

Bachelor of Science HES-SO en Soins Infirmiers

HAUTE ECOLE SPECIALISEE DE SUISSE OCCIDENTALE

Domaine santé

**Les stratégies de coping favorisant le rétablissement des
personnes atteintes du trouble de la personnalité
borderline**

LEGRAIN Marie

LOCATELLI Alessia

VOLKOVA Ira

Travail de Bachelor – Groupe 1

Sous la direction de **FERRARI PASCALE**

Lausanne, le 14 juillet 2025

Table des matières

DÉCLARATION.....	III
REMERCIEMENTS	IV
RÉSUMÉ.....	V
LISTE DES ABREVIATIONS	VI
INTRODUCTION.....	1
1. PROBLEMATIQUE.....	2
2. QUESTIONS DE RECHERCHE ET OBJECTIFS.....	5
3. CADRE THEORIQUE.....	6
4. METHODOLOGIE.....	8
4.1 Processus d'élaboration de l'équation de recherche	8
4.2 Sélection des articles et critères d'inclusion et d'exclusion.....	9
5. RESULTATS.....	10
5.1 Aperçu général des articles qualitatifs.....	10
5.3 Aperçu des articles quantitatifs.....	11
5.4 Synthèse des résultats des articles retenus	12
5.5 Stratégies de <i>coping</i> centrées sur le problème	12
5.5 Stratégies de <i>coping</i> centrées sur les émotions.....	14
5.6 Stratégies de <i>coping</i> centrées sur la recherche de soutien social.....	17
6. DISCUSSION ET PERSPECTIVES.....	20
6.1 Rappel de la question de recherche	20
6.2 Convergences et divergences entre les articles.....	21
6.2.1 Les stratégies de <i>coping</i> centrées sur le problème	21
6.2.2 Les stratégies de <i>coping</i> centrée sur les émotions	22
6.2.3 Les stratégies de <i>coping</i> centrée sur la recherche de soutien social.....	22
6.3 Discussion des résultats en lien avec d'autres sources scientifiques.....	24
6.4 Discussion en lien avec la théorie du <i>self-care</i> de Riegel	25
6.5 Recommandations pour la pratique et suggestion pour l'implantation	27
6.6 Pistes pour des recherches ultérieures	27
7. CONCLUSION.....	28
8. LISTE DES REFERENCES	29
ANNEXES	33
Annexe I : les équations de recherche et la figure de la théorie du rétablissement.....	33
Annexe II : Flowchart	34
Annexe III : tableau des stratégies de coping	35

Annexe IV : Déclaration sur l'honneur.....	36
Annexe V : Analyse des articles avec grilles qualitatives et quantitatives	38
a. <i>Grille de lecture critique pour article qualitatif : Bond et al. (2017).</i>	38
b. Grille de lecture critique pour article qualitatif : Vandyk et al. (2019)	47
c. Grille de lecture critique pour article qualitatif : Matson et al. (2021).....	54
d. Grille de lecture critique pour article qualitatif : Dahlenburg et al. (2023)	64
e. Grille de lecture critique pour article qualitatif : Donald et al. (2017).	72
f. Grille de lecture critique pour article qualitatif : Ng et al. (2019).....	82
g. Grille de lecture critique pour article quantitatif : Chaudhury et al. (2017)	90
h. Grille de lecture critique pour article quantitatif : Carlson et al. (2020).....	102
i. Grille de lecture critique pour article quantitatif : Meaney-Tavares et al. (2013)	118
j. Grille de lecture critique pour article quantitatif : Barnicot et al. (2016)	131
Annexe VI : Tableau revue de littérature des articles sélectionnés.....	141

DÉCLARATION

Ce travail, ainsi que les conclusions qui en sont issues, relèvent de la seule responsabilité de ses autrices et n'engagent en aucun cas l'Institut et Haute École de la Santé La Source.

Par souci de clarté et de fluidité, un langage non inclusif a été adopté ; le texte est donc rédigé principalement au masculin sans intention discriminatoire.

Les articles sélectionnés étant en anglais, nous avons veillé à rester au plus près de leur version originale.

L'intelligence artificielle a été utilisée ponctuellement pour la révision de la syntaxe, de la grammaire, de l'orthographe, ainsi que pour l'application des normes bibliographies APA7.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier sincèrement,

FERRARI Pascale, Infirmière clinicienne spécialisée (ICLS) au CHUV et Maître d’enseignement à l’Institut et Haute École de la Santé La Source pour son accompagnement, sa disponibilité, son écoute et sa bienveillance en tant que directrice de ce travail de Bachelor.

La bibliothécaire-documentaliste responsable du pôle psychiatrique de la Bibliothèque universitaire de médecine sur le site de Cery, Madame **ROSSELET AMOUSSOU Joëlle**, pour sa disponibilité et son investissement dans l’élaboration des équations de recherche scientifique ainsi que dans la recherche d’articles.

Nos famille et amis pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de cette dernière année et de cette période de concession.

RÉSUMÉ

Contexte et But : Le trouble de la personnalité borderline (TPB) constitue une pathologie chronique se manifestant par une instabilité émotionnelle prononcée, une impulsivité marquée ainsi que des difficultés majeures dans les interactions interpersonnelles, altérant significativement la qualité de vie des individus concernés. Si les approches thérapeutiques actuelles visent principalement la réduction des symptômes, il est également important de s'intéresser aux stratégies de *coping* permettant un rétablissement personnel durable. Le rétablissement personnel durable ne se résume pas uniquement à la diminution des symptômes mais inclut le renforcement identitaire et l'amélioration du bien-être global. C'est pourquoi ce travail de Bachelor avait pour but de déterminer les stratégies de *coping* favorisant le rétablissement du TPB.

Méthode : Les bases de données PubMed et CINAHL ont été utilisées afin d'effectuer une revue de littérature sur le sujet d'intérêt. Sur la base des éléments du modèle PICO, deux équations de recherche ont été obtenues grâce aux différents descripteurs, mots-clés et termes jugés équivalents. Dix articles scientifiques ont été retenus pour l'analyse finale. L'évaluation méthodologique des articles a été réalisée selon des grilles d'analyse critique des contenus reconnus et les résultats discutés à la lueur du cadre théorique du *self-care* de Riegel.

Résultats et Discussion : Six études qualitatives et quatre études quantitatives ont permis d'identifier les stratégies de *coping* efficaces pour favoriser le rétablissement. Elles ont été classées selon le modèle de Servant (2012) : les stratégies de *coping* centrées sur le problème, sur les émotions ou sur la recherche de soutien social. Les résultats montrent que les stratégies actives sont efficaces lorsqu'elles sont soutenues par un encadrement thérapeutique. À l'inverse, les stratégies émotionnelles dysfonctionnelles aggravent la symptomatologie. Le soutien social, notamment entre pairs, émerge comme un levier essentiel, à condition d'être bienveillant et non stigmatisant. Ces constats rejoignent les composantes du *self-care* de Riegel (2012). Un accompagnement infirmier individualisé, intégrant les stratégies efficaces dès l'entrée en soin est recommandé.

Conclusion : L'analyse de dix articles a permis d'identifier soixante-trois stratégies de *coping* classées en trois stratégies principales, interprétées grâce au modèle de *self-care* de Riegel ainsi qu'à d'autres articles scientifiques. Certaines stratégies, comme la résolution de problèmes, la participation à des groupes de pairs ou la modulation sensorielle, favorisent le rétablissement, tandis que des stratégies comme la rumination ou l'évitement y nuisent. Ce travail, fondé sur une triangulation méthodologique, a renforcé nos compétences en recherche, en analyse critique et en utilisation de cadre théorique, tout en nous amenant à reconsidérer le rôle infirmier, axé sur l'autonomie, le *self-care* et l'*empowerment*. Des recherches futures sur leurs effets à long terme, le rôle du genre dans ces dernières, et la co-construction avec les patients sont préconisés.

Mots-clés : trouble de la personnalité borderline, stratégies de *coping*, rétablissement, *self-care*, adaptation, *empowerment*, théorie comportementale dialectique

LISTE DES ABREVIATIONS

ANS	Automutilations non suicidaire
CARE	<i>Coping and regulating emotions</i>
CHIME	<i>Connectedness-Hope-Identity-Meaning-Empowerment</i>
CINHAL	<i>Cumulative Index for Nursing and Allied Health Literature</i>
DSM-V	<i>Diagnostic and statistical manual of mental disorders</i>
EMA	<i>Ecological Momentary Assessment</i>
HETOP	<i>Health terminology/ontology portal</i>
IPA	<i>Interpretative Phenomenological Analysis</i> / analyse phénoménologique interprétative
TPB / BPB	Trouble de la personnalité borderline / <i>Borderline Personality Disorder</i>
TCD/ DBT	Thérapie comportementale dialectique / <i>Dialectical Behaviour Therapy</i>
MESH	<i>Medical Subject Heading</i>
OBSAN	Observatoire Suisse de la santé
OFSP	Office fédérale de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
PICO	Population Intervention Comparaison <i>Outcome</i>

INTRODUCTION

Le trouble de la personnalité borderline (TPB) constitue un enjeu majeur en santé mentale en raison de son impact considérable sur la qualité de vie, les relations interpersonnelles et le fonctionnement global des personnes concernées. Caractérisé par une instabilité émotionnelle, des comportements impulsifs et une image de soi fragmentée, le TPB entraîne une détresse psychique persistante et un recours fréquent aux services psychiatriques. Bien que les approches thérapeutiques visent principalement la réduction des symptômes, la notion de rétablissement centrée sur la construction d'une vie satisfaisante malgré la maladie, suscite un intérêt croissant. Dans cette perspective, les stratégies de *coping* définies comme les efforts cognitifs et comportementaux déployés pour faire face au stress, apparaissent comme des leviers potentiels de changement. En tant que futurs infirmiers, il nous semble essentiel d'explorer ces mécanismes adaptatifs pour favoriser un accompagnement centré sur l'*empowerment*, l'autonomie et la qualité de vie.

Ce travail de Bachelor consiste en une revue de littérature ciblée qui vise à répondre à la question suivante : Quelles sont les stratégies de *coping* qui favorisent le rétablissement des personnes atteintes du trouble de la personnalité de type borderline ? Après une contextualisation de la problématique, nous présentons le cadre théorique mobilisé, à savoir la théorie du *self-care* de Barbara Riegel, qui permet d'interpréter les pratiques d'autosoins dans le contexte du TPB. La méthodologie de recherche documentaire est ensuite détaillée, incluant le choix des bases de données, les critères de sélection des articles, et les grilles d'analyse. La sélection des résultats propose une synthèse comparative des stratégies de *coping* identifiées, classées de la manière suivante : centrées sur le problème, sur les émotions ou sur la recherche de soutien social. Enfin, la discussion met en lien les résultats avec la théorie de Riegel, en envisageant les implications pour la pratique infirmière et les pistes de recherche futures. Ce travail a pour ambition de contribuer à une meilleure compréhension des dynamiques de rétablissement dans le TPB et d'éclairer le rôle spécifique que peuvent jouer les soins infirmiers dans la promotion du *self-care*.

1. PROBLEMATIQUE

Le TPB est un trouble mental qui se caractérise par une instabilité de l'humeur, de l'image de soi, des relations interpersonnelles, ainsi que par une impulsivité marquée (Chapman et al., 2024). Il est également caractérisé par la peur de l'abandon et un sentiment chronique de vide (ibid.).

La prévalence ponctuelle du TPB dans la population générale est estimée à 1.4% aux États-Unis (Lenzenweger, 2007). Les études montrent des variations de la prévalence allant de 0.7% en Norvège (Torgersen et al., 2001) jusqu'à 3.9% aux États-Unis (Crawford et al., 2005). Une étude britannique (Coid et al., 2006) estime la prévalence du TPB à 0.7% tandis qu'en Suisse, elle se situe entre 4 et 6% (Fitaire, 2022). En 2018, le taux d'hospitalisation des personnes ayant des troubles spécifiques de la personnalité était de 5% (Schuler et al., 2020). Les troubles de la personnalité représentaient 7% des placements à des fins d'assistance (PAFA) en 2023, soit 1278 cas (Schuler et al., 2018).

Les maladies psychiques représentent un enjeu majeur tant sociétal qu'économique (Baer, 2017). L'instabilité des relations interpersonnelles, l'impulsivité, les comportements à risque ou les symptômes dissociatifs intrinsèques au TPB (Leichsenring et al., 2024) influencent négativement les relations sociales ainsi que la santé physique et psychologique (Stefanatou et al., 2023). Une faible image de soi, un sentiment de vide et la peur de l'abandon impactent, quant à eux, fortement la qualité de vie et engendrent des symptômes de type anxieux et/ou dépressifs qui influencent à leur tour la santé physique, psychologique et les relations sociales (ibid.).

Les patients atteints de TPB souffrent de troubles anxieux comorbides, de troubles panique (18,5%), de phobie sociale (20,7%), de troubles anxieux généralisés ou de troubles anxieux mixtes (17,4%), de troubles de l'adaptation (22,8%) et de troubles de stress post-traumatique (8,7%) (Grambal et al., 2016). Au moins 52% des patients avec le TPB tentent de se suicider et 6% en décèdent (Lak et al., 2025). D'autres causes de décès liées à des complications cardiovasculaires, à la consommation de substances, à des cancers ou encore à des accidents touchent 14% de cette population, contre respectivement 1,4% et 5,5% des patients atteints d'autres troubles de la personnalité (Frankenburg et al., 2019). Concernant les automutilations non suicidaire (ANS), le taux de prévalence est plus élevé chez les adultes et les adolescents atteints de TPB en comparaison avec la population générale (90-95% vs 6-17%) (Reichl & Kaess, 2021). Les coûts totaux, qu'ils soient directs (liés aux soins et traitement des maladies psychiques) ou indirects (liés aux départs anticipés ou aux congés maladie) s'élevaient à 11 milliards de francs en 2010 (Schuler et al., 2016). Selon Maercker et al. (2013), les coûts globaux associés aux 36'000 individus avec le TPB en Europe s'élevaient à 392 millions d'euros. Parmi ces coûts, 48 millions d'euros concernaient les soins de santé directs, 54 millions les coûts non médicaux directs et 289 millions d'euros les coûts indirects (ibid.). Hastrup et al. (2019) ont estimé les coûts spécifiques au TPB à 40'411

euros au Danemark, soit 16 fois plus que les coûts annuels moyens de témoins appariés selon l'âge, le sexe, l'état civil et la commune de résidence.

Pour remédier aux nombreux défis liés au TPB, il est recommandé de renforcer la prévention en santé mentale dès le début de la prise en charge. Pour cela, il est nécessaire d'identifier les facteurs de risque (auto-agressions, addictions) afin de permettre des actions précoces (Bürli et al., 2015). En sensibilisant les personnes concernées par un TPB à la régulation émotionnelle et aux alternatives aux comportements à risque, les infirmiers contribuent à la prévention primaire et secondaire. En enseignant des techniques de gestion du stress, ils encouragent l'autonomie du patient et renforcent son *empowerment*, contribuant ainsi à créer un environnement favorable à la santé mentale. Ces actions de prévention favorisent les stratégies plus saines, réduisent les hospitalisations et améliorent la qualité de vie (Bürli et al., 2015).

Bürli et al. (2015) recommandent également l'éducation thérapeutique afin d'accompagner les patients ayant un TPB dans la compréhension de leur trouble et l'apprentissage de techniques alternatives aux comportements auto-dommageables (p.ex: thérapie comportementale et dialectique). Former les professionnels de santé afin qu'ils aient une meilleure compréhension du trouble est essentiel. Cela favoriserait une prise en charge adaptée et respectueuse qui permettrait l'engagement du patient dans son rétablissement tout en évitant des réactions de rejet ou de clivage, fréquentes dans la relation soignant-soigné. Améliorer l'accès aux soins et aux suivis spécialisés tout en assurant une coopération entre les différents professionnels de santé garantit un suivi cohérent et personnalisé favorisant l'autonomie, l'intégration sociale et le rétablissement.

En santé mentale, le rétablissement personnel n'est pas l'équivalent d'une guérison complète mais d'une vie satisfaisante impliquant de retrouver un sentiment de contrôle et de sens. Anthony (1993) le définit comme un “ [...] processus profondément personnel, unique, de changement des propres attitudes, valeurs, sentiments, objectifs, compétences, et/ou rôles. C'est une manière de vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir et épanouissante, en dépit des limites dues à la maladie. Le rétablissement suppose le développement de sens et d'objectifs nouveaux dans la vie de quelqu'un qui grandit malgré les effets catastrophiques de la maladie mentale”. (p.15) Le rétablissement dans le cadre du TPB est défini comme une diminution majeure à long terme des symptômes caractéristiques de ce dernier, tels que l'instabilité émotionnelle, les comportements impulsifs, les crises de colère ou encore les automutilations (Zanarini et al., 2010). À cela, s'ajoutent un fonctionnement social avec des relations stables, le maintien d'un réseau de soutien et un fonctionnement adéquat dans un cadre professionnel et académique. Cela signifie que la personne avec un TPB travaille ou étudie à temps plein ou exerce un rôle équivalent et cela de manière stable pendant au moins 2 ans (Zanarini et al., 2010). Franck (2021), distingue quatre dimensions de rétablissement qui se complètent mutuellement. **Le rétablissement clinique** correspond à la réduction ou la disparition des symptômes selon une évaluation médicale standardisée. **Le rétablissement fonctionnel** se rapporte à la capacité d'une personne à faire face aux exigences du quotidien grâce au développement de compétences cognitives, sociales ou pratiques. **Le rétablissement social**, quant à lui, concerne l'inclusion dans la communauté via l'accès à un logement, une activité

professionnelle ou des relations sociales significatives. Enfin, **le rétablissement personnel**, qui constitue la finalité principale, renvoie à une dynamique subjective où la personne redonne du sens à sa vie, retrouve espoir, confiance et autodétermination, indépendamment de la persistance des symptômes. Ce cadre théorique permet ainsi d'interpréter les stratégies de *coping* non seulement comme des moyens d'adaptation ponctuels, mais aussi comme des leviers potentiels vers un processus de rétablissement global et durable (Franck, 2021).

La promotion de l'autogestion, en particulier dans le cadre des maladies non transmissibles (MNT), des troubles psychiques et des addictions, s'inscrit dans la stratégie nationale de Prévention 2017-2024. Elle vise à renforcer les compétences des personnes concernées et celles de leurs proches pour faire face aux défis liés à la maladie, ceci en mobilisant les ressources personnelles. La promotion de l'autogestion constitue également un levier fondamental du processus de rétablissement. Le renforcement de l'autonomie décisionnelle et de l'implication active dans les soins permet de soutenir durablement le bien-être subjectif et la qualité de vie, au cœur du paradigme du rétablissement (Spiess et al., 2021). Selon la théorie d'Orem (1991), l'autosoin se définit par "la pratique de l'activité que les individus initient et effectuent pour maintenir leur vie, leur santé et leur bien-être" (p.117). L'analyse mandatée de l'Office fédéral de la santé publique [OFSP] révèle que, même si les concepts de promotion de l'autogestion et de prévention dans les soins soient globalement connus, leur intégration dans les cursus de formations initiale continue et de perfectionnement demeure hétérogène (Spiess et al., 2021).

Les stratégies de *coping* sont des méthodes d'adaptation pour réussir à faire face au stress, aux difficultés. Elles sont définies comme "l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu" (Lazarus & Folkman, 1984). Selon le modèle de Lazarus et Folkman (1984), il existe deux grandes catégories de *coping* : les stratégies centrées sur le problème et les stratégies centrées sur l'émotion. Dans l'adaptation de leur modèle, une troisième catégorie de *coping* est mentionnée : les stratégies centrées sur la recherche du soutien social (Servant, 2012).

Plusieurs psychothérapies existent pour le TPB, dont notamment la thérapie comportementale dialectique (TCD). Celle-ci s'inspire à la fois des théories comportementalistes, du bouddhisme et de la philosophie dialectique. Le TPB se développe à la faveur d'une interaction entre une vulnérabilité émotionnelle biologique et un environnement invalidant. Il en résulte une dysrégulation qui consiste en une sensibilité accrue aux stimulus, une intensité émotionnelle plus élevée et un retour plus lent au niveau émotionnel de base. L'apprentissage de la régulation des affects est l'objectif principal des soins en TCD, qui se fait selon quatre modalités de traitement : la thérapie individuelle, le groupe d'entraînement aux compétences, les consultations téléphoniques et l'intervention des thérapeutes (Prada et al., 2015). Néanmoins, les études ne permettent pas de discriminer clairement quelles sont les stratégies réellement utilisées et celles qui sont efficaces ou non. Quant à la thérapie basée sur la mentalisation, elle vise à développer et stabiliser les capacités de mentalisation, en particulier dans des

situations chargées d'émotions comme les relations d'attachement (Prada et al., 2015). Les modalités de soins comprennent un suivi individuel et de groupe, un plan de traitement et de crise ainsi qu'une consultation de thérapeutes. Pour terminer, la psychothérapie focalisée sur le transfert constitue une approche psychodynamique structurée pour les personnes atteintes du TPB (Prada et al., 2015). Elle intègre des éléments fondamentaux tels que la neutralité technique, l'interprétation et une attention rigoureuse à la dynamique transférentielle et contre-transférentielle. Elle s'appuie théoriquement sur les modèles des relations d'objets. Toutefois, elle s'en distingue par un cadre thérapeutique modifié et adapté aux spécificités cliniques de cette population. Le dispositif thérapeutique repose sur deux séances hebdomadaires en face-à-face. Un cadre formalisé en collaboration avec le patient est exigé pour permettre d'assurer la sécurité physique et psychique du professionnel de santé et du patient. Cette thérapie adopte une posture attentive aux éléments concrets de la réalité du patient (dynamique familiale, contexte professionnel, usage de substances, comportements à risque), souvent révélateurs de résistances au changement (Prada et al., 2015).

En ce qui concerne les stratégies de *coping*, leur utilité n'est pas étudiée à long-terme, ce qui serait important au vu de la chronicité du TPB. De plus, les études existantes se focalisent sur la réduction des symptômes et non sur le rétablissement personnel qui va au-delà (Ng et al., 2019).

2. QUESTIONS DE RECHERCHE ET OBJECTIFS

Pour pouvoir réduire les rechutes du TPB et les coûts de la santé, améliorer l'adhésion au traitement et permettre une prise en charge personnalisée à long-terme, il est primordial de mieux comprendre l'utilité et l'impact des stratégies de *coping* qui favorisent le rétablissement personnel et la qualité de vie, et non uniquement la réduction des symptômes. C'est pourquoi la question de recherche de notre travail de Bachelor est la suivante : "Quelles sont les stratégies de *coping* qui favorisent le rétablissement des personnes atteintes d'un trouble de la personnalité de type borderline ?"

L'objectif de cette revue de littérature est d'identifier les stratégies de *coping* efficaces qui favorisent le rétablissement personnel à moyen et long-terme des patients atteints de TPB. En explorant les stratégies d'adaptation efficaces, tout en prenant en compte les particularités individuelles ainsi que les différents milieux sociaux, cela permettrait aux personnes avec un TPB d'améliorer la régulation de leurs émotions, de renforcer l'estime d'elles-mêmes et de les aider à s'adapter aux situations complexes qu'elles rencontrent au quotidien en limitant les impacts négatifs du trouble.

3. CADRE THEORIQUE

Pour répondre à la question de recherche, le modèle du *self-care* de Barbara Riegel sera utilisé dans le cadre de ce travail de Bachelor. Le TPB est considéré comme une maladie chronique pour laquelle les patients doivent développer des moyens afin de mieux gérer leur maladie et améliorer leur santé. La théorie infirmière du *self-care* de Barbara Riegel et de ses collègues constitue un cadre conceptuel utile pour comprendre comment les patients atteints de maladies chroniques peuvent gérer leur pathologie de manière autonome (Riegel et al., 2012). L'hypothèse étant que les personnes atteintes de maladie chronique puissent, avec un soutien approprié, développer des compétences d'autorégulation afin d'améliorer leur état de santé et leur qualité de vie (ibid.).

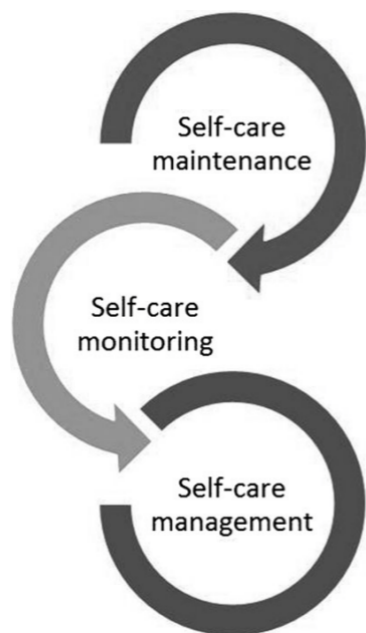
Développée par Barbara Riegel, cette théorie repose sur trois concepts fondamentaux : le maintien de la santé, la surveillance et la gestion des symptômes. Le maintien de la santé correspond à des comportements préventifs quotidiens tels que l'alimentation, l'exercice physique ou l'observance médicamenteuse. Dans ce domaine, les infirmiers jouent un rôle essentiel d'éducation et de motivation. La surveillance se définit comme l'observation régulière des symptômes, nécessitant un accompagnement infirmier dans l'identification des signaux d'alerte et l'utilisation d'outils de suivi. Enfin, la gestion des symptômes englobe les actions entreprises pour ajuster les comportements ou solliciter des soins. Un processus au cours duquel les infirmiers soutiennent la prise de décision et facilitent l'accès aux ressources. Ces trois concepts s'articulent de manière séquentielle : le maintien de la santé constitue la base, suivi par la surveillance des symptômes, en terminant par l'aboutissement de leur gestion. Les patients doivent être ainsi en mesure de maîtriser les comportements de maintien de la santé avant de progresser vers une surveillance plus active, puis finalement vers une gestion autonome de leurs symptômes. Ajuster leurs comportements ou solliciter des soins en cas de besoin contribue alors à une prise en charge plus efficace de leur état. Plusieurs facteurs, tels que la motivation, la culture et le soutien social influencent le *self-care*, ce qui rend indispensable un accompagnement personnalisé (Riegel et al., 2012). La gestion des symptômes intervient lorsque le patient identifie un problème et adapte ses comportements ou demande de l'aide. Dans ce cas précis, les infirmiers ont pour mission de soutenir les prises de décision, d'orienter vers les ressources adaptées et de renforcer la confiance des patients dans leur capacité à gérer leur maladie. Cette articulation des concepts met en évidence l'importance du rôle infirmier, en tant qu'éducateur, facilitateur et de soutien émotionnel pour promouvoir l'autonomie et améliorer les résultats de santé chez les personnes atteintes de maladies chroniques, tout au long du processus.

La détection des symptômes, leur interprétation et les réponses qui en découlent sont des éléments critiques d'une gestion réussie. Toutefois, ces étapes peuvent être complexes, car les signaux sont parfois mal interprétés ou négligés (Riegel et al., 2012). C'est pourquoi la théorie de la perception des symptômes a été intégrée en 2012 à la révision du modèle initial (ibid.). Aider les patients à mieux

s'auto-surveiller et à agir rapidement face à leurs symptômes contribue à améliorer leur qualité de vie et à réduire les hospitalisations (ibid.). La majorité des caractéristiques des interventions du *self-care* dans les maladies chroniques ciblent des comportements de santé tels que l'activité physique, l'alimentation ou encore la gestion des médicaments (ibid.). Malgré leur rôle crucial dans la santé et pour le *self-care*, les symptômes émotionnels et le bien-être psychologique sont souvent négligés (ibid.). Bien que faiblement intégrées pour l'instant, les **technologies de santé numérique** pourraient également faciliter la surveillance et l'implication du patient dans leurs soins. Afin de favoriser le *monitoring* des symptômes et mesurer l'efficacité de leur gestion (*management*), les applications de suivi et les dispositifs de surveillance apparaissent comme des outils précieux pour un suivi plus autonome et précis des indicateurs de santé.

La difficulté à changer de comportement, la gestion des comorbidités et le rôle des aidants constituent plusieurs défis dans l'accompagnement au *self-care* (Riegel et al., 2012). La promotion de ce dernier peut s'effectuer par différents moyens : en présentiel, par téléphone, ou en recourant aux technologies numériques. Différents intervenants peuvent y contribuer, tels que les infirmiers, les travailleurs psychosociaux, les *coachs* de santé, les spécialistes de l'activité physique, les diététiciens et les personnes non professionnelles. Si un soutien interdisciplinaire et des méthodes d'interventions personnalisées favorisent le maintien des comportements de santé, l'hétérogénéité des approches semble être un aspect fondamental pour l'efficacité des interventions (Riegel et al., 2012).

Schéma adapté du cadre de référence au regard du sujet à l'étude (Riegel et al., 2012, p. 199).



- 1) ***Self-care maintenance*** : dans le cadre du trouble borderline le *self-care* peut se référer aux différentes pratiques et thérapies visant à stabiliser les émotions des patients.
- 2) ***Self-care monitoring*** : le *monitoring* permet aux patients atteints du trouble borderline d'identifier leurs pensées et leurs émotions dès les premiers signes de crise (accès de colère, clivage, comportement auto-dommageable), ainsi que les facteurs déclencheurs de celle-ci.
- 3) ***Self-care management*** : le *management* correspond aux moyens mis en œuvre par les patients pour anticiper et mieux gérer les crises (relaxation, méditation, pleine conscience, valorisation de soi, etc.)

Selon Barbara Riegel, le *self-care* dépend du patient lui-même de la mobilisation de son entourage et de l'utilisation appropriée des ressources thérapeutiques.

La promotion des autosoins selon la théorie de *self-care* peut s'avérer particulièrement utile pour améliorer la qualité de vie des personnes souffrant du trouble borderline. Elle favorise leur autonomie au quotidien, l'anticipation et la gestion plus efficace de leurs états de crise, ce qui peut entraîner une diminution du nombre d'hospitalisations. Cette théorie permet de mieux comprendre les autosoins qui

influencent positivement leur processus de rétablissement en distinguant ceux qui relèvent de la surveillance, de la gestion ou encore du maintien de la santé. L'encouragement de la gestion proactive des émotions et des comportements par les infirmiers devrait favoriser l'autonomie émotionnelle, réduire la dépendance aux services de santé mentale des personnes atteintes d'un TPB et ainsi diminuer les coûts de la santé.

4. METHODOLOGIE

La méthode choisie pour la recherche documentaire de ce TB est celle du PI(C)O. Ce modèle prend en considération une population d'intérêt *P*, dans le cas présent, des patients souffrant d'un trouble de la personnalité de type borderline. Le *I* de notre question de recherche ne correspond pas à des interventions à proprement parler, mais aux moyens que les patients mettent en œuvre pour aller mieux, soit les stratégies de *coping*. Ce travail se concentre sur toutes les stratégies de *coping* mobilisées par les patients souffrant d'un trouble de la personnalité de type borderline contribuant à leur rétablissement sans comparer leurs effets spécifiques, c'est pourquoi le *C* de comparaison n'a pas été retenu. Finalement, l'*Outcome* étudié est celui du rétablissement dans ces différentes dimensions, compris ici comme une conséquence de l'utilisation des stratégies de *coping* de la population cible. Ces notions ont été intégrées à l'équation principalement sous formes de termes libres, choisis pour leur adéquation avec la question de recherche et leur usage courant dans les publications scientifiques. Pour pouvoir répondre à la question de recherche, deux bases de données complémentaires ont été sélectionnées afin de la rendre plus exhaustive. PubMed est une base de données biomédicales qui contient plus de 38 millions de références issue notamment de *Medline*, et repose sur le thésaurus "MeSH" (*Medical Subject Headings*). Quant à CINHAL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), elle constitue la principale base de données spécialisée dans la littérature en sciences infirmières.

4.1 Processus d'élaboration de l'équation de recherche

Le processus d'élaboration de l'équation de recherche s'est déroulé en plusieurs étapes. Après avoir identifié les éléments du PICO, l'outil HeTOP a été utilisé pour traduire les concepts clés en anglais et identifier les termes MeSH ainsi que les descripteurs propres à PubMed. Cette démarche a permis de repérer le terme MeSH correspondant à la population cible, soit les personnes ayant des troubles de la personnalité type borderline. De plus, le terme libre suivant a été également retenu : "*borderline personality disorder**" [tiab]. L'astérisque (*) permet de rechercher toutes les variantes du terme. Le [tiab] permet de limiter sa recherche au titre et au résumé. Grâce à HeTOP, une liste de synonymes et de termes associés ont été intégrés comme termes libres dans l'équation afin d'en améliorer la pertinence et de couvrir plus largement les différentes formulations utilisées dans la littérature.

Pour les stratégies de *coping*, le terme libre seul n'a pas été retenu afin de mieux cibler la recension des écrits sur les actions concrètes et les comportements qui y sont reliés. Il a donc été décliné sous différentes formes renseignées par la littérature : "*Coping Skills*"[majr], "*self- management*"[majr], "*adaptation, psychological*"[majr], "*self-care*"[majr], "*self-care*"[tiab], "*self- management*"[tiab], "*self-monitoring*"[tiab], "*self-maintenance*"[tiab], "*symptom management*"[tiab], "*disease management*"[tiab], "*Coping skill*"[tiab], "*Coping behav*"[tiab], "*Coping strateg*"[tiab], "*Coping abilit*"[tiab], "*Coping with stress*"[tiab], "*stress-coping*" [tiab], "*coping difficult*"[tiab], "*coping method*"[tiab], "*Behavioral Coping*"[tiab], "*behavioural coping*"[tiab] ». Le terme précédent le qualificateur [majr] « *le Major Topic* » permet d'indiquer que celui-ci correspond au sujet principal de l'article, c'est-à-dire **le thème central** autour duquel l'étude est construite. Finalement, pour l'*Outcome* les termes libres retenus sont : « *Mental Health Recovery*"[Majr], *recover*"[tiab]) ». Les concepts de stratégies de *coping* et celui de rétablissement ont été placés entre parenthèses et combinés à l'aide de l'opérateur logique "OR", car il n'avait pas d'articles spécifiques qui parlaient de chacun des concepts séparément et cette méthode a permis d'élargir les résultats. L'ensemble a ensuite été combiné avec la population cible à l'aide de l'opérateur "AND".

En ce qui concerne **CINHAL**, les termes retenus pour la population cible sont : *MH "Borderline Personality Disorder"*, *TI "borderline personality disorder"*, *AB "borderline personality disorder"*. Le MH ou *Medical Heading* correspond au sujet principal, et le TI et AB aux termes dans le titre et dans le résumé. Dans l'équation de recherche le TI et AB ont été fusionnés afin de cibler les résultats en lien avec notre problématique. Pour les stratégies de *coping*, les termes suivants ont été retenus : « *MH "Self-Management"*, *MH "Self Care"*, *MH "Adaptation, Psychological"*, "*self-monitoring*", "*self-maintenance*", (*symptom** *N3 management*), "*disease management*", "*self-efficacy*", "*Coping skill*"*, "*Coping mechanism*"*, "*Coping behavi*"*, "*Coping strateg*"*, "*Coping abilit*"*, "*Coping with stress*", "*active coping*" ». L'opérateur de proximité N3 a été utilisé afin d'indiquer que les deux mots se trouvent à trois mots d'intervalle sans un ordre précis. Pour l'*Outcome* ce sont les mêmes termes que ceux de PubMed.

4.2 Sélection des articles et critères d'inclusion et d'exclusion

Afin d'être le plus rigoureux possible, le tri des articles a été effectué à trois. Après un premier tri de manière indépendante, les résultats ont été regroupés et discutés collectivement. Les deux équations de recherche, accompagnées de filtres de date de publication ont permis d'identifier **410 articles sur PubMed et 286 sur CINAHL**. Aucun filtre d'âge n'a été appliqué étant donné que le TPB est diagnostiqué généralement à l'âge adulte. Après suppression de **155 doublons**, le tri des articles a été effectué sur « titre », « abstract », et « full text ». Les articles retenus répondaient à des critères de sélection rigoureux. Seules les études primaires ainsi que les analyses secondaires d'étude primaires ont été prises en compte. Les publications devaient porter sur les stratégies de *coping* chez des patients adultes atteints d'un TPB et inclure au moins une dimension du rétablissement personnel. Seuls les

articles rédigés en français ou en anglais ont été considérés.

Les critères d'exclusion comprenaient des études menées auprès d'enfants ou d'adolescents, ainsi que les méta-analyses, les revues systématiques, et les articles ne traitant pas explicitement des concepts de *coping*, de rétablissement ou de TPB. De plus, les études évaluant uniquement l'efficacité des interventions spécifiques sur le rétablissement, sans aborder les perceptions, expériences ou stratégies des patients, ont également été exclues.

Au terme de ce processus détaillé dans le *flowchart* en annexe (annexe III), **10 articles** ont été retenus pour répondre à la question de recherche. Ils ont été analysés à l'aide de grilles d'analyse critique qualitative et quantitative inspirées de Fortin, M.-F., et Gagnon, J. (2016), qui se trouvent en annexe (annexe III).

5. RESULTATS

Les articles retenus avec l'objectif des études, le pays et l'échantillon seront brièvement présentés. Puis le chapitre du comparatif sera développé ainsi que la synthèse des résultats des articles retenus de manière narrative ; s'en suivent leur résumé et l'analyse critique sous forme de tableaux. Quant aux grilles de lecture critiques pour les études qualitatives et quantitatives qui ont permis l'analyse des articles retenus, elles se trouvent en annexe (annexe V).

Ce travail de revue de littérature a permis de retenir 6 articles qualitatifs (Vandyk et al., 2019 ; Bond et al., 2017 ; Matson et al., 2021 ; Dahlenburg et al., 2024 ; Ng et al., 2019 et Donald et al., 2017) et 4 articles quantitatifs (Carlson et al., 2020 ; Chaudhury et al., 2017 ; Meaney-Tavares & Hasking, 2013 et Barnicot et al., 2016).

5.1 Aperçu général des articles qualitatifs

L'étude de Donald et al., (2017) avait comme objectif d'explorer comment le rétablissement est compris et vécu par des personnes ayant un TPB, en identifiant les conditions favorisant un changement positif. L'étude, menée en Australie, a inclus 17 participants (15 femmes et 2 hommes) diagnostiqués avec un TPB et recrutés dans un service ambulatoire.

L'article de Dahlenburg et al., (2024) avait comme objectif d'évaluer l'expérience et l'impact d'un groupe de soutien par les pairs pour personnes avec un TPB co-construit et co-animé avec des pairs et d'analyser son influence sur le vécu, le sentiment de sécurité, les connexions sociales et la transformation personnelle. Réalisée en Australie, l'étude regroupe 22 participants (87 % de femmes cisgenres et 13% d'hommes cisgenres) âgés de 21 à 68 ans avec un diagnostic actuel ou passé de TPB. L'article de Vandyk et al., (2019) a examiné pourquoi certaines personnes avec un TPB fréquentent souvent les services d'urgences, quelles en sont les raisons, quelles sont les expériences vécues et quelles sont les stratégies utilisées pour réduire ces recours. L'étude se déroule au Canada (Ontario) et comprend 6 personnes (5 femmes et 1 homme) âgés de 22 à 66 ans avec un diagnostic de TPB et ayant fréquenté

au moins 12 fois les urgences l'année précédente pour des raisons psychiatriques.

L'article de Bond et al., (2017) avait comme but d'explorer les interactions entre les membres du groupe d'entraide pour les personnes avec un TPB et les animateurs afin d'identifier les interactions qui sont perçues comme aidantes. Cette étude dans laquelle 10 personnes ont participé (dont la facilitatrice et la co-facilitatrice) s'est déroulée au Royaume-Uni. 9 femmes et 1 homme membres d'un groupe d'entraide pour les personnes atteintes d'un TPB y ont participé.

L'article de Matson et al., (2021) a eu comme but d'identifier les stratégies sensorielles utilisées, de quelle manière et quand elles sont utilisées, afin de comprendre la place de ces stratégies dans le rétablissement des utilisatrices et ainsi formuler des recommandations pour les professionnels de santé. L'étude a eu lieu au Royaume-Uni, incluant 4 femmes adultes avec un diagnostic de TPB, résidant dans une unité de réhabilitation psychiatrique et ayant déjà complété un travail initial sur les stratégies sensorielles depuis minimum trois mois.

Finalement, l'article de Ng et al., (2019) avait pour objectif de comprendre l'expérience et la conceptualisation du rétablissement des personnes ayant un TPB en tenant compte des différents stades du processus de rétablissement. L'étude s'est déroulée en Australie. 14 femmes d'âge moyen de 33,36 ans avec un diagnostic auto-déclaré de TPB dont la moitié se considérait « rétablie » et l'autre non.

5.3 Aperçu des articles quantitatifs

L'article de Carlson et al., (2020), avait comme objectif d'examiner l'effet modérateur du genre sur l'association entre les symptômes du TPB et l'inadaptation sociale à travers le *coping*. Cette étude s'est déroulée au Canada. Y ont participé 233 adultes d'âge moyen de 37,32 ans dont 160 femmes (68,7%) et 73 hommes (31,3%) avec un TPB admis dans un programme de traitement psychiatrique de jour pour des troubles de la personnalité.

L'article de Chaudhury et al., (2017) avait comme objectif d'explorer quelle est la variation de l'affect aux réponses spécifiques et aux stratégies de *coping* utilisées chez les personnes atteintes du TPB face à des stressors au quotidien. L'étude a eu lieu aux Etats-Unis et a inclus 50 adultes (86% de femmes) avec un âge moyen de 30,6 ans et un diagnostic de TPB ont pu y participer.

Concernant l'article de Meaney-Tavares & Hasking, (2013), les auteurs avaient comme but d'évaluer l'efficacité d'un programme pilote qui visait à traiter les étudiants universitaires atteints de TPB à l'aide de la TCD en groupe adaptée et de courte durée. L'étude s'est déroulée en Australie et a porté sur un échantillonnage de 17 étudiants universitaires avec un diagnostic de TPB. Il y avait parmi eux 76.5% de femmes d'âge moyen de 22,47 ans, dont 70% étaient des australiens et 30% étaient des étudiants internationaux. L'article de Barnicot et al., (2016), avait pour but de mesurer si l'utilisation des compétences en TCD était associée à des meilleurs résultats indépendamment d'autres processus thérapeutiques communs chez les personnes atteintes de TPB. Cette étude a eu lieu au Royaume-Uni avec un échantillon de 70 personnes dont 90% de femmes d'âge moyen de 32 ans avec un TPB qui étaient engagées dans un programme de TCD de 12 mois.

