes de TCD ne cessent d'évoluer dans le temps et de nouveaux intervenants viennent apporter leurs compétences et leur expérience à cette prise en charge.

Quand bien même nous n'avons pu réaliser de groupe en 2020 du fait de la COVID-19, la mobilisation de l'équipe autour de la nécessité de maintenir cette pratique n'a pas faibli et un nouveau groupe sera organisé en 2021 si possible.

Ainsi, cette étude apporte de premières conclusions quant à l'efficacité de la TCD en groupe chez les adolescents avec un TPL dans notre centre. La mise en place de cette pratique par d'autres équipes permettrait de confirmer ces résultats et de développer cette pratique encore trop peu présente en France.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry. avr 2008;69(4):533-45.

2. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. Lancet Lond Engl. 1 janv 2011;377(9759):74-84.

3. Gunderson JG. Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. Am J Psychiatry. mai 2009;166(5):530-9.

4. Guilé JM, Zavaglia E, Berthiaume C, Bergeron L. Prevalence and comorbidity of borderline personality traits in the Quebec general population aged 12-14 years. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 21 mars 2021;

5. Comtois KA, Russo J, Snowden M, Srebnik D, Ries R, Roy-Byrne P. Factors associated with high use of public mental health services by persons with borderline personality disorder. Psychiatr Serv Wash DC. août 2003;54(8):1149-54.

6. Clarkin JF, Widiger TA, Frances A, Hurt SW, Gilmore M. Prototypic typology and the borderline personality disorder. J Abnorm Psychol. août 1983;92(3):263-75.

7. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, et al. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. Am J Psychiatry. déc 1998;155(12):1733-9.

8. Guelfi J.D. Encyclopedie medico-chirurgicale - Psychiatrie (n°37 395 A 10, 1999).

9. A. Stern. Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses, Psychoanalytic Quarterly,vol. 7. 1938.

10. Germaine Guex. Le syndrome d'abandon. 1973. 145 p.

11. Otto Kernberg. Les troubles limites de la personnalité [Internet]. 1997. Disponible sur: https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/troubles-limites-personnalite

12. Bergeret Jean. La personnalité normale et pathologique: les structures mentales, le caractère, les symptômes / Jean Bergeret. 3e édition. Paris: Dunod; 1996. x+330. (Psychismes).

13. DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders.American psychiatric association 2013.

14. CIM-10. Classification Internationale des Maladies de l'Organisation mondiale de la santé. Dixième édition. 1993.

15. Dennis Greenberger, Christine Padesky, David O'Hare. Le grand livre des thérapies cognitives et comportementales. 329 p.

16. Onken LS, Blaine JD, Boren JJ. Behavioral Treatments for Drug Abuse and Dependence, 137. :335.

17. Jean Cottraux. Les psychothérapies cognitives et comportementales. 2020.

18. Marsha M. Linehan. Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. 1993.

19. Ruocco AC, Carcone D. A Neurobiological Model of Borderline Personality Disorder: Systematic and Integrative Review. Harv Rev Psychiatry. oct 2016;24(5):311-29.

20. Marsha M. Linehan. Manuel d'entrainement aux compétences tcd. 2017.

21. Rathus JH, Miller AL. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. Suicide Life Threat Behav. 2002;32(2):146-57.

22. Ruocco AC, Amirthavasagam S, Zakzanis KK. Amygdala and hippocampal volume reductions as candidate endophenotypes for borderline personality disorder: a meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. Psychiatry Res. 31 mars 2012;201(3):245-52.

23. Nunes PM, Wenzel A, Borges KT, Porto CR, Caminha RM, de Oliveira IR. Volumes of the hippocampus and amygdala in patients with borderline personality disorder: a meta-analysis. J Personal Disord. août 2009;23(4):333-45.

24. Jomphe J. [Dialectical behavior therapy : a review of studies on skills training groups and applications in psychiatric settings]. Sante Ment Que. 2013;38(2):83-109.

25. O'Connell B, Dowling M. Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder. J Psychiatr Ment Health Nurs. août 2014;21(6):518-25.

26. Wilkinson SR. Enriching practice of dialectic behaviour therapy with the dynamic maturational model of attachment and adaptation. Clin Child Psychol Psychiatry. janv 2016;21(1):95-107.

27. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. Arch Gen Psychiatry. juill 2006;63(7):757-66.