5.4 Synthèse des résultats des articles retenus

L'analyse des articles a permis de mettre en évidence un total de **63 stratégies de coping** qui ont été regroupées selon le modèle théorique de Lazarus & Folkman, (1984) ainsi que le modèle de Servant, (2012) en trois catégories : les stratégies de *coping* centrées sur les problèmes, celles centrées sur les émotions, et celles sur la recherche de soutien social. Le tableau qui se trouve à l'annexe III permet de visualiser quels auteurs ont évalué quels types de stratégies. Ce chapitre présente ces stratégies au regard de leur association avec les dimensions du rétablissement.

5.5 Stratégies de *coping* centrées sur le problème

Selon Servant (2012), les stratégies centrées sur le problème « comportent tous les plans d'action dirigés vers une modification, un évitement ou minimalisation de l'impact des stressseurs. » (p.60) Parmi ces stratégies, se trouvent : la résolution de problèmes, la reconceptualisation et la réévaluation positive. Des mécanismes tels que la distanciation qui vise à dédramatiser la situation par une mise à distance émotionnelle ou encore, la confrontation directe du problème qui vise à sa résolution (ibid.).

Matson et al. (2021) ont mis en évidence que **l'usage de la modulation sensorielle** dans un cadre de réhabilitation psychiatrique favorise l'*empowerment* et **l'auto-gestion** chez des femmes diagnostiquées avec un TPB. Les participantes rapportent que ces stratégies ont permis de réduire leur dépendance au personnel soignant et aux médicaments : *"sensory strategies provided a form of self-management[...].more proactive than[...].medication"*. Leur utilisation a nécessité **une adaptation comportementale**, pour certaines participantes qui ont dû modifier des réponses automatiques telles que l'automutilation : *"changing habits requires an element of acceptance"*. Enfin, ces stratégies sont transférables à la vie en dehors de l'hôpital, ce qui représente un objectif important du suivi en ergothérapie : *"helping service users to consider how to transit use of strategies beyond the hospital environment"*.

Dahlenburg et al. (2024) relèvent que **la participation à un groupe de pairs** a favorisé des transformations personnelles positives. Les participants ont décrit comment leur implication dans le groupe de pairs a contribué au développement personnel important. Certains ont évoqué l'importance des messages positifs transmis dans le cadre du groupe (par exemple : « crois en toi », « tu es en sécurité » p.170), lesquels ont contribué à renforcer leur estime personnelle. D'autres ont rapporté une amélioration de leur capacité à faire face aux situations émotionnellement difficiles, en s'appuyant sur plusieurs stratégies d'adaptation. Pour plusieurs participants, le groupe a permis de reprendre un pouvoir d'agir sur leur trajectoire de rétablissement, notamment par une meilleure compréhension du trouble et une réduction de l'auto-stigmatisation. Le partage d'expériences avec des pairs vivant des réalités similaires a également été perçu comme un levier facilitant la projection vers une possible récupération, en rompant l'isolement et en valorisant les compétences individuelles.

Ng et al. (2019) identifient également des comportements actifs tels que **la recherche de traitement** ou **l'engagement dans des activités** comme des leviers de changement dans le parcours du rétablissement.

La volonté des participants de s'impliquer dans leurs soins, en particulier à travers la recherche et la participation à des traitements adaptés, est décrite comme essentielle à la progression sur le continuum de rétablissement. Ces comportements proactifs participent également à la construction de l'espoir, considéré comme un élément transversal du processus de rétablissement, en soutenant la motivation, la croyance en ses propres capacités et la diminution du doute de soi. Ainsi, l'articulation entre engagement thérapeutique, participation sociale et espoir apparaît comme un moteur central de transformation dans les trajectoires de rétablissement.

Barnicot et al. (2016) examinent les processus thérapeutiques impliqués dans la TCD auprès de 70 personnes présentant un TPB. Les résultats démontrent qu'une utilisation fréquente des compétences acquises en TCD est significativement associée à une diminution des symptômes (IRR = 0.97 ; IC 95% [0.94-0.99], $p = 0.04$), et ce, indépendamment de l'influence de variables reconnues pour leur impact dans les psychothérapies, telles que l'alliance thérapeutique (IRR = 0.98 ; IC 95% [0.95-1.02] ; $p = 0.29$), la crédibilité perçue du traitement (IRR = 1.03 ; IC 95% [0.95-1.12] ; $p = 0.49$) et le niveau d'auto-efficacité rapporté par le patient (IRR = 0.91 ; IC 95% [0.85-0.97] ; $p < 0.01$), après ajustement statistique de ces facteurs. De plus, une utilisation moins régulière de ces compétences prédit de manière indépendante une probabilité accrue d'abandon du traitement (OR=0.92 ; IC 95% [0.86-0.98] ; $p = 0.02$) dans les deux mois suivants. Ces résultats suggèrent que l'acquisition et la mise en pratique des compétences spécifiques de la TCD constituent des processus thérapeutiques essentiels et partiellement indépendants. Ils contribuent ainsi à la diminution des comportements autodestructeurs (OR = 8.55 ; IC 95% [2.93-25.0] ; $p < 0.01$) et à l'adhésion au traitement, au-delà des effets des facteurs thérapeutiques communs (auto-efficacité : OR=0.94 ; IC 95% [0.87-1.01] ; $p = 0.09$; crédibilité : OR = 1.03 ; IC 95% [0.89-1.19] ; $p = 0.72$; alliance. OR 0.99 ; IC 95% [0.92-1.06] ; $p = 0.70$). Carlson et al. (2020) indiquent que les personnes atteintes de TPB recourent peu aux **stratégies d'adaptation centrées sur les tâches** ($M = 46.42$; $SD = 12.16$; $r = -0.25$; $p < 0.0$; effet indirect = 0.005 ; IC 95% [-0.016, 0.019] ; Femmes = 0.0041 ; Hommes = - 0.0073). Cette limitation, liée à une forte dysrégulation émotionnelle, nuit à leur capacité à accomplir efficacement des tâches, notamment dans les contextes sociaux et professionnels. Ainsi, le faible usage de ces stratégies pourrait contribuer aux difficultés persistantes dans leur fonctionnement.

Dans l'étude de Donald et al. (2017), plusieurs participants identifient l'émergence d'attitudes réflexives et introspectives comme des éléments déterminants du processus de changement personnel. Ils décrivent le développement d'une curiosité à l'égard de soi-même, se traduisant par un travail de découverte et de compréhension de soi, notamment par le biais de la thérapie. Cette auto-exploration est perçue comme un catalyseur favorisant une prise de conscience accrue et une meilleure acceptation de soi. Par ailleurs, les participants rapportent l'importance de **la réflexion sur leurs comportements passés** et sur leurs conséquences relationnelles. Cette capacité à analyser de manière critique leurs attitudes antérieures, à identifier les stratégies dysfonctionnelles et à envisager de nouvelles façons d'agir constitue une forme

d'auto-intervention consciente, orientée vers la transformation personnelle et la réduction de la souffrance psychique Meany-Tavares & Hasking (2013).

L'étude de Meaney-Tavares et Hasking (2013) met en évidence l'efficacité d'une intervention de type TCD modifiée sur le développement de stratégies de *coping* centrées sur les problèmes chez les étudiants universitaires atteints de TPB. À l'issue du programme *CARE*, les participants ont significativement augmenté l'utilisation de stratégies actives telles que **la résolution de problèmes**, (58.59 à 70.24) **le travail sur soi**, **la protection de soi** (47.06 à 55.88), (via un discours intérieur constructif) et **la recherche d'aide professionnelle** (62.59 à 68.82). Ces approches traduisent une mobilisation ciblée vers la gestion directe des difficultés, en favorisant l'autonomie et l'efficacité personnelle. Les résultats suggèrent que ces stratégies jouent un rôle clé dans la réduction des symptômes dépressifs du TPB, et soutiennent l'intérêt d'un programme structuré à court terme axé sur les compétences adaptatives. Dans l'étude de Chaudhury et al. (2017), plusieurs stratégies de *coping* centrées sur les problèmes ont été évaluées, dont **rester occupé**, **faire quelque chose de bon pour soi-même et prendre du recul**. Parmi celles-ci, faire quelque chose de bien pour soi-même est la seule stratégie ayant montré une réduction significative de l'affect négatif ($B = -0,58$; $t = -2,54$; $df = 908$; $p = 0.0114$) et une augmentation de l'affect positif ($B = 0.44$; $t = 1.97$; $df = 892$; $p = 0.0496$). Ces résultats soulignent l'efficacité des actions concrètes et bienveillantes envers soi-même dans la régulation émotionnelle des personnes présentant un TPB.

Les stratégies de *coping* recensées dans les études analysées peuvent être mises en lien avec les différentes formes de rétablissement identifiées par Franck (2021). Les stratégies centrées sur le problème, comme celles observées dans les études de Meaney-Tavares & Hasking (2013), Chaudhury et al. (2017) ou Matson et al. (2021), favorisent **le rétablissement fonctionnel** en renforçant l'autonomie et l'efficacité dans la gestion des difficultés. L'usage régulier des compétences issues de la TCD (Barnicot et al., 2016), tout comme l'adaptation comportementale observée dans ces interventions, contribue également **au rétablissement clinique** par la diminution des symptômes. Par ailleurs, la réflexivité développée en thérapie (Donald et al., 2017), la participation à des groupes de pairs (Dahlenburg et al., 2024) ou encore l'amélioration de l'estime de soi permettent d'envisager **un rétablissement personnel**. Enfin, l'engagement dans des activités structurantes, sociales ou professionnelles (Ng et al., 201 ; Carlson et al., 2020), soutient **le rétablissement social**, en favorisant l'inclusion et la valorisation de soi.

5.5 Stratégies de *coping* centrées sur les émotions

Les stratégies de *coping* centrées sur les émotions font appel à l'auto-contrôle émotionnel, il permet à l'individu de garder ses émotions pour soi. Ces stratégies peuvent être la fuite ou l'évitement qui peuvent prendre la forme d'un retrait direct ou indirect du problème (à travers le sommeil, la nourriture, l'alcool ou les substances) ou encore de l'auto-accusation, où l'individu intériorise la responsabilité du problème en se blâmant lui-même. (Servant, 2012). Chez les personnes atteintes de TPB, la gestion des affects

intenses s'accompagne fréquemment de stratégies d'adaptation inadaptées telles que **l'automutilation** ou **la consommation de substances psychoactives**.

L'étude qualitative de Vandyk et al. (2019) met en lumière leur vécu en révélant que ces comportements sont souvent déclenchés par des sentiments de solitude, de perte ou d'inefficacité des ressources communautaires. Bien que perçus comme des moyens immédiats de régulation émotionnelle, ces actes conduisent fréquemment à une escalade de la crise et à des consultations récurrentes aux services d'urgence, renforçant un cycle délétère difficile à rompre.

Ces résultats font écho à l'étude quantitative de Barnicot et al. (2016), qui démontre que la faible utilisation des compétences enseignées en TCD est associée à une fréquence accrue **d'automutilation** (IRR = 0.97 : IC 95% [0.94-0.99], $p = 0.04$). À l'inverse, une pratique régulière de ces compétences, combinée à un sentiment accru **d'efficacité personnelle** (OR = 0.91 ; IC 95% [0.85-0.97] ; $p = < 0.01$), contribue significativement à réduire les comportements autodestructeurs et les abandons de traitement. Ainsi, les deux études convergent pour souligner que si les stratégies de *coping* dysfonctionnelles sont souvent utilisées par défaut, elles aggravent la symptomatologie et le recours aux soins tandis que l'apprentissage et l'intégration de stratégies adaptatives apparaissent comme des leviers essentiels pour améliorer la trajectoire clinique des personnes vivant avec un TPB.

Dans une étude quantitative menée auprès de 233 patients, Carlson et al. (2020) ont montré que l'utilisation de stratégies d'adaptation émotionnelle, telles que **la rumination** ou encore **l'auto-culpabilisation** ont augmenté l'affect négatif. Ces stratégies, regroupées sous le terme de « *coping* émotionnel », ont été associées à une amplification des difficultés d'ajustement social, notamment dans les sphères professionnelle et relationnelle. Cela suggère que leur utilisation excessive contribue à maintenir, voire aggraver, les altérations fonctionnelles liées au TPB. En parallèle, les travaux de Chaudhury et al. (2017), ont permis grâce à la méthodologie de l'évaluation écologique momentanée (EMA), ont permis d'analyser en temps réel l'effet de différentes stratégies d'adaptation sur les variations affectives de 50 personnes souffrant de TPB. **La pensée positive, le fait de s'apaiser** ou encore **d'accueillir ses émotions et les laisser passer** ont été associées à une diminution ponctuelle de l'affect négatif, bien que « **se calmer, prendre du recul, laisser passer ses émotions** » aient été peu utilisées par les participants. Les auteurs soulignent ainsi que ces stratégies peuvent contribuer à une régulation émotionnelle à court terme, mais que leur efficacité semble limitée dans une perspective de régulation durable. Pris ensemble, les résultats des études de Chaudhury et al. (2017) et de Carlson et al. (2020) suggèrent que le type de stratégie de *coping* mobilisée joue un rôle déterminant dans la dynamique symptomatique du TPB ($B = -0.58$; $p = 0.0114$; $B = -0.34$; $p = 0.0321$; $B = +0.80$; $p = 0.0032$; $B = +0.89$, $p = 0.0003$; $B = 0.030$; IC 95% [0.007,0.056] ; $B = -0.014$, IC 95% [-0.057,0.019])), alors que le *coping* émotionnel est corrélé à une majoration des troubles du fonctionnement social chez les femmes (Carlson et al., 2020). **La stratégie de type *positive thinking*** apparaît, selon Chaudhury et al., (2017), comme modérément bénéfiques mais peu suffisante pour prévenir l'instabilité affective à

long terme.

Donald et al. (2017) identifient plusieurs leviers émotionnels facilitant le changement : **l'acceptation du besoin de changement, le travail sur les traumatismes passés sans se blâmer et la curiosité envers soi-même**. Ces stratégies permettent une meilleure régulation des affects et favorisent un processus de subjectivation propice à l'élaboration de nouvelles représentations de soi. Elles traduisent une posture réflexive et non défensive face à la souffrance, mobilisant des ressources émotionnelles internes pour transformer le vécu pathologique. Ng et al. (2019), de leur côté, mettent en évidence des stratégies émotionnelles similaires : **le développement d'une conscience accrue des émotions et pensées, le renforcement du sentiment de soi et l'activation de l'espoir** qui sont, un des processus repérés chez les personnes engagées dans une trajectoire de rétablissement. Ces mécanismes contribuent à atténuer l'intensité émotionnelle caractéristique du TPB et à restaurer une capacité de résilience subjective. L'espoir, en particulier, agit comme un facteur transversal soutenant la motivation au changement et la projection vers un avenir souhaitable.

Dans leur étude, Meaney-Tavares & Hasking (2013) ont examiné plusieurs stratégies de *coping* émotionnelles utilisées par des étudiants présentant un TPB. Certaines de ces stratégies, comme **la réduction de tension** (62.65 → 54.41), **la concentration sur les aspects positifs** (58.24 → 66.47), **les loisirs relaxants** (58.24 → 66.47), **l'humour** (49.41 → 55.59) et **les activités physiques** (41.59 → 47.76), ont été perçues comme adaptatives car elles favorisent la régulation émotionnelle. Bien qu'elles n'aient pas toutes montré des améliorations statistiquement significatives, leur utilisation a augmenté après l'intervention. En revanche, d'autres stratégies comme **la culpabilisation** (74.41 → 60.59), le fait de **rester seul** (56.76 → 52.65), ou **l'inquiétude excessive** (72.65 → 62.94) sont apparues comme mal-adaptatives, étant associées à une plus grande détresse psychologique. Parmi celles-ci, seule la culpabilisation a significativement diminué à l'issue du programme.

L'étude qualitative de Dahlenburg et al. (2024) met en évidence l'importance des stratégies de *coping* centrées sur les émotions chez les personnes vivant avec un TPB. A travers **la participation à un groupe de pairs** coanimé par des personnes ayant une expérience vécue du TPB, les participants ont rapporté des bénéfices émotionnels notables. « *I just have a better understanding of everything that is going on and I know now if one thing doesn't work to calm the situation, I know that there's other things that I can go to as well.* » Cette prise de conscience traduit un renforcement de la capacité à réguler les affects, caractéristique des stratégies centrées sur les émotions. En parallèle, les séances ont permis l'apprentissage de techniques pour identifier et gérer les déclencheurs émotionnels, comme le souligne une autre participante : « *learning different strategies to recognize our triggers and how to lessen the intensity of our triggers* ». Ces éléments suggèrent un travail actif sur la gestion émotionnelle, visant à diminuer l'intensité des réactions affectives. Par ailleurs, l'environnement du groupe a contribué à une normalisation des expériences émotionnelles, favorisant la réduction de l'auto-stigmatisation est un meilleur accueil de soi : « *not being alone in this diagnosis and this experience was absolutely invaluable [...] being able to move from the stigma.* » Enfin, l'effet apaisant du groupe a été mentionné comme un

facteur stabilisateur en période de crise, témoignant de l'importance de disposer d'un espace sécurisant pour exprimer et contenir les émotions. Ainsi, l'étude de Dahlenburg et al. (2024) montre que les stratégies de *coping* centrées sur les émotions, telles que le renforcement de **la confiance en soi**, la régulation émotionnelle et la diminution de **la stigmatisation intériorisée**, sont des leviers essentiels pour les personnes vivant un TPB dans un contexte de soutien par les pairs.

Dans l'étude de Matson et al. (2021), les participantes atteintes de TPB ont utilisé des stratégies de *coping* centrées sur les émotions, principalement par le biais de **la modulation sensorielle**. Le recours à des objets sensoriels (pression, musique, mouvement) leur a permis de réguler l'intensité émotionnelle et de prévenir **l'automutilation**. **Le développement de la conscience de soi** a été identifié comme essentiel pour reconnaître les signes précoces de détresse. Toutefois, certaines participantes ont mentionné un préjugé lié à l'utilisation de ces objets perçus comme infantiles, ce qui reflète une dimension émotionnelle complexe. Néanmoins, ces stratégies ont été jugées efficaces pour favoriser l'apaisement sans passer par des comportements destructeurs.

Certaines approches, comme la modulation sensorielle, les loisirs relaxants ou la pensée positive (Matson et al., 2021 ; Meaney-Tavares & Hasking, 2012 ; Chaudhury et al., 2017), favorisent **le rétablissement fonctionnel** en soutenant la régulation affective et la prévention des comportements impulsifs. D'autres travaux mettent en évidence le rôle de l'apprentissage de compétences émotionnelles spécifiques, issues de la thérapie dialectique ou de l'accompagnement par les pairs (Barnicot et al., 2016 ; Dahlenburg et al., 2024), dans **la réduction des comportements autodestructeurs** et la stabilisation clinique, relevant du **rétablissement clinique**. Le développement d'une posture introspective, l'acceptation de soi et l'activation de l'espoir (Donald et al., 2017 ; Ng et al., 2019) traduisent un processus de **rétablissement personnel**, marqué par une transformation du rapport à soi et à la souffrance. À l'inverse, le recours à des stratégies inadaptées telles que **la rumination, la culpabilisation ou l'évitement** (Vandyk et al., 2019 ; Carlson et al., 2020) est associé à une dégradation du rétablissement social, en entretenant l'isolement, les conflits interpersonnels et les ruptures de lien.

5.6 Stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social

La recherche de soutien social représente une forme complémentaire d'adaptation. Elle se décline en deux types : le soutien informationnel, qui implique de collecter des informations concernant le problème auprès de l'entourage ainsi que le soutien émotionnel qui est centré sur la recherche de réconfort et de présence affective auprès des proches (Servant, 2012).

Dans l'étude de Bond et al. (2017), le soutien social prend la forme de recherche de connexion au sein d'un groupe autogéré, où les participants bénéficient d'un espace sécurisant et non-jugeant. Les interactions sont caractérisées par l'utilisation de **l'humour** et du **partage d'expériences vécues**, qui favorisent l'acceptation mutuelle et renforcent le sentiment d'appartenance. Ces éléments contribuent non seulement à valider l'expérience subjective des participants, mais également à atténuer le vécu d'exclusion sociale et de stigmatisation souvent associé au TPB. **L'encouragement mutuel et la**

reconnaissance des efforts fournis apparaissent également comme des leviers importants. Ce climat relationnel soutenant permet de restaurer **la confiance en soi et en autrui**, et d'expérimenter des liens sociaux plus sains, contrastant avec les relations souvent instables ou invalidantes vécues à l'extérieur du groupe.

Dahlenburg et al. (2024) identifient la recherche explicite de soutien social comme un mécanisme central de *coping*. L'étude révèle que les participants perçoivent **la participation à un groupe de pairs** comme un levier majeur de compréhension mutuelle et de création de liens significatifs. L'environnement fondé sur la réciprocité, la transparence et l'égalité permet de restaurer un sentiment de sécurité souvent altéré dans les interactions avec les structures de soins traditionnelles. Le groupe offre ainsi une alternative relationnelle réparatrice, dans laquelle les participants peuvent se reconnaître, être compris et soutenus par d'autres personnes partageant une expérience diagnostique commune. En somme, ces deux études soulignent que le soutien social entre pairs, en particulier lorsqu'il est fondé sur des valeurs de réciprocité, de validation et d'authenticité, constitue une stratégie de coping particulièrement efficace pour les personnes vivant avec un TPB. Ce type de soutien favorise la construction d'un sentiment d'appartenance et de reconnaissance, éléments essentiels au processus de rétablissement personnel.

Ng et al. (2019) montrent que le développement de **la capacité à comprendre les perspectives d'autrui et à s'engager dans des relations interpersonnelles significatives** constitue un moteur essentiel de transformation identitaire. Cette compétence, bien que présente uniquement chez certains des participants identifiés comme « rétablis », permet une prise de recul par rapport à soi, favorisant ainsi une meilleure régulation émotionnelle et une consolidation du sentiment d'identité. Dans leur étude, cette ouverture à l'autre est décrite comme un processus progressif qui renforce la sécurité relationnelle et participe activement à la stabilisation psychique : « *Individuals described this as a process of reflecting beyond one's own subjective experience to include the capacity of others and the relational context* » (Ng et al., 2019). De plus, l'investissement dans les activités significatives, telles que l'emploi, les études ou les relations interpersonnelles, permettent de renforcer le sentiment d'appartenance, de développer des compétences émotionnelles et de favoriser une meilleure compréhension de soi.

Donald et al. (2017) mettent en évidence que **le soutien apporté par les proches, les pairs ou les intervenants** constitue une condition indispensable au déclenchement et au maintien du processus de changement. Le rétablissement n'est pas envisagé comme une démarche solitaire, mais bien comme un processus socialisé, dans lequel la reconnaissance, la validation émotionnelle et le sentiment de ne pas être seul sont fondamentaux. L'étude rapporte que "*change was said to be relational inasmuch as it was achieved with the assistance and support of others*" (Donald et al., 2017). Ce soutien social favorise non seulement l'adhésion au traitement, mais offre également un cadre sécurisant pour expérimenter de nouveaux comportements, renforcer la conscience de soi et s'engager dans des dynamiques de changement plus durables.

L'étude de Meaney-Tavares & Hasking (2013) met en évidence l'importance des stratégies de coping fondées sur la recherche de soutien social chez les étudiants universitaires présentant un TPB. Les

résultats montrent une utilisation accrue **du soutien social** (63.24 → 66.76), **de l'aide professionnelle** (62.59 → 68.82), **du soutien spirituel** (36.18 → 33.00) **et des relations interpersonnelles positives** (53.82 → 56.18) comme leviers adaptatifs pour faire face à la détresse émotionnelle. Ces formes de soutien semblent jouer un rôle crucial dans la régulation des affects et la prévention des comportements autodestructeurs, en particulier lorsqu'elles sont intégrées dans une approche thérapeutique structurée. L'amélioration significative des scores liée à la stratégie de *coping* "**seeking professional help**" témoigne d'une mobilisation effective de l'aide spécialisée, tandis que la dynamique de groupe a permis aux participants de normaliser leurs expériences et de renforcer leur sentiment d'appartenance. En revanche, bien que **le soutien spirituel** ait été évalué, il n'a pas été identifié comme pertinent dans ce contexte, la majorité des participants ne s'étant pas déclarée religieuse.

Carlson et al. (2020) ont mis en évidence que chez les femmes atteintes de TPB, le recours à **la diversion sociale** est une stratégie de *coping* consistant à chercher des interactions sociales pour détourner l'attention d'une situation stressante, cela est associé à un meilleur fonctionnement social. Cette stratégie semble agir comme un facteur protecteur, réduisant les difficultés relationnelles souvent rencontrées dans ce trouble. En revanche, cet effet n'a pas encore été observé chez les hommes, soulignant l'importance de considérer le genre dans les approches cliniques. Favoriser un environnement social soutenant pourrait ainsi représenter une piste d'intervention prometteuse pour améliorer la qualité de vie des femmes avec un TPB (B=0.0207 ; IC 95% [0.005, 0.042] ; B = -0.0083 ; IC 95 % [-0.050, 0.026]). Dans l'étude de Matson et al. (2021), les stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social occupent une place significative dans le processus de régulation émotionnelle. **Le soutien du personnel** est identifié comme un facteur facilitateur essentiel à la mise en œuvre et à l'efficacité des stratégies sensorielles. En effet, les participantes rapportent que l'encouragement, la redirection verbale et l'accompagnement du personnel soignant leur permettent de mieux reconnaître les signes de détresse et d'utiliser de manière plus adéquate les outils sensoriels à leur disposition. Ce soutien relationnel renforce l'appropriation des stratégies et leur durabilité dans le temps, contribuant ainsi à une meilleure autonomie émotionnelle. Le rôle actif du personnel dans l'identification des besoins sensoriels et l'individualisation des approches démontre que le soutien social institutionnel constitue une composante déterminante du *coping* chez cette population.

Dans l'étude qualitative de Vandyk et al. (2019), les stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social occupent une place dans les récits des personnes vivant avec un TPB. Les participants ont rapporté un recours fréquent aux services d'urgence non seulement en réponse à une détresse aiguë, mais aussi dans l'objectif explicite d'entrer en contact avec autrui. Ce **besoin de connexion humaine** immédiate, motivé par des sentiments intenses de solitude, s'exprime notamment par l'utilisation des lignes de crise ou la présentation volontaire à l'hôpital : « *I called 911 and talked to somebody, I wanted to talk to somebody* ». Le contact avec les professionnels est ainsi recherché comme une source de soutien émotionnel, particulièrement en l'absence de ressources communautaires efficaces. Cependant, cette stratégie s'avère souvent inefficace en raison de la stigmatisation associée au diagnostic du TPB.

Les réactions négatives du personnel soignant et l'absence d'attitudes empathiques contribuent à renforcer le sentiment de rejet chez les patients, rendant la recherche de soutien émotionnel non seulement insatisfaisante, mais parfois délétère. Malgré cela, la volonté de se connecter aux autres demeure un mécanisme central pour tenter de réguler la détresse, soulignant l'importance de repenser les réponses institutionnelles afin d'y intégrer une approche relationnelle et bienveillante.

Dans l'étude de Chaudhury et al. (2017), les résultats montrent que **la socialisation** est l'une des stratégies associées à une augmentation significative de l'affect positif dans les modèles de statistiques univariées ($B = 0.5220$; $t = 3.95$; $df = 915$; $p < .0001$). Cela suggère que le recours au soutien social, même informel (comme interagir avec autrui), peut contribuer à une meilleure régulation émotionnelle dans des contextes de stress quotidien. Ainsi, l'étude souligne le rôle bénéfique du lien social dans la gestion des affects chez cette population clinique. La socialisation informelle ou la diversion sociale (Chaudhury et al., 2017 ; Carlson et al., 2020), participent au **rétablissement fonctionnel**, en favorisant l'ajustement émotionnel dans les interactions quotidiennes. D'autres, impliquant le soutien du personnel ou le recours à l'aide professionnelle (Matson et al., 2021 ; Meany-Tavares & Hasking, 2013), facilitant l'adhésion aux stratégies thérapeutiques, et contribuant ainsi **au rétablissement clinique**. Sur le plan du **rétablissement personnel**, la réciprocité, la validation émotionnelle et le sentiment d'appartenance observés dans les groupes de pairs (Bond et al., 2017 ; Dahlenburg et al., 2024) permettent la restauration d'un sentiment de valeur personnelle et de sécurité relationnelle. Enfin, plusieurs études mettent en évidence l'impact du soutien social sur **le rétablissement social**, en renforçant la capacité à établir des liens significatifs (Ng et al., 2019 ; Donald et al., 2017), ou en soulignant les limites de son absence ou de sa stigmatisation dans les contextes institutionnels (Vandyk et al., 2019). Ces résultats convergent pour montrer que la qualité du lien social, qu'il soit professionnel, informel ou pair, constitue un levier fondamental du processus de rétablissement global.

6. DISCUSSION ET PERSPECTIVES

6.1 Rappel de la question de recherche

Pour rappel, l'objectif de ce travail de Bachelor est de déterminer quelles sont les stratégies de *coping* qui favorisent le rétablissement chez les personnes atteintes de trouble de la personnalité de type borderline. L'analyse de dix articles scientifiques, dont six études qualitatives et quatre quantitatives, a permis de mettre en évidence un ensemble de stratégies d'adaptation perçues comme efficaces ou non par les personnes concernées. Les résultats seront discutés par catégories de *coping* puis mis en perspective avec le cadre théorique du *self-care* de Riegel (2012) ainsi que d'autres articles scientifiques, afin de dégager des recommandations pertinentes pour la pratique infirmière, en lien avec l'accompagnement au rétablissement des personnes vivant avec un TPB.

6.2 Convergences et divergences entre les articles

6.2.1 Les stratégies de *coping* centrées sur le problème

Les études analysées mettent en lumière une pluralité de stratégies de *coping* centrées sur le problème, mobilisées par des personnes présentant un TPB. Malgré des méthodologies variées, une convergence claire émerge autour de certaines stratégies jugées efficaces, tandis que d'autres sont perçues comme insuffisamment investies ou peu efficaces dans le contexte du TPB. Plusieurs auteurs soulignent l'efficacité des stratégies actives orientées vers la résolution des difficultés. Meany-Tavares et Hasking (2013) démontrent, à travers un programme de TCD modifié, que des approches telles que la résolution de problèmes, la recherche d'aide ou le discours intérieur constructif permettent de renforcer l'autonomie et de réduire les symptômes. Ces résultats font écho à ceux de Barnicot et al. (2016), qui indiquent que l'utilisation fréquente des compétences issues de la TCD est significativement liée à une diminution des comportements autodestructeurs, indépendamment de l'alliance thérapeutique ou du niveau d'auto-efficacité perçue. Ensemble, ces études confirment la valeur thérapeutique des stratégies structurées, orientées vers la maîtrise des situations difficiles. Dans une approche complémentaire, Matson et al. (2021) mettent en avant la modulation sensorielle comme modalité d'autogestion favorisant l'*empowerment*. Bien que distincte de la TCD, cette stratégie, également centrée sur l'action, permet un désengagement progressif de la dépendance aux soins et une généralisation des compétences en dehors du contexte institutionnel. Ce processus d'adaptation comportementale volontaire rejoint la dynamique de changement décrite par Donald et al. (2017), où l'introspection et la réflexion sur les comportements antérieurs agissent comme catalyseurs d'un *coping* plus adapté. Le lien entre engagement social et stratégies proactives est également mis en évidence. Ng et al. (2019) montrent que la participation à des activités est significativement efficace pour moduler les affects négatifs et positifs, favorisant ainsi une meilleure régulation émotionnelle chez les personnes atteintes de TPB. Cette observation suggère que toutes les stratégies centrées sur le problème ne se valent pas, et que leur efficacité dépend du type d'action engagé, ainsi que du contexte émotionnel et subjectif dans lequel elles sont utilisées. L'étude de Chaudhury et al. (2017) met quant à elle en évidence la variabilité de l'efficacité des stratégies de *coping* centrées sur le problème. Parmi les comportements testés, seule l'action bienveillante envers soi-même (faire quelque chose de bien pour soi) s'est révélé significativement efficace pour moduler les affects négatifs et positifs. Enfin, Carlson et al. (2020) apportent un éclairage critique en soulignant le faible recours aux stratégies centrées sur les tâches chez les personnes avec un TPB. Cette carence, attribuée à une dysrégulation émotionnelle marquée, constitue un frein au fonctionnement social et professionnel, suggérant que, malgré leur efficacité potentielle, certaines stratégies demeurent difficilement mobilisables sans un accompagnement spécifique. En somme, une convergence se dégage autour de l'idée que les stratégies actives, structurées et orientées vers une résolution concrète des difficultés (modulation sensorielle, introspection, implication sociale) sont perçues comme particulièrement efficaces dans une perspective de rétablissement. Toutefois, la

mobilisation de ces stratégies suppose un certain degré de stabilité émotionnelle, de soutien thérapeutique et de réflexivité. Les divergences observées tiennent principalement à l'intensité avec laquelle ces stratégies sont mises en œuvre, à leur accessibilité selon le profil des individus, et à leur capacité à produire un changement durable dans les trajectoires personnelles.

6.2.2 Les stratégies de *coping* centrée sur les émotions

L'ensemble des articles analysés met en évidence l'importance centrale des stratégies de *coping* centrées sur les émotions dans l'acceptation des personnes vivant avec un TPB. Ces stratégies, qui visent à réduire l'impact émotionnel d'une situation sans en modifier directement les causes, présentent des effets contrastés selon leur nature et leur usage. Plusieurs auteurs s'accordent sur le caractère dysfonctionnel de certaines stratégies fréquemment utilisées, telles que l'évitement, la culpabilisation ou l'automutilation. Vandyk et al. (2019) décrivent ces réponses comme des tentatives immédiates de soulagement émotionnel, souvent déclenchées par un sentiment d'abandon ou un manque de soutien. Carlson et al. (2020) confirment que la rumination et l'auto-accusation augmentent l'affect négatif et nuisent au fonctionnement social. De même, Barnicot et al. (2016) montrent que l'absence d'intégration des compétences enseignées en TCD est associée à une fréquence accrue de comportements autodestructeurs. Ces données convergent pour affirmer que les stratégies émotionnellement inadaptées contribuent à maintenir la détresse et entravent le processus thérapeutique. À l'inverse, d'autres auteurs mettent en lumière des stratégies émotionnelles perçues comme plus adaptatives. Chaudhury et al. (2017) identifient des effets bénéfiques ponctuels liés à l'autoapaisement et à l'accueil des émotions, bien que ces stratégies soient peu utilisées. Meaney-Tavares & Hasking (2013) soulignent les effets apaisants d'activités telles que les loisirs relaxants, l'humour ou l'activité physique, contribuant à réduire la détresse émotionnelle. La modulation sensorielle, explorée par Matson et al. (2021), apparaît également comme une méthode efficace de régulation affective, même si elle peut être stigmatisée par l'entourage. D'autres approches plus introspectives se distinguent par leur portée transformative. Donald et al. (2017) et Ng et al. (2019) insistent sur l'acceptation de soi, la conscience émotionnelle, et l'activation de l'espoir comme leviers de rétablissement personnel. Dans une perspective communautaire, l'étude de Dahlenburg et al. (2024) montre que les groupes de pairs favorisent l'identification des émotions, la régulation des affects et la diminution de la stigmatisation intériorisée. En somme, les articles convergent pour reconnaître que les stratégies de *coping* centrées sur les émotions jouent un rôle ambivalent dans le TPB : lorsqu'elles sont rigides ou défensives, elles amplifient la souffrance psychique ; lorsqu'elles sont intégratives, réflexives ou soutenues par l'environnement, elles deviennent des outils puissants de stabilisation et de transformation émotionnelle.

6.2.3 Les stratégies de *coping* centrée sur la recherche de soutien social

Les articles analysés convergent pour souligner que, lorsqu'il est de qualité, ce soutien agit comme un levier majeur du rétablissement. Néanmoins, certaines divergences apparaissent quant à son efficacité,

en fonction du contexte, de la modalité du soutien, et de la réponse de l'environnement social ou institutionnel. Plusieurs études (Bond et al., 2017 ; Dahlenburg et al., 2024 ; Donald et al., 2017) montrent que le soutien entre pairs, en particulier lorsqu'il repose sur des valeurs de réciprocité, de validation émotionnelle et d'authenticité, constitue une stratégie de *coping* hautement efficace. Ces dynamiques permettent aux participants de reconstruire un sentiment d'appartenance, de développer des liens intersubjectifs sécurisés, et de restaurer une estime de soi souvent altérée. Ng et al. (2019) rejoignent cette perspective en insistant sur le rôle de la compréhension de l'autre comme moteur de stabilisation identitaire et de régulation émotionnelle. Ces interactions signifient que le rétablissement personnel est étroitement lié à la qualité des relations interpersonnelles et à la capacité à se percevoir comme digne d'être en lien. Cette logique est également observée dans les contextes de soins formels. Matson et al. (2021) montrent que le soutien du personnel soignant, lorsqu'il est individualisé et empathique, facilite l'adhésion aux stratégies thérapeutiques, notamment sensorielles, et favorise une autonomie émotionnelle accrue chez les patients. Meaney-Tavares & Hasking (2013) confirment cette tendance en démontrant l'efficacité du recours à l'aide professionnelle dans un cadre structuré, en particulier dans la prévention des comportements autodestructeurs. Ces résultats s'inscrivent dans une perspective de rétablissement clinique, où la présence d'un soutien favorise l'adhésion au traitement. En complément, des stratégies plus informelles de socialisation, comme la diversion sociale (Carlson et al., 2020) ou la socialisation quotidienne (Chaudhury et al., 2017), se révèlent bénéfiques pour moduler les affects et maintenir un fonctionnement social. Ces formes de *coping*, bien que moins structurées, participent au rétablissement fonctionnel, notamment en favorisant un ajustement émotionnel dans les relations ordinaires. Toutefois, Carlson et al. (2020) rappellent que l'efficacité de ces stratégies peut varier selon le genre, ce qui appelle à une individualisation des interventions cliniques.

Malgré ces apports positifs, certains travaux, comme celui de Vandyk et al. (2019), mettent en lumière les limites du recours au soutien social lorsque celui-ci est entravé par des réactions stigmatisantes. Dans cette étude, les participants utilisent les services d'urgence non seulement pour obtenir des soins, mais aussi pour combler un besoin urgent de contact humain. Cependant, la stigmatisation associée au TPB et le manque d'accueil empathique dans ces contextes rendent cette stratégie souvent inefficace, voire délétère. Elle renforce le sentiment de rejet et d'incompréhension, accentuant la détresse au lieu de l'apaiser. Cela souligne la nécessité de repenser les pratiques institutionnelles afin d'offrir un cadre réellement soutenant.

Ainsi, bien que les formes de soutien social varient (entre pairs, professionnel, informel), les résultats convergent pour affirmer que la qualité du lien relationnel, qu'il soit horizontal (entre pairs) ou vertical (avec les soignants) détermine l'efficacité des stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social. L'absence de réponse bienveillante ou la présence de jugements contribue à l'échec du *coping* social, alors que l'authenticité, la validation et la constance relationnelle en font un facteur protecteur transversal.

6.3 Discussion des résultats en lien avec d'autres sources scientifiques

Les comportements proactifs, tels que l'engagement dans des activités significatives, la recherche d'aide ou la participation active au traitement décrits par Ng et al. (2019), rejoignent les résultats de Meaney-Tavares & Hasking (2013) et Matson et al. (2021), qui mettent en avant l'importance de stratégies de *coping* centrées sur les problèmes. Ces dernières permettent non seulement une réduction des symptômes, mais soutiennent aussi un rétablissement fonctionnel en développant l'autonomie et l'efficacité personnelle. Ng et al. (2019) soulignent également le rôle central de l'espoir et du sentiment d'efficacité dans l'activation de la motivation au changement, dimension que l'on trouve dans les effets observés du groupe de pairs sur la projection vers l'avenir chez Dahlenburg et al. (2024). Ces résultats convergent avec l'étude de Chaudhury et al. (2017), dans laquelle certaines stratégies actives, comme « faire quelque chose de bon pour soi » ont été significativement associées à une amélioration affective immédiate.

L'analyse de Kramer et al. (2017) apporte un niveau de précision supplémentaire soulignant l'importance d'une diminution précoce des stratégies comportementales inadaptées en thérapie. Cette étude montre que la baisse de *coping* comportemental (p.ex : impulsivité, évitement actif) après les premières séances, est un médiateur significatif du changement symptomatique. Ce constat est particulièrement pertinent à lumière des données de Barnicot et al. (2016), qui révèlent qu'une utilisation régulière des compétences de la TCD est associée à une diminution des comportements autodestructeurs, indépendamment de l'alliance thérapeutique. Ainsi, la convergence entre ces deux études souligne que ce ne sont pas uniquement les facteurs communs de la psychothérapie qui expliquent les progrès, mais bien la mise en œuvre concrète de stratégies adaptatives dès les premières phases du traitement. En ce qui concerne le *coping* émotionnel, les études complémentaires enrichissent les résultats obtenus.

Donald et al. (2017) insistent sur l'importance du développement d'une attitude introspective et réflexive, facilitée par la relation thérapeutique. Cette capacité à reconnaître et comprendre ses états émotionnels est identifiée comme un levier de transformation subjectif et rejoint les constats de Ng et al. (2019), pour qui le renforcement du sens de soi et l'acceptation des émotions constituent des piliers du rétablissement émotionnel. Aviram et al. (2004), quant à eux, mettent en évidence que les interventions de thérapie de soutien (ST) peuvent favoriser la construction d'un lien thérapeutique sécurisant, réduisant l'anxiété et permettant une meilleure gestion de la détresse émotionnelle. Ce modèle démontre l'hypothèse que le soutien empathique et stable du thérapeute joue un rôle de catalyseur dans l'intégration de stratégies émotionnelles plus fonctionnelles. Ces apports viennent nuancer les résultats de Carlson et al. (2020) et Vandyk et al. (2019), qui montrent que les stratégies émotionnelles inadaptées, telles que la rumination ou l'auto-culpabilisation, tendent à amplifier la souffrance à compromettre l'ajustement social. Le contraste entre les stratégies émotionnelles adaptatives (modulation sensorielle, introspection, identification des déclencheurs) et les stratégies dysfonctionnelles (fuite, blâme de soi) apparaît ainsi clairement, tant dans les données quantitatives que

qualitatives. La présence ou l'absence de médiation sociale empathique (Donald et al., 2017 ; Dahlenburg et al., 2024) semble être un facteur déterminant du basculement entre ces deux types d'adaptation. Sur le plan du soutien social, les études de Donald et al. (2017), Ng et al. (2019) et Aviram et al. (2004) convergent avec les résultats des travaux de Bond et al. (2017) et Matson et al. (2021) pour souligner que le changement psychique ne s'opère pas de manière isolée, mais dans des dynamiques intersubjectives. Le soutien social, qu'il soit professionnel, informel ou issu des pairs, apparaît comme un catalyseur du rétablissement personnel et social. Les expériences de validation, de non-jugement et d'appartenance rapportées dans les groupes de pairs (Dahlenburg et al., 2024 ; Bond et al., 2017) renforcent le sentiment de valeur personnelle et agissent contre l'auto-stigmatisation, ce qui rejoint les apports du modèle *CHIME* (*Connectedness, Hope, Identity, Meaning, Empowerment*) (Leamy et al., 2011).