28. Linehan MM, Korslund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsiu AD, et al. Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. JAMA Psychiatry. mai 2015;72(5):475-82.

29. Hogan MF, Grumet JG. Suicide Prevention: An Emerging Priority For Health Care. Health Aff Proj Hope. 1 juin 2016;35(6):1084-90.

30. Adrian M, McCauley E, Berk M, Asarnow J, Korslund K, Avina C, et al. Predictors and moderators of recurring self-harm in adolescents participating in a comparative treatment trial of psychological interventions. J Child Psychol Psychiatry. oct 2019;60(10):1123-32.

31. Wasserman D, Carli V, Iosue M, Javed A, Herrman H. Suicide prevention in psychiatric patients. Asia-Pac Psychiatry. n/a(n/a):e12450.

32. SPF. Bulletin de santé publique Hauts-de-France. Février 2019. [Internet]. [cité 11 mai 2021]. Disponible sur: /hauts-de-france2/bulletin-de-sante-publique-hauts-de-france.-fevrier-2019

33. Priebe S, Bhatti N, Barnicot K, Bremner S, Gaglia A, Katsakou C, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of dialectical behaviour therapy for self-harming patients with personality disorder: a pragmatic randomised controlled trial. Psychother Psychosom. 2012;81(6):356-65.

34. Kothgassner OD, Goreis A, Robinson K, Huscsava MM, Schmahl C, Plener PL. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. Psychol Med. 20 avr 2021;1-11.

35. Santamarina-Perez P, Mendez I, Singh MK, Berk M, Picado M, Font E, et al. Adapted Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with a High Risk of Suicide in a Community Clinic: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. Suicide Life Threat Behav. juin 2020;50(3):652-67.

36. McMain SF, Links PS, Gnam WH, Guimond T, Cardish RJ, Korman L, et al. A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. Am J Psychiatry. déc 2009;166(12):1365-74.

37. Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebrià A, Barrachina J, Campins MJ, et al. Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. Behav Res Ther. mai 2009;47(5):353-8.

38. Verheul R, Van Den Bosch LMC, Koeter MWJ, De Ridder MAJ, Stijnen T, Van Den Brink W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. Br J Psychiatry J Ment Sci. févr 2003;182:135-40.

39. DeCou CR, Comtois KA, Landes SJ. Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis. Behav Ther. janv 2019;50(1):60-72.

40. Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C, et al. Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. Behav Res Ther. mai 2004;42(5):487-99.

41. May JM, Richardi TM, Barth KS. Dialectical behavior therapy as treatment for borderline personality disorder. Ment Health Clin. mars 2016;6(2):62-7.

42. Labelle R, Janelle A. La thérapie comportementale dialectique de l'adolescent borderline et suicidaire. Perspect Psy. 23 nov 2012;Vol. 51(4):374-85.

43. Janelle A. Thérapie comportementale dialectique auprès d'adolescents en milieu psychiatrique : étude pilote et étude évaluative. :248.

44. Simons JS, Gaher RM. The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. Motiv Emot. juin 2005;29(2):83-102.

45. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. J Psychopathol Behav Assess. 1 mars 2004;26(1):41-54.

46. Baer RA, Smith GT, Lykins E, Button D, Krietemeyer J, Sauer S, et al. Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. Assessment. sept 2008;15(3):329-42.

47. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. Assessment. mars 2006;13(1):27-45.

48. Wolf M, Limberger MF, Kleindienst N, Stieglitz R-D, Domsalla M, Philipsen A, et al. [Short version of the borderline symptom list (BSL-23): development and psychometric evaluation]. Psychother Psychosom Med Psychol. août 2009;59(8):321-4.

49. Bohus M, Kleindienst N, Limberger MF, Stieglitz R-D, Domsalla M, Chapman AL, et al. The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on psychometric properties. Psychopathology. 2009;42(1):32-9.

50. Probst T, O'Rourke T, Decker V, KIEßLING E, Meyer S, Bofinger C, et al. Effectiveness of a 5-Week Inpatient Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. J Psychiatr Pract. mai 2019;25(3):192-8.

51. McMain SF, Chapman AL, Kuo JR, Guimond T, Streiner DL, Dixon-Gordon KL, et al. The effectiveness of 6 versus 12-months of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: the feasibility of a shorter treatment and evaluating responses (FASTER) trial protocol. BMC Psychiatry. 17 juill 2018;18(1):230.