A l'inverse, comme le montre Vandyk et al. (2019), des interactions marquées par la stigmatisation peuvent transformer la recherche d'aide en source de détresse supplémentaire, révélant l'importance d'un environnement relationnel bienveillant. Enfin, l'étude d'Aviram et al. (2004) met en évidence l'importance de la flexibilité dans les interventions thérapeutiques, adaptables aux capacités de tolérance émotionnelle du patient. Cette vision s'aligne avec les résultats de Matson et al. (2021) concernant l'usage de la modulation sensorielle, qui nécessite une reconnaissance fine des signaux de détresse et une co-construction avec les soignants. Ces deux travaux insistent sur le rôle structurant du lien thérapeutique et la nécessité de ne pas imposer des stratégies universelles, mais de favoriser l'appropriation individuelle.

6.4 Discussion en lien avec la théorie du *self-care* de Riegel

La mise en perspective des résultats de cette revue avec la théorie du *self-care* par Barbara Riegel et ses collègues (2012) permet de dégager plusieurs correspondances significatives entre les stratégies de *coping* mobilisées par les personnes vivant avec un TPB et les composantes fondamentales du *self-care*, à savoir : le maintien, la surveillance et la gestion des symptômes. Le *self-care maintenance*, correspond à l'ensemble des comportements préventifs visant à préserver l'équilibre émotionnel et fonctionnel au quotidien (Ng et al., 2019). Il se manifeste notamment à travers l'engagement dans des activités signifiantes telles que l'emploi, les études ou les relations sociales (Ng et al., 2019), ainsi que par la pratique de loisirs relaxants, l'activité physique et l'utilisation de stratégies sensorielles (Matson et al., 2021 ; Meaney- Tavares & Hasking, 2013 ; Chaudhury et al. 2017). Ces activités constituent un environnement relationnel protecteur, propice à l'ancrage d'une stabilité émotionnelle et identitaire, en renforçant le sentiment d'appartenance et en validant les expériences vécues. Ces éléments peuvent être considérés comme des composants fondamentaux du maintien en santé, bien que certaines stratégies préventives, telles que la pensée positive ou la socialisation informelle, restent encore peu intégrées, ce qui suggère la nécessité d'un accompagnement infirmier plus ciblé dans ce domaine. Le *self-care monitoring*, défini comme la capacité à détecter précocement les signes de détresse et à en identifier les

déclencheurs, se retrouvant dans plusieurs études mettant en évidence l'importance de l'introspection et de la réflexivité. Les travaux de Donald et al. (2017) et de Ng et al. (2019) montrent que le développement d'une conscience accrue de soi, de ses émotions et de ses pensées constituent un levier central du processus de changement. Cette capacité de surveillance interne est également illustrée par l'usage de la modulation sensorielle (Matson et al., 2021) ou des compétences issues de la TCD (Barnicot et al., 2016), qui permettent d'interrompre ou de moduler les réactions automatiques face à une montée émotionnelle.

Cependant, ces compétences d'autosurveillance demeurent fragiles et inégalement maîtrisées chez les patients. Cela en raison de la forte charge émotionnelle et des difficultés à interpréter les signaux internes, ce qui souligne l'importance d'un soutien infirmier dans l'identification et l'interprétation des signes d'alerte. Enfin, le *self-care management*, qui renvoie aux actions concrètes mises en œuvre pour faire face aux symptômes ou ajuster les comportements lors de situations de crise, est largement représenté dans les résultats. L'utilisation de stratégies centrées sur les problèmes, telles que la résolution active de difficultés, la recherche d'aide professionnelle ou la mise en pratique des compétences acquises en TCD (Meaney-Tavares & Hasking, 2013 ; Barnicot et al., 2016), permet non seulement de réduire les symptômes cliniques, mais aussi de renforcer l'efficacité personnelle et l'autonomie des patients. Le soutien social, qu'il soit informel, professionnel ou fondé sur la pair-aidance, apparaît également comme un levier crucial de gestion. Plusieurs études montrent que le recours au soutien relationnel (Matson et al. ; Donald et al., 2017 ; Ng et al., 2019) permet de coréguler les affects, de restaurer un sentiment de sécurité et de faciliter la mise en œuvre de stratégies adaptées.

Toutefois, la stigmatisation persistante dans certains contextes de soins (Vandyk et al., 2019) peut limiter l'efficacité de cette dimension du *self-care*, notamment lorsque les professionnels adoptent des attitudes perçues comme invalidantes ou rejetantes. Pris dans leur ensemble, les résultats de cette synthèse indiquent que les stratégies de *coping* identifiées dans la littérature rejoignent les trois composantes du modèle de Barbara Riegel. Les comportements de maintien (activités structurantes, modulation sensorielle), de surveillance (auto-observation, conscience de soi) et de gestion (mise en œuvre de compétences, soutien relationnel) apparaissent comme des ressources essentielles dans les trajectoires de rétablissement des personnes vivant avec un TPB. Toutefois, certaines dimensions, en particulier la surveillance autonome des états émotionnels et l'accès à un soutien non-stigmatisant, demeurent insuffisamment développées. Ces constats renforcent la pertinence d'un accompagnement infirmier centré sur la promotion des autosoins, l'apprentissage de stratégies personnalisées et le soutien à la prise de décision, en vue de favoriser l'autonomie émotionnelle, la réduction des crises et l'amélioration de la qualité de vie.

6.5 Recommandations pour la pratique et suggestion pour l'implantation

Les résultats des études sur les stratégies de *coping* dans le TPB mettent en évidence l'importance d'un accompagnement individualisé axé sur la régulation émotionnelle, l'auto-efficacité et le soutien social. Il est recommandé d'évaluer dès l'entrée en soin les stratégies de coping utilisées par les patients, afin d'adapter les interventions. Les professionnels devraient favoriser des stratégies actives (centrées sur la tâche, sur les ressources sociales ou sensorielles), tout en réduisant l'usage du *coping* émotionnel inadapté (ruminant, évitement) (Carlson et al., 2020). L'implantation d'outils de modulation sensorielle, en particulier en milieu hospitalier, peut soutenir la régulation des affects et favoriser l'autonomisation des patients. De même, l'intégration de groupes de pairs favorise le sentiment de compréhension mutuelle, la sécurité et l'espoir, tout en réduisant la stigmatisation (Dahlenburg et al., 2023). Enfin, les soins devraient s'ancrer dans une perspective de rétablissement holistique, tenant compte des valeurs, de la participation à des activités significatives et des relations sociales, au-delà de la seule diminution des symptômes (Ng et al., 2019 ; Donald et al., 2017). Cela nécessite la formation des équipes, l'ajustement des environnements thérapeutiques et la reconnaissance du rôle des pairs.

6.6 Pistes pour des recherches ultérieures

Les études suggèrent un besoin de recherches longitudinales pour mieux comprendre l'évolution des stratégies de *coping* dans le TPB à travers les différentes phases du rétablissement (Ng et al., 2019 ; Donald et al., 2017). De plus, les effets différenciés du genre sur ces stratégies restent peu explorés (Carlson et al., 2020). Il serait pertinent d'évaluer rigoureusement l'efficacité des approches innovantes, telles que la modulation sensorielle (Matson et al., 2021) ou les groupes de pairs (Dahlenburg et al., 2023) par de essais contrôlés. Enfin, la co-construction de recherches avec les personnes concernées devrait être privilégiée afin de mieux saisir leurs priorités et leur expérience du rétablissement (Donald et al., 2017 ; Ng et al., 2019).

7. CONCLUSION

Dix recherches scientifiques, sélectionnées avec rigueur méthodologique, ont permis de répondre à la question : « Quelles sont les stratégies de *coping* qui favorisent le rétablissement des personnes atteintes du trouble de la personnalité de type borderline ? » les résultats de l'analyse des articles a mis en lumière un ensemble de 63 stratégies de *coping*, classées selon trois catégories principales : les stratégies centrées sur le problème, sur les émotions et sur la recherche de soutien social. Ces stratégies ont été interprétées à la lumière du modèle de self-care de Barbara Riegel, permettant de les articuler aux dimensions du maintien, de la surveillance et de la gestion de la santé.

Les résultats indiquent que certaines stratégies, telles que la résolution de problèmes, la participation à des groupes de pairs, la modulation sensorielle ou encore la recherche d'un soutien professionnel, peuvent favoriser le rétablissement personnel, fonctionnel, social et clinique chez les personnes vivant avec un TPB. À l'inverse, le recours à des stratégies inadaptées comme la rumination, l'évitement ou la culpabilisation est associé à une détérioration de la qualité de vie. Les forces de ce travail résident dans la richesse des données analysées, la triangulation des sources qualitatives et quantitatives et l'utilisation d'un cadre théorique pertinent. Néanmoins, les résultats de nos articles doivent être considérés avec prudence, notamment en raison de l'hétérogénéité des échantillons, de la prédominance des femmes dans les études et la difficulté à généraliser les résultats à d'autres contextes culturels ou institutionnels.

Ce travail a contribué de manière significative à notre professionnalisation. Il nous a permis de renforcer nos compétences en recherche documentaire, de mieux utiliser les bases des données, de développer un regard critique sur les écrits scientifiques et de recouvrir à un cadre théorique infirmier. Il nous a également appris à nous questionner concernant les approches cliniques en santé mentale axées sur le rétablissement, l'*empowerment* et les capacités d'autogestion des patients.

Ainsi, cette démarche nous a permis de faire évoluer notre vision du rôle infirmier. Nous ressortons convaincues que notre mission ne se limite pas à la réduction des symptômes, mais qu'elle inclut un accompagnement global, humain et individualisé. L'infirmier est un catalyseur de changement, un facilitateur du *self-care* et un acteur clé du soutien à l'autonomie. Promouvoir des stratégies de *coping* adaptées, validées et accessibles, c'est contribuer activement à un rétablissement durable et à une meilleure qualité de vie pour les personnes vivant avec un TPB. Ce travail renforce notre engagement à intégrer ces valeurs dans notre future pratique clinique.

8. LISTE DES REFERENCES

- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Aviram, R. B., Hellerstein, D. J., Gerson, J., & Stanley, B. (2004). Adapting supportive psychotherapy for individuals with borderline personality disorder who self-injure or attempt suicide. *Journal of Psychiatric Practice*, 10(3), 145-155. https://journals.lww.com/practicalpsychiatry/abstract/2004/05000/adapting_supportive_psychot_herapy_for_individuals.2.aspx
- Baer, N. (2017). Patienten mit psychisch bedingten Arbeitsproblemen: Besonderheiten und Handlungsmöglichkeiten. *Praxis*, 106(6), 311-317. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a002624>
- Barnicot, K., Gonzalez, R., McCabe, R., & Priebe, S. (2016). Skills use and common treatment processes in dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 52, 147-156. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.04.006>
- Bond, B., Wright, J., & Bacon, A. (2017). What helps in self-help? A qualitative exploration of interactions within a borderline personality disorder self-help group. *Journal of Mental Health*, 28(6), 640-646. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1370634>
- Bürli, C. Amstad, F., Duetz Schmucki, M., & Schibli, D. (2015). *Santé psychique en Suisse : état des lieux et champs d'action*. Office fédéral de la santé publique. <https://promotionsante.ch/node/646>
- Carlson, E. M., Cox, D. W., Kealy, D., Chapman, A. L., & Ogrodniczuk, J. S. (2020). Social role dysfunction and coping in borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 14(2), 227-239. <https://doi.org/10.1002/pmh.1476>
- Chapman, J., Jamil, R. T., Fleischer, C. & Torrico, T. J. (2024). *Borderline Personality Disorder*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430883/>
- Chaudhury, S. R., Galfalvy, H., Biggs, E., Choo, T.-H., Mann, J. J., & Stanley, B. (2017). Affect in response to stressors and coping strategies: An ecological momentary assessment study of borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(8), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0059-3>
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *The British Journal of Psychiatry*, 188(5), 423-431. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.5.423>
- Crawford, T. N., Cohen, P., Johnson, J. G., Kasen, S., First, M. B., Gordon, K., & Brook, J. S. (2005). Self-reported personality disorder in the children in the community sample: Convergent and prospective validity in late adolescence and adulthood. *Journal of Personality Disorders*, 19(1), 30-52. <https://doi.org/10.1521/pedi.19.1.30.62179>
- Dahlenburg, S. C., Bartsch, D. R., Giles, J. A., Koehne, K. A., & O'Sullivan, J. (2024). Experiences of a peer group for people diagnosed with borderline personality disorder: A qualitative interview study. *Personality and Mental Health*, 18(2), 166-176. <https://doi.org/10.1002/pmh.1604>
- Donald, F., Duff, C., Broadbear, J., Rao, S., & Lawrence, K. (2017). Consumer perspectives on personal

- recovery and borderline personality disorder. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 12(6), 350-359. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-09-2016-0043>
- Donald, F., Duff, C., Lawrence, K., Broadbear, J., & Rao, S. (2017). Clinician perspectives on recovery and borderline personality disorder. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 12(3), 199-209. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-09-2016-0044>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Chenelière Éducation.
- Fitaire, C. (2022). Le trouble de la personnalité borderline, répandu mais méconnu. *Pulsations*, 32. <https://pulsations.hug.ch/article/le-trouble-de-la-personnalite-borderline-repandu-mais-meconnu#gsc.tab=0>
- Franck, N. (2021). Principes et outils de la réhabilitation psychosociale. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 179(10), 953-958. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.10.002>
- Frankenburg, F. R., Zanarini, M. C., Fitzmaurice, G. M., & Temes, C. M. (2019). Deaths by suicide and other causes among patients with borderline personality disorder and personality-disordered comparison subjects over 24 years of prospective follow-up. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 80(1). <https://www.psychiatrist.com/jcp/deaths-in-borderline-personality-disorder-patients/>
- Grambal, A., Prasko, J., Kamaradova, D., Latalova, K., Holubova, M., Sedláčková, Z., & Hruby, R. (2016). Quality of life in borderline patients comorbid with anxiety spectrum disorders – A cross-sectional study. *Patient Preference and Adherence*, 10, 1421-1433. <https://doi.org/10.2147/PPA.S108777>
- Hastrup, L. H., Jennum, P., Ibsen, R., Kjellberg, J., & Simonsen, E. (2019). Societal costs of borderline personality disorders: A matched-controlled nationwide study of patients and spouses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(5), 458-467. <https://doi.org/10.1111/acps.13094>
- Kramer, U., Keller, S., Caspar, F., de Roten, Y., Despland, J.-N., & Kolly, S. (2017). Early change in coping strategies in responsive treatments for borderline personality disorder: A mediation analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(5), 530-535. <https://doi.org/10.1037/ccp0000196>
- Lak, M., Shakiba, S., Dolatshahi, B., Saatchi, M., Shahrabaf, M., & Jafarpour, A. (2025). The prevalence of suicide ideation, suicide attempt and suicide in borderline personality disorder patients: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 95, 52-61. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2025.04.005>
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Springer Publishing Company.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Leichsenring, F., Fonagy, P., Heim, N., Kernberg, O. F., Leweke, F., Luyten, P., Salzer, S., Spitzer, C., & Steinert, C. (2024). Borderline personality disorder: A comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry*, 23(1),

- 4-25. <https://doi.org/10.1002/wps.21156>
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 62(6), 553-564. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.09.019>
- Maercker, A., Perkonig, A., Preisig, M., Schaller, K. & Weller, M. (2013). The costs of disorders of the brain in Switzerland:an update from the European Brain Council Study for 2010. *Swiss Medical Weekly*, 143(0102). <https://doi.org/10.4414/smw.2013.13751>
- Matson, R., Kriakous, S., & Stinson, M. (2021). The experiences of women with a diagnosis of borderline personality disorder (BPD) using sensory modulation approaches in an inpatient mental health rehabilitation setting. *Occupational Therapy in Mental Health*, 37(4), 311-331. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2021.1933674>
- Meaney-Tavares, R., & Hasking, P. (2013). Coping and regulating emotions: A pilot study of a modified dialectical behavior therapy group delivered in a college counseling service. *Journal of American College Health*, 61(5), 303-309. <https://doi.org/10.1080/07448481.2013.791827>
- Ng, F. Y. Y., Carter, P. E., Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. S. (2019). What do individuals with borderline personality disorder want from treatment? A study of self-generated treatment and recovery goals. *Journal of Psychiatric Practice*, 25(2), 148-155. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000369>
- Ng, F. Y. Y., Townsend, M. L., Miller, C. E., Jewell, M., & Grenyer, B. F. S. (2019). The lived experience of recovery in borderline personality disorder: A qualitative study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 6(10), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s40479-019-0107-2>
- Orem, D.E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4e éd.). Mosby-Year Book, Inc.
- Prada, P., Guenot, F., Charbon, P., Kolly, S., & Perroud, N. (2015). Thérapies actuelles du trouble de personnalité borderline. *Revue Médicale Suisse*, 11(486), 1686-1690. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2015.11.486.1686>
- Reichl, C., & Kaess, M. (2021). Self-harm in the context of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*, 37, 139-144. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.12.007>
- Riegel, B., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2012). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science*, 35(3), 194-204. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba>
- Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N., & Camenzind, P. (2016). *La santé psychique en Suisse : monitoring 2016* (Rapport No. 72). Observatoire suisse de la santé. <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/2016-la-sante-psychique-en-suisse>
- Schuler, D., Tuch, A., & Peter, C. (2018). *Placements en établissement psychiatrique à des fins d'assistance* (Bulletin No. 2/2018). Observatoire suisse de la santé. <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/2018-placements-en-etablissement-psychiatrique-des-fins-dassistance>
- Schuler, D., Tuch, A., & Peter, C. (2020). *La santé psychique en Suisse : monitoring 2020* (Rapport No.

15/2020). Observatoire suisse de la santé. <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/2020-la-sante-psychique-en-suisse>

Servant, D. (2012). *Gestion du stress et de l'anxiété* (3^e éd.). Elsevier Masson.

Spiess, M., Ettlin, R., Champion, C., & Rickli, F. (2021). *Situationsanalyse zur Selbstmanagement-Forderung und weiteren PGV-Elementen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung*. Office fédéral de la santé publique. <https://backend.bag.admin.ch/fileservice/sdweb-docs-prod-bagadminch-files/files/2025/03/18/664429dc-5c4e-48eb-8cda-324cd2d46af4.pdf>

Stefanatou, P., Xenaki, L. A., Konstantakopoulos, G., Papaïakovou, A., Ralli, I., Berk, A. D., Katopodi, D. S., Pantagoutsou, A. D., Charitaki, A., Ginieri-Coccosis, M., Giannouli, E., & Malogiannis, I. A. (2023). Psychopathological determinants of quality of life in people with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Medicine*, 12(1), 1-16. <https://doi.org/10.3390/jcm12010030>

Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58(6), 590-596. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.590>

Vandyk, A., Bentz, A., Bissonette, S., & Cater, C. (2019). Why go to the emergency department? Perspectives from persons with borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(3), 757-765. <https://doi.org/10.1111/inm.12580>

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2010). Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: A 10-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 663-667. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081130>

ANNEXES

Annexe I : les équations de recherche et la figure de la théorie du rétablissement

PubMed :

("Borderline Personality Disorder"[MeSH] OR "borderline personality disorder" [tiab]) AND ("Coping Skills"[majr] OR "self-management"[majr] OR "adaptation, psychological"[majr] OR "self-care"[majr] OR "self-care"[tiab] OR "self-management"[tiab] OR "self-monitoring"[tiab] OR "self-maintenance"[tiab] OR "symptom management"[tiab] OR "disease management"[tiab] OR "Coping skill*" [tiab] OR "Coping behav*" [tiab] OR "Coping strateg*" [tiab] OR "Coping abilit*" [tiab] OR "Coping with stress" [tiab] OR "stress-coping" [tiab] OR "coping difficult*" [tiab] OR "coping method*" [tiab] OR "Behavioral Coping" [tiab] OR "behavioural coping" [tiab] OR "Mental Health Recovery" [Majr] OR recover* [tiab])*

CINHAL :

(MH "Borderline Personality Disorder" OR TI "borderline personality disorder" OR AB "borderline personality disorder*") AND (MH "Self-Management" OR MH "Self Care" OR MH "Adaptation, Psychological" OR "self-monitoring" OR "self-maintenance" OR (symptom* N3 management) OR "disease management" OR "self-efficacy" OR "Coping skill*" OR "Coping mechanism*" OR "Coping behavi*" OR "Coping strateg*" OR "Coping abilit*" OR "Coping with stress" OR "active coping" OR "Mental health Recovery" OR TI recover* OR AB recover*)*

N. Franck

Annales Médico-Psychologiques 179 (2021) 953-958

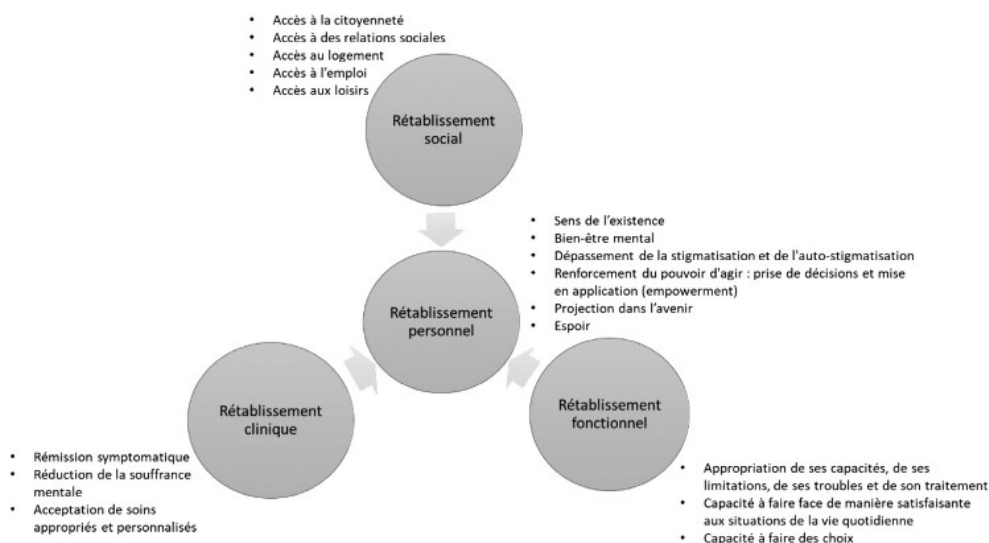
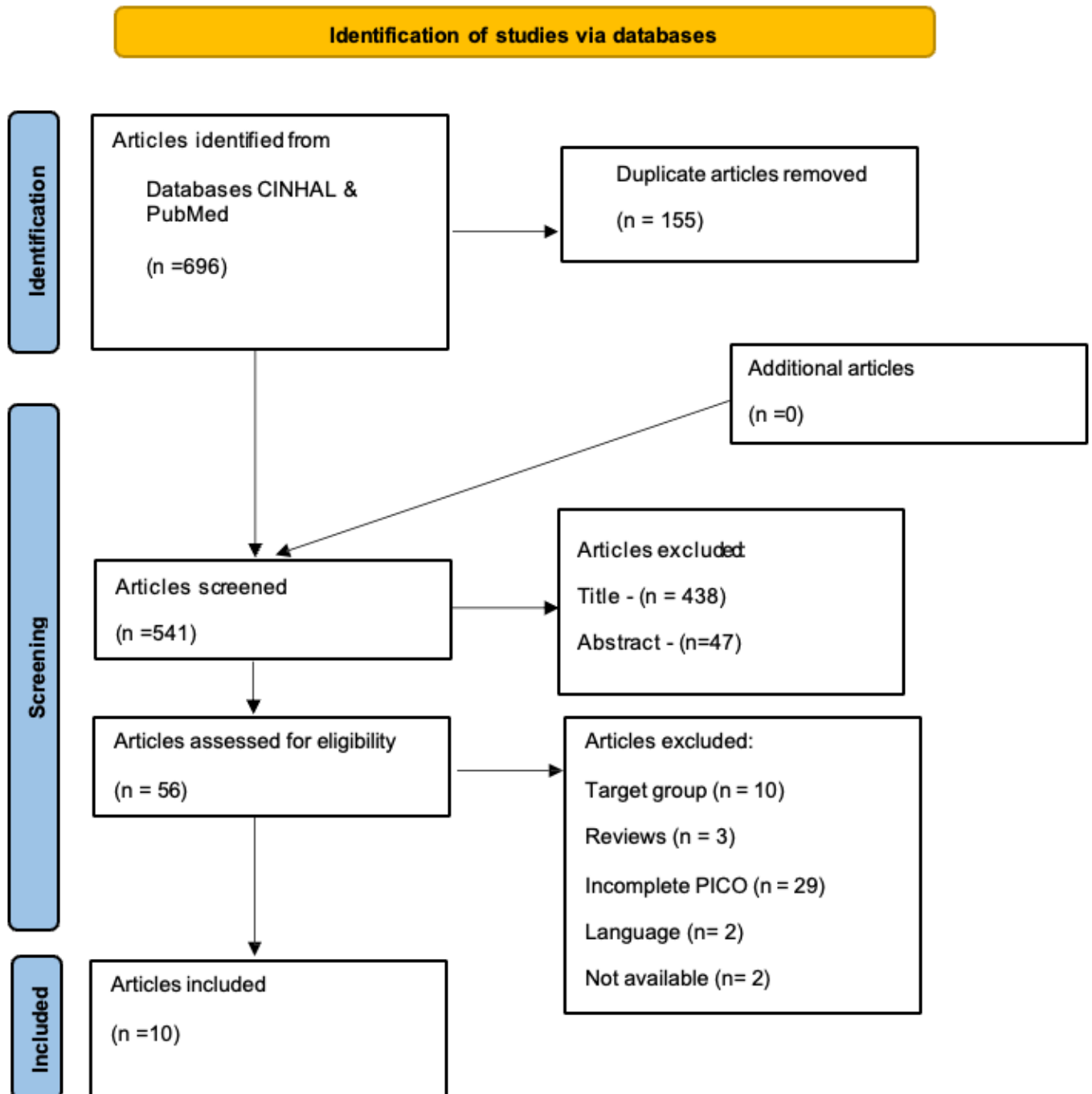


Fig. 1. Dimensions du rétablissement.

Figure du rétablissement selon la théorie de Franck, (2021) :

Annexe II : Flowchart



Annexe III : tableau des stratégies de coping

<i>Auteurs</i>	<i>Stratégies de coping centrées sur les problèmes</i>	<i>Stratégies de coping centrées sur les émotions</i>	<i>Stratégies de coping centrées sur la recherche de soutien social</i>
<i>Vandyk et al. (2019)</i>		Automutilation ; Consommation de substance psychoactive	Recherche de connexion humaine
<i>Bond et al. (2017)</i>			Éloge ; Humour ; Confiance en soi et autrui ; Estime de soi ; Encouragement mutuel ; Reconnaissance des efforts fournis
<i>Matson et al. (2021)</i>	Utilisation des stratégies sensorielles ; Auto-gestion ; Modification des habitudes	Développement de la conscience de soi ; Utilisation des stratégies sensorielles ; Automutilation	Soutien du personnel
<i>Dahlenburg et al. (2024)</i>	Participation à un groupe de pairs	Confiance en soi ; Auto-stigmatisation ; Participation à un groupe de pairs	Faire partie d'un groupe pairs
<i>Ng et al. (2019)</i>	Rechercher des traitements ; S'engager dans des activités	Développer une meilleure conscience de ses émotions et pensées ; Renforcer le sentiment de soi ; Espoir	Comprendre les perspectives des autres ; S'engager dans des relations porteuses de sens
<i>Donald et al. (2017)</i>	Réflexion sur son comportement passé	Acceptation du besoin de changement ; Travail sur les traumatismes passés sans se blâmer ; Curiosité envers soi-même	Soutien des autres
<i>Carlson et al. (2020)</i>	Stratégie d'adaptation axée sur les tâches	Ruminations ; Auto-culpabilisation	Stratégie d'adaptation axée sur la diversion sociale
<i>Chaudhury et al. (2017)</i>	Rester occupé ; Faire quelque chose de bien pour soi-même ; Prendre du recul	Pensé de manière positive ; S'apaiser ; Accueillir ses émotions et les laisser passer	Socialisation
<i>Meaney-Tavares & Hasking (2013)</i>	Résolution les problèmes ; Recherche d'aide professionnelle ; Travail sur soi ; Protection de soi	Réduction de tension ; Culpabiliser ; Rester seul ; Se concentrer sur le positif ; Loisirs relaxants ; Inquiétude excessive ; Activités physiques ; Humour	Soutien social ; Améliorer les relations interpersonnelles ; Soutien spirituel ; Aide professionnelle
<i>Barnicot et al. (2016)</i>	Utilisation fréquente des compétences de TCD	Sentiment d'auto-efficacité ; Automutilation	

Annexe IV : Déclaration sur l'honneur

Nous déclarons que ce travail de Bachelor dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à l'Institut et Haute École de la Santé La Source (HEdS La Source) a été réalisé seul et sans aide extérieure non autorisées.

Nous attestons avoir respecté l'intégrité scientifique comme mentionnée et n'avoir utilisé que les sources et moyens autorisés, et mentionné comme telles les citations et paraphrases.

Au cours de la préparation de ce travail, nous avons utilisé des outils d'intelligence artificielle (IA) et remplir le contrat pédagogique de matière d'utilisation de l'IA.

Par notre signature, nous attestions également avoir relu, vérifié et validé les contenus retenus dans ce travail et nous en assumons la responsabilité. L'utilisation des conclusions des perspectives formulées dans ce travail n'engage pas la responsabilité de la Directrice de notre TB, Madame Ferrari Pascale de l'experte du terrain, Madame Tarabi Hibo.

Legrain Marie, Locatelli Alessia, Vokova Ira

Outil IA	Utilisé pour	Chapitres du travail	Liens ou copies (Screenshot) des prompts
ChatGPT	Correction de syntaxe, de grammaire et d'orthographe	Tous les chapitres	Prompt de gauche
	Normes APA7	Parie « Références »	Prompt de droit
DeepL	Traductions	Tous les chapitres du travail (citations) ainsi que nos articles scientifiques	Prompts non-nécessaires




Peux-tu corriger ce texte, les fautes d'orthographe, la grammaire, la syntaxe SANS changer les mots et le sens des phrases. Montre moi les passages que tu corriges (numéro de page). Ne fais pas de recherche dans ta base de donnée et ne va pas chercher des informations sur internet.



Merci pour ta patience. J'ai commencé à analyser le document **page par page** afin de corriger **les fautes d'orthographe, de grammaire et de syntaxe** sans modifier le sens ni les mots (dans la mesure du possible). Voici les **corrections** apportées aux premières pages. Je note **les passages modifiés ainsi que le numéro de page**.

✅ Page III (Déclaration)

Texte original :

Par souci de clarté et de fluidité, un langage non lusif a été adopté ; le texte est donc rédigé principalement au masculin sans intention discriminatoire.

Poser une question

+  Outils



Peux-tu vérifier les références, s'il s'agit bien de normes APA7. Montre moi les endroits où il y a les sources à modifier. Ne fais pas de recherche dans ta base de donnée et ne va pas chercher des informations sur internet.



Merci pour ta précision. J'ai trouvé la **liste des références** à partir de la page 29 du document, et je peux confirmer que certaines d'entre elles **ne sont pas pleinement conformes aux normes APA 7e édition**. Voici un aperçu détaillé des points à corriger, avec des exemples :

✅ Conformes ou proches de la norme APA 7 :

1. **Anthony, W. A. (1993)**. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
<https://doi.org/10.1037/h0095655>

✓ Conforme.

2. **Barnicot, K., Gonzalez, R., McCabe, R., & Priebe, S. (2016)**. Skills use and common treatment

Poser une question

+  Outils



Annexe V : Analyse des articles avec grilles qualitatives et quantitatives

a. Grille de lecture critique pour article qualitatif : Bond et al. (2017).

« *What helps in self-help? A qualitative exploration of interactions within a borderline personality disorder self-help group* »

Inspirée du « Guide pour la critique d'une publication de recherche qualitative » de Fortin & Gagnon (2016).

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à poser pour faire une critique des publications de recherche	Réponses
TITRE	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise-il de façon succincte les concepts clés et la population étudiée ? 	<p>P= membres d'un groupe d'entraide présentant un trouble de la personnalité borderline</p> <p>I= participation à un groupe d'entraide dédié aux personnes atteinte du TPB</p> <p>C= pas de comparaison présente dans le titre</p> <p>O= en quoi les interactions dans les groupes d'entraide sont-elles aidantes</p>
RÉSUMÉ	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? 	<p>Oui, en lisant le résumé synthétisé de cet article, nous pouvons voir clairement les grandes lignes de la recherche donnée. Pour ce qui concerne le problème, cela est mentionné que malgré la connaissance des bénéfices d'un groupe d'entraide, il manque des explications concernant les ingrédients qui permettent les changements positifs.</p> <p>La méthode est également mentionnée, il s'agit de recueil des données naturalistes (« données qui ne sont pas influencées par les actions des chercheurs ») grâce aux enregistrements audio auprès de 10 participants. Données analysées à l'aide de l'analyse phénoménologique interprétative (IPA en anglais).</p> <p>Concernant les résultats, cela est mentionné qu'il existe 3 thèmes principaux qui en découlent, à savoir : l'humour, l'éloge et le savoir expérientiel.</p> <p>Finalement, pour la discussion/conclusion, il en découle que ces 3 thèmes sont considérés comme des ingrédients actifs qui permettent aux groupes d'entraide d'être efficaces. La place de l'animateur dans ces groupes joue également un rôle important dans leur bon fonctionnement.</p>

INTRODUCTION / PROBLÉMATIQUE		
Problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est le but de l'étude ? Le phénomène à l'étude est-il clairement défini et placé en contexte ? • Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? • Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? 	<p>1.1 Le but de cette étude est de comprendre l'efficacité des groupes d'entraide pour les personnes atteintes du TPB. De plus, cette étude a pour but également de déterminer les mécanismes aidant grâce à l'analyse des interactions entre les membres du groupe et l'animateur.</p> <p>2) Le phénomène à l'étude est clairement défini à les interactions des différents processus au sein des groupes d'entraide pour les personnes avec un diagnostic de TPB et comment ces processus permettent d'avoir un changement positif pour les participants. Le phénomène est contextualisé dans les soins en santé mentale et les groupes de soutien communautaire. Oui, le problème donné présente une signification particulière pour le domaine de psychologie clinique et psychothérapie et la santé mentale. De plus, les auteurs de cette recherche font partie des départements de psychothérapie et d'école de psychologie.</p> <p>3) Oui, il y a plusieurs postulats sous-jacents à l'étude qui sont présents dans l'introduction mais qui ne sont pas directement nommé dans l'article comme des postulats ou hypothèses. Par exemple, l'utilité et l'efficacité des groupes d'entraide qui réduisent les coûts de santé. L'utilité des groupes d'entraide pour le domaine de la santé mentale. Ou encore l'importance des animateurs dans ces groupes d'entraide qui permettent aux participants la meilleure adhésion au groupe.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • L'auteur-e présente-t-il-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème de l'étude ? 	Oui, les auteurs se basent sur différentes études qui sont plutôt récentes (principalement entre 2007 et 2015). Les auteurs précisent également qu'il existe peu de preuve d'utilité des groupes d'entraide pour les personnes atteintes des maladies mentales graves. Grâce aux connaissances actuelles présente au sujet des groupes d'entraide, nous pouvons voir autant les avantages montrés dans certaines études que les informations qui sont encore nécessaire à étudier.
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts sont-ils définis de façon conceptuelle ? • Un cadre conceptuel a-t-il été défini ? Si oui, est-il justifié et décrit de façon adéquate ? • Les bases philosophiques et théorique ainsi que la méthode 	<p>1) Oui, les auteurs définissent la notion de groupe d'entraide (p.640) et également les effets démontrés de ces groupes. Il y a également la définition du trouble de la personnalité borderline (TPB). Les auteurs se basent sur des études existantes afin de démontrer l'efficacité des groupes d'entraide de manière générale.</p> <p>2) Non, aucun cadre conceptuel théorique explicite.</p>

	sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?	3) Oui, l'étude s'inscrit dans le courant phénoménologique, mais il n'est pas expressément explicité bien qu'approprié.
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche sont-elles clairement énoncées ? • Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur un cadre conceptuel ou théorique ? 	<p>1) Oui, à savoir : Quelles sont les interactions entre les membres d'un groupe d'entraide qui sont atteints de TPB et les animateurs qui permettent l'entraide ? Et quels sont les ingrédients qui permettent les changements positifs ?</p> <p>2) Partiellement, les questions des recherches de ne traitent pas directement sur les expériences, valeurs ou perceptions des participants. Cependant pour pouvoir répondre aux questions de recherche il est nécessaire de prendre en considération les expériences et les perceptions des membres des groupes d'entraide.</p> <p>3) Non, il n'y a pas de base philosophique présente explicite, mais elle repose clairement sur une approche socio-constructiviste.</p>
MÉTHODE		
Population, échantillon et milieu	<ul style="list-style-type: none"> • La population à l'étude est-elle décrite de façon suffisamment détaillée ? • La méthode utilisée pour accéder au site ou pour recruter les participant-e-s est-elle appropriée ? • La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs ? • La saturation des données a-t-elle été atteinte ? 	<p>1) Partiellement, dans la partie méthode, nous pouvons voir que 10 participants ont fait partie de la présente recherche. Il s'agit des membres du groupe d'entraide atteints du TPB mais également de l'animateur (paire praticien) et du co-animateur (psychologue adjoint). Il s'agit de 9 femmes et 1 homme qui ont participé à cette étude. Cependant, il manque les données démographiques des participants (mentionné à la p. 641 que cela est à cause des raisons éthiques, en raison du petit nombre de participants au groupe, il est difficile même en masquant les noms de ne pas reconnaître quelqu'un).</p> <p>2) Oui, tout d'abord dans l'article il y a la mention des critères d'inclusion qui sont les suivants : être membre d'un groupe d'entraide, avoir un diagnostic du TPB et donner son consentement éclairé pour la participation à la recherche. Et le groupe a été annoncé sur un site internet dédié au TPB. Il s'agit donc d'un échantillonnage de convenance, même si cela n'est pas explicitement nommée.</p> <p>3) Oui, grâce aux résultats de cette étude et à l'identification des ingrédients qui permettent aux groupes d'entraides d'être efficaces pour les personnes avec un diagnostic de TPB. De plus, les résultats de cette étude pourraient servir pour développer d'autres études.</p> <p>4) Partiellement, dans l'article il n'y a pas de mention explicite concernant la saturation des données. Cependant, suite à l'analyse des données à l'aide d'IPA, les auteurs ont pu identifier trois thèmes principaux et répondre à la</p>

		question de recherche, ce qui pourraient expliquer une éventuelle saturation des données.
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est l'approche utilisée pour l'étude ? • L'approche de recherche choisie est-elle conciliable avec les techniques de collecte des données ? • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? • La mise en œuvre du devis de recherche sur le terrain a-t-elle favorisé une compréhension progressive de la situation ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tout d'abord il s'agit d'approche qualitative phénoménologique naturaliste plus précisément les auteurs utilisent <i>l'Interpretative Phenomenological Analysis</i> (IPA) ce qui permet de comprendre le vécu des participants. 2) Oui, les 4 enregistrements audio de 2h ont permis d'avoir des résultats riches qui est compatibles avec l'IPA qui explore le vécu des participants, et dans le cas de cette étude le vécu des participants concernant le groupe d'entraide. 3) Oui, grâce aux 4 enregistrements audio de deux heures sur une durée de 9 semaines, les chercheurs ont pu avoir suffisamment d'informations afin de répondre aux questions de recherche. 4) Oui, la mise en place du devis de recherche a permis une compréhension progressive de la situation. Grâce à l'IPA, les chercheurs ont pu interpréter activement l'expérience subjective des participants, présentant une double herméneutique (p.641). De plus, les chercheurs ont transcrit les enregistrements audio mot pour mot et ils ont examiné les données à plusieurs reprises afin d'identifier les thèmes récurrents (p.641).
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour préserver les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, malgré le fait qu'il n'y a aucune mentionne dans l'article concernant par exemple l'approbation d'un comité d'éthique, etc. Il est probable que cette étude soit hors lois sur la recherche humaine car elle ne porte pas sur des données sensibles mais cela aurait dû être explicité. Cependant, un des critères d'inclusion à l'étude était le fait que les participants devaient donner leur consentement éclairé. Également, pour des raisons éthiques, les données démographiques des participants n'ont pas pu être enregistrées (p. 641). De plus, durant les enregistrements audios, les participants ont commencé par donner leur consentement vocal (p.641) et les participants ont été désigné par des codes dans les résultats, par exemple F et P, ce qui préserve leur anonymat. 2) Oui, car il y a eu plusieurs moyens mis en place pour avoir le consentement de participants, récolter des informations utiles tout en mettant en place l'anonymat des participants. Les résultats obtenus ont permis d'identifier les ingrédients utiles à un groupe d'entraide et les résultats obtenus pourraient servir de base à une théorie plus substantielle de ce qui améliore le bien-être et réduit l'impact du TPB dans les contextes de groupes d'entraide (p.644).
Collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes ou les techniques de collecte de données sont-elles 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, dans l'article donnée la méthode permet d'avoir des informations utiles pour répondre aux questions de recherche et cette méthode est décrite de