52. Klein DA, Miller AL. Dialectical behavior therapy for suicidal adolescents with borderline personality disorder. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. avr 2011;20(2):205-16.

53. Giordano C, Iannuzzi V, Danesi F, Poletti M. Feasibility and effectiveness of Dialectical-Behavior Therapy for patients with borderline personality disorder in Italian mental health services: a preliminary study. Riv Psichiatr. févr 2021;56(1):43-5.

54. Asarnow JR, Berk MS, Bedics J, Adrian M, Gallop R, Cohen J, et al. Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Self-Harming Youth: Emotion Regulation, Mechanisms, and Mediators. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1 févr 2021;

55. Zeifman RJ, Boritz T, Barnhart R, Labrish C, McMain SF. The independent roles of mindfulness and distress tolerance in treatment outcomes in dialectical behavior therapy skills training. Personal Disord. mai 2020;11(3):181-90.

56. Kells M, Joyce M, Flynn D, Spillane A, Hayes A. Dialectical behaviour therapy skills reconsidered: applying skills training to emotionally dysregulated individuals who do not engage in suicidal and self-harming behaviours. Borderline Personal Disord Emot Dysregulation. 2020;7:3.

57. Mitchell R, Roberts R, Bartsch D, Sullivan T. Changes in mindfulness facets in a dialectical behaviour therapy skills training group program for borderline personality disorder. J Clin Psychol. juin 2019;75(6):958-69.

58. Mehlum L, Ramleth R-K, Tørmoen AJ, Haga E, Diep LM, Stanley BH, et al. Long term effectiveness of dialectical behavior therapy versus enhanced usual care for adolescents with self-harming and suicidal behavior. J Child Psychol Psychiatry. oct 2019;60(10):1112-22.

59. McMain SF, Guimond T, Barnhart R, Habinski L, Streiner DL. A randomized trial of brief dialectical behaviour therapy skills training in suicidal patients suffering from borderline disorder. Acta Psychiatr Scand. févr 2017;135(2):138-48.

60. Gibson J, Booth R, Davenport J, Keogh K, Owens T. Dialectical behaviour therapy-informed skills training for deliberate self-harm: a controlled trial with 3-month follow-up data. Behav Res Ther. sept 2014;60:8-14.

61. Lin T-J, Ko H-C, Wu JY-W, Oei TP, Lane H-Y, Chen C-H. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Skills Training Group vs. Cognitive Therapy Group on Reducing Depression and Suicide Attempts for Borderline Personality Disorder in Taiwan. Arch Suicide Res Off J Int Acad Suicide Res. mars 2019;23(1):82-99.

62. McMain SF, Guimond T, Streiner DL, Cardish RJ, Links PS. Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. Am J Psychiatry. juin 2012;169(6):650-61.

63. Tebbett-Mock AA, Saito E, McGee M, Woloszyn P, Venuti M. Efficacy of Dialectical Behavior Therapy Versus Treatment as Usual for Acute-Care Inpatient Adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. janv 2020;59(1):149-56.

64. Mehlum L, Ramberg M, Tørmoen AJ, Haga E, Diep LM, Stanley BH, et al. Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-Up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. avr 2016;55(4):295-300.

65. Flynn D, Gillespie C, Joyce M, Spillane A. An evaluation of the skills group component of DBT-A for parent/guardians: a mixed methods study. Ir J Psychol Med. 24 janv 2020;1-9.

66. Mehlum L, Tørmoen AJ, Ramberg M, Haga E, Diep LM, Laberg S, et al. Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. oct 2014;53(10):1082-91.

VII. ANNEXES

Annexe I : échelle d'évaluation BSL-23

BSL-23

S'il te plait, suis les instructions suivantes en répondant au questionnaire. Dans le tableau ci-dessous, tu trouveras une série de difficultés et de problèmes qui s'appliquent possiblement à toi. Lis bien chaque énoncé et indique **à quel point tu as souffert** de chaque problème au cours de la **DERNIÈRE SEMAINE**. Si tu ne ressens rien du tout en ce moment, réponds comme tu *penses que tu te serais senti*. N'indique pas la réponse qui pourrait faire la meilleure impression, mais réponds plutôt celle qui te concerne personnellement. **Les questions se rapportent à l'ensemble du déroulement de la semaine dernière. S'il te plait, assure-toi de répondre à chaque question.**

	Au cours de la dernière semaine...	Pas du tout	Un peu	Plutôt	Beaucoup	Très fortement
1.	C'était difficile pour moi de me concentrer.	0	1	2	3	4
2.	Je me sentais sans défense.	0	1	2	3	4
3.	J'étais très distrait(e) et incapable de me rappeler ce que je faisais exactement.	0	1	2	3	4
4.	Je ressentais du dégout.	0	1	2	3	4
5.	Je pensais à me faire mal.	0	1	2	3	4
6.	Je ne faisais pas confiance aux autres.	0	1	2	3	4
7.	Je croyais que je n'avais pas le droit de vivre.	0	1	2	3	4
8.	Je me sentais seul(e).	0	1	2	3	4
9.	Je vivais une tension intérieure stressante.	0	1	2	3	4
10.	J'avais des images mentales qui m'effrayaient beaucoup.	0	1	2	3	4
11.	Je me détestais.	0	1	2	3	4
12.	J'avais envie de me punir.	0	1	2	3	4
13.	J'ai eu honte que les autres me voient tel que je suis.	0	1	2	3	4
14.	Mon humeur variait rapidement entre de la peur, de la colère et de la dépression.	0	1	2	3	4
15.	J'ai été dérangé(e) par des voix et des bruits qui provenaient de l'intérieur ou de l'extérieur de moi.	0	1	2	3	4
16.	La critique avait sur moi un effet dévastateur.	0	1	2	3	4
17.	Je me sentais légèrement vulnérable.	0	1	2	3	4
18.	L'idée de la mort exerçait sur moi une certaine fascination.	0	1	2	3	4
19.	Tout me paraissait n'avoir aucun sens.	0	1	2	3	4
20.	J'ai eu peur de perdre le contrôle.	0	1	2	3	4
21.	Je me sentais dégouté(e) de moi-même.	0	1	2	3	4
22.	Je me sentais comme si j'étais loin de moi-même.	0	1	2	3	4
23.	Je me sentais sans valeur.	0	1	2	3	4

Annexe II : échelle d'évaluation DERS

DERS

S'il te plait, indique à quel point les énoncés suivants s'appliquent à toi en écrivant le chiffre approprié dans l'échelle ci-dessous sur la ligne à côté de chaque énoncé.

1	2	3	4	5
Presque jamais (0-10%)	Quelques fois (11-35%)	La moitié du temps (36-65%)	La plupart du temps (66-90%)	Presque toujours (91-100%)

1. Je suis clair(e) à propos de mes sentiments._____
2. Je porte attention à comment je me sens._____
3. Je vis mes émotions comme accablantes et hors de contrôle. _____
4. Je n'ai aucune idée sur comment je me sens._____
5. J'ai de la difficulté à donner du sens à mes sentiments._____
6. Je suis attentif(ve) à mes sentiments._____
7. Je sais exactement comment je me sens._____
8. Je me soucie de ce que je ressens._____
9. Je suis confus(e) sur ce que je ressens._____
10. Quand je suis bouleversé(e), je reconnais mes émotions._____
11. Quand je suis bouleversé(e), je deviens fâché(e) contre moi de me sentir ainsi. _____
12. Quand je suis bouleversé(e), je deviens embarrassé(e) de me sentir ainsi._____
13. Quand je suis bouleversé(e), j'ai de la difficulté à faire mon travail._____
14. Quand je suis bouleversé(e), je perds le contrôle._____
15. Quand je suis bouleversé(e), je crois que je vais demeurer ainsi pour longtemps._____
16. Quand je suis bouleversé(e), je crois que je vais finir par me sentir très déprimé(e)._____
17. Quand je suis bouleversé(e), je crois que mes sentiments sont valables et importants._____
18. Quand je suis bouleversé(e), j'ai de la difficulté à me concentrer sur d'autres choses._____
19. Quand je suis bouleversé(e), j'ai le sentiment de perdre le contrôle._____
20. Quand je suis bouleversé(e), je peux encore accomplir mes tâches._____
21. Quand je suis bouleversé(e), j'ai honte de me sentir ainsi. _____

-------1----------2----------3----------4----------5--------

Presque jamais Quelques fois La moitié du temps La plupart du temps Presque toujours
(0-10%) (11-35%) (36-65%) (66-90%) (91-100%)