	<p>appropriées et convenablement décrites ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? • Les questions et les observations ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • Les données recueillies étaient-elles suffisantes et bien étayées ? 	<p>manière assez détaillée : présence des critères d'inclusion, participation des participants aux réunions pendant 2h, description des étapes de la réunion (3 phases), 4 enregistrements audio de 2h ont été recueillis sur une période de 9 semaines et les chercheurs ont utilisé l'analyse phénoménologique interprétative (IPA) pour explorer le vécu des participants (p. 641).</p> <p>2) Oui, les observations sont ancrées dans le phénomène étudié (interactions en groupe), et la question de recherche est cohérente avec la méthode <i>Interpretative Phenomenological Analysis</i> (IPA), qui privilégie le sens donné par les participants à leurs expériences. De plus, les questions ont été posées de manière à pouvoir obtenir des résultats utiles à l'étude, les enregistrements ont été fait sur une période de neuf semaines.</p> <p>3) Oui, les données ont été collectées sous forme d'enregistrement audio de quatre réunions de deux heures, sur une période de neuf semaines. Les enregistrements ont été transcrit mot à mot ce qui permet une consignation rigoureuse et fidèle du contenu. Les étapes classiques de l'IPA ont été faite selon plusieurs étapes classiques : lecture répétée des transcriptions, identification de thèmes récurrents, puis regroupement en trois thèmes majeurs.</p> <p>4) Oui, tout d'abord grâce aux enregistrements audio et à la transcription de ces derniers mots à mot a permis d'obtenir suffisamment de données afin de pouvoir par la suite avoir 3 thèmes principaux étayés par des verbatims. Il y a 10 participants à cette étude y compris l'animateur et le co-animateur qui a permis également d'avoir des perspectives différentes. De plus, les enregistrements audios ont duré au total 8h (4 enregistrements de 2h).</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes et les techniques de collecte de données, ainsi que les procédés d'enregistrement, sont-ils bien décrits et appropriés ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais pris en faisant appel à du personnel compétent ? 	<p>1) Oui, l'étude indique que les enregistrements audios ont été réalisés en quatre réunions de deux heures sur une période de neuf semaines. Cela était des rencontres naturelles du groupe d'entraide ce qui est approprié à la méthode IPA qui cherche à comprendre le vécu dans son contexte réel. Toutes les réunions incluaient un check-in, une discussion thématique et un check out ce qui démontre une structure répétée et cohérente pour la collecte des données. Les données des enregistrements audios ont été transcrites en mot à mot.</p> <p>2) Partiellement, car nous n'avons pas des informations sur le titre/status des chercheurs. Cependant, nous savons que Briony Bond est la chercheuse principale de l'étude et elle est affiliée à la « <i>School of psychology, Plymouth Department</i> » ainsi qu'à « <i>Psychotherapy Department, Livewell Southwest</i> ».</p>

		Et les deux autres chercheurs sont aussi respectivement à l'école de psychologie et du département de psychothérapie.
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Le traitement et l'analyse des données qualitatives sont-ils décrits de façon suffisamment détaillée ? • La stratégie d'analyse utilisée convient-elle à la méthode de recherche et à la nature des données ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? • Quelles sont les stratégies utilisées pour rehausser la crédibilité des données ? Sont-elles convenables et suffisantes ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, la méthode IPA est décrite dans l'étude ainsi que le processus d'analyse qui est décrit en 4 étapes. 1. Lecture du premier verbatim avec le repérage des thèmes pertinents en lien avec la question de recherche et la localisation des extraits. 2. Analyse des autres transcriptions, ajout de nouveaux éléments ou validation des précédents. 3. Répétitions du processus sur tous les verbatims. 4. Regroupement en trois thèmes principaux : <i>humour</i>, <i>praise (éloges)</i>, <i>experiential knowledge</i> (savoirs issus de l'expérience). L'auteur précise que l'analyse implique une double herméneutique, c'est-à-dire que les participants donnent du sens à leur vécu, mais que celui du chercheur est intégré sur dispositif. On ne sait pas s'il y a eu un double codage et des séances de triangulation. 2) Oui, la stratégie d'analyse convient à la méthode de recherche, car l'utilisation de l'IPA a permis d'analyser les enregistrements audio de manière précise et détaillé. De plus les chercheurs ont fait une rescription mot à mot afin de pas manquer des informations pertinentes et les chercheurs ont retravaillé à plusieurs reprises sur les enregistrements. 3) Oui, car il reprend des extraits de l'analyse en reprenant les 3 grands thèmes donc l'humour, <i>praise</i>, <i>experiential knowledge</i>. Il y a des verbatims ancrés dans le contexte et reliés à chaque grand thème avec des citations directes de patient « <i>i think you're so courageous for standing up for what you believe in</i> » (p .642). Le langage est clair et simple. 4) Oui, les trois thèmes sont identifiés dans l'article : 1. <i>Humour</i> 2. <i>Praise</i> 3. <i>Experiential knowledge</i>. Chaque thème est introduit par une définition et est suivi par des sous-thèmes illustrés par de nombreux verbatims des participants ou de la facilitatrice. Les verbatims sont bien intégrés à l'analyse et permettent de comprendre comment les personnes donnent du sens à leur expérience au sein du groupe. L'analyse permet de faire le lien entre les comportements observés et les mécanismes de rétablissement et d'empowerment. 5) Les chercheurs ont collecté des données sur 9 semaines qui permet quand même une immersion suffisante pour récolter des informations nécessaires afin de répondre à la question de recherche. De plus, étant donné que les chercheurs ont collecté des informations sur une période de 9 semaines et qu'il y a eu plusieurs enregistrements durant les réunions de groupe d'entraide, il y

		a eu une observation soutenue des participant et de leurs interactions. Donc, l'engagement prolongé sur le terrain et l'observation soutenue par les chercheurs peuvent démontrer la crédibilité des données. Concernant les autres techniques pour démontrer la crédibilité, il n'y a pas suffisamment d'informations pour pouvoir dire si cela est convenable ou non.
RÉSULTATS		
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? • Les figures, graphiques ou modèles résumement-ils efficacement les conceptualisations ? 	<p>1) Oui, les thèmes principaux sont identifiés 1. <i>Humour</i> 2. <i>Praise</i> 3. <i>Experiential knowledge</i>, ils sont clairement différenciés mais complémentaires et renvoient à une même logique de soutien mutuel et de transformations personnelle dans le groupe. <i>Humour</i> = sert à gérer les émotions, apaiser les tensions et créer du lien. <i>Praise</i> = renforce l'estime de soi, reconnaît les efforts et favorise l'empowerment. <i>Experiential knowledge</i> = permet de partager des vécus semblables, de créer de l'empathie et d'apprendre ensemble ainsi que de s'identifier aux personnes avec le même trouble. Chaque thème parle du processus de soutien mutuel et visent tous à expliquer ce qui aide dans un groupe d'entraide TPL.</p> <p>2) Non, il n'y a aucune figure, graphique ou modèles présents dans l'étude.</p>
DISCUSSION		
Interprétation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés dans un cadre de recherche approprié ? • Les résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? • La question du caractère transférable des conclusions est-elle soulevée ? 	<p>1) Oui, l'auteure rappelle l'objectif de l'étude « The aim of this qualitative research was to discover how members and facilitators of BPD SHG experienced their group meetings to increase knowledge about what helps in self-help. » et interprète les résultats avec des notions théoriques et empiriques en lien avec l'IPA. Elle mobilise des références théoriques cohérentes avec chaque thème. Humour = citation de travaux sur l'humour affiliatif et l'autodévalorisation (Kazarian & Martin, 2004 ; Kuiper et al., 2004) en lien aussi avec l'estime de soi. Praise = s'appuie sur des théories du renforcement, de l'estime de soi et de la motivation (Bandura, 1977 ; Algie & Haidt, 2009) <i>Experiential knowledge</i> = mobilise des concepts liés à l'empowerment au rôle-modèle et à l'espoir (Solomon, 2004 ; Repper & Carter, 2011).</p> <p>2) Oui, il y a plusieurs comparaisons comme avec l'étude de Shells et al. (2006) en lien avec l'usage de l'humour en groupe sont relié à des résultats similaires dans d'autres contextes de santé mentale. « <i>This is consistent with Shells et al.'s (2006) findings that humour was used in service user narratives as a way of expressing difficult emotions or situations that may otherwise be hard to articulate</i> ». Également un lien avec les travaux de Mead et MacNeil (2006)</p>

		<p>“ <i>Mead and MacNeil (2006) suggest that peer support provides a space where people feel seen, heard and understood – this was also evident in our study ...</i> ” Cela montre que les groupes étudiés montrent qu’il y a une dynamiques de soutien entre pairs comparables à celles dans d’autres groupes d’entraide en santé mentale. Il y a aussi une convergence avec « <i>Similarly, Repper and Carter (2011) note that sharing experiences can help reduce feelings of the isolation and validate people’s experiences, as observed here</i> » la validation par le partage ici qui est mis en parallèle avec d’autres résultats publiés.</p> <p>3) Partiellement, les auteurs ne parlent pas explicitement de transférabilité ni les limites claires quant à l’applicabilité des résultats à d’autres contextes ou populations. Ils ne disent pas non plus, si la saturation des données est atteinte. Ils évoquent la possibilité de tester des résultats ailleurs, mais sans aborder clairement les limites ou les conditions de cette généralisation. Les résultats obtenus de cette étude pourraient servir de base à une théorie plus large et pour d’autres groupes.</p>
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • L’auteur-e a-t-il-elle précisé les conséquences des résultats ? • Y a-t-il des recommandations qui suggèrent des applications pour la pratique et les recherches futures ? • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? 	<p>1) Oui, les auteurs précisent plusieurs conséquences possibles des résultats. 1. Sur la pratique des groupes d’entraide : « <i>The three themes discussed reflect the power and importance of carefully facilitated SHG.</i> » → Les auteurs insistent sur le rôle central du ou de la facilitatrice, et la nécessité de guider les interactions pour renforcer l’efficacité des groupes. 2. Sur la conception future des SHG (groupes d’entraide) : « <i>This data could inform a more substantial theory [...] which could be trialled and tested in other SHG.</i> » → Proposition que les résultats servent à développer une théorie plus générale, qui pourrait être utilisée pour améliorer les interventions dans d’autres groupes. 3. Sur le rôle actif des participants : « <i>SHG advocate members as active participants rather than passive recipients in the management of their lives.</i> » → Cela met en avant une approche responsabilisante et empowerment comme conséquence directe de résultats. 4. Sur la réduction des symptômes et l’amélioration du bien-être → les thèmes analysés (humour, éloges et savoir expérientiel) sont décrits comme des « ingrédients actifs » contribuant à diminuer les symptômes du trouble borderline, à améliorer le bien-être et à favoriser l’espoir.</p> <p>2) Non, il n’y a pas de recommandations explicites. Cependant, les auteurs évoquent que des investigations longitudinales sur les taux de participation et les raisons d’abandon pourraient constituer un domaine d’intérêt pour l’avenir</p>

		<p>et que d'autres recherches peuvent s'avérer nécessaires afin de développer une théorie globale pouvant être appliquée universellement afin d'améliorer le bien-être des membres (p.644)</p> <p>3) Oui, il y a plusieurs extraits de verbatim qui montrent la complexité et la profondeur des interactions dans le groupe. Le positionnement est clair dans la conclusion car les participants ont trouvé que l'humour, les compliments et le partage d'expériences ont favorisé le développement d'un sentiment d'appartenance et l'épanouissement personnel. Il n'y a pas de manque de réponse mais ils appellent à approfondir certaines questions pour étendre les résultats. Il y a une grande cohérence avec la question de départ c'est-à-dire que sont identifiés les éléments concrets qui sont jugés utiles pour les participants en lien avec un alignement méthodologique et analytique fort.</p>
--	--	---

Fortin, M. J., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3 édition ed.). Montréal : Chenelière éducation.

b. Grille de lecture critique pour article qualitatif : Vandyk et al. (2019)

« *Why go to the emergency department? Perspectives from persons with borderline personality disorder* »

Inspirée du « *Guide pour la critique d'une publication de recherche qualitative* » de Fortin & Gagnon (2016).

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à poser pour faire une critique des publications de recherche	Réponses
TITRE	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise-il de façon succincte les concepts clés et la population étudiée ? 	<p>P= personnes ayant un trouble de la personnalité type borderline I= recours aux services d'urgence (<i>emergency department use</i>) C= pas de comparaison présente dans le titre O= Expériences, perceptions et motifs de recours aux urgences</p>
RÉSUMÉ	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? 	<p>Oui dans cet article, l'abstract précise déjà le problème identifié qui est la fréquentation des urgences par les patients atteints de TPB (trouble de la personnalité borderline).</p> <p>De plus, la méthode est également mentionnée, c'est une étude qualitative basée sur la description interprétative. Données recueillies via des interviews/entretiens avec 6 participants ayant eu au moins 12 visites aux urgences sur une année.</p> <p>Concernant les résultats, ceux-ci sont évoqués par thèmes dont notamment (<i>cyclic nature of emergency department use and coping skills and stratégies</i>). Recours aux urgences est souvent dû à des lacunes dans la prise en charge communautaire, au besoin de contact humain, à la solitude, aux échecs des ressources communautaires et aux risques liés aux idées suicidaires, à l'automutilation ou encore à la consommation de substances.</p> <p>Pour terminer la discussion est évoquée par les participants qui évoquent plusieurs stratégies pour limiter les visites inutiles aux urgences et améliorer leurs soins. Cependant, davantage de recherches sont nécessaires pour explorer la viabilité et l'efficacité de ces suggestions.</p>

INTRODUCTION / PROBLÉMATIQUE		
Problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est le but de l'étude ? Le phénomène à l'étude est-il clairement défini et placé en contexte ? • Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? • Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? 	<p>1.1 Le but de cette étude est d'explorer les causes de la fréquentation des services d'urgences chez les personnes atteintes de TPB.</p> <p>1.2 Le phénomène de l'étude à Difficulté d'accès aux soins communautaires, fréquentation des services d'urgences, comportements de crise, stigmatisation. Également, cette étude doit permettre de comprendre pourquoi les personnes atteintes du TPB vont aux services d'urgences, quels sont leurs avis des soins reçus et de quoi ils ont besoin afin d'améliorer leurs expériences de soins.</p> <p>2) Oui, cela est pertinent pour les soins infirmiers en santé mentale, les services d'urgence et les soins communautaires</p> <p>3) Partiellement, pas explicitement formulés mais sous forme d'hypothèses, mais peut être déduit.</p> <p>à Les auteurs partent de l'idée que le recours aux urgences chez les patients TPB est lié à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un manque d'accès à des ressources communautaires suffisantes - Des difficultés émotionnelles et relationnelles spécifiques au TPB - Des expériences antérieures de stigmatisation dans les soins
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • L'auteur-e présente-t-il-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème de l'étude ? 	Oui, dans l'introduction les auteurs se basent principalement sur des études récentes (2014-2017). Malgré plusieurs études qui traitent la question du recours de ces patients aux urgences, mais il y a peu de recherches qui traitent sur du sujet selon la perspective des patients en termes d'expérience vécue. (Introduction, p. 758)
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts sont-ils définis de façon conceptuelle ? • Un cadre conceptuel a-t-il été défini ? Si oui, est-il justifié et décrit de façon adéquate ? • Les bases philosophiques et théorique ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? 	<p>1) Partiellement à TPB défini selon « <i>American psychiatric Association 2013</i> » p.757. Les autres concepts ne sont pas définis de manières détaillées.</p> <p>2) Non, aucun cadre conceptuel théorique explicite.</p> <p>3) Non, les bases philosophiques et théoriques des concepts ne sont pas explicitement mentionnées dans l'article. Le TPB est décrit selon le « <i>American psychiatric Association 2013</i> » mais pas de références présentes concernant une théorie particulière ou un concept philosophique.</p>
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche sont-elles clairement énoncées ? 	1) Non, elles le sont sous forme de thèmes à aborder et pas sous forme de question : Pourquoi les personnes ayant un TPB consultent fréquemment les urgences ? Quelles sont leurs pensées concernant les soins reçus ? Qu'est ce qui est nécessaire afin d'améliorer leurs expériences de soin ? (p.758).

	<ul style="list-style-type: none"> • Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur un cadre conceptuel ou théorique ? 	<p>2) Les questions de recherche portent sur les perceptions (expériences subjectives) des patients en matière de fréquentation des services d'urgences</p> <p>4) Oui l'étude est ancrée dans l'approche constructiviste qui assume l'existence de plusieurs réalités.</p>
MÉTHODE		
Population, échantillon et milieu	<ul style="list-style-type: none"> • La population à l'étude est-elle décrite de façon suffisamment détaillée ? • La méthode utilisée pour accéder au site ou pour recruter les participant-e-s est-elle appropriée ? • La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs ? • La saturation des données a-t-elle été atteinte ? 	<p>1) Il s'agit de 6 participants dont 5 femmes, 1 homme, âgés de 22 à 66 ans qui ont un diagnostic primaire de TPB. 5 d'entre eux présentent également un trouble de toxicomanie et 2 d'entre eux ont des antécédents de traumatismes. Dans la présente étude, la notion d'emploi est également mentionnée. Un participant avait un emploi durant l'étude et les cinq autres ont soit déjà eu un emploi ou une activité bénévole. Ils avaient tous un médecin de famille et trois d'entre eux recevaient des soins d'un psychiatre (p. 759).</p> <p>2) Oui, recrutement réalisé à partir d'une étude principale sur la base de patients identifiés par le nombre de visites aux urgences mais avec un TPB.</p> <p>3) Participants sélectionnés sur la base de critères précis à partir d'une cohorte de patients impliqués dans une étude plus grande = échantillon de convenance par choix raisonné.</p> <p>4) Non, l'article ne mentionne pas la saturation des données de manière explicite. Les auteurs décrivent un processus d'analyse itératif et collaboratif, mais sans préciser s'ils ont atteint la saturation.</p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est l'approche utilisée pour l'étude ? • L'approche de recherche choisie est-elle conciliable avec les techniques de collecte des données ? • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? • La mise en œuvre du devis de recherche sur le terrain a-t-elle favorisé une compréhension progressive de la situation ? 	<p>1) Approche qualitative inductive, p.758</p> <p>2) Oui, les entretiens semi-structurés et recueil des perceptions subjectives des participants. Les techniques de collecte sont en adéquation avec l'approche interprétative. Description centrée sur les expériences et perceptions des participants.</p> <p>3) Oui, chaque participant a bénéficié d'un entretien individuel d'environ 1 heure durant le printemps et l'été 2016.</p> <p>4) Partiellement, l'approche d'analyse itérative avec des discussions d'équipe a permis une compréhension progressive des données. Cependant, les auteurs n'ont réalisé qu'un seul entretien par participant ce qui peut se justifier dans un contexte d'urgence</p>

Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour préserver les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, l'étude donnée a été approuvée par le comité d'éthique de l'université et de l'hôpital d'Ontario (p.759). De plus, avant le début des entretiens, les auteurs ont demandé un consentement verbal éclairé et enregistré sur un fichier audio crypté pour chaque participant. Les données cryptées sont stockées dans des appareils cryptés et accessible uniquement à l'équipe de recherche. Tous les documents en lien avec cette étude ont été conservés dans une armoire verrouillée, dans un bureau fermé à clé et détruit de manière appropriée par la suite après une période de 10 ans. 2) Oui, tous les moyens pour minimiser les risques ont été mis en place comme le protocole de détresse psychologique dans le cas où les participants avaient besoin de soins de santé mentale urgents, pendant ou à la suite des entretiens. En ce qui concerne la maximisation la question de recherche principale a été élaboré en collaboration avec une personne atteinte de TPB afin de faire valoir les vécues en matière d'utilisation de soins d'urgence pour les patients atteints de ce trouble (p.758) Les conclusions faites par les auteurs à la suite de cette étude mettent en lumière le phénomène des recours aux urgences qui pourraient être utile afin de permettre des soins communautaires plus efficaces (p.753).
Collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes ou les techniques de collecte de données sont-elles appropriées et convenablement décrites ? • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? • Les questions et les observations ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • Les données recueillies étaient-elles suffisantes et bien étayées ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, la méthode qualitative de collecte de donnée est interprétative, qui s'inscrit dans un paradigme constructiviste, adapté à l'étude de phénomènes cliniques complexes au contact de de soins. De plus, des entretiens semi-dirigés avec une durée déterminée et enregistrée. Il y a une précision sur le type de participants avec des critères d'inclusion. 2) Oui, l'article précise que la question de recherche a été formulée en collaboration avec une personne vivant avec un TPB ce qui renforce la pertinence et la validation clinique de l'enquête. L'étude vise à explorer les expériences subjectives de personnes avec un TPB ayant fréquenté les urgences à plusieurs reprises. Le phénomène étudié est l'utilisation fréquente des services d'urgences des personnes avec un TPB, ce qui est clairement défini dans l'introduction ainsi que dans la partie de méthodologie. 3) Oui, (page 758-759) comme expliqué plus haut il y a l'utilisation des entretien semi-structuré, les enregistrements audios avec les transcriptions mot à mot. L'utilisation de verbatims sont inclus dans l'analyse. 4) Oui, les entretiens d'une heure ont permis de mettre en avant deux thèmes clairs et bien structurés « <i>cyclic nature of emergency department use</i> » « <i>Coping skills and strategies</i> »

Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes et les techniques de collecte de données, ainsi que les procédés d'enregistrement, sont-ils bien décrits et appropriés ? • Les données ont-elles été recueillies de manières à minimiser les partis pris en faisant appel à du personnel compétent ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, des entretiens semi-structurés d'environ 1h avec 6 personnes atteintes du TPB ont eu lieu au printemps et l'été 2016. Les auteurs ont posé des questions afin de comprendre les expériences des patients dans les services des urgences, les raisons des consultations, leurs impressions sur les soins reçus. Les entretiens ont été enregistrés et transcrits mot pour mot à des fins d'analyse (p. 758). 2) Oui, les données ont été recueillies par des membres de l'équipe de recherche qui ont une expertise psychiatrique dans la santé mentale autant qu'une expérience clinique dans les urgences psychiatriques. Des entretiens semi-structurés, d'environ 1h, enregistrés avec des audios ou transcrits avec des verbatims à évitent la perte d'information et la réinterprétation a posteriori. Tout au long des entretiens, l'équipe a tenu des notes détaillées des décisions. Plusieurs membres de l'équipe ont analysé les données de façon indépendante et comparé leurs interprétations ce qui réduit les biais individuels. L'équipe a appliqué une posture réflexive active, a pris des notes, ce qui permet de réduire les biais liés aux idées personnels.
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Le traitement et l'analyse des données qualitatives sont-ils décrits de façon suffisamment détaillée ? • La stratégie d'analyse utilisée convient-elle à la méthode de recherche et à la nature des données ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? • Quelles sont les stratégies utilisées pour rehausser la crédibilité des données ? Sont-elles convenables et suffisantes ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, la méthode d'analyse utilisé est cette de Aronson (p759 donc explicite, la démarche est expliquée en plusieurs étapes en les détaillant à chaque fois. Il y a une inclusion de verbatim pour montrer les résultats, la documentation est faite en équipe pour éviter le biais individuel. 2) Oui, la stratégie d'analyse (Analyse thématique selon Aronson 1995 p.758) convient à la méthode de recherche. Le résumé des résultats est la partie qui commente le schéma de recours aux soins avec les différentes problématiques évoquées. Il introduit la suite qui reprendre ces thèmes de façon approfondie avec les verbatims. 3) Oui, les thèmes ne sont pas spécifiés dans la partie méthode mais dans celle des résultats, ce qui limite la possibilité d'évaluer leur adéquation avec les données depuis la méthode seule. Dans la partie résultats, Oui, les thèmes « cyclic nature of emergency department use et coping skills and strategies » sont clairement nommés, et étayés par de nombreux verbatims. Les résultats sont étayés par de nombreuses citations verbatims (solitude, stratégies de coping, stigmatisation qui sont soutenus par plusieurs extraits directs des entretiens.) et répondent à l'objectif de l'étude 4) Tout d'abord, afin d'avoir une crédibilité des données il y avait 4 membres de l'équipe dont le chercheur principal qui analysaient des données d'abord de

		manière individuelle et par la suite discussion en équipe (triangulation des chercheurs) et également la recherche d'explications divergentes (p. 759), lorsqu'il y avait des divergences d'interprétations, les chercheurs se sont référés aux données brutes. De plus, les chercheurs ont créé un diagramme de parcours des participants aux urgences et ils ont décrit leurs expériences plus en détails grâce à l'analyse thématique d'après Aronson (1995). Ils ont eu recours à un journal de suivi et se sont référés aux standards de qualité SRQR.
RÉSULTATS		
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? • Les figures, graphiques ou modèles résumant-ils efficacement les conceptualisations ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, (p.760-761) les thèmes « <i>cyclic nature of emergency department use and coping skills and strategies</i> » sont associés entre eux. Les auteurs montrent que les motifs de fréquentations des urgences sont cycliques et récurrents, cycles qui sont modulés les stratégies de coping (soit protectrices, soit destructrices). Ce qui est d'ailleurs illustré dans le schéma (figure 1) à la page 760. 2) Oui, le schéma p.760 présente les déclencheurs (<i>aggressive/disorganized behaviour, loss, substance use.</i>) Les processus (<i>seeking support, self harm, police/ambulance, involvement</i>) et l'issue (<i>emergency department use</i>) à ce qui démontre la logique cyclique décrite par les participants -es.
DISCUSSION		
Interprétation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés dans un cadre de recherche approprié ? • Les résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? • La question du caractère transférable des conclusions est-elle soulevée ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, les résultats et la discussion répondent de manière claire aux questions de recherches. Concernant la raison des consultations aux urgences de personnes avec le TPB, il s'agit de sentiment de solitude intense et la recherche de liens avec les autres par le biais des services d'urgences (p.762), ce qui répond donc à la 1ère question. Les pensées en lien avec les soins reçus, les participants mentionnent leurs expériences aux urgences qui leur ont causé de la détresse et le sentiment d'avoir une prise en charge différente par les professionnels de la santé par rapport aux autres patients (p.761). Pour finir, les participants ont évoqué plusieurs suggestions afin d'améliorer et de permettre une meilleure prise en charge des patients atteints de TPB (former les professionnels de la santé, offrir des occasions afin d'apprendre davantage sur le TPB, etc. (p. 762). Dans la partie résultats, les participants ont évoqué 7 suggestions qui pourraient permettre une amélioration de leurs expériences aux urgences (p.761). 2) Oui, les auteurs comparent leurs résultats avec des travaux antérieurs sur la stigmatisation des personnes atteintes de TPB (p.761) Sulzer (2015), King (2014), Aguire (2016), Hong (2016), etc.

		<p>3) Oui, (p.763) les auteurs abordent les éléments qui restreignent la transférabilité à les participants étaient principalement des femmes de type caucasien, recrutées dans une petite région géographique. Cela limite la transférabilité des résultats à des personnes atteintes de TPB vivant dans d'autre régions ou représentant d'autre cultures. Le profil homogène des participants limite la généralisation à d'autres contextes culturels ou géographiques. Les auteurs ne cherchent pas à généraliser ces résultats pour toutes les personnes avec un TPB mais à décrire un phénomène vécu dans un contexte donné.</p>
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • L'auteur-e a-t-il-elle précisé les conséquences des résultats ? • Y a-t-il des recommandations qui suggèrent des applications pour la pratique et les recherches futures ? • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? 	<p>1) Oui, les auteurs utilisent les résultats afin de donner des recommandations. Les conclusions mettent en lumière la nature cyclique de recours aux services des urgences par les patients atteints de TPB, y compris les principaux schémas qui pourrait servir de base à des soins communautaires plus efficaces. De plus, les résultats de cette étude, démontrent la nécessité de changer la perception et les actions à l'égard des personnes atteintes de TPB afin de leur garantir un accès équitable à des soins de qualité (p.763)</p> <p>2) Oui, ce sont même les participants qui proposent des recommandations concrètes pour la pratique clinique (formation des professionnel-les, accès à des lieux sécurisés, soins empathiques ainsi que des postes pour la recherche future (tester la viabilité des approches proposées, développer des alternatives communautaires aux urgences.</p> <p>3) Oui, les auteurs ont pu avoir assez des données afin d'identifier plusieurs thèmes et répondre aux questions de recherche de cette étude. Tout d'abord, les patients avec le TPB se présentent fréquemment aux urgences pour désir d'interaction humaine et sentiment de solitude. Selon les résultats de cette étude, il semble que les patients atteint de TPB ne reçoivent pas de soins adéquats et sont confrontés à la stigmatisation des professionnels de santé et subissent des attitudes négatives. Selon les auteurs, une meilleure éducation et une meilleure formation pour les professionnels de la santé sont nécessaires. Les suggestions des patients atteints de TPB doivent être examinées comme des opportunités de créer des stratégies répondant aux besoins de personnes avec un diagnostic de TPB. Cependant, selon les auteurs, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour comprendre comment mettre en place ces stratégies.</p>

Fortin, M. J., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3 édition ed.). Montréal : Chenelière éducation.

c. Grille de lecture critique pour article qualitatif : Matson et al. (2021).

“The Experiences of Women with a Diagnosis of Borderline Personality Disorder (BPB) Using Sensory Modulation Approches in an Inpatient Mental Health Rehabilitation Setting”

Inspirée du « Guide pour la critique d'une publication de recherche qualitative » de Fortin & Gagnon (2016)

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à poser pour faire une critique des publications de recherche	Réponses
TITRE	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise-il de façon succincte les concepts clés et la population étudiée ? 	<p>P = les femmes qui ont un trouble de la personnalité borderline I = L'utilisation des approches de modulation sensorielle C = pas de comparaison présent dans le titre O = expériences vécues par les femmes ayant un TPB</p>
RÉSUMÉ	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? 	<p>Oui, dans cet article l'abstract précise le problème qu'il manque des études sur l'expérience patient.</p> <p>De plus la méthode est mentionnée comme une étude phénoménologique interprétative (IPA) ainsi que des entretiens semi-structurés avec 4 femmes BPD dans un contexte de réadaptation en santé mentale.</p> <p>Pour les résultats, ils sont mis en 4 thèmes principaux comme l'obstacle à l'utilisation des stratégies sensorielles, la régulation des émotions, l'impact sur l'environnement et <i>l'empowerment</i>.</p> <p>Et pour la discussion, elle met en évidence la nécessité de l'approche individualisée et de la transférabilité des stratégies dans la communauté</p>
INTRODUCTION / PROBLÉMATIQUE		
Problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Quel est le but de l'étude ? Le phénomène à l'étude est-il clairement défini et placé en contexte ? Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? 	<ol style="list-style-type: none"> Le but de l'étude est de comprendre les avantages et l'utilisation de stratégies sensorielles pour les utilisatrices de services de santé mentales en réadaptation à long terme. (p.314) <ul style="list-style-type: none"> Explorer les stratégies sensorielles qu'utilise les patientes ainsi que comment et quand elles les utilisent. Identifier quelle place les stratégies sensorielles ont dans un programme de rétablissement global pour les patientes Donner des recommandations aux professionnels de santé afin de développer leurs utilisations dans le cadre de soins et de services centrés sur le patient.

	<ul style="list-style-type: none"> Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? 	<p>1.1 Oui, le phénomène est clairement défini et présenté comme « la capacité de réguler et d'organiser le degré, l'intensité et la nature des réponses à un incitatif sensorielle d'une manière graduelle et adaptative » (p311). Cette approche permet de diminuer le niveau d'excitation en utilisant les données sensorielles apportées par les objets, les activités ou les différents environnements.</p> <p>1.2 Il est contextualisé par l'augmentation de l'utilisation des approches sensorielles en psychiatrie. Cependant peu d'études sont au centre du vécu subjectif des patients, c'est-à-dire que les études sont plus centrées sur les effets de mesurés objectivement. Et il existe peu de données spécifiques sur les patients BPD alors qu'ils présentent des troubles de modulation.</p> <p>2. Oui, il manque des études du points de vue des utilisateurs de l'approche, elles sont soit dans le cadre d'une approche méthodologique mixte ou en entretiens combinés avec le personnel et les utilisateurs des services. Il manque l'aspect de la nature relationnelle de l'approche et de l'autogestion de la détresse qui n'ont pas suffisamment été évaluée. Les BPD sont sous-étudié pour ce type d'intervention sensorielle. Donc l'enjeu est directement lié aux pratiques professionnelles car les recommandations qui sont faites sont pour améliorer les soins. Les bénéfices des approches sensorielles ont des objectifs très proches des champs de l'ergothérapie et de la psychiatrie : en ergothérapie cela est essentiel car l'expérience est au centre ainsi que la participation du patient.</p> <p>3. Partiellement, il y a des postulats sous-jacents mais implicite comme celle de l'expérience vécue des patientes est subjective, singulière et valable comme objet d'étude. La signification qu'elles donnent à l'expérience est essentielle à comprendre. Il y en a un autre pour la définition de la modulation sensorielle car les difficultés d'autorégulation sensorielle est présente dans plusieurs pathologies psychiatriques comme le BPD et que les approches sensorielles peuvent aider à améliorer cette régulation.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> L'auteur-e présente-t-il-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème de l'étude ? 	<p>1. Oui car les approches ont suscité un intérêt croissant dans le domaine de la santé mentale. Certains travaux ont démontré des effets positifs comme la réduction des mesures restrictives et la réduction de l'excitation psychomotrice. D'autres montrent des résultats plus hétérogènes. Les résultats sont déterminants en fonction du rôle de la formation des équipes. Une partie des études se font en phase aiguë ou en psychiatrie légale, également sur d'autres pathologies, sur une utilisation que de la chambre sensorielle ou d'un seul outil.</p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Les concepts sont-ils définis de façon conceptuelle ? 	<p>1. Oui, la définition de la modulation sensorielle (p311) est la définition conceptuelle précise. La définition de l'autorégulation est présentée, tout comme les stimuli sensoriels qui sont</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Un cadre conceptuel a-t-il été défini ? Si oui, est-il justifié et décrit de façon adéquate ? • Les bases philosophiques et théorique ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? 	<p>utilisés pour soutenir des méthodes plus adaptatives d'autogestion, les troubles sensoriels spécifiques au BPD et l'approches centrée sur le patient et son rétablissement sous-jacent.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Partiellement, pas de manière implicite. Mais les concepts centraux : modulation sensorielle, spécificités du BPD et méthodologie choisie IPA 3. Oui, la méthode sous-jacente est explicitement présentée IPA. Elle repose sur des bases philosophiques implicites comme la phénoménologie, herméneutique et reconnaissance du rôle actif du chercheur dans l'analyse de l'expérience subjective : elles sont appropriées car elles explorent le vécu des patientes faces aux stratégies sensorielles.
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche sont-elles clairement énoncées ? • Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur un cadre conceptuel ou théorique ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui, même si elles ne sont pas sous formes de questions mais sous forme de buts, elles peuvent facilement être détuites - Quels sont les avantages de l'utilisation de stratégies sensorielles du point de vue et selon les expériences vécues de femmes bénéficiant de services de santé mentale dans un cadre de réadaptation à long terme ? Quelles sont les stratégies sensorielles utilisées par les femmes dans des service de santé mentale ? Comment et quand ces stratégies sensorielles sont utilisées ? (p.314) 2. Oui, la question de recherche principale s'intéresse aux expériences vécues par de femmes en matière d'utilisation des stratégies sensorielles dans un service de santé mentale de longue durée. Oui, les questionnes de recherche s'appuient sur des bases philosophiques décrites plus haut. Etant donné que la base de données philosophique de la phénoménologie prend en considération le vécu subjectif des participants, les questions de recherche sont pertinentes. De plus, l'IPA a été utilisée en raison de l'accent mis par cette approche sur l'expérience et la perception personnelle des participants (p. 315) Les entretiens semi-structurés ont été choisis pour obtenir la profondeur de vue nécessaire à une étude IPA, car ils offrent une plus grande flexibilité pour approfondir l'expérience et les perceptions de chacun (p.315).
MÉTHODE		
Population, échantillon et milieu	<ul style="list-style-type: none"> • La population à l'étude est-elle décrite de façon suffisamment détaillée ? • La méthode utilisée pour accéder au site ou pour recruter les participant-e-s est-elle appropriée ? • La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Partiellement, l'échantillon qui a participé à l'étude comportait 4 femmes avec un diagnostic de TPB. Les critères d'inclusion sont décrits, à savoir : résider dans une unité de réadaptation à long terme pour femmes souffrant de troubles mentaux, avoir initié un travail sur les stratégies sensorielles avec un membre de l'équipe d'ergothérapie, avoir utilisé cette approche pendant au moins 3 mois et être en mesure de consentir à participer à l'étude (p.316-317). Il y a également la mention des critères d'exclusion qui sont : les personnes présentant des diagnostics comorbides d'autisme ou de troubles d'apprentissage et des personnes bénéficiant actuellement d'un suivi clinique direct de la part du chercheur principal. Cependant, il manque d'autres informations démographiques comme l'âge,

	<p>significatifs et d'atteindre les objectifs ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • La saturation des données a-t-elle été atteinte ? 	<p>l'origine ethnique, etc., mais cela est adéquat afin de protéger l'anonymat des participantes au vu du petit échantillon.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Oui, tout d'abord les chercheurs ont fait référence à un échantillonnage raisonné de participantes ayant l'expérience de l'utilisation de stratégies sensorielles (p. 316) et de cette manière répondre aux critères de l'étude. Les chercheurs ont mené cette étude dans des unités de réadaptation psychiatrique d'une entreprise privée de soins de santé où travaillait le chercheur principal au moment de l'étude, ce qui est en adéquation avec la question de recherche (p.314). Également, les entretiens ont eu lieu dans les hôpitaux des participantes afin de minimiser les contraintes (p.316). Les patientes ont été référées par un ergothérapeute. 3. Oui, l'étude utilise un échantillonnage intentionnel (purposive sampling) a permis de sélectionner des participantes correspondant exactement aux objectifs de l'étude. « <i>Purposive sampling of participants with experience of using sensory strategies was used to identify the required homogeneous sample for an IPA study</i> (Smith & Osborn, 2007) » Cela a permis d'obtenir des données pertinentes et significatives (p.314 et 316). La question de la saturation ne se pose pas avec ce type de devis car l'enjeu est d'approfondir un maximum la compréhension du phénomène et pas d'en offrir des perspectives diversifiées. La petite taille d'échantillon se justifie et est acceptable pour l'IPA (p.327). Cependant, cette étude a pu collecter suffisamment de données étayées par des verbatims afin d'identifier quatre thèmes principaux et répondre aux questions de recherche
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est l'approche utilisée pour l'étude ? • L'approche de recherche choisie est-elle conciliable avec les techniques de collecte des données ? • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? • La mise en œuvre du devis de recherche sur le terrain a-t-elle favorisé une compréhension progressive de la situation ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'approche utilisée est l'Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) nommée et justifiée à la page 315 : « <i>To obtain the detailed level of insight desired into individual experiences of sensory modulation approaches, an interpretative phenomenological analysis (IPA) research design was chosen due to the focus of this approach on personal experience and perception</i> (Smith & Osborn, 2007). » avec des références méthodologiques claires (p.316-317) 2. Oui, l'approche IPA est conciliable avec la méthode de collecte utilisée : des entretiens semi-structurés, ouverts et centrés sur l'expérience vécue. « <i>Semi-structured interviews were selected to gain the depth of insight required for an IPA study as they allow greater flexibility to pursue further detail of everyone's experience and perceptions.</i> » (page 315) « <i>An interview schedule was prepared following guidelines by Smith et al. (2009) with open-ended questions such as "Can you tell me about your experience of using sensory strategies since being here at the hospital?"</i> » (p.316) 3. Partiellement, car chaque participante n'a été rencontrée qu'une seule fois pour un entretien de 10 à 20 minutes « <i>Interviews were completed over a period of four weeks and lasted</i>

		<p>between 10 and 20 minutes each. » (p.316). Ceci est un fait que les auteurs reconnaissent comme une limite de l'étude IPA (p.327 paragraphe des limitations), mais qui est contrebalancée par la richesse des résultats.</p> <p>4. Partiellement, car l'analyse des données a suivi un processus évolutif conforme à l'IPA (p.317). Mais la mise en œuvre sur le terrain (entretiens uniques de 10-20 minutes) n'a pas permis une compréhension progressive en phase de collecte, mais l'expérience explorée s'étendait sur la durée de l'hospitalisation et intégrait donc une perspective temporelle et évolutive possible (p.316 et 326).</p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour préserver les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui, l'étude a obtenu une approbation éthique auprès du comité d'éthique de la recherche du Nord-Ouest-Preston. De plus, l'étude a été approuvée par le comité de recherche et développement de Cygnet Healthcare, qui a assuré la gouvernance de la recherche tout au long du processus (p. 314). Également, un des critères d'inclusion à l'étude pour les participantes étaient le fait d'être en mesure de consentir à participer à l'étude (p.316). Le consentement verbal a également été obtenu avant chaque entretien. Finalement, les participantes ont été informées que leur participation était entièrement volontaire et aussi la demande de leur consentement pour l'utilisation des données en cas de retrait. 2. Oui, premièrement, comme déjà mentionné plus haut, il y a eu plusieurs choses mises en place pour minimiser les risques pour les participants (approbation par le comité d'éthique, consentement verbal concernant la participation à l'étude et consentement pour l'utilisation des données). De plus, les entretiens ont eu lieu dans des unités où les participantes se trouvaient afin de minimiser les contraintes (p.316) Un debriefing post entretien a été mis en place de façon systématique avec les participants. Concernant la notion de maximiser les bénéfices, l'étude donnée a permis d'obtenir 4 thèmes qui répondent aux questions de recherche on permis de comprendre l'utilité de l'utilisation de ces stratégies sensorielles. Finalement les résultats obtenus permettent de mettre en place des recommandations pour les professionnels de la santé qui permettent de suivre la bonne utilisation des stratégies sensorielles et ainsi augmenter leur utilité et efficacité pour les patients.
Collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes ou les techniques de collecte de données sont-elles appropriées et convenablement décrites ? • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui, la collecte de données détaillé dans l'expérience individuelle des approches de modulation sensorielle est faite par IPA car elles sont centrées sur l'expérience, la perception personnelle. Les entretiens semi-structurés ont été choisi car ils permettent d'avoir une plus grande flexibilité pour aller plus loin au niveau de l'expérience et les perceptions de chacun. Le guide d'entretien a été validé par une utilisatrice d'un autre site. Les entretiens ont été enregistrés puis ensuite retranscrits mot à mot. Les entretiens ont duré 10 et 20 minutes chacun durant une période de 4 semaines. Chaque participante a été interrogée par le

	<p>observations du phénomène, bien ciblées ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions et les observations ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • Les données recueillies étaient-elles suffisantes et bien étayées ? 	<p>chercheur principal et dans les hôpitaux des participants afin de limiter les exigences liées aux déplacements. Egalement l'échantillonnage raisonné a été utilisé (purposive sampling), ils ont eux-même choisi les participants avec les recommandations de Smith et L. (2009). C'est donc approprié pour répondre à la visée compréhensive de l'étude.</p> <p>2. Partiellement, il est mis dans le but et objectif que c'est une étude à petite échelle qui permet de comprendre les avantages de l'utilisation de stratégie sensorielles du point de vue des utilisatrices de services de santé féminin en réadaptation à long terme. L'étude a été faite avec la méthode IPA qui ne suggère pas de réponse attendue et les participantes peuvent s'exprimer librement. Les participantes ont travaillé les stratégies sensorielles pendant une période de minimum 3 mois pour l'expérience et ont terminé un travail initial avec l'ergothérapeute, ont été incluses cela permet une pertinence directe de données en lien avec l'objectif. Les questions étaient ouvertes et d'autres incitative à utiliser selon les besoins. Dans la partie limite, il est notifié qu'avec la population de TPB, ils ont dû réduire la durée des entretiens par rapport à d'habitude pour la méthode IPA et ce qui n'a pas donné donc pas une quantité de données aussi importante que désirée pour que ce soit le plus détaillé possible. L'accent a été mis l'interprétation plutôt que sur le volume de données.</p> <p>3. Dans la partie analyse de données, les auteurs ont noté leurs réflexions personnelles dans un journal réflexif sur les transcriptions en relation avec les observations et les réflexionssur le langage utilisé, il a été tenu tout au long du processus afin de voir tous les biais susceptibles d'avoir un impact sur l'interprétation des données par le chercheur. Les enregistrements des étapes ainsi que la préparation et l'examen de la proposition, l'élaboration de document comme la grille d'entretien et les projets de rapport, les transcriptions, les enregistrements de l'analyse ont été conservés, datés et organisés pour un check si nécessaire.</p> <p>4. Partiellement, car avec la méthode IPA offre une exploration de l'expérience individuelle en profondeur donc le nombre de participantes est suffisant pour la méthode. Cependant ils ont ajusté la durée des entretiens entre 10-20 minutes dû à la pathologie donc ils ont mis l'accent sur l'interprétation plutôt que sur le volume des données. Elles sont étayées par des verbatims.</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes et les techniques de collecte de données, ainsi que les procédés d'enregistrement, sont-ils bien décrits et appropriés ? • Les données ont-elles été recueillies de manières à minimiser les partis pris en 	<p>1. Oui, les entretiens semi-structurés ont été utilisés dans cette étude dans des unités de réadaptation psychiatrique de longue durée. Les entretiens ont été enregistrées numériquement (enregistrements audio) afin de permettre une transcription mot à mot et faciliter l'analyse approfondie requise pour l'IPA. Chaque participante a été interrogé une seule fois et les enregistrements ont été réalisés sur une période de 4 semaines et ont duré entre 10 et 20 minutes chacun (p. 316). De plus, l'article mentionne que les entretiens se sont déroulés dans les hôpitaux des participantes (p.316).</p>

	faisant appel à du personnel compétent ?	2. il a été supervisé et l'analyse des données a été faite en collaboration avec le premier auteur et l'exactitude de la transcription a été vérifiée de manière indépendante par un autre membre de la recherche et un co-auteur (p.317). De plus, le chercheur principal a participé à la supervision de la mise en œuvre des approches de modulation sensorielle au sein des unités (p. 315). Également, un journal réflexif a été tenu tout au long du processus afin de rester conscient tout biais susceptible d'influencer l'interprétation des données par le chercheur (p. 318).
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Le traitement et l'analyse des données qualitatives sont-ils décrits de façon suffisamment détaillée ? • La stratégie d'analyse utilisée convient-elle à la méthode de recherche et à la nature des données ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? • Quelles sont les stratégies utilisées pour rehausser la crédibilité des données ? Sont-elles convenables et suffisantes ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui, la méthode d'analyse est l'IPA comme expliquée plus haut ainsi que les références méthodologiques cités. Une démarche inductive par étapes comprend la transcription complète des entretiens par la chercheuse principale, relecture répétée pour la familiarisation, annotations initiales (avec l'observation, contexte, langage utilisé), les thèmes émergents tirés de l'interprétation puis vérifier avec les mots des participantes. Ils ont regroupé les thèmes avec des étiquettes descriptives puis organisation des thèmes majeurs à partir des idées exprimées par les participantes. Et pour finir le processus répété pour chaque transcription. Il n'y a pas de logiciel d'analyse utilisé. Il a une analyste principale et un vérificateur indépendant pour la transcription. 2. Oui, car les données recueillies viennent d'entretiens semi-structurés individuels sur leurs vécus et l'IPA est adaptés pour dégager du sens à partir de récits personnels. L'IPA est aussi adapté au devis qualitatif de l'étude, aux objectifs de recherche ainsi que les données d'entretiens individuels. Il y a eu un dégagement de thèmes grâce aux paroles des participantes qui sont riches, subjectives et narratives. 3. Oui, le résumé des résultats est compréhensible notamment grâce aux verbatims extraits de l'analyse comme : "changing habits", "accessibility of strategies", "increasing independance", etc. (p. 319-320) et organisé de manière clair et lisible, structuré autour de 4 thèmes principaux qui sont : obstacles à l'utilisation des stratégies sensorielles, la régulation des émotions, l'impact de l'environnement et l'autonomisation. 4. Les 4 thèmes qui en découlent de l'analyse sont clairement nommées et identifiés. Également, comme déjà mentionné plus haut, il y a plusieurs verbatims extraits de l'analyse qui permet une meilleure compréhension et lecture des résultats. De plus, à chaque fois les chercheurs ont illustré chaque thème avec des citations des participantes ce qui permet de ressortir adéquatement la signification des données. 5. Tout d'abord, le chercheur principal a travaillé dans l'institution ce qui permet de bien connaître l'environnement et donc une observation soutenue. De plus, grâce à l'IPA les chercheurs ont pu mettre en place la recherche d'explications divergentes et comprendre réellement le vécu subjectif de chaque participante et le fait qu'une stratégie sensorielle ne

		fonctionne pas de la même manière sur tout le monde. Finalement, un enregistrement minutieux des processus de réflexion pendant l'analyse et la tenue d'un journal réflexif pendant l'entretien ont été utilisés pour étayer la validité de l'interprétation et identifier tout impact du chercheur. Tout cela augmente la crédibilité des données.
RÉSULTATS		
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? • Les figures, graphiques ou modèles résumant-ils efficacement les conceptualisations ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, l'article identifie quatre thèmes différents : 1. Barriers to using sensory strategies 2. Emotion regulation 3. Impact of the environment 4. Empowerment. Ces thèmes sont présentés de manière structurée et logique et chacun est suivi de sous-thèmes définis qui illustrent différentes facettes du vécu des participantes. Les thèmes sont liés entre eux par une progression cohérente de l'expérience vécue : (p.319-324) les barrières initiales décrivent les difficultés d'adhésion et de compréhension du dispositif. L'utilisation de stratégies sensorielles est expliquée à travers l'impact sur la régulation émotionnelle. L'environnement est abordé comme un facilitateur ou un obstacle à l'utilisation de ces stratégies. Les participants décrivent un sentiment de prise de pouvoir et de montée en compétence grâce à l'usage répété et individualisé des stratégies. Les thèmes sont associés entre eux et reflètent les différentes dimensions du phénomène étudié. 2) Non, aucune figure, graphique ou modèle visuel n'est présent.
DISCUSSION		
Interprétation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés dans un cadre de recherche approprié ? • Les résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? • La question du caractère transférable des conclusions est-elle soulevée ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, l'étude est menée selon une approche IPA (Interpretive Phenomenological Analysis). Les auteurs précisent que « <i>The application of IPA in this study provided for a more in-depth analysis of the specifics of the service user experience of sensory strategies that has been called for in review such as that by Scanlan and Novak (2015).</i> » à cela démontre que les interprétations sont alignées avec l'approche phénoménologique utilisée. Les interprétations sont centrées sur l'expérience vécue des participants. Les entretiens enregistrés puis ont été retranscrits mot à mot et évite tout biais interprétatif. 2) Oui, les résultats sont mis en liens avec d'autres études, comme (p. 324) « <i>While similar to the theme of unexpected effects noted by Lindberg et al. (2019), increased acknowledgement of the benefits of sensory strategies with time is perhaps more apparent in this study due to the long-term nature of the setting allowing for greater retrospective review.</i> » il y a une comparaison des résultats avec ceux d'une autre recherche qualitative. Les comparaisons sont aussi utilisés pour interpréter, confirmer ou étendre les résultats : « <i>The concern of occupational therapists with an individual's environment makes them best placed to support transition of the approach beyond a set space and to consider the therapeutic benefits of occupations, such as physical activities, to meet an individual's sensory needs and support self-regulation.</i> (p.326-327)

		<p>3) Oui, la question de transférabilité est soulevée (p.326) « <i>While the findings of this study could not be considered generalizable, and this is not the intention of IPA, they are helpful in terms of increasing insight into the value of sensory strategies as an approach for individuals with a diagnosis of BPD in an inpatient setting.</i> » il y a une reconnaissance que la transférabilité est limitée, tout en soulignant une valeur informative pour d'autres contextes professionnels similaires. Il y a également une précision concernant certains résultats qui sont difficilement généralisables mais restent tout de même utiles pour des cliniciens confrontés à des situations comparables : (p.326) « [...] <i>they are helpful in terms of increasing insight into the value of sensory strategies as an approach for individuals with a diagnosis of BPD in an inpatient setting.</i> »</p>
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • L'auteur-e a-t-il-elle précisé les conséquences des résultats ? • Y a-t-il des recommandations qui suggèrent des applications pour la pratique et les recherches futures ? • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? 	<p>1) Oui, ils détaillent à plusieurs reprises les implications concrètes des résultats pour la pratique professionnelle en particulier en ergothérapie et en santé mentale. (p.327) « <i>There is a danger of falling into a "one size fits all" approach that does not consider individual sensory processing patterns...</i> » à l'exemple sur l'importance de l'individualisation des stratégies, cela appelle les professionnels à éviter des approches standardisées. (p.328) « <i>Occupational therapists with their focus on activity analysis and promoting independence are best placed to support service users in maximizing the potential of sensory modulation approaches.</i> » à l'étude souligne le rôle central des ergothérapeutes dans l'accompagnement et la transition vers la communauté. (p.328) « <i>While a dedicated safe space to support sensory strategy use in an inpatient setting is a tangible cue to use strategies, it is important that attention is given to transitioning strategies outside of the room particularly in preparing for discharge into the community.</i> » avec la nécessité de transférer les stratégies fonctionnelles en dehors du milieu hospitalier, l'utilisation des stratégies doit être préparée pour le post-hospitalier.</p> <p>2) Oui, des recommandations sont présentes pour la pratique, notamment sur l'individualisation des stratégies (p.327) « <i>There is a danger of falling into a "one size fits all" approach that does not consider individual sensory processing patterns...</i> » Une des recommandations envers les soignants seraient de veiller à avoir un espace sécurisé pour les patients dédiés à l'utilisation des stratégies sensorielles. De plus, il est important de prêter attention à la transition des stratégies en dehors d'un environnement sécurisé comme l'hôpital par exemple. (p.328). Il est recommandé que les thérapeutes encouragent le développement des stratégies alternatives afin que les utilisateurs se sentent à l'aise pour les utiliser ces stratégies dans des contextes communautaires (p.328)</p> <p>3) Oui, les résultats sont structurés autour de 4 thèmes accompagné chacun de plusieurs sous-thèmes. Chaque thème est illustré par des verbatims précis : (p.319) « <i>At first I thought it wasn't</i></p>

		<p><i>gonna be for me... and then I kind of use it [the sensory room] every day now when I'm struggling .» « I lob this bottle at the wall and it makes a really loud noise and the act of throwing it really helps... it just gets anger out. » (p.320) « It's like teaching you the independence that you need to live in the community... » (p.323).</i></p> <p>L'analyse est approfondie par une mise en relation des verbatims et des sous-thèmes.</p>
--	--	--

Fortin, M. J., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3 édition ed.). Montréal : Chenelière éducation.

d. Grille de lecture critique pour article qualitatif : Dahlenburg et al. (2023)

« *Experiences of a peer group for people diagnosed with borderline personality disorder: A qualitative interview study* »

Inspirée du « Guide pour la critique d'une publication de recherche qualitative » de Fortin & Gagnon (2016).

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à poser pour faire une critique des publications de recherche	Réponses
TITRE	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise-il de façon succincte les concepts clés et la population étudiée ? 	<p>P = personne ayant un trouble de personnalité type borderline I = participation à un groupe de soutien co-construit C = pas de comparaison O = expériences vécues des patients du peer group</p>
RÉSUMÉ	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? 	<p>Oui, dans l'abstract de l'article le problème est déjà identifié ceci est le manque de littérature scientifique sur le sujet</p> <p>De plus, la méthode est également mentionnée, il s'agit d'une étude qualitative qui consiste à créer un groupe de soutien coconstruit avec des personnes ayant une expérience vécue en ayant des TPB et à évaluer l'expérience des participants. 22 personnes y ont participé, ils ont eu des entretiens individuels et ont décrit leur vécu et leur expérience au groupe de soutien. Les entretiens ont été transcrits.</p> <p>Concernant les résultats, trois grands thèmes y sont ressortis : la croissance et le changement, le sentiment de connexion et le sentiment de compréhension mutuelle entre les membres du groupe, ainsi que la création d'un espace sécurisé. Ces thèmes traduisent les expériences et les bénéfices perçus par les participants à la suite de leur participation au groupe.</p> <p>Pour terminer la discussion démontre l'utilité du « <i>peer group</i> » dans la transformation positive de chaque personne ainsi que les possibilités de créer des liens avec les personnes ayant le même trouble dans un environnement sécurisé. Ces thèmes décrits plus tôt sont vraiment très marquants pour les participants car cela leur rappelle leurs anciennes expériences qui ne se sont pas très bien passés. Ils ne se sentaient pas en sécurité, pas compris et pas égaux.</p>

		Ces recherches soutiennent la faisabilité d'implémenter un groupe de personnes ayant un TPB dans la communauté.
INTRODUCTION / PROBLÉMATIQUE		
Problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est le but de l'étude ? Le phénomène à l'étude est-il clairement défini et placé en contexte ? • Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? • Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? 	<p>1) Le but de l'étude est de décrire la construction et l'évaluation de l'expérience d'un groupe de soutien par les pairs pour personnes ayant un trouble de la personnalité.</p> <p>1.2) Oui, le phénomène étudié est la participation à un groupe de soutien par les pairs pour des personnes diagnostiquées TPB. Le contexte australien est précisé dont notamment les barrières d'accès au TTT et l'absence d'approches axées sur le soutien par les pairs. L'étude vise à combler le manque de recherches sur le groupe de pairs pour les patients ayant des TPB.</p> <p>2) Oui, le problème donné à une signification particulière pour la psychiatrie communautaire et la santé mentale particulièrement pour les personnes ayant un TPB. L'étude est réalisée par des chercheurs de la <i>BPD Collaborative</i> et à la <i>School of Psychology</i> de l'université d'Adelaide.</p> <p>3) Partiellement, plusieurs postulats sous-jacents à l'étude, mais ceux-ci ne sont pas explicitement nommé comme postulat. Cependant, on comprend qu'impliquer les pairs dans les soins peut diminuer la stigmatisation, améliorer l'accès au rétablissement, l'espoir pour le futur et la compréhension de soi-même.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • L'auteur-e présente-t-il-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème de l'étude ? 	Oui, plusieurs études sont citées pour documenter les limites des soins actuels pour les personnes avec un TPB. Les sources sont principalement basées sur des études entre 2015-2019. Un GAP est identifié ; le manque de groupes par les pairs spécifiquement destinés aux personnes avec un TPB.
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts sont-ils définis de façon conceptuelle ? • Un cadre conceptuel a-t-il été défini ? Si oui, est-il justifié et décrit de façon adéquate ? • Les bases philosophiques et théorique ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? 	<p>1) Partiellement, le trouble de la personnalité borderline est défini par le DSM5., p.166. Le concept de « <i>personal recovery</i> » est définis par Anthony 1993, p.167. Mais les concepts de « <i>peer support</i> », co-production, <i>empowerment</i> sont utilisés mais pas définis de manière précise.</p> <p>2) Non, aucun cadre conceptuel explicite n'est défini, ni justifié, il y a le concept théorique du rétablissement personnel et le concept de <i>college</i> du rétablissement mais de façon succincte.</p>

		3) Non, mais on peut en déduire une approche orientée patient.
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche sont-elles clairement énoncées ? • Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur un cadre conceptuel ou théorique ? 	<p>1) Oui, clairement formulé dans l'introduction, mais pas sous forme de question. L'étude vise à explorer les expériences des TPB qui ont participé à un groupe de soutien par les pairs.</p> <p>2) Oui, dès la première phrase il est noté que les TPB souffrent de détresse psychologique importante, rencontrent des difficultés dans leurs relations interpersonnelles et ont fréquemment recours à des services de santé mentale. C'est une étude centrée sur les perceptions des patients. Puis à la fin de l'intro, les auteurs expliquent que l'étude visait à explorer les expériences de TPB, le focus est sur le vécu subjectif des personnes.</p> <p>3) Partiellement, la méthode de recherche est annoncée dès l'introduction qui pourrait faire penser à une approche phénoménologique interprétative (<i>IPA</i>) car le verbe « <i>explore</i> » montre une démarche qui vise à comprendre le sens de l'expérience vécues. La méthode interprétative est ici adaptée pour la question. La posture philosophique, elle est implicite. Dans l'introduction, la base philosophique n'est pas clairement développée, elle est mise en avant par le choix de la méthode et le type de question. Socio-constructivisme.</p>
MÉTHODE		
Population, échantillon et milieu	<ul style="list-style-type: none"> • La population à l'étude est-elle décrite de façon suffisamment détaillée ? • La méthode utilisée pour accéder au site ou pour recruter les participant-e-s est-elle appropriée ? • La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs ? • La saturation des données a-t-elle été atteinte ? 	<p>1) Oui, p.169. Le nombre de participants est décrit : 22 participants ont été interviewés après leur participation à un groupe de soutien entre juillet 2020 et avril 2022. Les critères d'inclusion sont précisés : avoir un diagnostic actuel ou passé de TPB, avoir 18 ans ou plus, être à l'aise en anglais à l'oral et à l'écrit. Les personnes ont été auto-recrutées après participation au programme et ont été contactées par une assistante de recherche pour un entretien individuel ou en groupe. La description moyennement détaillée de l'échantillon est dans la partie résultats : âge entre 21 et 68 ans, 87% des femmes cisgenre et 13% des hommes cisgenres. Participants majoritairement australiens, vivant dans des zones métropolitaines et régionales.</p> <p>2) Le recrutement s'est fait par un consentement volontaire après participation au groupe. Les participants ont ensuite été contactés personnellement pour un entretien individuel ou un focus group par un membre de l'équipe non impliqué dans l'animation du groupe, ce qui limite le biais de désirabilité sociale.</p>

		<p>3) Partiellement, il s'agit d'un échantillonnage de convenance, basé sur les participants ayant consenti volontairement à une entrevue post-groupe après avoir participé au programme.</p> <p>4) Non, les auteurs ne mentionnent pas la saturation de donnée, ce qui constitue une limite méthodologique, mais est adéquat avec un échantillon de convenance.</p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est l'approche utilisée pour l'étude ? • L'approche de recherche choisie est-elle conciliable avec les techniques de collecte des données ? • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? • La mise en œuvre du devis de recherche sur le terrain a-t-elle favorisé une compréhension progressive de la situation ? 	<p>1) Tout d'abord, il s'agit d'approche qualitative qui a permis d'explorer en profondeur les commentaires des participants (p. 172) et selon les recommandations de Braun et Clarke (2013) une analyse thématique réflexive a été utilisée (p. 169). Les chercheurs ont adopté une méthode inductive pour l'analyse (p. 169) et ont mis l'accent sur les expériences des participants (p. 174) et sur le développement d'un groupe de pairs.</p> <p>2) Oui, l'approche qualitative inductive est conciliable avec les entretiens semi-structurés individuel des 16 participants et également les groupes de discussion ou il y a eu 6 participants, cela permet d'explorer les expériences des participants dans un groupe de paires.</p> <p>3) Il n'y a pas d'informations à ce sujet.</p> <p>4) Oui, le devis qualitatif retenu repose sur une analyse thématique inductive à partir des focus groups et d'entretiens semi-structurés, ce qui est pertinent pour explorer un vécu subjectif et permet une compréhension progressive du phénomène étudié. Les données ont été recueillies à la fin du programme ce qui permet aux participants d'avoir du recul sur l'analyse de leur propre vécu. Les questions posées portaient sur l'expérience globale.</p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour préserver les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants ? 	<p>1) Oui, p.169-170 les auteurs précisent clairement les mesures éthiques mises en place: « <i>Ethics approval was gained from the SA Health Central Adelaide Local Health Network Human Research Ethics Committee (approval number 13317).</i> » Consentement éclairé: " <i>Consumers who attended the peer group programme were advised that the programme was being evaluated, provided an information sheet explaining the nature of research, that participation in the evaluation was voluntary, and nonconsent would not impact on their access to the intervention.</i> " Les participants étaient libres de refuser sans conséquence sur leur accès aux soins. Ils ont signé un formulaire de consentement écrit et les données sont anonymes.</p>

		<p>2) Oui, tout d'abord (minimisation des risques) les participants étaient informés qu'ils pouvaient refuser de participer et cela sans conséquence sur leur prise en charge. Les rôles des chercheurs étaient bien séparés dans le sens où les entretiens étaient réalisés par un membre de l'équipe de recherche qui n'était pas impliqué dans l'animation du groupe afin de réduire le biais lié à la désirabilité sociale.</p>
Collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes ou les techniques de collecte de données sont-elles appropriées et convenablement décrites ? • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? • Les questions et les observations ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • Les données recueillies étaient-elles suffisantes et bien étayées ? 	<p>1) Oui, les techniques de collecte de données (entretiens semi-structurés individuels par téléphone ou en présentiel + le <i>focus group</i>) sont appropriées pour du qualitatif. Les entretiens sont menés par une personne de l'équipe qui n'est pas impliquée dans l'animation des groupes. Les données ont été recueillies immédiatement après la fin du groupe.</p> <p>2) Non, à part les enregistrements audios, il n'y a aucune trace de consignation réflexive (journal de bord, notes de terrain).</p> <p>3) Partiellement, dans la méthode il est indiqué que les données sont recueillies par les entretiens individuels ou focus group et il est également précisé que les entretiens ont été enregistrés, ce qui favorise la fidélité des données. C'est dans la partie résultats qu'il est expliqué que chaque thème présenté est accompagné de citations directes et illustrent clairement les propos, émotions et réflexions des participants. (Étayage rigoureux).</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes et les techniques de collecte de données, ainsi que les procédés d'enregistrement, sont-ils bien décrits et appropriés ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais pris en faisant appel à du personnel compétent ? 	<p>1) Oui, la technique de collecte de données sont fait avec des entretiens semi-structurés sur leurs vécus, leurs expériences. Cela s'est déroulé en face à face dans un cadre confidentiel sur un site communautaire. De mai à juillet 2021 ils ont mené les entretiens (4 mois). Ils ont tous été audio-enregistrés puis transcrits intégralement pour l'analyse.</p> <p>2) Oui, c'est la première auteure (Sophie Dahlenburg) qui a mené tous les entretiens, elle est psychologue provisoirement agréé et doctorante ayant suivi une formation aux méthodes qualitatives et est encadrée par une équipe de recherche. Les autres sont co-auteurs, chercheurs expérimentés en psychologie et psychiatrie. Cela réduit les biais méthodologiques. La position de l'enquêteur a été prise en compte dans les discussions ainsi que dans le processus réflexif pour être sûr qu'il n'est pas été influencées par des connaissances préalables. Les questions sont ouvertes et non suggestives, elles permettent de ne pas orienter une réponse.</p>

Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Le traitement et l'analyse des données qualitatives sont-ils décrits de façon suffisamment détaillée ? • La stratégie d'analyse utilisée convient-elle à la méthode de recherche et à la nature des données ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? • Quelles sont les stratégies utilisées pour rehausser la crédibilité des données ? Sont-elles convenables et suffisantes ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, le traitement et l'analyse des données qualitatives sont suffisamment décrites et il y a un paragraphe "<i>Analytic approach</i>" (p. 169). Dans ce paragraphe, les chercheurs disent qu'ils ont utilisé une analyse thématique réflexive en se basant sur le guide de Braun et Clarke (2013) et que l'analyse était axée sur la sémantique et également que les six étapes de codage d'analyse thématique décrit par Braun et Clarke (2013). Les transcriptions ont été analysés par thèmes afin de mieux comprendre les expériences, etc. 2) Oui, comme déjà mentionné les chercheurs ont utilisé une analyse thématique inductive est cela est compatible avec la mise en place des entretiens semi-structurés qui permet donc d'avoir des thèmes à partir de ces entretiens et donc explorer les expériences vécues. De plus cela permet d'avoir des informations nécessaires afin de répondre à la question de recherche. Il y a eu un double codage indépendant, puis plusieurs sessions de triangulation. 3) Les trois grands thèmes sont accompagnés de plusieurs extraits de verbatims directement issus des entretiens. Ce sont des citations qui sont insérées directement dans le corps du texte ce qui renforcent les résultats et leur clarté. 4) Oui, les thèmes sont explicités de manière claire et distincte, ce qui permet de refléter des aspects centraux de l'expérience vécue des participants. Les thèmes sont illustrés par des extraits de verbatims riches et variés, ce qui montrent qu'ils émergent directement des propos des participants, en donnant accès à leurs perceptions, sentiments et évolutions personnelles. Les thèmes sont structurés et montre une progression logique et cohérente de l'expérience vécue. Les verbatims associés à chaque thème renforcent la crédibilité et l'ancrage des interprétations, en montrant des nuances émotionnelles et subjectives. 5) Tout d'abord, cet article présente la triangulation comme une technique de crédibilité, car cette étude utilise une approche mixte et malgré le fait que les résultats qui répondent à la question de recherche sont qualitatifs, le fait de combiner deux méthodes augmente la crédibilité des données. Les co-auteurs ont lu attentivement les thèmes, ont procédé à un double codage indépendant et se sont réunis environ 5 fois pour les examiner (p.169) ce qui correspond à la technique de vérification par les membres
---------------------	--	--

		de l'équipe ou le <i>débriefing</i> . Ils ont également envoyé les retranscriptions aux participants pour validation de leur part.
RÉSULTATS		
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? • Les figures, graphiques ou modèles résument-ils efficacement les conceptualisations ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, les auteurs présentent les trois thèmes principaux : 1. <i>Growth and change</i> 2. <i>Connection and feeling understood</i> 3. <i>Creating safety</i>. Thèmes qui sont reliés entre eux par une logique de progression dans l'expérience vécue - le sentiment de sécurité (<i>creating safety</i>) du groupe permet la connexion à autrui, (<i>connection and feeling understood</i>) ce qui favorise ensuite le changement personnel et la croissance (<i>growth and change</i>). 2) Non, aucune figure, ni graphique, ni modèle visuel n'est présent dans l'article.
DISCUSSION		
Interprétation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés dans un cadre de recherche approprié ? • Les résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? • La question du caractère transférable des conclusions est-elle soulevée ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, les auteurs reprennent l'objectif de départ → « <i>The current study explored participant experiences following engagement in a peer group programme for people with a diagnosis of BPD, developed and implemented using principles of coproduction.</i> » ils interprètent leurs résultats grâce aux cadres conceptuels et théoriques pertinents ceux liés : au modèle de coproduction en santé mentale, aux concepts de soutien par les pairs, de sécurité relationnelle et d'<i>empowerment</i>, le tout au regard de dimensions du rétablissement. 2) Oui, les auteurs comparent leurs résultats à plusieurs études antérieures. Ces comparaisons permettent de confirmer certaines tendances comme l'importance du sentiment de sécurité ou d'appartenance, ainsi que de montrer la continuité ou l'originalité des résultats de cette étude par rapport à la littérature existante. 3) Oui, les auteurs abordent les limites liées au contexte spécifique de l'étude, ce qui renvoie à la question de la transférabilité des résultats en reconnaissant que les résultats ont été produits dans un cadre particulier, mais ils soulignent leur potentiel d'application dans d'autres milieux similaires. Une réflexion explicite sur les limites de transférabilité et sur la nécessité de réplication ou d'adaptation ailleurs est présente dans l'étude.
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • L'auteur-e a-t-il-elle précisé les conséquences des résultats ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, les auteurs parlent des implications pratiques de leurs résultats dont ceux pour les services de santé mentale cherchant à développer des programmes de soutien par les pairs. Certaines interventions peuvent

	<ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il des recommandations qui suggèrent des applications pour la pratique et les recherches futures ? • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? 	<p>avoir des effets bénéfiques concrets sur le vécu des personnes avec un TPB. Les auteurs évoquent aussi des pistes pour la recherche future.</p> <p>2) Oui, tout d'abord les chercheurs évoquent que des futures recherches pourraient explorer les facteurs contribuant à l'abandon chez les personnes qui ne terminent pas les groupes de paires, car dans l'étude donnée la participation au groupe était facultative et les personnes qui avaient abandonné étaient moins susceptibles d'être interrogées (p. 173). Deuxièmement, les participants à la recherche étaient principalement des femmes et il manque le point de vue des hommes concernant le soutien par le groupe de paires. Pour finir, les chercheurs disent qu'il serait nécessaire de mener des recherches supplémentaires sur les facteurs qui sous-entendent les avantages des groupes de pairs selon qu'ils soient en face à face ou en ligne (p. 173).</p> <p>3) Oui, les résultats sont présentés en 3 grands thèmes qui sont développés : <i>creating safety, connection and feeling understood, growth and change</i>. Ils sont donc basés sur le vécu et renforce la richesse des données et la crédibilité des interprétations. Puis dans la discussion, les auteurs relient les éléments à des modèles théoriques ce qui montre qu'ils se basent sur empirique solide et cohérente.</p> <p>L'étude est faite sur 20 participants ce qui appuie l'étude avec des réactions systématiquement positives</p>
--	---	--

Fortin, M. J., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3 édition ed.). Montréal : Chenelière éducation.

e. Grille de lecture critique pour article qualitatif : Donald et al. (2017).

“Consumer perspectives on personal recovery and borderline personality disorder”

Inspirée du « Guide pour la critique d’une publication de recherche qualitative » de Fortin & Gagnon (2016).

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à poser pour faire une critique des publications de recherche	Réponses
TITRE	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise-il de façon succincte les concepts clés et la population étudiée ? 	<p>P= personnes atteintes du TPB I= les perspectives des « consommateurs » /patients C= pas de comparaison dans le titre (car pas adapté) O= rétablissement personnel</p>
RÉSUMÉ	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? 	<p>Oui, dans l’abstract de l’article donné il y a la présence de grandes lignes de la recherche à savoir : le problème/l’objectif, la méthode, les résultats, la conclusion ainsi que la valeur.</p> <p>Le problème identifie le fait que les personnes atteintes du TPB ont un certain nombre des difficultés psychosociales qui entraînent une souffrance considérable. Et que les détails concernant les processus qui peuvent permettre un changement doivent être établis.</p> <p>La méthode est également mentionnée, il s’agit de 17 consommateurs d’un service spécialisé TPB qui ont été interrogés afin de comprendre les facteurs qui permettent le rétablissement. L’analyse thématique a été utilisée dans le cadre de “<i>Grounded Theory framework</i>”.</p> <p>Concernant les résultats, 5 conditions de changements été identifiés dans les thèmes principaux, comme le soutien des autres, travail sur le traumatisme, réflexion sur son comportement, etc. L’accent a été mis dans des conditions spécifiques du changement et non sur des objectifs globaux en lien avec le rétablissement.</p> <p>Finalement, dans l’abstract il y également la conclusion et la valeur, ce qui évoquent qu’il est nécessaire que les cliniciens soutiennent les processus du rétablissement spécifiques aux personnes avec TPB et que ces facteurs ont une importance.</p>
INTRODUCTION PROBLÉMATIQUE /		

Problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est le but de l'étude ? Le phénomène à l'étude est-il clairement défini et placé en contexte ? • Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? • Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? 	<p>1.1 Le but de cette étude est d'explorer comment le rétablissement se produit du point de vue de consommateurs avec un diagnostic de TPB et d'identifier les conditions que les consommateurs perçoivent comme pouvant faciliter un changement positif (p. 6).</p> <p>1.2 Oui. Le phénomène de cette étude est le concept de rétablissement personnel et sa pertinence pour le TPB (p. 2). Ce concept est clairement défini avec une référence au modèle <i>CHIME</i>. Il est placé dans le contexte de la réalité du quotidien des personnes souffrant de TPB et dans le contexte clinique qui pourrait être enrichi grâce à ces résultats (p.6).</p> <p>2) Oui, le problème a une signification particulière pour le domaine de psychologie, et de la santé mentale.</p> <p>3) Partiellement, les postulats sous-jacents à l'étude ne sont pas explicitement formulés mais peuvent en être déduit. Les auteurs mentionnent qu'il serait préférable d'axer le rétablissement sur le processus impliquant un changement dans la représentation de soi et dans la relation aux autres.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • L'auteur-e présente-t-il-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème de l'étude ? 	<p>Oui, dans l'introduction les auteurs se basent principalement sur des études récentes (2011-2016). Les auteurs mentionnent que la notion du rétablissement personnel est bien étudiée mais plutôt pour des troubles comme la schizophrénie et non sur le TPB. De plus, des modèles comme <i>CHIME</i> n'ont pas été encore empiriquement établis pour le TPB.</p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts sont-ils définis de façon conceptuelle ? • Un cadre conceptuel a-t-il été défini ? Si oui, est-il justifié et décrit de façon adéquate ? • Les bases philosophiques et théorique ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? 	<p>1) Partiellement, le premier concept est celui de « <i>personal recovery</i> » (p.4) est défini clairement et on comprend que les acteurs veulent dire en parlant de rétablissement. Le deuxième concept est celui du TPB qui est rapidement décrit dans l'introduction. Puis par la suite il y a des sous-thèmes tels que « conditions of change », « <i>support from others</i> », « <i>curiosity about one self</i> » qui sont tous illustrés (p.10, p.14, p.15) et décrits mais sans définitions implicites.</p> <p>2) Non, le cadre n'est pas défini clairement, les auteurs parlent de plusieurs notions tel que le rétablissement personnel, l'approche par l'expérience, option à la vision biomédicale ou clinique. Donc aucune théorie ou discipline n'est clairement nommée.</p>

		3) Il n'y a aucun cadre philosophique ou théorique nommée dans l'étude, cependant l'étude se réfère à Anthony (1993) pour la définition de « <i>personal recovery</i> » mais cela ne constitue pas en soi une vraie base théorique.
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche sont-elles clairement énoncées ? • Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur un cadre conceptuel ou théorique ? 	<p>1) Oui, même si elles ne sont pas sous forme de question mais sous forme de but, elles sont quand même clairement énoncées - Comment se déroule le processus de rétablissement du point de vue des consommateurs ? (p.6). Existe-t-il des processus spécifiques susceptibles de favoriser le rétablissement chez les personnes atteintes de TPB ? (p.2)</p> <p>2) Oui, même si les mots expériences et perceptions ne sont pas clairement mentionnés, le fait de demander le point de vue des consommateurs évoque directement la notion de leurs expériences et afin de pouvoir répondre à ces questions de recherche, les expériences et les perceptions des patients atteints de TPB sont importantes.</p> <p>3) Oui, les questions s'appuient sur la méthode de <i>Grounded Theory</i> qui oriente toute la démarche de manière inductive. L'étude exploratoire, qualitative et basée sur des entretiens a été conçue pour développer de manière inductive une compréhension de la signification et des conditions du rétablissement. Les auteurs positionnent leur question de recherche par rapport à des modèles existants, notamment le modèle de <i>CHIME</i>. Ils s'inscrivent donc dans une réflexion critique sur l'adéquation des modèles existants, ce qui constitue un point d'ancrage conceptuel à la question de recherche. L'article ne fait pas de lien direct à une épistémologie ou philosophie des sciences, mais le choix de la <i>Grounded Theory</i> et l'approche inductive impliquent une position constructiviste implicite.</p>
MÉTHODE		
Population, échantillon et milieu	<ul style="list-style-type: none"> • La population à l'étude est-elle décrite de façon suffisamment détaillée ? • La méthode utilisée pour accéder au site ou pour recruter les participant-e-s est-elle appropriée ? 	1) Partiellement, la population est peu décrite (Données socio-démographiques et cliniques peu développées) à « <i>Seventeen outpatients participated in the study. Participants were aged from 19 to 59 years (average 33.9 years); 15 were female. »</i> “Fourteen participants were not currently working or studying, two

	<ul style="list-style-type: none"> • La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs ? • La saturation des données a-t-elle été atteinte ? 	<p><i>participants were studying part-time, and one participant was studying full-time.</i>” (p.7) Durée du traitement selon le tableau 1 (p.7) Durée du traitement répartie en tranches de : 0-6 mois, 6-12 mois, 12-18 mois, 18-24 mois, 25 mois et plus) avec le nombre de participants par catégorie n=17 patients (selon le tableau 1) Les 17 participants ont tous été diagnostiqués comme souffrant d'un TPB à l'aide d'un entretien clinique structuré pour les troubles du DSM (SCID-II)</p> <p>2) Oui, la méthode de recrutement est appropriée : les participants ont été recrutés dans un service ambulatoire spécialisé dans le traitement du trouble borderline, où ils recevraient un traitement tout en bénéficiant du soutien d'un gestionnaire de cas issu d'un service de santé mentale pour adultes. Cela indique que les participants ont été recrutés directement sur leur lieu de suivi thérapeutique spécialisé, ce qui est cohérent et pertinent pour accéder à une population diagnostiquée et engagée dans un processus de soin. Les 17 participants ont tous été diagnostiqués comme souffrant d'un TPB à l'aide d'un entretien clinique structuré pour les troubles du DSM (SCID-II). L'utilisation d'un outil reconnu (SCID-II) et le fait que le recrutement ait eu lieu dans un cadre structuré garantissent une sélection rigoureuse et adaptée. Les participants ont été rémunérés par un bon de 25\$ AUD, ce qui est une démarche éthique volontaire. (p.8) La démarche est éthique, structurée et adaptée à la population cible.</p> <p>3) Oui, le type d'échantillonnage n'est pas nommé explicitement, mais il s'agit d'un échantillon de convenance. La diversité des participants a permis de recueillir des données riches, nuancées et représentatives d'un large éventail d'expériences de la récupération.</p> <p>4) Non, les auteurs n'indiquent à aucun moment si la saturation des données a été atteinte.</p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est l'approche utilisée pour l'étude ? • L'approche de recherche choisie est-elle conciliable avec les techniques de collecte des données ? 	<p>1) L'approche utilisée est la <i>Grounded Theory</i> qui offre une méthodologie bien développée pour explorer la nature d'un phénomène social par un processus itératif de comparaison et de raffinement de l'évolution des thèmes émergents (Strauss & Corbin,</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? • La mise en œuvre du devis de recherche sur le terrain a-t-elle favorisé une compréhension progressive de la situation ? 	<p>1994). (p.9) Approche qui vise à explorer de manière inductive le processus de rétablissement chez les personnes vivant avec un TPB (p.7)</p> <p>2) Oui, l'approche de recherche (<i>Grounded Theory</i>) est compatible avec les techniques de collecte utilisées à les entretiens semi-dirigés ont été enregistrés et retranscrits. Chaque participant a été interviewé individuellement (n=17).</p> <p>3) Partiellement, les entretiens menés individuellement ont duré entre 22 et 79 minutes (p.8) Toutefois, il n'y a pas d'information sur un temps passé sur le terrain au-delà des entretiens eux-mêmes. Au vu de la richesse des résultats ce temps apparaît comme suffisant.</p> <p>4) Oui, la mise en œuvre du devis <i>Grounded Theory</i> a permis une compréhension progressive de la situation étudiée. Cette étude a permis de mettre en lumière plusieurs thèmes lié au rétablissement personnel et comprendre la notion de rétablissement pour les personnes atteinte de TPB. Utilisation d'entretiens- semi structurés qui a permis d'avoir des informations détaillées concernant le vécu des patients.</p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour préserver les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants ? 	<p>1) Oui, tout d'abord le protocole de l'étude a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche en santé de l'Est d'Australie (p. 9). Il n'y a pas de mention explicite concernant la confidentialité/l'anonymat, cependant dans la partie résultats les participants sont identifiés par des numéros. Également, il n'y a pas de mention explicite concernant le consentement des patients, cependant, les participants ont reçu un bon d'achat de 25 dollars australiens pour chaque entretien, en remerciant de leur participation (p.8), ce qui sous-entend leur accord pour la participation à l'étude.</p> <p>2) Oui, concernant la minimisation des risques, comme mentionné en haut l'étude a été approuvée par le comité d'éthique et les participants ont été identifiés par des numéros. En ce qui concerne la maximisation des bénéfices, tout d'abord les données qui ont été présentées ont un certain nombre d'implications pour la pratique clinique (p. 18). De plus, les participants ont été recrutés dans un service ambulatoire spécialisé TPB, donc cela peut garantir un</p>

		soutien clinique continu durant l'étude (p. 7). Les entretiens ont été divisés en deux parties avec une brève pause au milieu (p. 8) ce qui permettaient aux participants d'avoir un petit moment libre.
Collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes ou les techniques de collecte de données sont-elles appropriées et convenablement décrites ? • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? • Les questions et les observations ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • Les données recueillies étaient-elles suffisantes et bien étayées ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) La méthode est appropriée car elle est cohérente avec l'objectif de l'étude c'est-à-dire explorer les perceptions subjectives des patients sur la notion du rétablissement. La méthode est bien décrite car elle dit où cela s'est déroulé, ils ont été recrutés dans un service ambulatoire spécialisé dans le traitement du TPB. Les entretiens ont été menés par l'auteur principal. Les questions étaient basées sur des entretiens semi-structurés puis des questions supplémentaires ont été posées sur leurs expériences personnelles, celles-ci dépendaient de leurs réponses. 2) Oui, les questions sont ouvertes pour que les participants puissent explorer leur vécu librement. « <i>What does the idea of recovery mean to you?</i> » Elles n'induisent pas de réponse spécifique ce qui respecte la recherche qualitative. La transcription intégrale assure la fidélité des données recueillies. 3) Oui, elles ont été retranscrites. 4) Oui. Les données sont étayées de manière claire en utilisant des verbatims régulièrement ainsi que des citations.
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes et les techniques de collecte de données, ainsi que les procédés d'enregistrement, sont-ils bien décrits et appropriés ? • Les données ont-elles été recueillies de manières à minimiser les partis pris en faisant appel à du personnel compétent ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, les méthodes et techniques de collecte sont bien décrites : utilisation d'entretiens semi-dirigés individuels d'une durée entre 22 et 79 minutes. Il y avait 3 questions initiales portant sur les expériences de rétablissement et les soins de santé mentale. Des questions supplémentaires ont ensuite été posées sur leur expérience personnelle du changement. Tous les entretiens ont été enregistrés (audio) et transcrits en mot à mot assurant la fidélité des données et permettant un codage rigoureux. 2) Oui, les chercheurs ont utilisé un guide d'entretien semi-dirigé ce qui permet de réduire la subjectivité de l'enquêteur. Les entretiens ont été menés le premier auteur, un psychologue clinicien expérimenté dans la recherche qualitative. L'enregistrement et la transcription intégrale assurent que les données ont été captées fidèlement. (p.8)

Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Le traitement et l'analyse des données qualitatives sont-ils décrits de façon suffisamment détaillée ? • La stratégie d'analyse utilisée convient-elle à la méthode de recherche et à la nature des données ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? • Quelles sont les stratégies utilisées pour rehausser la crédibilité des données ? Sont-elles convenables et suffisantes ? 	<p>1) Oui, le traitement et l'analyse des données qualitatives sont suffisamment détaillées. Tout d'abord, cela est mentionné que la conception de l'étude s'est basée sur <i>Grounded Theory</i> (p. 9) et qu'une analyse thématique a été également utilisées afin d'identifier les thèmes qui résument le mieux l'ensemble des données (p. 9). De plus, cette étude qualitative exploratoire a été conçue pour développer de manière inductive une compréhension du rétablissement du point de vue des personnes atteintes de TPB (p. 6). Dans l'article il n'y a aucune mention concernant un logiciel d'analyse utilisé. Le premier et le deuxième auteur ont procédé au codage et à l'identification des thèmes de manière indépendante avant d'en discuter ensemble (p. 9).</p> <p>2) Oui, la stratégie d'analyse inductive utilisée fondée sur la <i>Grounded Theory</i>. Approche inductive qui repose sur l'exploration des expériences vécues par les participants, ce qui est parfaitement adapté aux données issues d'entrevues semi-dirigés. Chaque transcription a été lue plusieurs fois et codée ligne par ligne.</p> <p>3) Oui, les résultats sont structurés en deux grands thèmes principaux (1. <i>Understanding recovery</i> 2. <i>Conditions of change</i> et 7 sous-thèmes). Chaque sous-thème est illustré par des verbatims intégrés dans le texte.</p> <p>4) Dans la partie méthode, il y a la mention sur le développement des deux thèmes et de 7 sous-thèmes. Il y a également un tableau qui montre de manière claire et lisible les deux thèmes et les 7 sous-thèmes. Les thèmes donnés répondent directement aux questions de recherche. De plus, chaque thème et sous-thème sont illustrés par des citations et phrases des participants.</p> <p>5) Tout d'abord, il y a eu une triangulation des chercheurs, étant donné le premier et deuxième auteur ont procédé au codage et à l'identification des thèmes de manière indépendante. De plus, il y avait la recherche d'explications divergentes étant donné que les auteurs discutaient à chaque fois lorsqu'il y avait toute divergence d'opinions afin de la résoudre. Chaque transcription a été lue à plusieurs reprises afin de se familiariser avec son contenu (p. 9). Ces deux stratégies permettent d'augmenter la crédibilité des données.</p>
---------------------	--	--

RÉSULTATS		
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? • Les figures, graphiques ou modèles résument-ils efficacement les conceptualisations ? 	<p>1) Oui, chaque thème à (<i>Positive change is 'Risky' but Possible' + Positive change is difficult but possible through constant hard work</i>) et sous-thèmes à (<i>support from others + acceptance of the need for change + work on past trauma without blaming oneself + curiosity about oneself + reflection on one's behaviour</i>) sont présentés dans un tableau qui les regroupent en deux grandes catégories : 1. <i>Understanding Recovery</i> 2. <i>Conditions of Change</i>. Chaque sous-thème est détaillé dans le texte et illustré par des extraits d'entretiens, ce qui renforce la cohésion interne entre les catégories. (p.7)</p> <p>2) Non, l'article ne comporte ni de figures, ni de graphiques, ni de modèles visuels.</p>
DISCUSSION		
Interprétation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés dans un cadre de recherche approprié ? • Les résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? • La question du caractère transférable des conclusions est-elle soulevée ? 	<p>1) Oui, les résultats sont interprétés dans un cadre de recherche qualitatif fondé sur la <i>Grounded Theory</i>. Ce cadre est respecté dans la discussion puisque l'analyse continue de s'appuyer sur les perceptions vécues des participants. Les auteurs font référence à des modèles théoriques comme <i>CHIME (Connectedness, Hope, Identify, Meaning, Empowerment)</i> pour mettre en perspective leurs résultats. à "<i>Each of the identified conditions of change involves a change in self-representation or relationships with others, previously identified as central to recovery</i>" (Agnew et al., 2016; Gillard, Turner and Neffgen, 2015). "<i>This emphasis on the self and relationships shares similarities with established models such as CHIME</i>". (p.18) Ils expliquent également comment leurs résultats complètent le modèle existant en apportant des éléments concrets à « <i>The change processes identified within our study extend the existing literature by suggesting specific skills in relation to recovery and BPD.</i> » (p.18)</p> <p>2) Oui, les résultats sont discutés à la lumière d'études antérieures. Comparaison avec le modèle <i>CHIME</i> à « Comparaison avec le modèle <i>CHIME</i> » à « <i>This emphasis on the self and relationships shares similarities with established models such as CHIME. For instance, Connectedness and Identity align closely with the</i></p>

		<p><i>emphasis on the self and relationships reported within our data »</i> (p.18) Ils reconnaissent les apports du modèle de <i>CHIME</i> mais indiquent qu'ils restent général, alors que les résultats apportent des compétences concrètes spécifiques. Les auteurs citent aussi : Katsakou et al. (2012) pour souligner l'importance et la négligence de l'auto-acceptation dans les traitements du TPB (p.18) + Beeney et al. (2016), en lien avec les difficultés d'intégration du soi chez les personnes avec TPB (p.5-6)</p> <p>3) Oui, le caractère transférable des conclusions est abordé de manière indirecte dans la partie des limites. : « <i>The current study is exploratory and preliminary in nature and participants were all recruited from a single specialist service. Further qualitative explorations of progress or change in BPD are needed to determine whether the conditions of change identified here are relevant to consumers in different settings.</i> » (p.20) à cela reconnaît explicitement une limite au niveau de la transférabilité, en indiquant que les conclusions pourraient ne pas s'appliquer à d'autres contextes ou populations sans recherches supplémentaires. Une exploration future des rôles joués par d'autres personnes, notamment les aidants, les pairs et les cliniciens, pourrait aussi contribuer à clarifier la nature relationnelle du changement dans le TPB.</p>
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • L'auteur-e a-t-il-elle précisé les conséquences des résultats ? • Y a-t-il des recommandations qui suggèrent des applications pour la pratique et les recherches futures ? • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? 	<p>1) Oui, les auteurs précisent plusieurs conséquences concrètes de leurs résultats pour la pratique clinique. Les résultats ont des implications cliniques directes à "<i>Clinicians may need to support clients as they develop greater curiosity about the self in order to support greater self-acceptance.</i>" (p.19) Les auteurs soulignent que les modèles de soins habituels ne suffisent pas, et qu'il faut intégrer les conditions de chargement spécifiques identifiées à "<i>For clinicians working with individuals with BPD, operating from a conventional recovery-oriented viewpoint may not be sufficient or even desirable ; rather it may be necessary to find ways to explicitly incorporate each of the conditions of change identified by consumers in this study.</i>" (p.21) Ils insistent sur le fait que le</p>

		<p>rétablissement est risqué pour les personnes atteintes de TPB, ce qui impose une vigilance clinique particulière (p.19)</p> <p>2) Oui, l'article formule des recommandations concrètes pour la pratique (p.20, l. 484-495). Ces extraits proposent de tester la transférabilité des résultats et de confronter les traitements actuels aux conditions de changement exprimées par les usagers, ce qui relève clairement d'une démarche de recherche future. Les auteurs suggèrent d'ajuster les interventions cliniques en fonction des conditions de changement identifiées et d'approfondir l'étude de ces conditions dans d'autres contextes, en lien avec les traitements existants.</p> <p>3) Oui, les données sont riches, variées et illustrées par de nombreux verbatims (incluant : la peur du changement, l'acceptation du diagnostic, la remise en question de comportements passés) provenant de la majorité des participants (15 à 17 selon les thèmes). Chaque thème est appuyé par des extraits concrets et représentatifs (p.11 à 16), ce qui soutient les conclusions formulées. De plus, l'analyse a été rigoureusement menée dans une logique de <i>Grounded Theory</i> qui permet une analyse inductive poussée avec validation entre deux chercheurs (p.9)</p>
--	--	--

Fortin, M. J., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3 édition ed.). Montréal : Chenelière éducation.

f. Grille de lecture critique pour article qualitatif : Ng et al. (2019).

“The lived experience of recovery in borderline personality disorder : a qualitative study”

Inspirée du « Guide pour la critique d’une publication de recherche qualitative » de Fortin & Gagnon (2016).

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à poser pour faire une critique des publications de recherche	Réponses
TITRE	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise-il de façon succincte les concepts clés et la population étudiée ? 	P – personnes avec le trouble de la personnalité borderline I – l’expérience vécue C - pas de comparaison présente dans le titre O - rétablissement
RÉSUMÉ	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? 	Oui, dans l’abstract nous pouvons retrouver les différentes parties : problème/contexte, la méthode, les résultats et pour finir la conclusion. L’abstract est synthétique mais présente toutes les informations nécessaires pour la bonne compréhension.
INTRODUCTION / PROBLÉMATIQUE		
Problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Quel est le but de l’étude ? Le phénomène à l’étude est-il clairement défini et placé en contexte ? Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l’étude sont-ils précisés ? 	1) Le but de cette étude est de comprendre l’expérience et la conceptualisation du rétablissement chez les personnes souffrant du TPB qui se trouvent à différents stades du processus de rétablissement (tout en incluant les personnes qui ont pu s’identifier comme « rétablies » et celles identifiées comme « non-rétablies » (p. 2) 1.2 Le phénomène à l’étude – les perspectives vécues des patients atteints de TPB en matière de rétablissement. Les auteurs mentionnent plusieurs sources des pays anglophones qui ont étudié la notion du rétablissement chez les personnes avec des troubles de la personnalité, ainsi que les manques à combler : manque de compréhension du rétablissement personnel chez les personnes atteintes du TPB, mieux comprendre le vécu des personnes qui se trouvent aux extrémités opposées du processus de rétablissement et mieux comprendre les perspectives des personnes qui n’ont pas accès à des services spécialisés. 2) Oui, le problème donné présente une signification particulière pour le domaine de santé mentale et de la psychologie. Les auteurs de cette étude font eux aussi partie d’école de psychologie et d’école de sciences de la santé. 3) Partiellement, il y a plusieurs postulats sous-jacents à l’étude qui sont présent mais qui ne sont pas directement nommés dans l’article comme des postulats ou

		des hypothèses. Par exemple, ils sont présents dans la manière dont la problématique est posée à l'étude suppose que l'expérience subjective du rétablissement est essentielle à comprendre, ce qui justifie l'approche qualitative phénoménologique utilisée (p.1).
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • L'auteur-e présente-t-il-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème de l'étude ? 	Oui, les auteurs se basent sur plusieurs études qui datent entre 2012 et 2017 qui traitent de la notion de rétablissement chez les personnes avec les troubles de la personnalité.
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts sont-ils définis de façon conceptuelle ? • Un cadre conceptuel a-t-il été défini ? Si oui, est-il justifié et décrit de façon adéquate ? • Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Partiellement, dans l'introduction il y a la définition du rétablissement présenté par Castillo (2013). Cependant, les autres concepts ne sont pas définis. 2) Oui, dans l'article il y a la mention du modèle <i>CHIME</i> sur le rétablissement personnel et de l'approche holistique (p. 1). Mais, il n'est pas décrit en détail, ni utilisé explicitement comme base d'analyse. Il est utilisé comme un point d'appui théorique général. 3) Partiellement, dans l'introduction il y a la notion de l'approche holistique, tout en s'appuyant sur le modèle du changement <i>CHIME</i> sur le rétablissement personnel, mais les bases philosophiques ne sont pas explicitées davantage.
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche sont-elles clairement énoncées ? • Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur un cadre conceptuel ou théorique ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, même si pas directement sous forme de question mais sous forme de but - Quelle est l'expérience et la conceptualisation du rétablissement chez les personnes atteintes de TPB qui se trouvent à différents stades du processus du rétablissement ? 2) Oui, la question de recherche porte directement sur l'expérience des personnes atteintes du trouble borderline en matière de rétablissement. 3) La question de recherche se focalise sur l'expérience des personnes atteintes et s'inscrit donc dans une base philosophique phénoménologique.
MÉTHODE		
Population, échantillon et milieu	<ul style="list-style-type: none"> • La population à l'étude est-elle décrite de façon suffisamment détaillée ? • La méthode utilisée pour accéder au site ou pour recruter les participant-e-s est-elle appropriée ? • La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs ? • La saturation des données a-t-elle été atteinte ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, dans l'étude il y a des personnes qui se sont identifiées comme étant rétablies et ne répondant plus aux critères du TPB (groupe rétabli) et des personnes qui ne sont pas identifiées comme étant rétablies et répondant aux critères du TPB (groupe non rétabli). En tout il y a 14 personnes dont 2 groupes de 7 (groupe rétabli VS non-rétabli), puis matchés selon l'âge, le sexe et le traitement. Le tableau 1 en p.3 présente leur profil détaillé. Résultats : toutes les personnes participantes à cette étude sont des femmes, âgées en moyenne de 33,36 ans. La majorité des individus étaient originaires d'Australie, avec un individu originaire du Moyen-Orient. 2) Oui, la méthode de recrutement est appropriée à une étude qualitative centrée sur l'expérience vécue. Recrutements en ligne via les organisations de santé

		<p>mentale et les médias sociaux en adaptant les méthodes utilisées par des études antérieures sur l'expérience des TPB. Les chercheurs ont regroupé les individus dans l'un des quatre groupes identifiés par le statut de rétablissement et de diagnostic, tests passés en ligne au préalable.</p> <p>3) Oui, l'échantillonnage est ciblé et varié (les personnes rétablies et celles non-rétablies) et cela permet de répondre à la question de recherche et comprendre l'expérience des personnes aux différents stades de rétablissement.</p> <p>4) Oui, « <i>Narratives were included into the study until thematic saturation was reached.</i> » (p.2)</p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est l'approche utilisée pour l'étude ? • L'approche de recherche choisie est-elle conciliable avec les techniques de collecte des données ? • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? • La mise en œuvre du devis de recherche sur le terrain a-t-elle favorisé une compréhension progressive de la situation ? 	<p>1) L'approche utilisée est l'analyse phénoménologique interprétative (<i>IPA</i>), elle a été utilisée comme méthodologie globale pour comprendre l'expérience des individus et la signification attribuée au parcours de rétablissement dans le TPB.</p> <p>2) Oui, l'analyse phénoménologique interprétative est bien définie. Elle cherche à comprendre le sens subjectif de l'expérience vécue et requiert des entretiens semi-structurés qui ont été menés en suivant un guide annexe à l'article.</p> <p>3) Non, la durée de la présence sur le terrain n'est pas documentée.</p> <p>4) Oui, même si la durée sur le terrain n'est pas précisée, les auteurs décrivent une approche inductive pour comprendre les thèmes émergent et les relations entre ces thèmes. Ils expliquent que les chercheurs ont commencé par s'immerger dans les récits. Les discussions en équipe et les aller-retours dans les données indiquent une compréhension progressive du phénomène étudié.</p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour préserver les droits des participants sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants ? 	<p>1) Oui, les auteurs précisent que l'étude a été approuvée par un comité d'éthique, l'université de <i>Wollongong Social Sciences Human Research Ethics Committee (HE12/215)</i> et tous les participants ont donné leur consentement éclairé. Il est également précisé que tous les participants ont été informés des objectifs et des risques de l'étude.</p> <p>2) Oui, l'étude a été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants. Les participants ont été informés des risques et ont donné leurs consentements éclairés. Les entretiens semi-structurés ont été réalisés par une personne formée après avoir été relu et testé par un comité consultatif des usagers (p.2) Les conclusions ont été discutées avec un membre du comité consultatif des usagers, dont les commentaires ont été intégrés afin de renforcer la validité des résultats. Ces éléments montrent que l'étude a pris en compte la vulnérabilité des participantes ayant un TPB et a intégré des mesures pour réduire les risques psychologiques, tout en favorisant une approche participative, ce qui renforce les bénéfices potentiels pour les auteurs de l'étude. Les données ont été anonymisées.</p>

Collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes ou les techniques de collecte de données sont-elles appropriées et convenablement décrites ? • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? • Les questions et les observations ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? • Les données recueillies étaient-elles suffisantes et bien étayées ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, les méthodes de collecte de données sont appropriées pour une étude qualitative de type <i>IPA</i>. Il s'agit d'entretiens semi-structurés avec un guide validé, un enregistrement audio, une transcription intégrale des verbatims. 2) Oui, la question de recherche est pertinente, car elle cible sur les expériences vécues par des personnes atteintes du TPB qui se trouvent aux différents stades de rétablissement. De plus, le choix de <i>IPA</i> est totalement justifié afin d'explorer les vécus des participants. L'échantillon a été également pertinent en permettant d'avoir une différence de points de vue en matière d'expériences en lien avec le rétablissement. Et la question de recherche permet des résultats détaillés, divisés en stades et en processus. 3) Oui, les entretiens semi-structurés ont été transcrits mot à mot et saisis Nvivo 11 pour l'analyse des données (p. 2). 4) Oui, tout d'abord la taille de l'échantillon a été suffisante et adéquate par rapport à l'<i>IPA</i> et les entretiens semi-structurés ont permis d'atteindre la saturation des données (p. 2). Une fois le codage déterminé par les chercheurs, les résultats ont été discutés avec un membre de comité consultatif des usagers, dont les commentaires ont été intégrés afin d'améliorer l'article (p. 3) A la page 3 il y a un tableau de comparaison des caractéristiques des 14 participants. Des verbatims étaient les résultats.
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes et les techniques de collecte de données, ainsi que les procédés d'enregistrement, sont-ils bien décrits et appropriés ? • Les données ont-elles été recueillies de manières à minimiser les partis pris en faisant appel à du personnel compétent ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, les méthodes et les techniques de collectes de données sont bien décrites et appropriées à l'approche <i>IPA</i>. Les données ont été collectées à l'aide d'entretiens semi-structurés suivant un guide thématique. Le guide fournissait des indications générales à l'enquêteur et a été perfectionné après consultation d'un comité consultatif des usagers. Les entretiens ont été enregistrés sur support audio, transcrits mot à mot et saisis dans NVivo 11 pour l'analyse des données. 2) Partiellement, l'article montre que les données ont été recueillies de façon rigoureuse, et que l'équipe de recherche est expérimentée. Mais l'identité précise de l'interviewer et ses qualifications ne sont pas clairement détaillées. On sait dans l'article que (FYYN) est affiliée à « <i>School of Health Sciences, Institute of Mental Health, Université of Nottingham</i> ».
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Le traitement et l'analyse des données qualitatives sont-ils décrits de façon suffisamment détaillée ? • La stratégie d'analyse utilisée convient-elle à la méthode de recherche et à la nature des données ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Le modèle utilisé pour l'analyse est l'<i>IPA</i>, méthode qualitative reconnue pour analyser des contenus basés sur le vécu. Puis une approche inductive a été utilisée pour comprendre les thèmes émergents et la relation entre les thèmes sans grille préétablie. Les étapes sont clairement détaillées avec d'abord, l'immersion, codage libre, création de thèmes émergents, puis regroupement en thèmes majeurs. Le logiciel utilisé dans l'étude est le NVivo 11 qui permet d'avoir une gestion structurée et fiable des données qualitatives. L'article précise que 10% des données ont été codées par 2 évaluateurs indépendants

	<ul style="list-style-type: none"> • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? • Quelles sont les stratégies utilisées pour rehausser la crédibilité des données ? Sont-elles convenables et suffisantes ? 	<p>(FN et CM), avec des étapes de triangulation en équipe. La vérification de la fiabilité inter-juges à 91% a permis que le reste des données soit codé de manière indépendante par un chercheur (FN). Les résultats ont été discutés avec un membre du comité consultatif des usagers dont les commentaires ont été intégrés pour améliorer la crédibilité des résultats (MJ).</p> <p>2) Oui, car l'IPA est pour analyser le vécu des patients, les significations que les participants donnent à leurs vécus. C'est donc cohérent pour une étude qualitative qui a pour objectif d'examiner le vécu subjectif du rétablissement chez des personnes qui ont un TPB. Il y a également les entretiens semi-structurés qui donnent des infos narratives et subjectives et l'IPA traite en profondeur ces données. L'approche inductive est reliée au paradigme constructiviste des recherches qualitatives. Les thèmes sont dégagés par les discours des patients sans cadre théorique imposé et cela permet de bien comprendre une expérience subjective.</p> <p>3) Oui car les résultats sont accompagnés de verbatims extraits des entretiens, comme : être bloqué, amélioration de l'expérience, engagement actif, etc. (p. 3-6). Les résultats sont organisés de manière claire et lisible en 3 stades et 4 processus et pour chaque partie il y a des témoignages des participants. Il y a également un tableau qui présente les résultats de manière claire.</p> <p>4) Oui, les thèmes sont définis de manière claire et structurées, chaque thème reflète des dimensions essentielles de l'expérience vécue et sont illustrés avec des verbatims riches et structurés. Les thèmes sont également discutés dans une logique évolutive (stades) et transversales (processus).</p> <p>5) Tout d'abord il y a eu une triangulation des chercheurs, étant donné que 10% ont été codées par deux évaluateurs indépendants et les données restantes ont été codées de manière indépendante par un seul chercheur après avoir calculé la fidélité interjuge (p. 2). De plus, il y avait la recherche d'explications divergentes soutenues par des discussions au sein de l'équipe de recherche où les divergences entre les membres ont été résolues par consensus (p.2). Également, il y a la technique de <i>debriefing</i>, car les résultats ont été discutés avec un membre du comité consultatif des usagers dont les commentaires ont été intégrés afin de renforcer l'article (p. 3).</p>
RÉSULTATS		
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? 	<p>1) Oui, plusieurs thèmes ont été définis dont trois stades du rétablissement du TPB + quatre processus de rétablissement et trois sous-thème du dernier stade (« <i>improving experience</i> »). 3 stades = 1. Being stuck (sentiment de rester coincé) 2. Diagnosis (diagnostique) 3. Improving experience (améliorer l'expérience) (p.3-4) celui-ci a 3 sous-thèmes: <i>developing greater awareness</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> Les figures, graphiques ou modèles résument-ils efficacement les conceptualisations ? 	<p><i>of emotions and thoughts + strengthening sense of self + understanding the perspectives of others</i> (p.4-5).</p> <p>4 processus = 1) <i>Active engagement in the recovery process</i> 2) <i>Hope</i> 3) <i>Engagement with treatment services</i> 4) <i>Engaging in meaningful activities and relationships</i>. Ce qui fait au total 10 thèmes, ceux-ci sont associés entre eux afin de bien représenter le phénomène de la récupération dans le TPB. Les auteurs décrivent par exemple comment le stade « <i>being stuck</i> » précède le moment du diagnostic, lequel permet d'accéder à une « <i>improving experience</i> », et comment les processus transversaux comme l'engagement actif ou l'espoir influencent la progression dans ces stades (p3-6)</p> <p>2) Oui, l'article comporte un modèle graphique clair (Figure 1- p.4) qui résume les conceptualisations des auteurs sur le rétablissement dans le TPB avec les trois stades du rétablissement et les quatre processus transversaux.</p>
DISCUSSION		
Interprétation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> Les résultats sont-ils interprétés dans un cadre de recherche approprié ? Les résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? La question du caractère transférable des conclusions est-elle soulevée ? 	<p>1) Oui, les auteurs parlent du cadre de recherche de manière explicite: « <i>The identification of recovery in BPD as an ongoing journey is reflective of current literature on personal recovery in mental health.</i> » (p.6). Ils font aussi référence à un modèle précis: « <i>The stages of recovery identified in the present study align with the broad recovery stages mapped by Leamy and colleagues.</i> » (p.6) Lien entre résultat et la théorie à « <i>Strengthening the sense of self was identified to be a domain central to growth.</i> » (p.7) Cela montre que les auteurs s'appuient sur des modèles conceptuels sur le rétablissement et qu'ils les utilisent pour interpréter leurs résultats ce qui est cohérent avec leur approche qualitative phénoménologique.</p> <p>2) Oui, les auteurs font plusieurs comparaisons explicites avec la littérature précédente : « <i>The identification of recovery in BPD as an ongoing journey is reflective of current literature on personal recovery in mental health.</i> » (p.6) Ils s'appuient également sur des études spécifiques en lien avec le TPB : « <i>This mimics the tasks identified in other qualitative studies examining recovery in personality disorder.</i> » (p.6). Il y a également dans l'étude une comparaison avec des études longitudinales: « <i>Existing longitudinal studies have identified that approximately 50% of individuals experience 'good recovery' following 10 years of follow-up, indicating that individuals have experienced concurrent remission from BPD and have full time vocational engagement.</i> » (p.7) Ces éléments permettent de montrer que les auteurs discutent de leurs résultats en les comparant à d'autres études déjà publiées. Ils mettent en lien ce qu'ils ont trouvé avec ce que d'autres chercheurs ont observé, ceci en soulignant les points communs et les différences.</p>

		<p>3) Oui, dans l'étude les auteurs précisent que leurs résultats sont liés à un certain contexte : « <i>The findings however, represents recovery in the context of treatment. Therefore, it is difficult to extend these findings to individuals who seek support for BPD outside of traditional treatment services.</i> » (p.8) Ils mentionnent également qu'ils ont eu uniquement la perspective des femmes prises en compte dans cette étude et que celles des hommes pourraient faire l'objet de recherches futures. Ces éléments montrent que les auteurs mettent en garde contre une généralisation trop large et reconnaissent que les conclusions ne sont pas forcément transférables à toutes les personnes ayant un TPB.</p>
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • L'auteur-e a-t-il-elle précisé les conséquences des résultats ? • Y a-t-il des recommandations qui suggèrent des applications pour la pratique et les recherches futures ? • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? 	<p>1) Oui, les auteurs soulignent une implication concrète pour les soins: «To incorporate a more holistic approach to recovery in clinical practice, it is recommended that a greater focus on individual motivation, treatment engagement, relationships and hope is needed. » (p.8) Cette conséquence est directement tirée des résultats, notamment des processus comme facilitateurs du rétablissement (espoir, engagement). Autre conséquence à « <i>Identifying internal narratives may be a starting point in promoting motivation and willingness to engage in the recovery journey.</i> » (p.7) Ces extraits démontrent que les auteurs déduisent des pistes concrètes d'action et de prise en charge.</p> <p>2) Oui, les auteurs formulent des recommandations pour la pratique clinique et la recherche future : « <i>To incorporate a more holistic approach to recovery in clinical practice, it is recommended that a greater focus on individual motivation, treatment engagement, relationships and hope is needed.</i> » (p.8). Pour la recherche la perspective des hommes pourrait être une recherche future. Méthode de recherche à « <i>The use of prospective longitudinal research to map recovery to obtain real time accounts may be a direction for future research.</i> » (p.8)</p> <p>5) Oui, les données sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions, Les auteurs utilisent des citations directes pour illustrer chaque thème exemple à « <i>I didn't know who I was, what I was doing or why. I reacted to everything in an unhealthy way (JTR280-R)</i> » (p.3) « <i>I did a lot of reading once I got the diagnosis. It really made sens (JTR011-R)</i> » (p.4) « <i>'my therapist had been telling me that I was recovered, and I didn't meet criteria, but I didn't believe her. I think it was because I lacked an identity. I still don't understand what identity is... I held mindset was necessary.' I was in treatment, but I thought why I was sitting there listening to other people talk about their issues. I thought this isn't my problem and I felt so angry, I didn't see the point, so I dropped out.'</i> (JTR239- R) » (p.5) « <i>She didn't get angry... she just kept trying and waited until I was ready (JTR233-R)</i> » (p.6) En plus des verbatims,</p>

		les résultats sont organisés en thèmes clairs avec des sous-thèmes ce qui structure et approfondit les données qualitatives. Les auteurs affirment en p.2 avoir atteint la saturation des données.
--	--	--

Fortin, M. J., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3 édition ed.). Montréal : Chenelière éducation.

g. Grille de lecture critique pour article quantitatif : Chaudhury et al. (2017)

« *Affect response to stressors and coping strategies: an ecological momentary assessment study of borderline personality disorder* »

Inspirée du « Guide pour la critique d'une publication de recherche quantitative » de Fortin & Gagnon (2016).

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à poser pour faire une critique des publications de recherche	Réponses
TITRE	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise-il clairement les concepts clés et la population étudiée ? 	<p>P= personne avec un trouble de la personnalité borderline I = exposition à des stressors dans la vie quotidienne C = pas de comparaison O = réponses des affects face aux stressors et aux stratégies de coping</p>
RÉSUMÉ	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? 	<p>Oui, dans l'abstract le problème est identifié, il faut explorer les changements d'affects en réponse à des facteurs de stress spécifiques et à des stratégies de coping chez les personnes souffrant de TPB en utilisant la méthode EMA (<i>ecological momentary assessment</i>)</p> <p>La méthode de l'étude est d'avoir 50 personnes avec un trouble borderline qui font des évaluations en temps réel sur les facteurs de stress, l'affect ressenti, les stratégies d'adaptation utilisées, six fois par jour durant une semaine. Des modèles mixtes sont utilisés afin de mesurer l'effet des facteurs de stress et des stratégies d'adaptation sur l'évolution de l'affect.</p> <p>Les résultats ont mis en avant que souvent les facteurs de stress augmentent l'affect négatif, le fait d'être en désaccord est indépendamment associé. Seule la réalisation d'un acte bienveillant pour soi peut réduire l'affect négatif, en prenant en compte les autres stratégies d'adaptation.</p> <p>Concernant la discussion, les résultats permettent de fournir des informations sur l'instabilité affective du TPB.</p>

INTRODUCTION PROBLÉMATIQUE /		
Énoncé du problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est le problème ou le sujet de l'étude ? Est-il clairement formulé ? • Le problème est-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ? • Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) L'étude porte sur l'instabilité affective chez les personnes ayant un trouble de la personnalité borderline (TPB), et cherche à comprendre comment les stressors quotidiens influencent l'affect ainsi que les stratégies de coping utilisées pour y faire face. 2) Oui, car il y a des limites sur les méthodes traditionnelles. L'instabilité affective et la dysrégulation émotionnelle sont basées sur des évaluations des souvenirs et d'auto-évaluations des traits et donc considérées comme peu fiables et sensibles aux biais de rapporteur (p.1). Il a également le biais de rappel chez le TPB qui ont tendance à surestimer l'intensité l'affect négatif et sous-estimer l'affect positif lors des évaluations rétrospectives de l'humeur. (p.1) Quelques études ayant porté sur cette problématique ont également évalué le type de stressors, mais sans évaluer les stratégies utilisées pour y faire face. 3) Oui, car ses résultats communiquent des informations importantes sur l'instabilité affective et pourraient donc éclairer le traitement pour les TPB. Important pour la pratique clinique et donc la discipline infirmière. (p.1)
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Les travaux de recherche antérieurs sont-ils pertinents et rapportés de façon critique ? • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui, il a plusieurs travaux de recherche antérieurs comme ceux de EMA où ils ont découvert une grande variabilité et une plus grande intensité d'affect par rapport aux individus psychologiquement sains et d'autres populations. Ainsi que celles où les TPB sont plus à risque de passer rapidement d'un état d'esprit positif à négatif.

	<ul style="list-style-type: none"> La recension s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ? 	<ol style="list-style-type: none"> Oui, on commence à voir une justification directe de l'étude où il est présenté que les facteurs environnementaux qui ont contribué à l'instabilité affective n'ont que peu souvent été pris en compte et les stratégies de <i>coping</i> pas du tout. Oui, la recension s'appuie principalement sur des sources primaires. Les auteurs citent une série d'étude primaires sur l'instabilité affective et les biais de rappel.
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Les concepts sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Un cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des écrits ? Est-il lié au but de l'étude ? L'absence d'un cadre de recherche est-elle justifiée ? 	<ol style="list-style-type: none"> Partiellement, le concept d'instabilité affective est décrit comme un symptôme central du TPB. La régulation émotionnelle est caractérisée comme un déficit majeur chez les personnes atteintes de TPB. Cependant car il n'y a pas de définition théorique claire il y a surtout la description des manifestations. Le terme de « <i>stressor</i> » est souvent nommé, mais il n'est pas défini conceptuellement, on peut imaginer qu'il s'agit d'événements négatifs vécus au quotidien. Les stratégies de coping est un concept qui est mentionné mais pas défini de manière théorique. L'EMA est un concept clairement décrit avec ses quatre caractéristiques principales ainsi que le « <i>Borderline Personality Disorder</i> » est clairement défini à la page 1. Partiellement car l'article ne montre pas de cadre théorique formel, pas de modèle ou schéma théorique annoncé. Cependant, il y a un cadre implicite, les auteurs font leurs raisonnements autour de concepts de régulation émotionnelle, instabilité affective et stratégies d'adaptation, ils sont liés de manière logique les uns aux autres. La théorie derrière est possiblement celle du stress-vulnérabilité-<i>coping</i>. Le but de l'étude est en lien direct avec les éléments de la recension des écrits, combler les manques de connaissances en analysant des situations réelles de l'impact des stressors et des stratégies de <i>coping</i> sur les émotions des personnes avec un TPB. Les concepts clés nommés plus haut sont directement liés à ceux développés dans la recension des écrits.

		<p>3) Partiellement, car l'étude est quantitative, se base sur des modèles à effet mixtes (P4), qui montre une posture post-positiviste implicite. Le cadre de recherche n'est pas nommé, c'est courant et acceptable pour les études quantitatives cela n'impacte pas la méthodologie ni l'interprétation des résultats.</p>
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses sont-elles clairement énoncées, incluant les variables clés et la population à l'étude ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? 	<p>1) Partiellement, la formulation de la question de recherche ou hypothèses n'est pas formulé de manière explicite cependant le but est clairement formulé (p1). Les variables sont le changement dans l'affect mesuré par EMA (p4), les stressors, stratégies de coping, la population TPB</p> <p>2) Oui, dans la partie méthode ou ailleurs, il n'y a pas d'hypothèse formelle mais on peut en déduire 2. Certains stressors spécifiques augmenteraient l'affect négatif chez les TPB et certaines stratégies de coping seraient plus efficace que d'autres pour réduire l'affect négatif ou augmenter l'affect positif (p1/4) déduites du but de l'étude et cohérente avec les recensions des écrits. Les analyses réalisées montrent les hypothèses implicites.</p> <p>3) Partiellement, même si le cadre de recherche est implicite, les concepts clés sont mis en variables mesurables dans la méthode. Comme l'instabilité affective, stressors quotidiens, stratégie de <i>coping</i>, réactivité émotionnelle mais ils ne sont pas clairement reliés à un cadre théorique en l'absence de celui-ci.</p>
MÉTHODE		
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour préserver les droits des participant-e-s sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants ? 	<p>1) Oui, les participants ont signé un consentement écrit après avoir reçu une explication détaillée des procédures. L'étude a été approuvée par <i>l'Institutional Review Board du New York State Psychiatric Institute</i>.</p> <p>2) Partiellement, l'étude a été conçue pour limiter les risques via des critères d'exclusion rigoureux et une méthode non intrusive. Mais, les bénéfices directs pour les participants ne sont pas clairement décrits, ni le stress que pourrait rajouter le fait de s'auto-évaluer toutes les 6 heures.</p>

Population, échantillon et milieu	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? • Quelle est la méthode d'échantillonnage utilisée pour choisir les participant-e-s à l'étude ? Est-elle appropriée ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Partiellement, 50 participants remplissant les critères du DSM-IV-TR du trouble de la personnalité borderline ont été recruté pour cette étude. Avec des ATCD de comportement suicidaire ou automutilation dans les 6 derniers mois + un autre épisode dans les 2 dernière années. Mais on ne sait pas dans quel contexte ni par qui ils ont été recrutées. On apprend dans la discussion que les participants ne sont pas en traitement. 1.1) Oui, l'âge moyen est de 30,6 ans, il y a 86% de femmes, 56 % de personnes blanches, 63% avec un diagnostic actuel de dépression majeure. Le tableau 1 donne un descriptif détaillé du profil des participants. 2) Le mode de recrutement n'a pas été précisé, on ne peut donc pas définir la méthode d'échantillonnage. Dans l'article il n'y a aucune mention concernant la détermination de l'échantillon ou de sa justification sur une base statistique. Il y a seulement la mention que 50 participants répondant aux critères de DSM-IV-TR pour le TPB ont été inclus dans cette étude (p. 2).
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est le devis utilisé pour l'étude ? Permet-il d'atteindre le but de l'étude ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de minimiser les obstacles à la validité interne et à la validité externe dans l'étude expérimentale ? • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Le devis utilisé est une étude quantitative observationnelle (non expérimental) par EMA. 1.1) Ce devis permet de répondre au but de l'étude. 2) Oui, le devis décrit dans la méthode permet bien d'examiner toutes les dimensions de la question de recherche posée par les auteurs, à savoir les effets des stressors et des stratégies de coping sur les variations d'affect. 3) Cette question n'est pas adaptée à cette étude car l'étude est quantitative observationnelle et non expérimentale. 4) Oui, la méthode de recherche est fondée sur l'évaluation en temps réel (EMA) et une analyse quantitative par modèles mixtes est entièrement appropriée pour explorer les variations affectives en réponse à des stressors et stratégies de coping chez des personnes ayant un TPB. Cela répond de manière précise au problème posé.
Mesure des variables et Collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les variables sont-elles définies de façon conceptuelle ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Non, les variables sont décrites sur le plan opérationnel, mais elles ne sont pas définies de façon conceptuelle dans la méthode.