22. Quand je suis bouleversé(e), je sais que je peux trouver une façon de me sentir éventuellement mieux._____

23. Quand je suis bouleversé(e), je sens que je suis faible._____

24. Quand je suis bouleversé(e), je sens que je peux demeurer en contrôle de mes comportements._____

25. Quand je suis bouleversé(e), je me sens coupable de me sentir ainsi._____

26. Quand je suis bouleversé(e), j'ai de la difficulté à me concentrer._____

27. Quand je suis bouleversé(e), j'ai de la difficulté à contrôler mes comportements._____

28. Quand je suis bouleversé(e), je crois qu'il n'y a rien que je puisse faire pour me sentir mieux._____

29. Quand je suis bouleversé(e), je me fâche envers moi-même de me sentir ainsi._____

30. Quand je suis bouleversé(e), je commence à me sentir très mal à mon sujet._____

31. Quand je suis bouleversé(e), je crois que m'apitoyer sur mon sort est tout ce que je peux faire._____

32. Lorsque je suis bouleversé(e), je perds le contrôle sur mes comportements._____

33. Quand je suis bouleversé(e), j'ai de la difficulté à penser à autre chose._____

34. Lorsque je suis bouleversé(e), je prends le temps de comprendre ce que je ressens vraiment._____

35. Quand je suis bouleversé(e), ça me prend beaucoup de temps à me sentir mieux._____

36. Quand je suis bouleversé(e), je ressens mes émotions de façon accablante._____

Traduit et validé par Jeanfils, Bilsand-De Sousa, Labelle, Mbelesu, Renaud et Bertone (2011) de Baer et coll. (2006)

Annexe III : échelle d'évaluation DTS

DTS

Pense aux fois où tu te sens en détresse ou bouleversé(e). Encercle le chiffre qui correspond le mieux à ce sentiment de détresse ou de bouleversement. S'il te plait, répond en considérant tes sentiments de détresse « en général », c'est-à-dire dans **LES DERNIÈRES SEMAINES**.

Traduit et validé par Janelle, Bilsaal-De Serres, Labelle, Mlekus, Renaud et Bretan (2011) de Bear et coll. (2006)

Fortement en accord	Modérément en accord	À la fois en accord et en désaccord	Modérément en désaccord	Fortement en désaccord	
1	2	3	4	5	1. Me sentir en détresse ou bouleversé(e) est insupportable pour moi.
1	2	3	4	5	2. Quand je me sens en détresse ou bouleversé(e), tout ce que je peux penser est à quel point je me sens mal.
1	2	3	4	5	3. Je ne peux supporter de me sentir en détresse ou bouleversé(e).
1	2	3	4	5	4. Mes sentiments de détresse sont si intenses qu'ils m'envahissent complètement.
1	2	3	4	5	5. Il n'y a rien de pire que de se sentir en détresse ou bouleversé(e).
1	2	3	4	5	6. Je peux tolérer d'être en détresse ou bouleversé(e) aussi bien que la plupart des gens.
1	2	3	4	5	7. Mes sentiments d'être en détresse ou bouleversé(e) ne sont pas acceptables.
1	2	3	4	5	8. Je ferais tout pour éviter de me sentir en détresse ou bouleversé(e).
1	2	3	4	5	9. Les autres semblent être plus capables que moi de tolérer le sentiment d'être en détresse ou bouleversé(e).
1	2	3	4	5	10. Être en détresse ou bouleversé(e) est toujours une épreuve importante pour moi.
1	2	3	4	5	11. J'ai honte de moi quand je me sens en détresse ou bouleversé(e).
1	2	3	4	5	12. Mes sentiments d'être en détresse ou bouleversé(e) me font peur.
1	2	3	4	5	13. Je ferais n'importe quoi pour ne plus me sentir en détresse ou bouleversé(e).
1	2	3	4	5	14. Quand je me sens en détresse ou bouleversé(e), je dois faire quelque chose à ce sujet immédiatement.
1	2	3	4	5	15. Quand je me sens en détresse ou bouleversé(e), je ne peux m'empêcher de me concentrer sur comment pénible est le sentiment de détresse.

Annexe IV : échelle d'évaluation FFMQ

FFMQ

S'il te plait, cote chacun des énoncés suivants selon l'échelle ci-dessous. Inscris sur la ligne le chiffre qui décrit le mieux ta propre opinion de ce qui est ACTUELLEMENT vrai pour toi.