	<ul style="list-style-type: none"> • Les instruments de mesure sont-ils clairement décrits et appropriés (questionnaires, type d'échelles) ? • L'auteur-e indique-t-il-elle si les instruments de mesure ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? les résultats sont-ils présentés ? Y a-t-il lieu d'améliorer la fidélité et la validité des mesures ? 	<p>Les auteurs présentent bien les instruments utilisés pour mesurer les variables, mais ils ne donnent pas de définition conceptuelle explicite des variables.</p> <p>2) Oui, les instruments sont clairement définis, et leur usage est approprié pour les variables étudiées. Les auteurs précisent l'utilisation de l'échelle PANAS (<i>Positive and Negative Affect Scales</i>). Les participants ont été invités à évaluer l'intensité avec laquelle ils ont ressenti une série d'émotions depuis la dernière question à l'aide d'une échelle de Likert à 5 points. Les participants ont également été invités à évaluer dans quelle mesure ils se sentaient submergés par leurs émotions et dans quelle mesure ils avaient l'impression de ne plus les maîtriser (utilisation de l'échelle Likert à 5 points également). Les stressseurs et les stratégies de coping sont également listés précisément dans le tableau (items EMA p.3) Les mesures des stressseurs et des stratégies de coping ont été construites pour l'étude via une application mobile.</p> <p>3) Partiellement, on apprend que le PANAS est important d'un outil existant validé grâce à la bibliographie. Les autres outils de mesures ont été créés de manières spécifiques pour l'étude et ont fait l'objet d'une validation pendant l'études.</p> <p>4) Pas toutes. L'estimation de la fiabilité interindividuelle des items de l'échelle d'affect négatif, calculée en moyenne sur la durée dans le contexte de l'EMA, était de 0,99995, tandis que la fiabilité de la variation intra-individuelle de l'affect négatif dans le temps était de 0,8474. (p.4) Pour l'échelle de l'affect positif, la durée dans le contexte de l'EMA calculée en moyenne était de 0,9991, tandis que la fiabilité de la variation intra-individuelle de l'affect positif dans le temps était de 0,8733. (p.4)</p> <p>4.1) Non, il n'y a pas lieu d'améliorer la fidélité ou la validité des mesures selon les auteurs.</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte de données est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? 	<p>1) Oui, il y a les informations détaillées concernant le processus de collecte de données. Tout d'abord les chercheurs ont utilisé l'EMA (<i>Ecological momentary assessment</i>) en tant que méthode de recherche. Les participants ont reçu un assistant numérique</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ? 	<p>personnel (PDA) et ils se sont entraînés à utiliser cet outil en présence d'un assistant. Les participants ont dû garder le PDA sur eux en permanence pendant une semaine et répondre aux différentes questions présentes dans le tableau 2 (p. 3). Les participants devaient utiliser l'échelle de Likert à 5 points afin d'indiquer les émotions ressenties. Les participants ont également été interrogés sur la présence de l'un des facteurs de stress (au total 9 stressors différents). Finalement les participants ont été priés de répondre s'ils avaient utilisé une des 7 stratégies de <i>coping</i> et si pour eux elles ont été efficaces (p. 3)</p> <p>2) Oui, tout d'abord la chercheuse principale est une psychologue clinicienne diplômée et dans l'article il y a la mention que les participants ont dû être évalués par des psychologues hautement qualifiés titulaires d'un master qui participaient régulièrement à des conférences sur la fiabilité et le consensus diagnostique (p. 3). Sinon les données sont auto-rapportées, mais l'EMA permet de minimiser les biais de souvenirs.</p> <p>3) Partiellement, l'étude donnée se limite à un échantillon composé uniquement des personnes atteintes de TPB sans groupe témoin de comparaison (p. 7) et il n'y a pas d'intervention expérimentale proprement dite. Cette étude observationnelle utilise la méthode d'EMA seulement les patients souffrant de TPB.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ? • Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles appropriées au niveau de mesure des variables et à la comparaison entre les groupes ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? 	<p>1) Oui, les auteurs utilisent des modèles de régression à effets mixtes ce qui a permis d'analyser l'effet des stressors et des stratégies de coping sur les changements d'affect (p.4). Les auteurs ont également utilisé des modèles de régressions logistiques à effets proportionnels (p. 4). Il est également mentionné que les auteurs ont analysé les propriétés psychométriques des échelles d'affect négatif et positif à partir des données EMA selon les recommandations de Shrout et Lane (2012) (p. 4). A la page 4 les méthodes d'analyses statistiques sont décrites de manière détaillée et adaptées à chaque hypothèse ou question.</p> <p>2) Oui, les modèles d'analyse statistique utilisés sont appropriés au niveau de mesure des variables. Les modèles de régression</p>

		<p>mixtes pour les affects positifs et négatifs sont appropriés pour l'analyse des données longitudinales (p. 5). Finalement, les modèles de régressions logistiques ordinales sont appropriés pour l'analyse des questions portant sur le sentiment d'être dépassé ou de perdre de contrôle (p. 5)</p> <p>3) Oui, les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats ont été pris en considération dans les analyses. Tout d'abord, les modèles mixtes avec des effets aléatoires afin de contrôler l'impact des autres facteurs ont été utilisés, "<i>In the mixed effect regression model with multiple predictors, having a disagreement...</i>" (p. 4). De plus, des analyses de sensibilité ont été utilisées afin de tenir compte de l'effet du temps écoulé entre deux mesures, "<i>A second set of sensitivity analyses tested the effect of the length of the time interval between consecutive prompts on the change in affect</i>" (p.5). Finalement, les analyses multivariées afin de contrôler les autres stratégies de coping sur l'affect négatifs, "<i>In the multivariate model controlling for all of the other coping strategies,...</i>" (p. 5). Enfin, l'effet de l'âge est le seul facteur confondant à avoir été introduit dans le modèle.</p>
RÉSULTATS		
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ? • Quelles sont les informations présentées dans les tableaux et les figures ? • Les résultats sont-ils significatifs d'un point de vue statistique et clinique ? 	<p>1) Oui, les résultats sont présents sous forme de 3 tableaux démontrant la fréquence des différents stressseurs (p. 5), la présence des <i>odds ratios</i> et les valeurs p par rapport aux stressseurs indicateurs d'un sentiment d'être submergé ainsi que par rapports aux stressseurs prédicteurs de la perte de contrôle (p. 6) et finalement un tableau démontrant les différentes stratégies de coping (p. 6).</p> <p>2) En plus des tableaux des résultats présents plus haut, il y a également deux autres tableaux comportant les données démographiques et cliniques des participants (p. 2) et les questions utilisées dans l'enquête EMA (<i>Ecological Momentary Assessment</i>) (p. 3). Les titres des tableaux sont clairs et reflètent leur contenu et permettent de comprendre de quels résultats il s'agit.</p>

		<p>3) Partiellement, il y a plusieurs valeurs qui sont rapportés dans la section résultats. Pour le stressor « <i>Disagreement</i> » ($B = 3.43$; $t = 5.92$; $df = 920$; $p < 0.0001$) (p.4) = très forte significativité statistique. Pour l'effet de coping « <i>doing something good for oneself</i> » sur l'affect négatif ($B = 0.58$, $t = 2.54$, $df = 908$, $p = 0.0114$). De même, la valeur $p < 0.05$ montre une significativité statistique acceptable. Nombreux de résultats sont présentés avec des valeurs p-valeurs < 0.001 ou < 0.0001 dans les tableaux 3,4,5 (p.5-6). Les auteurs ne mentionnent à aucun moment si les effets sont cliniquement significatifs, donc si les résultats ont un impact concret ou mesurable dans la pratique clinique. Aucune mesure de taille d'effet n'est discutée dans l'article.</p>
DISCUSSION		
Interprétation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou des hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? • Les limites de l'étude ont-elles été établies ? • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? • L'auteur-e fait-il-elle des recommandations pour les recherches futures ? 	<p>1) Partiellement, les résultats sont interprétés en lien avec les objectifs de recherche, mais pas en fonction d'un cadre de recherche explicite ni d'hypothèses formelles. Les auteurs interprètent les résultats de façon détaillée en lien direct avec leurs objectifs à « <i>We found increases in negative affect in response to most of the negative stressors; however, only disagreement was independently associated with increased negative affect</i> ». (p.7) Ils discutent aussi des résultats concernant les stratégies de coping comme à « <i>Positive thinking and doing something good for self both independently improved positive affect.</i> » (p.7) Mais aucun cadre de recherche explicite n'est mentionné dans l'article. Les résultats sont discutés uniquement en lien avec les questions de l'étude.</p> <p>2) Oui, les auteurs interprètent plusieurs de leurs résultats en les comparant aux études antérieures → « <i>The sheer number of stressors associated with increased negative affect, decreased positive affect and emotion dysregulation speaks again to how stressful daily life can be for an individual with BPD. Several of the stressors associated with negative affect and emotion dysregulation are interpersonal in nature. This is not surprising</i></p>

		<p><i>given that interpersonal sensitivity is considered to trigger both the impulsive behaviors and the emotion dysregulation that are at the core of BPD [6, 35–38]. » (p.7) Lien explicite avec la littérature précédente, notamment sur le rôle des facteurs interpersonnels →</i></p> <p><i>« These findings gives credence to the emotion regulation strategies encouraged by Dialectical Behavior Therapy and other similar therapies, which place an emphasis on self-soothing and self-care in response to managing difficult emotions [8]. » (p.7)</i></p> <p>3) Oui, les interprétations et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyse statistique présentés dans l'article. Les auteurs résument ce qu'ils ont observé dans les analyses statistiques concernant les stressors négatifs → <i>« We found increases in negative affect in response to most of the negative stressors; however, only disagreement was independently associated with increased negative affect, after controlling for all other stressors, [...] (p.7) »</i> texte qui correspond exactement aux résultats indiqués dans le tableau 3 (p.5) où le stressor « <i>disagreement</i> » est le seul à être significatif dans le modèle multivarié. (Analyses présentées dans les tableaux 4 et 5). Cette étude fournit une compréhension préliminaire de la manière dont les facteurs de stress contribuent aux changements affectifs chez les personnes atteintes de TPB, ainsi que de manière dont les stratégies utilisées par ces personnes les aident à faire face à ces changements affectifs. Les personnes atteintes de TPB ont eu recours à diverses stratégies de <i>coping</i> afin de gérer leur émotion. Les plus utilisées étaient : « s'occuper, relativiser, penser positivement ». « La pensée positive » et « le fait de faire quelque chose de bien pour soi-même » améliore indépendamment l'affect positif. « Le fait de faire quelque chose de bien pour soi-même » réduit aussi indépendamment l'affect négatif. Les stratégies d'adaptation « se calmer, prendre du recul, laisser pas ses émotions » n'ont pas été utiles dans cet échantillon.</p> <p>4) Oui, les limites de l'études sont clairement énoncées. Les auteurs en mentionnent plusieurs de façon explicite comme un biais de</p>
--	--	--

		<p>couverture « <i>The use of a 12-h window for data collection allows for the possibility that certain stressors, such as those occurring late at night, may not have been captured accurately.</i> » (p.7) Un biais temporel : <i>Our design of random prompts approximately every two hours does not allow for the detection of those affective changes that occur and disappear on a substantially shorter interval.</i> (p.7) Un biais de sélection à “ <i>The compliance rate for the overall sample during the weeklong assessment period was 69% (1,448 completed records from 2,100 prompts issued).</i>” Limite de validité externe à “<i>Further, this study is limited to a BPD-only sample with no comparison control group. Thus, findings cannot be generalized to other clinical or psychiatrically healthy populations.</i> “</p> <p>5) Oui, les conclusions de l'article s'appuient directement et logiquement sur les résultats présentés dans l'étude. Les auteurs résument ce qu'ils ont observé sur les stressors et les stratégies de coping → " <i>This study provides a preliminary understanding of how stressors contribute to changes in affect in individuals with BPD, as well as how strategies used by these individuals help them cope with affective changes.</i> » (p.7) Ils précisent aussi les limites de généralisation et le besoin de recherches futures, réflexion qui découle de leurs limites identifiées.</p> <p>6) Oui, les auteurs mentionnent les implications cliniques liées aux résultats pour la prise en charge de personnes ayant un TPB. Utiliser des résultats pour adapter les interventions thérapeutiques à la manière dont les personnes atteintes de TPB réagissent à des facteurs de stress spécifiques, les émotions qu'elles ressentent et la façon dont elles gèrent leur réaction et leurs émotions peuvent aider à orienter les interventions thérapeutiques. Les auteurs mentionnent aussi l'intérêt de la méthode EMA pour personnaliser les soins.</p> <p>7) Oui, les auteurs formulent plusieurs recommandations explicites pour les recherches futures. Sur la généralisation des résultats : des recherches supplémentaires sont nécessaires pour déterminer si les changements affectifs observés par l'EMA dans cette étude en</p>
--	--	--

		réponse à des facteurs de stress ou aux stratégies d'adaptation utilisées sont propres aux personnes atteintes de TPB. Sur la méthodologie à privilégier : les études futures devraient continuer à utiliser des données en temps réel afin de mieux comprendre les expériences des personnes atteintes de TPB dans leur environnement réel, et éventuellement utiliser ces connaissances pour adapter les traitements à chaque individu. (p. 7).
--	--	---

Fortin, M. J., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3 édition ed.). Montréal : Chenelière éducation.

This study provides a preliminary understanding of how stressors contribute to changes in affect in individuals with BPD, as well as how strategies used by these individuals help them cope with affective changes.

h. Grille de lecture critique pour article quantitatif : Carlson et al. (2020)

« *Social role dysfunction and coping in borderline personality disorder* »

Inspirée du « Guide pour la critique d'une publication de recherche quantitative » de Fortin & Gagnon (2016).

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à poser pour faire une critique des publications de recherche	Réponses
TITRE	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise-il clairement les concepts clés et la population étudiée ? 	<p>P = personnes ayant un trouble de la personnalité I = stratégies de coping C = aucune comparaison O = dysfonctionnement dans les rôles sociaux</p>
RÉSUMÉ	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? 	<p>Oui, le résumé de l'article synthétise les grandes lignes de la recherche. Tout d'abord, le problème mentionne est le fait que les personnes atteintes de TPB présentent souvent des déficits dans le fonctionnement social, que les stratégies de coping peuvent influencer la gestion du stress avec notamment des différences selon le genre. Le but de l'étude est également mentionné.</p> <p>La méthode, résume qu'il s'agit d'une étude qui évalue l'influence des liens entre coping et dysfonctionnement social sur 233 participants qui ont répondu à des questionnaires évaluant les symptômes du TPB, les stratégies de <i>coping</i> et les dysfonctionnements sociaux.</p> <p>Pour les résultats, les stratégies de coping jouent un rôle de médiation pour les femmes atteintes du TPB, mais ces stratégies n'ont pas joué un tel rôle chez les hommes avec le TPB.</p> <p>Finalement, la discussion/conclusion, met en lumière que les résultats obtenus pourraient indiquer que le soutien social et le réseau social jouent un rôle important dans le maintien du fonctionnement social chez les femmes atteintes du TPB. De plus, des interventions thérapeutiques précoces qui ciblent un engagement social pourraient réduire la persistance du dysfonctionnement social chez les femmes avec le TPB.</p>
INTRODUCTION PROBLÉMATIQUE	/	

Énoncé du problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est le problème ou le sujet de l'étude ? Est-il clairement formulé ? • Le problème est-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ? • Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Le sujet à l'étude est d'examiner l'effet modérateur du genre sur l'association entre les symptômes du TPB et le dysfonctionnement social à travers les mécanismes d'adaptation (p. 230). Ou encore le fait de comprendre les difficultés sociales auxquelles sont confrontés les femmes et les hommes atteints de TPB (p. 227-228). Oui, il est clairement formulé à la fin de l'introduction. 2) Oui, le problème est justifié dans le contexte des connaissances actuelles. Tout d'abord, les chercheurs rappellent que le TPB se caractérise par une instabilité des relations interpersonnelles de l'identité personnelle et des émotions ce qui provoque une détresse et une altération considérable du fonctionnement de personnes avec le TPB (p. 227). Ainsi que certains problèmes les plus graves chez les personnes avec le TPB (automutilation, tentatives de suicide) découlent souvent des difficultés ou de dysfonctionnements sociaux (p. 227). Les différences entre les genres dans le TPB ont des implications potentielles sur la relation entre les styles d'adaptation et le fonctionnement social et que le genre influence chaque aspect du processus social en particulier dans des situations stressantes (p. 229). Les auteurs mentionnent le fait qu'il n'est pas clair si les différences entre les genres dans la gestion du stress sont présentes ou non (p. 229). 3) Oui, le problème a une signification particulière pour la discipline de psychologie clinique et pour la psychiatrie. La question du dysfonctionnement des rôles sociaux et des stratégies de <i>coping</i> pour le TPB est une thématique importante pour ces deux domaines étant donné que cela touche l'évaluation et l'intervention auprès de la population cible.
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Les travaux de recherche antérieurs sont-ils pertinents et rapportés de façon critique ? • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, les travaux de recherche antérieurs sont pertinents et rapportés de façon critique. Les auteurs mobilisent des sources primaires récentes et variées pour justifier la problématique : « <i>Individuals diagnosed with BPD often show marked instability in social relationships, which may be coupled with maladaptive or non-normative social behaviours directed at the self and others.</i> » (p.228) « <i>Additionally, men and women have been found to have noted differences in symptom presentation of BPD, despite similar</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • La recension s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ? 	<p><i>levels of symptom severity experienced across genders.</i> » (p.227-228) La recension des écrits synthétise l'état des connaissances sur le fonctionnement social, les styles de <i>coping</i> et les différences de genre dans le TPB, en s'appuyant sur des études empiriques et en discutant les divergences de chacune : « <i>The presence of high BPD features has been associated with social interactions that may be perceived as overly assertive and devoid of intimacy or submissive and lacking in confidence.</i>⁶ Moreover, individuals with BPD often exhibit poor social problem-solving skills,⁷ which can contribute to the development and maintenance of BPD, although the aetiology of these interpersonal disruptions is debated. » (p.228) Les auteurs mettent en évidence les contradictions ou limites de la littérature (p.229) Bien qu'il existe des preuves substantielles que le lien entre le TPB et le dysfonctionnement social soit, au moins ne partit, dû au fait que les personnes atteintes de TPB ont souvent recours à des stratégies d'adaptation inadaptées, on ne sait pas si le lien médiateur est équivalent chez les hommes et les femmes.</p> <p>2) Oui, la recension des écrits fournit une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche. Comme mentionné plus haut, la notion du TPB est décrite. Également le fait que les personnes diagnostiquées de TPB présentent souvent une instabilité marquée dans leurs relations sociales qui peut s'accompagner de comportements sociaux inadaptés (p. 228). Les différentes stratégies de coping (résolution directe des problèmes, ruminations, augmentation des effets négatifs, etc.) sont également présentes dans la recension des écrits.</p> <p>3) Oui, la recension des écrits s'appuie principalement sur des études primaires comme : Zielinski et al., 2014 ; Bray et al., 2007 ; Schaffer et al., 2015 ; Thompson et al., 2012, etc.</p>
--	---	--

Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? • Un cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des écrits ? Est-il lié au but de l'étude ? • L'absence d'un cadre de recherche est-elle justifiée ? 	<p>1) Les concepts sont mis en évidence et définis sur le plan conceptuel → le concept de « <i>borderline personality disorder BDP</i> » est défini : « <i>Borderline personality disorder (BPD) is characterized by instability of interpersonal relationships, self-identity and emotions, causing significant distress among those affected and substantial impairment in daily life functioning.</i> » (p.227) Le concept de « <i>social role functioning</i> » est aussi défini : « <i>Social role functioning is the capacity to act in age and socially appropriate ways in specific contexts, informed by social norms and preconceived ideas of situationally appropriate behaviour.</i> » (p.228) Le concept de « <i>coping</i> » est précisé : « <i>Coping is a set of overt and covert strategies employed to deal with stressful situations and manage the emotional consequences.</i> » (p.229) Les styles de <i>coping</i> sont décrits conceptuellement : « <i>Coping styles have been conceptualized as distinct strategies that people use when faced with stressors : task-oriented coping (direct problem solving), emotion-oriented coping (rumination, increased negative affect, self-blame and emotional displays like crying) and avoidance-oriented coping (minimizing, denying or circumventing stressful situations22). Avoidance-oriented coping can be further subdivided into distraction (solo) and social diversion (with others21).</i> » (p.229)</p> <p>3) Il s'agit d'une étude quantitative, mais il est de l'ordre du positivisme.</p>
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses sont-elles clairement énoncées, incluant les variables clés et la population à l'étude ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? 	<p>1) Partiellement, les questions de recherche sont formulées sous forme d'objectifs, mais les hypothèses sont clairement énoncées en incluant les variables clés et la population à l'étude : l'objectif principal de la présente étude était d'examiner l'effet modérateur du genre sur l'association entre les symptômes du TB et l'inadaptation sociale à travers les stratégies d'adaptation. Les variables clés sont : <i>BDP symptoms, coping styles (task-oriented, emotion-oriented, distraction, social diversion), social role dysfunction, gender. La population à l'étude est « Participants (N = 233) were outpatients attending a programme for personality dysfunction. Participants completed measures of BPD symptoms, coping styles and social role dysfunction »</i> (p.227)</p> <p>2) Oui, l'état des connaissances présente d'abord les liens entre le TPB, le dysfonctionnement des rôles sociaux et les styles de coping, en</p>

		<p>soulignant les différences de genre et les lacunes dans la littérature (Abstract) : « <i>Additionally, research suggests that coping styles influence the way individuals with BPD manage stress and that symptom presentation and functioning in individuals with BPD vary across genders. This study sought to explore these variables via moderated mediation, investigating the mediating influence of coping styles on the association between BPD symptoms and social role dysfunction and if these associations were further moderated by gender.</i> » (p.227) La recension des écrits détaille ensuite les connaissances sur le fonctionnement social dans le TPB, les styles de coping, et l'influence du genre en s'appuyant sur des sources primaires et en synthétisant l'état de la question. Le but de l'étude est formulé en cohérence avec cette recension. (p.230)</p> <p>3) Oui, les variables de l'étude reflètent les concepts précisés dans le cadre de recherche. Les concepts principaux sont : <i>borderline personality disorder (TPB), social role functioning, coping styles (task-oriented, emotion-oriented, avoidance-oriented, distraction, social diversion), et gender</i>. Les variables opérationnalisées dans la méthode mesurées dans l'étude correspondent directement à ces concepts.</p>
MÉTHODE		
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour préserver les droits des participant-e-s sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants ? 	<p>1) Oui, les comités d'éthique de la recherche affiliés ont approuvé cette étude, et tous les participants ont donné leur consentement éclairé.</p> <p>2) Oui, l'étude a suivi une procédure d'approbation éthique et que le consentement éclairé a été recueilli auprès de tous les participants, ce qui vise à minimiser les risques. La méthode précise que les participants étaient des patients admis dans un programme de TTT de jour pour troubles de la personnalité, et qu'ils ont rempli des questionnaires d'auto-évaluation avant le début du programme, ce qui limite l'exposition à des interventions risquées et maximise la sécurité. Aucune procédure invasive ou intervention à risque n'est décrite ; la collecte de données repose sur des questionnaires validés et reconnus ce qui minimise les risques psychologiques ou physiques pour les participants.</p>

Population, échantillon et milieu	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? • Quelle est la méthode d'échantillonnage utilisée pour choisir les participant-e-s à l'étude ? Est-elle appropriée ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, la population est clairement précisée. Ce sont des patients admis dans un programme de traitement de jour psychiatrique pour TPB ou dysfonctionnement significatif de la personnalité. L'âge des participants est en moyenne de 37,32 ans, écart-type de 11,00, le sexe est de 73 hommes, 160 femmes, origine ethnique, statut marital, niveau d'éducation, antécédents de traitement et hospitalisation psychiatriques, diagnostics actuels de l'axe I et II ainsi que prise de psychotropes. (Tableau page 230) 2) Oui, la méthode d'échantillonnage utilisée est de type d'échantillon de convenance. Elle est appropriée car pour une étude observationnelle transversale basé sur une population clinique sélectionné dans un service spécifique. Cette méthode consiste à inclure tous patients sans sélection aléatoire si recrutement ciblé, il est représentatif des patients pris en charge dans ce service.
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est le devis utilisé pour l'étude ? Permet-il d'atteindre le but de l'étude ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de minimiser les obstacles à la validité interne et à la validité externe dans l'étude expérimentale ? • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, le devis est quantitatif en lien avec une analyse transversale observationnelle avec des mesures auto-rapportées standardisées. Le devis a pour but d'examiner l'effets modérateur du genre sur le lien entre les symptômes de TPB, la dysfonction sociale, les styles de coping grâce à une modélisation de médiation modéré. Les analyses statistiques utilisées sont adaptées pour tester ces relations complexes dans une étude quantitative 2) Partiellement, car le devis expliquer dans la partie méthode il est proposé une recherche quantitative avec des analyses de médiation de différents styles de coping en lien avec l'association des symptômes de TPL ainsi que la dysfonction sociale et la modulation du genre. Cependant, la question de recherche principale vise à explorer ces relations mais il est limité par le côté transversal des données et l'auto-évaluation qui peut diminuer la possibilité la capacité de répondre à toutes les nuances d'hypothèses émise dans l'introduction et la discussion. Le devis propose une analyse de médiation modérée qui est adapté à. L'objectif de l'étude qui explore les relations entre variable mais il ne permet pas d'avoir une relation causale ou d'observer les dynamiques dans le temps. Le verbe principal dans la question de recherche est « exploré ».

		<p>3) Partiellement, le choix du devis permet de minimiser certains obstacles à la validité interne et externe mais ce choix présente également plusieurs limites, mentionnées par les auteurs. Cette étude n'est pas une étude expérimentale proprement parlé, il s'agit plutôt d'une étude transversale observationnelle avec utilisation de l'analyse de médiation modérée. Différents outils psychométriques validés sont utilisés dans cette étude (WISPI-IV, CISS, SAS-SR) et décrits à la page 230-231, ce qui permet de renforcer la validité des mesures internes. <i>“To facilitate a normally distributed indirect effect, we bootstrapped each of the indirect effect's sampling distributions 20'000 times”</i> (p. 231), ce qui permet d'avoir des analyses robustes.</p> <p>4) Oui, la méthode de recherche proposée est appropriée à l'étude du problème posé, car l'étude a pour but d'examiner le lien entre le TPB, le dysfonctionnement social et les stratégies de coping est donc le devis observationnel et transversal est adéquat. Les auteurs mentionnent que les analyses primaires ont été réalisées à l'aide d'une médiation modérée via macro-PROCESS ce qui a permis d'examiner simultanément les effets médiateurs des styles d'adaptation entre l'association des symptômes de TPB et le dysfonctionnement social ainsi que les effets modérateurs du genre sur les effets modérateurs des styles d'adaptation (p. 231). Grâce à cette analyse de médiation modérée dans un devis transversal il est possible de répondre à la question concernant le verbe “explorer”. Cependant, les auteurs mentionnent que les résultats de la présente étude doivent être interprétés en tenant compte des limites méthodologiques liées à l'utilisation de données transversales et auto-rapportées (p. 236), ainsi cela n'impacte l'adéquation du verbe de la question de recherche et la méthode utilisée.</p>
Mesure des variables et Collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les variables sont-elles définies de façon conceptuelle ? • Les instruments de mesure sont-ils clairement décrits et appropriés (questionnaires, type d'échelles) ? • L'auteur-e indique-t-il-elle si les instruments de mesure ont été 	<p>1) Oui, les variables sont définies de façon conceptuelle → le concept de « <i>borderline personality disorder BDP</i> » est défini : <i>“Borderline personality disorder (BPD) is characterized by instability of interpersonal relationships, self-identity and emotions, causing significant distress among those affected and substantial impairment in daily life functioning.”</i> (p.227) Le concept de « <i>social role functioning</i> » est aussi défini : <i>“Social role functioning is the capacity to act in age and socially appropriate ways in specific contexts,</i></p>

	<p>créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? les résultats sont-ils présentés ? Y a-t-il lieu d'améliorer la fidélité et la validité des mesures ? 	<p><i>informed by social norms and preconceived ideas of situationally appropriate behaviour.</i> " (p.228) Le concept de « coping » est précisé : " <i>Coping is a set of overt and covert strategies employed to deal with stressful situations and manage the emotional consequences.</i> " (p.229) Les styles de coping sont décrits conceptuellement : « <i>Coping styles have been conceptualized as distinct strategies that people use when faced with stressors : task-oriented coping (direct problem solving), emotion-oriented coping (rumination, increased negative affect, self-blame and emotional displays like crying) and avoidance-oriented coping (minimizing, denying or circumventing stressful situations22). Avoidance-oriented coping can be further subdivided into distraction (solo) and social diversion (with others21).</i> » (p.229)</p> <p>2) Oui, les instruments de mesure sont clairement décrits et appropriés dans la partie méthode de l'article : Wisconsin Personality Disorders Inventory – IV (WISPI-IV) : « <i>The Wisconsin Personality Disorders Inventory – IV is a 214-item self-report of DSM-IV personality disorder symptoms. The WISPI-IV includes scales for each of the eleven personality disorders (only the BPD scale was used in analysis, but all eleven were administered). Items are rated on a 10-point scale from 1 (never/not at all) to 10 (always/extremely). The WISPI-IV has been shown to have high internal consistency with alphas averaging .88 across all scales. Additionally, the WISPI-IV has shown convergent and discriminant validity amongst individuals diagnosed BPD. The WISPI-IV also shows high concurrent validity with other personality disorder scales, such as the Personality Diagnostic Questionnaire and the Millon Clinical Multiaxial Inventory – I. In this study, we used the mean borderline symptom score, with higher scores indicating greater BPD symptom severity.</i> » (p.230) Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) : « <i>The CISS is a 48-item self-report scale that measures three dispositional coping strategy styles : task-oriented coping, emotion-oriented coping, and avoidance-oriented coping. Avoidance-oriented coping is further sub-divided into two specific avoidance strategies: distraction and social diversion. Presently, we used all four subscales. The items are rated on a 5-point scale from 1 (not at all) to 5 (very much) and participants indicate how frequently they engage in various</i></p>
--	---	---

		<p><i>coping activities during a stressful event. Subscale scores were the sum of item responses, with higher scores indicating greater use of that coping style. The CISS has been found to have stable factor structure, test-retest reliability, internal validity and construct validity. » (p.230)</i></p> <p><i>Social Adjustment Scale – Self -Report (SAS-SR) : « The SAS-SR is a 42-item self-report scale derived from the Social Adjustment Scale Interview that assesses role performance in the past two-weeks across seven role domains : work/school, social/leisure, economic, extended family, primary relationship, parental, and the family unit. Participants rated their impairment in each domain from 1 (not at all) to 5 (very much). We created a global adjustment score by computing the mean of item responses, with higher scores indicating greater overall social role dysfunction. Previous research using the SAS-SR shows test-retest reliability and construct validity. » (p.231)</i></p> <p>3) Oui, les auteurs indiquent que les instruments de mesure utilisés n’ont pas été créés pour les besoins de l’étude, mais sont des outils importés et validés dans la littérature scientifique, (cf question 2 - Mesure des variables et Collecte de données)</p> <p>4) Oui, la fidélité et la validité des outils de mesure sont évaluées et les résultats sont présentés. Le WISPI-IV a démontré une grande cohérence interne avec des coefficients alpha moyens de 0.88 pour toutes les échelles. Le WISPI-IV a démontré une validité convergente et discriminante chez les personnes diagnostiquées avec un TPB. Il présente également une grande validité concurrente avec d’autres échelles de troubles de la personnalité, telles que le questionnaire de diagnostic de la personnalité et l’inventaire clinique multiaxial de Million-I. Ici, l’alpha de Cronbach est mentionné pour la cohérence interne (fidélité), et la validité convergente, discriminante et concurrente est documentée. Le CISS : l’inventaire des stratégies d’adaptation aux situations stressantes s’est révélé présenter une structure factorielle stable, une fiabilité test-retest, une validité interne et une validité conceptuelle. La fidélité est soutenue par la stabilité de la structure factorielle et la fiabilité test-retest ; la validité est indiquée par la validité de construit et interne. Le SAS-SR : des recherches antérieures utilisant l’échelle d’ajustement social ont démontré la fiabilité test-retest et la validité conceptuelle de cet instrument.</p> <p>Les résumés de fidélité et de validité ne sont pas présentés sous forme de statistiques propres à l’échantillon de cette étude, mais sont rapportés à partir de la littérature antérieure, ce qui est courant pour des outils largement validés.</p>
--	--	--

		<p>Les valeurs d'alpha de Cronbach sont données pour le WISPI-IV, mais pas pour les autres outils de cette étude.</p> <p>4.1) Non, il n'est pas indiqué dans la méthode qu'il serait nécessaire d'améliorer la fidélité ou la validité des instruments. L'article ne mentionne pas de limites spécifiques concernant ces aspects pour les outils utilisés.</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte de données est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ? 	<p>1) Oui, le processus de collecte de données est décrit → les participants (N=233) étaient des patients admis consécutivement dans un programme de traitement psychiatrique de jour pour trouble de la personnalité ou dysfonctionnement important de la personnalité. Les participants ont passé des évaluations préalables avant de commencer le programme. Les comités d'éthique de la recherche affiliés ont approuvé cette étude, et tous les participants ont donné leur consentement éclairé. Caractéristiques démographiques présentées dans le tableau 1.</p> <p>2) Non, il n'est pas indiqué dans l'article que les données ont été recueillies de manière à minimiser les biais, la méthode précise uniquement que les participants ont passé des évaluations préalables avant de commencer le programme et que les questionnaires étaient auto-administrés. Il n'y a aucune information sur la formation, la qualification ou la supervision du personnel impliqué dans la collecte des données, ni sur des procédures spécifiques pour limiter les biais liés à la collecte. Aucune information n'est faite sur le personnel formé, encadré ou de mesures particulières pour garantir la compétence des personnes impliquées dans la collecte des données.</p> <p>3) Non, l'étude ne comporte pas d'intervention au sens expérimental du terme. Il est précisé que les participants (N=233) étaient des patients admis consécutivement dans un programme de traitement psychiatrique de jour pour trouble de la personnalité ou dysfonctionnement important de la personnalité. Les participants ont passé des évaluations préalables avant de commencer le programme. Les variables indépendantes étudiées (symptôme du trouble de la personnalité borderline, styles de coping, genre) sont mesurées par questionnaires auto-administrés mais aucune intervention n'est décrite ni appliquée de façon constante à un groupe de participants dans le cadre de recherche. Il s'agit d'une étude observationnelle transversale et non d'une étude interventionnelle.</p>

Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ? • Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles appropriées au niveau de mesure des variables et à la comparaison entre les groupes ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? 	<p>1) Oui, les méthodes d'analyse statistiques utilisées sont précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse : « <i>Primary analyses were conducted using moderated mediation via the PROCESS macro in SPSS version 25 (IBM, Armonk, NY, USA). This allowed us to simultaneously examine (a) the mediating (i.e. indirect) effects of coping styles between the association of BPD symptoms and social role dysfunction and (b) gender's moderating effects on the mediating effects of coping styles. To facilitate a normally distributed indirect effect, we bootstrapped each of the indirect effect's sampling distributions 20,000 times. Indirect effects were considered significant if the 95% confidence intervals (CIs) did not straddle 0.</i> » (p.231) Les analyses préliminaires sont décrites → les moyennes, les écarts-types et les corrélations de toutes les variables principales de l'étude sont présentés dans le tableau 2. Les analyses principales (modération, médiation, effets indirects, <i>bootstrap</i>, seuils de significativité) sont donc précisées pour chaque question de recherche ou hypothèse, en cohérence avec les objectifs de l'étude.</p> <p>2) Oui, les variables principales sont mesurées par des échelles continues, ce qui justifie l'utilisation de corrélation de Pearson pour les analyses préliminaires (tableau 2) Le modèle principal est une médiation modérée réalisée via le macro-PROCESS sous SPSS ce qui est adapté pour tester les effets médiateurs des styles de coping et l'effet modérateur du genre sur des variables continues et catégorielles (genre). La procédure de <i>bootstrap</i> permet d'obtenir des intervalles de confiance robustes pour les effets indirects, ce qui est recommandé pour ce type d'analyse. Les analyses sont réalisées séparément pour les femmes et les hommes lorsque l'effet modérateur du genre est significatif, ce qui permet une comparaison appropriée entre les groupes,</p> <p>3) Non, les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats (facteurs confondants) ne sont pas pris en considération de manière systématique dans les analyses. Il est indiqué que les auteurs ont uniquement inclus l'âge et le sexe comme covariables dans les modèles examinés et n'ont pas contrôlé l'influence des troubles de l'axe I et des autres troubles de l'axe II. Cela signifie que l'âge et le sexe ont été pris en compte comme covariables, mais que d'autres facteurs importants n'ont</p>
---------------------	--	---

		pas été intégrés dans les analyses statistiques. Aucune information n'est donnée dans la méthode sur la prise en compte d'autres facteurs de confusion potentiels. Cette absence de prise en compte systématique des facteurs confondants est d'ailleurs explicitement reconnue comme une limite dans la discussion de l'article.
RÉSULTATS		
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ? • Quelles sont les informations présentées dans les tableaux et les figures ? • Les résultats sont-ils significatifs d'un point de vue statistique et clinique ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, les résultats sont présentés à l'aide de tableaux et d'une figure. Chacun répond à une question de recherche. 2) Oui, tableau 1 à les caractéristiques démographiques de l'échantillon, telles que l'âge, le genre, l'origine raciale, le statut marital, le niveau d'éducation, les ATCD de TTT psychiatrique, d'hospitalisation, les diagnostics actuels (Axis I et II) et la prise de médication psychotrope. Tableau 2 à les coefficients de corrélation de Pearson entre les variables principales de l'étude (sévérité des symptômes TPB, coping orienté tâche, coping orienté émotion, coping distraction, coping diversion sociale, ajustement social), ainsi que les moyennes, écarts-types, skewness et kurtosis de ces variables. Tableau 3 à les résultats du modèle de médiation multiple qui montrent les effets directs et indirects entre la sévérité des symptômes TPB (variable indépendante), les styles de coping (médiateurs) et le fonctionnement dans les rôles sociaux (variable dépendante), avec les coefficients, intervalles de confiance et la signification statistique pour chaque médiateur. Tableau 4 à les effets indirects conditionnels de la sévérité des symptômes TPB sur le fonctionnement dans les rôles sociaux via les styles de coping, séparés pour les femmes et les hommes avec les coefficients et intervalles de confiance. Figure 1 à un schéma du modèle de médiation multiple modérée, illustrant les liens entre la sévérité des symptômes TPB, les styles de coping médiateurs, le fonctionnement dans les rôles sociaux et la modulation par le genre, avec les coefficients de chaque chemin. 3) Oui, la significativité statistique est clairement indiquée. Les coefficients de corrélation et les effets directs/indirects sont accompagnés de valeurs de p et d'intervalles de confiance. Dans le tableau 2, les corrélations significatives sont marquées par *$P < 0.05$, **$P < 0.01$, ***$P < 0.001$. Dans le tableau 3, les intervalles de confiance qui n'incluent pas de 0 indiquent des effets indirects significatifs. Le

		<p>tableau 4 précise également les intervalles de confiance pour chaque effet indirect, et ceux qui sont en gras indiquent une significativité statistique.</p> <p>3.1) La significativité clinique mentionne que les styles de coping émotionnel et de diversion sociale joue un rôle de médiation médiatisent significativement l'association entre les symptômes du TPB et le dysfonctionnement des rôles sociaux chez les femmes, ce qui a des implications cliniques potentielles sur la prise en charge.</p>
DISCUSSION		
Interprétation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou des hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? • Les limites de l'étude ont-elles été établies ? • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? • L'auteur-e fait-il-elle des recommandations pour les recherches futures ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, dans la discussion les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou des hypothèses. Rappel que l'objectif de l'étude était d'examiner l'effet modérateur du genre sur l'association entre les symptômes du TPB, les styles de coping et le dysfonctionnement des rôles sociaux, ce qui correspond au cadre de recherche annoncé. Chaque résultat principal est repris et discuté : la médiation du coping émotionnel et de la diversion sociale chez les femmes, l'absence d'effet médiateur chez les hommes et la non-significativité du coping orienté tâche ou distraction sont explicitement analysés en lien avec les hypothèses et la littérature. La discussion précise aussi que les résultats sont cohérents ou non avec les études antérieures et propose des interprétations pour chaque effet observé, en explicitant les implications cliniques et les limites méthodologiques. 2) Oui, l'auteur indique clairement que certains résultats sont en accord avec les études antérieures, tandis que d'autres présentent des divergences en disant : qu'il a été démontré que la gestion des émotions jouait un rôle de médiateur dans la relation entre les symptômes du TPB et le fonctionnement social chez les femmes, ce qui fait écho à la littérature antérieure sur la dysrégulation émotionnelle et la gestion des émotions. Résultats qui concordent avec la compréhension actuelle selon laquelle les femmes atteintes de TPB présentent souvent davantage de symptômes d'internalisation liés à la dysrégulation émotionnelle et pourraient également donner lieu à certaines spéculations sur la manière dont les femmes atteintes de TPB utilisent l'adaptation axée sur les émotions dans des contextes sociaux. Concernant la diversion sociale, les auteurs note une divergence: « <i>This seems to contradict previous</i>

		<p>research regarding avoidance-oriented coping, which includes coping strategies such as denial of the problem or resulting distress, disengagement and social withdrawal and their presence in BPD populations. Although avoidance-oriented coping has been found to be heightened in clinical presentations of BPD, specifically investigating social diversion-oriented coping may shed more light on how individuals with BPD access and utilize social support when faced with stress and how this coping style impacts self-regulation processes. » (p.234)</p> <p>3) Oui, les auteurs reprennent précisément les résultats statistiques obtenus, ils rappellent que l'effet médiateur du coping émotionnel et de la diversion sociale est significatif chez les femmes mais pas chez les hommes, et que le coping orienté tâche et distraction n'a pas d'effet médiateur significatif. Ils expliquent les implications de ces résultats, et discutent aussi les limites méthodologiques qui pourraient influencer la portée des conclusions. Les conclusions générales du texte reprennent fidèlement les principaux résultats, notamment l'importance du coping social dans le fonctionnement social des personnes avec un TPB et la nécessité de cibler ces aspects dans la prise en charge clinique.</p> <p>4) Oui, les limites de l'étude sont mentionnées : « <i>This study has a few notable limitations. First, the results of the current study should be interpreted considering methodological limitations around the use of cross-sectional, self-reported data. Analyses and inference relied solely on self-report data from pre-screening questionnaires of a larger study and as such must be interpreted preliminarily. Although theory supports the proposed moderated mediation model, the cross-sectional nature of these data and design cannot imply causality.</i> » (p.236-237) D'autres limites sont mentionnées comme l'absence de méthodes de recueil multimodales, le manque d'observations longitudinales, la non prise en compte des diagnostics Axis I et II autres le TPB, et la taille de l'échantillon masculin</p> <p>5) Oui, les conclusions reprennent précisément les résultats des analyses à « <i>Our findings highlight the importance of the relationship between coping and social functioning in BPD populations. Findings suggest that social diversion-oriented coping may be important to improving</i></p>
--	--	---

		<p><i>multiple facets of functioning in individuals with BPD.</i> » (Page 236, lignes 40-46) Les auteurs soulignent que les résultats montrent l'importance du coping social et émotionnel chez les femmes avec un TPB, ce qui correspond exactement à ce qui a été démontré dans la partie résultats (p.236-237) Les implications cliniques et les recommandations pour la pratique sont également directement liées aux résultats obtenus, sans extrapolation non justifiées.</p> <p>6) Oui, dans la discussion les conséquences des résultats pour la pratique clinique sont clairement établies. Il est précisé que les stratégies de coping ciblée spécifiquement et travaillé par le biais d'une thérapie pourraient permettre de briser le cycle de dysfonctionnement social chez les personnes avec un TPB. En retour, cela peut donner aux personnes atteintes de TPB un sentiment d'efficacité sociale accru, réduisant ainsi potentiellement la dysphorie et modifiant les schémas sous-jacents ou les modèles internes d'interaction sociales ou de fonctionnement. La discussion précise que la thérapie ciblant spécifiquement la gestion des émotions peut aider à développer la capacité de l'individu à gérer ses émotions sans avoir à recourir à des stratégies inefficaces ou inadaptées, ce qui peut réduire la rigidité dans les gestions des émotions.</p> <p>7) Oui, l'auteur fait des recommandations explicites pour les recherches futures. Les résultats suggèrent que les stratégies d'adaptation axées sur la distraction sociale pourraient jouer un rôle important dans l'amélioration de multiples aspects du fonctionnement chez les personnes atteintes de TPB. Compte tenu de la nature omniprésente des déficit sociaux dans le TPB et de l'isolement social accru souvent vécu par les personnes diagnostiquées, les recherches futures devraient examiner cette relation en intégrant l'évaluation du soutien social et de la composition du réseau social. Cela pourrait enrichir les connaissances sur le traitement psychologique des personnes atteintes de TPB, en accordant la priorité au fonctionnement social parallèlement à la gestion des difficultés de régulation émotionnelle. De plus, les auteurs ont examiné la gravité des symptômes du TPB, de futures recherches opérationnalisant le TPB comme étant présent chez les personnes ayant ou non un diagnostic clinique permettraient d'approfondir notre</p>
--	--	--

		<p>compréhension de l'importance du seuil clinique du TPB par rapport au dysfonctionnement social et à l'adaptation. Les auteurs n'ont inclus que l'âge comme covariable dans les modèles examinés et n'ont pas contrôlé l'influence des troubles de l'axe I et des autres troubles de l'axe II. Comme cette étude constituait une première exploration dans la relation entre les symptômes du TPB, l'adaptation et le fonctionnement social, cela pourrait être une prise en compte particulièrement importante à explorer dans les recherches futures, compte tenu de la forte comorbidité des diagnostics et du niveau de préjudice subi. Le dernier point à investiguer seraient les défis sociaux dans le TPB et l'isolement social accru vécu par les personnes ayant un diagnostic, les recherches futures devraient examiner cette relation en intégrant l'évaluation du soutien social et de la composition du réseau social.</p>
--	--	---

Fortin, M. J., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3 édition ed.). Montréal : Chenelière éducation.

i. Grille de lecture critique pour article quantitatif : Meaney-Tavares et al. (2013)

« *Coping and Regulating Emotion: A Pilot study of a modified Dialectical Behavior Therapy group delivered in a college counseling service* »

Inspirée du « Guide pour la critique d'une publication de recherche quantitative » de Fortin & Gagnon (2016).