1	2	3	4	5
Jamais ou très rarement vrai	Rarement vrai	Quelque fois vrai	Souvent vrai	Très souvent ou toujours vrai

_____ 1. Quand je marche, j'observe délibérément les sensations de mon corps en mouvement.

_____ 2. Je suis bon(ne) à trouver les mots pour décrire mes sentiments.

_____ 3. Je me critique d'avoir des émotions bizarres.

_____ 4. Je perçois mes sentiments et mes émotions sans avoir à y réagir.

_____ 5. Quand je fais des choses, mon esprit s'égare et je suis facilement distrait(e).

_____ 6. Quand je prends une douche ou un bain, je demeure attentif(ve) aux sensations de l'eau sur mon corps.

_____ 7. Je peux facilement mettre en mots mes croyances, opinions et attentes.

_____ 8. Je ne porte pas attention à ce que je fais parce que je rêvasse, m'inquiète, ou encore je suis distrait(e).

_____ 9. Je remarque mes sentiments sans me perdre dans ce que je ressens.

_____ 10. Je me dis que je ne devrais pas ressentir ce que je ressens.

_____ 11. J'observe comment les aliments et les boissons influencent mes pensées, sensations corporelles et émotions.

_____ 12. C'est difficile pour moi de trouver les mots pour décrire ce que je pense.

_____ 13. Je suis facilement distrait(e).

_____ 14. Je crois que certaines de mes pensées sont anormales ou mauvaises et que je ne devrais pas penser de cette façon.

_____ 15. Je porte attention aux sensations comme le vent dans mes cheveux ou le soleil sur mon visage.

_____ 16. J'ai de la difficulté à penser aux mots justes qui décrivent comment je me sens au sujet des choses.

_____ 17. Je juge si mes pensées sont bonnes ou mauvaises.

_____ 18. Je trouve difficile de rester centré(e) sur ce qui se passe dans l'instant présent.

_____ 19. Quand j'ai des pensées ou des images pénibles, je prends du recul et j'en suis conscient(e) sans être envahi(e) par elles.

1	2	3	4	5
Jamais ou très rarement vrai	Rarement vrai	Quelque fois vrai	Souvent vrai	Très souvent ou toujours vrai

_____ 20. Je porte attention aux sons, comme le tic-tac des horloges, le gazouillis des oiseaux ou les autos qui passent.

_____ 21. Dans les situations difficiles, je peux m'arrêter sans réagir immédiatement.

_____ 22. Quand j'ai une sensation dans mon corps, c'est difficile pour moi de la décrire parce que je ne peux pas trouver les mots justes.

_____ 23. Il semble que je suis sur « le pilote automatique » sans être très conscient(e) de ce que je fais.

_____ 24. Quand j'ai des pensées ou des images pénibles, je me sens calme peu après.

_____ 25. Je me dis que je ne devrais pas penser comme je pense.

_____ 26. Je remarque les odeurs et arômes des choses.

_____ 27. Même si je me sens terriblement bouleversé(e), je peux trouver une façon de l'exprimer avec des mots.

_____ 28. Je me précipite dans les activités sans y être vraiment attentif(ve).

_____ 29. Quand j'ai des pensées ou images pénibles, je suis capable de les observer sans réagir.

_____ 30. Je pense que certaines de mes émotions sont mauvaises ou inappropriées et que je ne devrais pas les ressentir.

_____ 31. Je remarque les éléments visuels dans l'art ou la nature comme les couleurs, les formes, les textures ou les jeux d'ombres et de lumière.

_____ 32. Mon penchant naturel est d'exprimer mes expériences en mots.

_____ 33. Quand j'ai des pensées ou des images qui me perturbent, je ne fais que les remarquer simplement et les laisse aller.

_____ 34. Je fais mes travaux ou mes tâches automatiquement sans être conscient de ce que je suis en train de faire.

_____ 35. Quand j'ai des pensées ou images pénibles, je me juge comme bon(ne) ou mauvais(e), tout dépendant du contenu de la pensée ou de l'image.

_____ 36. Je porte attention à la façon dont mes émotions influencent mes pensées et mon comportement.

_____ 37. Je peux habituellement décrire de façon détaillée comment je me sens dans l'instant présent.

_____ 38. Je me retrouve à faire des choses sans y porter attention.

_____ 39. Je me désapprouve quand j'ai des idées irrationnelles.

Traduit et validé par Jandle, Bibaud-De Serres, Labelle, Miskou, Renaud et Breton (2011) de Baer et coll. (2006)