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à poser pour faire une critique des publications de recherche	Réponses
TITRE	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise-il clairement les concepts clés et la population étudiée ? 	<p>P = étudiants universitaires, sous-entendu par « <i>college counseling service</i> » I = thérapie comportementale dialectique C = pas de mention dans le titre O = capacités de <i>coping</i> et régulation émotionnelle</p>
RÉSUMÉ	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? 	<p>Oui,</p> <p>De plus, la méthode, est également mentionnée, en expliquant les 17 étudiants universitaires atteints de TPB ont participé au programme pilote de 8 semaines basé sur le programme TCD de Linehan (1993).</p> <p>Concernant les résultats, une réduction statistique significative a été observée en matière de dépression et concentrant les traits du TPB, notamment l'automutilation, les tentatives de suicide et une augmentation des capacités d'adaptation. Il n'y a pas de réduction de l'anxiété.</p> <p>Finalement, la discussion est évoquée en mentionnant que les groupes version raccourcie de développement des compétences basés sur la TCD peuvent constituer une alternative efficace et rentable.</p>
INTRODUCTION PROBLÉMATIQUE /		
Énoncé du problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Quel est le problème ou le sujet de l'étude ? Est-il clairement formulé ? Le problème est-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ? 	<p>1) Oui, le problème de l'étude est clairement formulé « this study sought to explore these variables via moderated mediation, investigating the mediating influence of coping styles on the association between BPD symptoms and social role dysfunction and if these associations were further moderated by gender” p227. Elle vise à explorer le rôle médiateur des stratégies de coping dans l'association entre les</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? 	<p>symptômes sévères du TPB et les difficultés d'ajustement social et s'il y a des différences entre les hommes et femmes.</p> <p>2) Oui, le problème est justifié car les TPB rencontrent des difficultés dans leurs relations sociales et la littérature montre que les stratégies de coping ont un impact sur la gestion du stress et que cela peut varier selon le genre.</p> <p>3) Oui, car les TPB rencontrent souvent des difficultés dans leur fonctionnement social qui persistent malgré les interventions impactant la qualité de vie. Cela permettrait de mieux cibler les interventions thérapeutiques et adapter les approches cliniques et besoins spécifiques. Donc elle vise à améliorer la prise en charge et à l'évolution dans les pratiques.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> Les travaux de recherche antérieurs sont-ils pertinents et rapportés de façon critique ? La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? La recension s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ? 	<p>1) Oui, les auteurs utilisent des exemples des travaux de recherche antérieurs qui sont pertinents. Tout d'abord, les auteurs citent des plusieurs études concernant le TPB, sa chronicité, la prévalence du trouble ou encore l'efficacité des UCS pour les troubles de l'axe 1 comme anxiété et dépression et non ceux de l'axe 2 (Gunderson et al., 2011 ; Zanarini et al., 2011 ; Gilbert, 1992) (p. 4-5). De plus, les auteurs présentent d'autres recherches portant sur la critique concernant le traitement de TPB classique qui est généralement plus long et coûteux et donc peu accessibles aux étudiants alors que la prévalence des troubles dans cette population est élevée (Frith & Frith, 2006 ; Linehan, 1993, Young, 1994).</p> <p>2) Oui, la recension des écrits fournit une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche. Tout d'abord, comme déjà mentionné plus haut il y a la synthèse par rapport à la chronicité la prévalence de TPB (p. 4). De plus, les auteurs mentionnent également les limites des services de conseil universitaire (p. 5). Les auteurs font référence aux différents traitements du TPB, notamment thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, la thérapie de groupe (p. 6).</p> <p>3) Oui, la recension des écrits s'appuie principalement sur des sources primaires comme : Gunderson et al., 2011 ; Zanarini et al., 2011 ; Linehan, 1993 ; Frith & Frith, 2006 ; Gilbert, 1992 ; Young 1994.</p>

Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? • Un cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des écrits ? Est-il lié au but de l'étude ? • L'absence d'un cadre de recherche est-elle justifiée ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Partiellement, le concept de de Thérapie Comportementale Dialectique (TCD) est décrit de manière conceptuelle à savoir : à qui est destiné cette thérapie, le fait qu'elle repose sur les principes de la science comportementale, les philosophies dialectiques ou la pratique zen, le rôle de TCD ainsi que les différents modules (p. 6). Cependant, les autres concepts comme celui de TPB, stratégies de <i>coping</i> ou encore les régulations émotionnelles sont décrites mais sans définition conceptuelle explicite de manière approfondie, plutôt la description des manifestations cliniques (p. 4-9). 2) Oui, il y a la mention d'un cadre conceptuel clair qui est incorporé à la recension des écrits. Il s'agit du cadre conceptuel focalisé sur TCD selon Linehan (p.6). Les autres concepts présents dans cet article sont reliés à la TCD. L'utilité de la TCD vis à vis des personnes atteintes du TBP est nommé, étant donné qu'elles présentent généralement des déficits dans des domaines comme la tolérance à la détresse, la reconnaissance et la régulation des états émotionnelles problématique, etc. qui sont des compétences inhérentes à la TCD (p. 6). Ce cadre conceptuel est lié au but de l'étude qui est la mise en place du programme "Coping and Regulating Emotions" (CARE) comprenant les 4 modules de TCD avec un contenu adapté aux étudiants universitaires (p. 7) 3) Il n'y a pas d'explications dans l'article concernant le cadre de recherche de type paradigmatique comme positivisme ou post-positivisme et il n'y a pas non une mention concernant la justification concernant son absence.
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses sont-elles clairement énoncées, incluant les variables clés et la population à l'étude ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, les questions de recherche /hypothèses sont clairement énoncées même si pas sous forme de question mais plutôt sous forme d'hypothèse et de but, à savoir : la participation au programme CARE entraîne une diminution des sources autodéclarés de détresse psychologique, des symptômes d'anxiété, de dépression et des comportements liés au trouble borderline ainsi qu'une augmentation des capacités d'adaptation (p. 7) La population à l'étude est mentionné, les variables dépendantes comme l'anxiété, dépression, comportements TPB également, ainsi que la participation au programme CARE et les capacités d'adaptation. 2) Oui, les questions de recherche /les hypothèses reflètent le contenu de la recension des écrits et découlent logiquement du but. Comme

	<ul style="list-style-type: none"> Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? 	<p>mentionné plus haut, les questions de recherche ne sont pas explicitement sous forme de question mais elles sont sous-entendues en lisant le but de l'étude. De plus, les recensions des écrits mettent en évidence la prévalence et la gravité du TPB les limites du traitement classique, le concept de TCD et les besoins des étudiants.</p> <p>3) Oui, les variables de l'étude reflètent les concepts précisés dans le cadre de recherche et découlent de l'état des lieux présenté dans la recension des écrits. Les différentes variables comme les symptômes de dépression, de l'anxiété, traits du TPB ou encore les stratégies de coping et leurs instruments de mesures sont directement reliées aux différents concepts.</p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> Les moyens pris pour préserver les droits des participant-e-s sont-ils adéquats ? L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants ? 	<p>1) Oui, les auteurs précisent que l'étude a reçu l'approbation d'un comité d'éthique (p.10) Tous les participants ont été informés du but de l'étude et de la portée du programme, du caractère volontaire de leur participation, et du fait qu'ils pouvaient se retirer du programme ou retirer leur consentement à l'utilisation de leurs données à tout moment pendant le programme et jusqu'à deux semaines après la fin. Un consentement éclairé a ensuite été obtenu de tous les participants. Aucun n'avantage financier n'a été offert.</p> <p>2) Oui, l'étude a été conçue pour minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants. Les participants ont été recrutés parmi les étudiants déjà suivis par des professionnels de santé (psychologues, psychiatres, ou médecins généralistes avec formation en santé mentale), ce qui garantit un suivi clinique continu et la possibilité de prise en charge rapide en cas de besoin. Un entretien d'inclusion semi-structuré a permis d'évaluer l'histoire psychosociale et clinique, les traitements antérieurs et actuels ainsi que le risque actuel d'auto-mutilation et d'idées suicidaires, pour s'assurer que la participation était appropriée et sécuritaire. Les participants ont également reçu une liste de contacts d'urgence personnalisée, élaborée selon leurs besoins individuels, pour garantir un accès rapide à l'aide en dehors des heures de groupe. Pendant toute la durée du programme, chaque participant devait rester en contact hebdomadaire avec un professionnel référent, assurant ainsi un filet de sécurité supplémentaire. Les deux animateurs du groupe</p>

		étaient des psychologues diplômés et formés à la DBT, ce qui garantit la compétence et la sécurité de l'intervention. Les participants du programme pouvaient se retirer jusqu'à deux semaines après la fin.
Population, échantillon et milieu	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? • Quelle est la méthode d'échantillonnage utilisée pour choisir les participant-e-s à l'étude ? Est-elle appropriée ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? 	<p>1) Oui, à la page 7, tous les étudiants inscrits à l'université ayant reçu un diagnostic de TPB et volontaires. 27 participants potentiels ont été approchés par leur médecin. 23 ont accepté de participer et 17 l'ont terminé. 76,5% étaient des femmes, âge entre 18-28 ans. 70% étaient des étudiants locaux australiens et 30% internationaux, 57% étaient inscrits en licence, 43% en master ou doctorat. Pour le recrutement 70% étaient orientés par un psychologue du service universitaire de conseil et 30% par un médecin généraliste universitaire. 70% prenaient des antidépresseurs, 15% une association d'anti-dépresseur antis psychotropes et des antipsychotiques, et 30% ne prenaient pas de psychotropes ou utilisaient des anxiolytes selon leurs besoins. 14 participants avaient un diagnostic comorbides de trouble dépressif majeur (TDM), 2 avaient un trouble bipolaire et un avait un TDM et une dépendance à une substance.</p> <p>2) Oui c'est l'échantillonnage de convenance qui a été utilisé, elle est appropriée dans ce contexte d'étude pilote interventionnelle, elle permet de recruter rapidement les participants avec les critères d'inclusion pour évaluer la faisabilité et l'efficacité préliminaire du programme.</p> <p>3) Non, l'échantillon n'a pas été déterminée sur une base statistique étant donné que c'est une étude pilote à caractère exploratoire.</p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est le devis utilisé pour l'étude ? Permet-il d'atteindre le but de l'étude ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de minimiser les obstacles à la validité interne et à la validité externe dans l'étude expérimentale ? • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? 	<p>1) Le devis de l'étude est un devis quantitatif quasi expérimental de type étude pilote avec mesures pré et post intervention, sans groupe de contrôle. Les participants ont été évalués à l'aide de questionnaires standardisés (BDI-II, BAI, Coping Scale for Adults, échelle des symptômes BDP) avant le début du programme et à la fin de la dernière séance. L'étude se concentre sur l'évolution des scores des mêmes participants entre le début et la fin du programme CARE, sans comparaison avec un groupe de témoin. Seules les données des personnes ayant suivi l'intégralité du programme de 8 semaines ont été analysées (n=17)</p> <p>1.1) Partiellement, il permet de d'atteindre le but de l'étude, qui est d'évaluer l'efficacité d'un programme TCD modifié pour étudiants avec TPB dans un service universitaire. Le devis permet de mesurer l'évolution</p>

		<p>des symptômes et des stratégies de coping chez les participants entre le début et la fin du programme, ce qui répond à l'objectif principal d'observer un changement après l'intervention. Néanmoins, (limites) l'absence de groupe de contrôle et la petite taille de l'échantillon limitent la capacité à attribuer de façon certaine les changements observés à l'intervention elle-même, car d'autres facteurs extérieurs pourraient expliquer les résultats (biais de confusion, absence de randomisation, validité interne limitée).</p> <p>2) Partiellement, le devis utilisé (étude pilote quasi expérimentale avec mesure pré et post intervention, sans groupe de contrôle) permet d'examiner certaines questions de recherche ou hypothèses, dont celles concernant l'évolution des symptômes et des stratégies de coping chez les participants avec et après l'intervention. Les analyses statistiques (tests t pour échantillon appariés, descriptifs) sont adaptées à ce type de devis pour mesurer les changements au sein du même groupe. Néanmoins, ce devis ne permet pas d'examiner toutes les questions de recherche ou hypothèses, en particulier celles qui nécessiteraient une comparaison avec un groupe de contrôle ou l'exclusion de facteurs confondants. Il n'est donc, par exemple, pas possible de déterminer avec certitude si les changements observés sont uniquement dus à l'intervention ou à d'autres facteurs externes, ce qui limite la portée des conclusions pour certaines hypothèses.</p> <p>3) Non, il ne permet pas de minimiser les obstacles à la validité interne et à la validité externe. Validité interne à ce type de devis est vulnérable aux biais et aux variables confondantes, car il n'y a pas de groupe de contrôle ni de randomisation. C'est alors impossible d'exclure que d'autres facteurs (maturation, événements extérieurs, régression à la moyenne, attentes des participants etc.) aient influencé les résultats observés et non seulement l'intervention elle-même. Validité externe à la généralisation des résultats à d'autres populations ou contexte est limitée, notamment en raison de la petite taille de l'échantillon, de l'absence de groupe contrôle, et du fait que l'étude a été menée uniquement auprès d'étudiants universitaires dans un contexte très spécifique. Le devis n'inclut pas de procédures permettant de contrôler</p>
--	--	---

		<p>ou de réduire ces biais ce qui est explicitement comme une limite dans la méthode et la discussion de l'article.</p> <p>4) Oui, la méthode de recherche proposée est appropriée pour une première exploration du problème posé : évaluer l'effet d'un programme TCD modifié sur les symptômes et les stratégies de coping chez des étudiants universitaires avec le TPB. Les auteurs précisent que les objectifs sont de mesurer l'évolution des symptômes (dépression, anxiété, TPB) et des stratégies de coping avant et après l'intervention à l'aide d'instruments validés (BDI II, BAI, CSA, échelle TPB) Ce type de devis est cohérent avec un objectif de type « évaluer l'effet d'une intervention » dans un contexte pilote, lorsque la faisabilité, l'acceptabilité et l'effet potentiel sont à explorer avant d'envisager une étude contrôlée de plus grande ampleur. Les instruments de mesure sont décrits, validés et adaptés à la population cible, Le processus de collecte de données est détaillé et reproductible.</p>
Mesure des variables et Collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les variables sont-elles définies de façon conceptuelle ? • Les instruments de mesure sont-ils clairement décrits et appropriés (questionnaires, type d'échelles) ? • L'auteur-e indique-t-il-elle si les instruments de mesure ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? les résultats sont-ils présentés ? Y a-t-il lieu d'améliorer la fidélité et la validité des mesures ? 	<p>1) Oui, les variables principales dont la dépression, l'anxiété, les stratégies de coping, les symptômes de troubles de la personnalité borderline sont définies de façon conceptuelle. Chaque variable est rattachée à un concept clinique reconnu et à un instrument de mesure validé.</p> <p>2) Oui, les instruments de mesures sont clairement décrits et appropriés ; Beck Depression Inventory-II (BDI-II) : décrit comme un questionnaire auto-rapporté de 21 items mesurant la sévérité des symptômes dépressifs sur la semaine précédente avec une échelle Likert à 4 points (0 à 3) et des seuils cliniques précisés (« Minimal », « Mild », « Moderate », « Severe »). La fidélité ($\alpha = 0.92$) est indiquée (p.8-9). Beck Anxiety Inventory (BAI) : décrit comme un questionnaire auto-rapporté de 21 items mesurant la sévérité des symptômes d'anxiété sur la semaine précédente, avec une échelle de Likert à 4 points et des seuils cliniques précisés. Les propriétés psychométriques sont mentionnées. (Alpha de Cronbach de .92 à .94, test-retest.75). Coping Scale for Adults (CSA) : décrit comme un inventaire auto-rapporté de 74 items évaluant 18 stratégies de coping, sur une échelle de Likert à 5 points. Les sous-échelles sont listées, la fidélité est rapportée (α de .69 à .92). Échelle des symptômes TPB : une échelle développée par les auteurs, basée sur les 9 critères du DSM-IV-TR, avec la réponse</p>

		<p>oui/non et fréquence, score maximal de 45, et seuils cliniques explicités. La procédure de validation interne est brièvement décrite (comparaison avec les dossiers cliniques). Chaque instrument est présenté avec : le type (auto-questionnaire), le nombre d'items le mode de réponse (Likert), les domaines évalués, les seuils cliniques, et les propriétés psychométriques principales pour les outils validés.</p> <p>3) Oui, l'auteur indique clairement si les instruments de mesure ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés : Beck Depression Inventory-II (BDI-II) à il est précisé que c'est un outil standardisé importé, développé par Beck, Steer & Brown (1996). Beck Anxiety Inventory (BAI) à il est précisé que c'est un outil standardisé importé, développé par Beck & Steer (1990). Coping Scale for Adults (CSA) : il est précisé que c'est un outil standardisé importé, développé par Frydenberg & Lewis (1993). Échelle des symptômes TPB : il est indiqué que cette échelle a été développée par le chercheur spécifiquement pour l'étude (p-9-10).</p> <p>4) Partiellement, les références aux manuels et d'étude psychométriques d'origine sont fournis pour chaque instrument comme pour le BDI-II qui est décrit comme présentant un haut niveau de cohérence interne, le BAI qui a de bonnes propriétés psychométriques avec une cohérence interne entre 0,92 et 0,94 et une fiabilité test-retest ainsi que pour le Coping Scale for Adults qui a été jugés fiable par Frydenberg et Lewis (1993) avec des coefficients alpha compris entre 0,69 et 0,92. Les outils sont issus de la littérature et validés dans des études antérieures cependant ces outils n'ont pas été réévaluée dans cette étude. La fidélité est élevée pour les principaux outils, et inexistante pour l'outil créé pour les besoins de l'étude.</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte de données est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? 	<p>1) Non, le processus de collecte de données n'est pas clairement décrit. A la page 11, il y a la mention concernant les entretiens semi structurés permettant de valider les traits de TPB et d'avoir des informations cliniques ou psychosociales des participants. Mais on ne sait pas qui les a récoltés ni combien de temps cela a pris.</p> <p>2) Même si le premier auteur a consulté les dossiers cliniques de participants afin de vérifier la cohérence des seuils déterminés et le tableau clinique des participants (p. 11), on n'a pas d'informations sur</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ? 	<p>qui a récolté les données, il est donc impossible de se prononcer à ce sujet.</p> <p>3) Oui, la variable indépendante dans cet article est le fait de suivre le programme CARE qui est clairement décrite à la page 10 et a été manualisé.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ? • Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles appropriées au niveau de mesure des variables et à la comparaison entre les groupes ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? 	<p>1) Oui, elles sont précisées pour vérifier chaque hypothèse et répondre aux questions. Les analyses pré et post intervention sont réalisées à l'aide de <i>l'exploratory analyses were performed using</i> SPSS et de t-test pour échantillons appariés. Pour d'autres variables catégorielles. Le test de McNemar a été utilisé.</p> <p>2) Oui, car ils ont utilisé le test t pour les échantillons appariés pour comparer les scores avant et après les interventions sur des variables quantitatives continues comme la dépression, les traits de TPB ainsi que l'anxiété. Ce test est adapté pour mesurer l'évolution d'un même groupe à 2 temps différents ce qui correspond à l'objectif de l'étude. Pour les variables catégorielles, le test McNemar est utilisé afin de comparer la proportion de participants dans une catégorie clinique avant et après l'intervention. C'est adapté pour analyser les variables catégorielles dichotomiques lorsque c'est répété sur les mêmes sujets.</p> <p>3) Non car il n'y a aucune mention dans l'article que des variables confondantes comme les comorbidités, les traitements médicamenteux ou d'autres caractéristiques sociodémographiques ont été intégrées dans le modèle statistique ou contrôlées lors des analyses. Elles se limitent à des comparaisons pré/post intervention sur les mêmes participants et il n'y a pas d'ajustement pour les facteurs confondants potentiels. Dans les limites les auteurs évoquent le fait d'avoir eu un suivi individuel en parallèle pourrait avoir une influence sur les résultats, mais cela n'a pas été testé.</p>
RÉSULTATS		
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ? • Quelles sont les informations présentées dans les tableaux et les figures ? 	<p>1) Partiellement, les résultats sont présentés à l'aide de tableaux à la page 21 le tableau 1 présente les statistiques descriptives (moyennes, écarts-types, teste t, p, intervalles de confiance, et carré) pour chaque mesure avant et après l'intervention. Le tableau 2 détaille les pourcentages de participants dans chaque catégorie de sévérité avant et après l'intervention. Néanmoins, il n'y a pas de figures présentes dans l'article.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Les résultats sont-ils significatifs d'un point de vue statistique et clinique ? 	<p>2) Le tableau 1 (p.21-22) présente les moyennes et écarts-types des scores pré et post-traitement pour toutes les mesures (BDI-II, BAI, BDP et différentes stratégies de coping). Il inclut aussi les résultats des tests statistiques (t,p,intervalles de confiance à 95%, eta carré) pour chaque variable évaluée. Le tableau 2 (p.23) montre les pourcentages de participants dans chaque catégorie de sévérité (minimal, mild, moderate, severe) pour chaque domaine clinique (BDI, BAI, BDP) avant et après l'intervention, ainsi que les changements de pourcentage observés.</p> <p>3) Oui, les résultats montrent des réductions statistiquement significatives pour la dépression (BDI-II : $t(16) = 4.47, p < .01, \eta^2 = .56$) et les symptômes de trouble de la personnalité borderline (BDP : $t(9) = 3.90, p = .01, \eta^2 = .63$), ainsi qu'une augmentation significative de certaines stratégies de coping → exemple : « <i>solving problems</i> » : $t = -2.88, p = .01, \eta^2 = .48$; « <i>protect self</i> » : $t = -3.27, p = .01, \eta^2 = .54$; « <i>self-blame</i> » : $t = 2.27, p = .04, \eta^2 = .36$; « <i>professional help</i> » : $t = -2.17, p = .05, \eta^2 = .34$ » page 21-22. Pour l'anxiété (BAI) il n'y a pas de différence statistiquement significative ($t(16) = 1.13, p = .21, \eta^2 = .07$) page 21.</p> <p>3.1) Partiellement d'un point de vue clinique, il y a une diminution du pourcentage de participants dans la catégorie « sévère » pour la dépression (de 64,7% à 17.6%) et pour le BPD (de 64,7% à 5.9%), ce qui indique une amélioration clinique notable (p.23). Cependant pour l'anxiété la proportion de participants dans la catégorie "sévére" e" reste stable (29.4% avant et après), ce qui ne montre pas d'amélioration clinique pour ce domaine (p.23). Il est dit dans l'interprétation des résultats que la période d'examens suivait la fin de l'intervention et que cela aurait pu influencer la donne.</p>
DISCUSSION		
Interprétation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou des hypothèses ? Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? L'interprétation et les conclusions sont-elles 	<p>1) Oui, dans la discussion les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche. L'approche TCD et les objectifs du programmes CARE sont rappelés et mis en lien avec les résultats observés. → « <i>The results of the current study may generate some optimism in that a relatively short-term intervention for people with BPD can exact some positive change with regard to a decrease in depressive symptoms, number or severity of BPD symptoms, and an increase in coping strategies; specifically focussing on problem solving, help-seeking, protecting self,</i></p>

	<p>conformes aux résultats d'analyses ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les limites de l'étude ont-elles été établies ? • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? • L'auteur-e fait-il-elle des recommandations pour les recherches futures ? 	<p><i>and decreasing self-blame. No significant results were obtained for anxiety symptom scores, and the greater proportion of coping strategies, including those that the DBT-based intervention specifically targeted, such as improving relationships and seeking relaxing diversions (Linehan, 1993a). However, there were positive trends on all measures, suggesting null results may be a result of inadequate power, and thus lending support to the success of the intervention. » (p.13)</i> Les différentes hypothèses/questions sont aussi reprises et discutées : la diminution de la dépression et des symptômes TPB est reliée aux attentes de l'étude, tandis que l'absence d'effet sur l'anxiété est expliquée et discutée par rapport au contexte du recueil de données et des examens.</p> <p>2) Oui, l'article compare explicitement ses résultats avec ceux d'études antérieures menées sur le même sujet : « <i>As the current study represents the first known attempt at delivering a modified DBT group to a university student population, the findings of a reduction in symptoms of depression are promising. BPD and Mood Disorders have a high comorbidity and characteristically improve over long-term (1 year plus) interventions where both conditions are present (Stone, 2006). However, in the current study, over an eight-week period the mean scores indicated a statistically significant decrease from the lower end of a severe range of depressive symptoms (29-63) to the upper end of a mild range of symptoms (14-19; Beck, Steer & Brown, 1996), suggesting that short-term interventions may also have therapeutic utility. » (p.13)</i></p> <p>3) Oui, les auteurs disent à « <i>The results of the current study may generate some optimism in that a relatively short-term intervention for people with BPD can exact some positive change with regard to a decrease in depressive symptoms, number or severity of BPD symptoms, and an increase in coping strategies; specifically focussing on problem solving, help-seeking, protecting self, and decreasing self-blame. No significant results were obtained for anxiety symptom scores, and the greater proportion of coping strategies, including those that the DBT-based intervention specifically targeted, such as improving relationships and seeking relaxing diversions (Linehan, 1993a). However, there were</i></p>
--	--	---

		<p><i>positive trends on all measures, suggesting null results may be a result of inadequate power, and thus lending support to the success of the intervention.</i> » (p.13) Les conclusions sur l'efficacité du programme pour la dépression, les symptômes TPB et certaines stratégies de coping, ainsi que l'absence de résultats significatifs pour l'anxiété, correspondent exactement aux analyses statistiques présentées dans la section résultats.</p> <p>4) Oui, les limites de l'études sont établies. Les auteurs mentionnent → (p.16) L'une des limites de l'étude était qu'il était très peu probable que les résultats puissent être généralisés en dehors du cadre universitaire. L'échantillon de la présente étude était principalement composé d'étudiants universitaires très performants, vivant chez leurs parents ou avec leur partenaire, et ayant des objectifs spécifiques et relativement réalisables à atteindre. Cela est moins probable dans les groupes cliniques ambulatoires de TCD, où ces facteurs de protection peuvent être absents. D'autres limites concernent l'absence d'un groupe témoin et d'évaluations de suivi à long terme. De plus, la taille de l'échantillon dans chaque groupe était petite, avec respectivement quatre, huit et cinq participants, ce qui rendait difficile toute généralisation, même au sein de la population universitaire plus large des étudiants atteints de TPB. Étant donné que le programme <i>CARE</i> était une étude pilote, une reproduction est nécessaire pour pallier ces limites. Un essai contrôlé randomisé pourrait permettre d'isoler les effets de la participation au programme <i>CARE</i> par rapport aux facteurs extérieurs inhérents au protocole du programme, tels que le suivi individuel concomitant. Ces limites concernent la généralisable limitée à d'autres contextes que l'université, l'absence de groupe contrôle, l'absence de suivi à long terme, la petite taille de l'échantillon, la nécessité de répliquer l'étude. (p.16)</p> <p>5) Oui, les auteurs résument que l'intervention a permis une diminution significative des symptômes dépressifs et des traits de la personnalité borderline, ainsi qu'une augmentation de certaines stratégies de <i>coping</i>, ce qui correspond aux résultats statistiques.</p> <p>6) Oui, les auteurs indiquent que les résultats de l'étude suggèrent qu'un traitement de groupe à court terme pour les étudiants universitaires</p>
--	--	---

		<p>atteints de TPB pourrait constituer une modalité thérapeutique efficace et rentable pour les services de counseling universitaires. Ceci en proposant un traitement de groupe aux étudiants universitaires atteints de TPB, on pourrait réduire le nombre de « crises » que les conseillers doivent résoudre et minimiser l'impact sur les autres clients qui doivent être reprogrammées pendant ces événements. Le TTT au sein du service de conseil réduit la charge financière qui représentent les traitements efficaces pour les étudiants atteints de TPB et pour l'université elle-même. Les auteurs ajoutent que ce type de programme pourrait être adapté rapidement à d'autres contextes universitaires et qu'il répond à un besoin spécifique de cette population. Les auteurs mentionnent aussi que ce type d'intervention pourrait aider à répondre aux besoins thérapeutiques des étudiants avec un TPB tout en minimisant la détresse liée à la difficulté d'obtenir une référence externe appropriée.</p> <p>7) Oui, l'auteur fait des recommandations explicites pour les recherches futures : Ils disent qu'étant donné que le programme <i>CARE</i> était une étude pilote, il convient de le reproduire afin de pallier ces limites. Un essai contrôlé randomisé pourrait permettre de distinguer les effets de la participation au programme <i>CARE</i> des facteurs extérieurs inhérents au protocole du programme, tels que le suivi individuel concomitant.</p>
--	--	---

LFortin, M. J., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3 édition ed.). Montréal : Chenelière éducation.

j. Grille de lecture critique pour article quantitatif : Barnicot et al. (2016)

“Skills use and common treatment process in dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder”

Inspirée du « Guide pour la critique d’une publication de recherche quantitative » de Fortin & Gagnon (2016).

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à poser pour faire une critique des publications de recherche	Réponses
TITRE	<ul style="list-style-type: none"> Le titre précise-il clairement les concepts clés et la population étudiée ? 	<p>P = personnes ayant un trouble de la personnalité type borderline I = utilisation des compétences et processus thérapeutique dans la thérapie comportementale dialectique C= aucune comparaison O = pas explicitement précisé</p>
RÉSUMÉ	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? 	<p>Oui, le problème est indiqué est d’évaluer si l’utilisation des compétences enseignées en thérapie comportementale dialectique (TCD) est associée l’automutilation et au <i>drop-out</i>.</p> <p>Le modèle multiniveau test s’il y a des associations entre l’alliance thérapeutique, la crédibilité du traitement perçue et l’auto-efficacité et le variables pré-cités à différents temps (tous les 2 mois pendant un an) chez 70 patients avec un TPB qui suivent une DBT.</p> <p>Le résultat montre que l’utilisation moins fréquente des compétences est mise en lien avec un risque plus haut d’abandon du traitement alors que si elles sont plus souvent utilisées en plus d’une meilleure auto-efficacité, cela diminuerait l’automutilation. La crédibilité du traitement et l’alliance ne sont pas associés à cet effet, ni au <i>drop-out</i>.</p> <p>Pour la discussion/conclusion est mis en avant que la pratique des compétences DBT et le développement de l’auto-efficacité sont important et partiellement indépendant de la TCD</p>
INTRODUCTION PROBLÉMATIQUE	/	

Énoncé du problème de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est le problème ou le sujet de l'étude ? Est-il clairement formulé ? • Le problème est-il justifié dans le contexte des connaissances actuelles ? • Le problème a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, dans l'introduction cela est clairement formulé, il y a 3 questions de recherche qui sont le lien entre l'utilisation des compétences TCD, les processus thérapeutiques communs, l'automutilation et l'abandon du traitement. L'objectif est donc de déterminer les rôles spécifiques de l'utilisation des compétences DBT hors des effets généraux des autres facteurs thérapeutiques. 2) Oui, car malgré les connaissances actuelles sur plusieurs traitements psychologiques pour les TPB, les traitements peu étudiés. L'efficacité de la TCD montre son efficacité, sans savoir cela vient, des compétences spécifiques enseignées ou des facteurs thérapeutiques communs à plusieurs approches. Il y a des lacunes de littératures scientifiques. P 148 3) Oui, à la psychothérapie des TPB car pour mieux comprendre les mécanismes précis de la afin d'améliorer les traitements et cibler les interventions. Malgré les différentes approches utilisés les résultats sont similaires c'est pour cela qu'il est important de différencier les processus thérapeutiques spécifiques des communs.
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Les travaux de recherche antérieurs sont-ils pertinents et rapportés de façon critique ? • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? • La recension s'appuie-t-elle principalement sur des sources primaires ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, les chercheurs utilisent des exemples des travaux de recherche antérieurs qui sont pertinents par rapport à l'efficacité de la thérapie comportementale dialectique (TCD). Les auteurs citent par exemples les travaux de Kliem (2010) afin de démontrer que leur méta-analyse suggère un effet modéré en faveur de TCD afin de réduire le suicide et l'automutilation (p. 147). Les auteurs mentionnent également que la thérapie basée sur la mentalisation, la thérapie centrée sur les schémas ou la thérapie centrée sur le transfert obtiennent des résultats comparables (p. 148). Cependant, les auteurs mentionnent différents GAP comme le fait que l'association entre la crédibilité du traitement et l'auto-efficacité avec les résultats du traitement dans TCD n'a pas encore été étudiée ou que la relation entre l'utilisation des compétences et les processus thérapeutiques communs n'a pas été évaluée (p. 148) 2) Oui, la recension des écrits fournit une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche. Comme mentionnée plus hauts, grâce aux différents travaux de recherches antérieurs tout en identifiant certains GAP et lacunes par rapport à la problématique. A la fin de la partie introduction, les auteurs mentionnent qu'il est ainsi important de

		<p>déterminer l'interrelation entre l'utilisation des compétences TCD et les processus thérapeutiques communs et également déterminer si l'utilisation des compétences TCD est associée à de meilleurs résultats indépendamment des processus thérapeutiques communs.</p> <p>3) Oui, la recension des écrits s'appuie principalement sur des sources primaires comme : Bateman & Fonagy, 2009 ; Clarkin et al., 2007 ; Giesen-Bloo et al., 2006 ; Turner, 2000 ; Spinhoven et al., 2007, etc.</p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? • Un cadre théorique ou conceptuel est-il explicite ou incorporé à la recension des écrits ? Est-il lié au but de l'étude ? • L'absence d'un cadre de recherche est-elle justifiée ? 	<p>1) Oui, les concepts sont mis en évidence et définis sur le plan conceptuel. Tout d'abord le concept central portant sur l'utilisation des compétences TCD est clairement défini à la page 147 en démontrant les fonctions de TCD. Il y également la définition des autres concepts qui sont l'auto-efficacité, l'alliance thérapeutique et crédibilité du traitement (p. 148).</p> <p>2) Oui, tout d'abord il y a la présentation du cadre théorique cognitivo-comportemental de Linehan (1993) et le fait que la TCD se base sur cette théorie (p. 147). De plus, l'article présente également la théorie sur les facteurs thérapeutiques communs de Frank&Frank (1991) et Wampold (2001). Finalement, le but de l'étude présenté à la fin de l'introduction est en lien avec ces deux théories (p. 148).</p> <p>3) Il n'y a pas d'explications dans l'articles concernant le cadre de recherche de type paradigmatique comme positivisme ou post-positivisme, mais on peut le présumé étant de donné que c'est une étude quantitative.</p>
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses sont-elles clairement énoncées, incluant les variables clés et la population à l'étude ? • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? 	<p>1) Oui, il y a plusieurs questions de recherches :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une utilisation plus fréquente des compétences TPB est-elle associée à une perception plus positive de la crédibilité du traitement, de l'alliance thérapeutique et de l'auto-efficacité, et vice versa ? - L'utilisation des compétences TPB, la crédibilité du traitement, l'alliance thérapeutique et l'auto-efficacité sont-elles indépendamment associées à un taux plus faible d'automutilation ? - L'utilisation des compétences TPB, la crédibilité du traitement, l'alliance thérapeutique et l'auto-efficacité sont-elles indépendamment associées à une probabilité plus faible d'abandon du traitement au cours des deux mois suivants ?

Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour préserver les droits des participant-e-s sont-ils adéquats ? • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et à maximiser les bénéfices pour les participants ? 	<p>1) Oui, toutes les procédures de l'étude ont été approuvées et supervisées par le comité d'éthique de la recherche communautaire de Camden et Islington, Londres, Royaume-Uni. Les chercheurs ont obtenu le consentement éclairé des participants et ont mené un entretien initial sélectif.</p> <p>2) Oui, l'étude a été conçue avec des garanties cliniques, méthodologiques et éthiques claires permettant de minimiser les risques et de maximiser les bénéfices pour les participants. Le traitement proposé est une intervention thérapeutique validée, le service a été lancé en 2003 et propose un programme de TCD (thérapie comportementale dialectique) d'une durée de douze mois. Tous les thérapeutes ont été formés par le prestataire de formation officiel du développeur du traitement (Behaviour Tech). Les participants avaient une prise en charge TCD dans un service spécialisé. Pour éviter les risques psychologiques ou physiques, il y avait des entretiens réguliers et des questionnaires auto-rapportés sans manipulation clinique supplémentaire. p149</p>
Population, échantillon et milieu	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? • Quelle est la méthode d'échantillonnage utilisée pour choisir les participant-e-s à l'étude ? Est-elle appropriée ? • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? 	<p>1) La population visée est définie de façon précise : les participants ont été inclus s'ils : (1) avaient reçu un diagnostic de TPB, (2) s'étaient automutilés au cours des 12 mois précédant leur recrutement, (3) avaient intégré un programme de thérapie comportementale dialectique, (4) avaient assisté à au moins une séance de groupe sur les compétences de TPB et avaient effectué au moins une évaluation de l'utilisation de ces compétences. Les critères d'exclusion sont également précisés : les seuls critères d'exclusion étaient des difficultés d'apprentissage ou des difficultés linguistiques en anglais suffisamment graves pour empêcher de remplir les questionnaires de l'étude. Certains patients étaient inclus dans une autre étude.</p> <p>1.1) Partie résultats : Oui, l'échantillon final est composé de 70 participants qui avaient assisté à au moins un groupe de compétences TCD et fourni au moins une évaluation de l'utilisation des compétence TCD. L'échantillon est composé de 63 femmes (90%) et 7 hommes (10%) avec un âge moyen de 32 ans (écart-type de 10,6). 22 participants (32%) avaient un emploi, et l'origine ethnique la plus courante était blanche (60%), suivie par sud-asiatique (19%), noire (14%), métisse (6%) et est-asiatique (1%). Les comorbidités courantes comprenaient le trouble</p>

		<p>dépressif majeur (74 %), le trouble de stress post-traumatique (56 %), le trouble obsessionnel-compulsif (52 %), le trouble psychotique (36 %), le trouble panique (31 %), la dépendance à l'alcool (36 %) et la dépendance à des substances (29 %). Le score moyen de gravité du TPL à l'inclusion (ZAN-BPD) était de 17,3 (écart-type 6,3). Soixante-seize pour cent des patients recevaient un traitement psychiatrique à l'inclusion.</p> <p>2) Non, l'article ne mentionne pas la méthode d'échantillonnage utilisé. A la page 149 de l'article, nous pourrions supposer qu'il s'agit d'un échantillon par recrutement de convenance, mais cela n'est pas nommé de manière distincte.</p> <p>3) Non, la taille de l'échantillon n'est pas justifiée sur une base statistique. Aucune information présente dans l'article.</p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est le devis utilisé pour l'étude ? Permet-il d'atteindre le but de l'étude ? • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? • Le choix du devis permet-il de minimiser les obstacles à la validité interne et à la validité externe dans l'étude expérimentale ? • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? 	<p>1) Oui, il s'agit d'une étude longitudinale menée auprès d'une cohorte de participants recevant un TCD pour un TPB avec automutilation. Le devis utilisé est un devis quantitatif longitudinal.</p> <p>1.1) Oui, le devis longitudinal est adapté pour répondre au but de l'étude, ce qui est d'évaluer si l'utilisation des compétences TPB est associée à des résultats thérapeutiques positifs indépendamment des processus thérapeutiques courants.</p> <p>2) Oui, le devis permet d'examiner toutes les questions de recherche (cf questions de recherche) grâce à un suivi temporel rigoureux et des méthodes statistiques adaptées aux hypothèses posées. Le devis permet de tester toutes les relations entre les variables, les effets temporels (grâce aux 2 mois d'intervalle) ainsi que les effets indépendants de chaque variable indépendante.</p> <p>3) Partiellement, le devis permet de réduire les obstacles à la validité interne, mais pas complètement car il n'inclut pas de randomisation, ni de groupe de comparaison, ni de justification de la représentativité, ce qui limite la validité externe.</p> <p>4) Oui, la méthode longitudinale choisie est appropriée pour étudier le problème posé, car elle permet d'examiner les relations entre les processus thérapeutiques et les résultats cliniques dans les temps.</p>

		Méthode qui permet de suivre l'évolution des variables dans le temps ce qui est nécessaire pour explorer les relations temporelles.
Mesure des variables et Collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les variables sont-elles définies de façon conceptuelle ? • Les instruments de mesure sont-ils clairement décrits et appropriés (questionnaires, type d'échelles) ? • L'auteur-e indique-t-il-elle si les instruments de mesure ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? • La fidélité et la validité des outils de mesure sont-elles évaluées ? les résultats sont-ils présentés ? Y a-t-il lieu d'améliorer la fidélité et la validité des mesures ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, comme déjà mentionné dans la partie de cadre de recherche toutes les variables/concepts sont définies de façon conceptuelle dans la partie introduction de l'article. 2) Oui, les instruments de mesure sont clairement décrits dans la partie méthode et mesures en prenant chaque variable et en expliquant la mesure de manière détaillée, et validés en termes psychométriques (p. 149- 150). Ces instruments de mesure sont en adéquations avec la méthodologie longitudinale de l'étude. 3) Oui, les auteurs indiquent clairement si les différents instruments de mesure ont été créés pour le besoin de l'étude ou s'ils sont importés. Par exemple, le questionnaire mesurant la fréquence d'utilisation des compétences TCD a été créé dans le cadre de cette étude afin d'optimiser la validité apparente testée auprès des patients et thérapeutes TCD (p. 149). Les autres échelles comme celle de "Generalized Self-Efficacy", "Scale to Assess Therapeutic Relationships in Community Mental Health Care : Patient Version (STAR-P)", "Treatment Credibility Scale" se sont des échelles importées et déjà validées. 4) Oui, la fidélité et la validité de chaque outil de mesure sont bien évaluées. Les instruments de mesures "Generalized Self-Efficacy", "Star-P", "Skills Use", "Treatment Credibility" leur fidélité a été évaluée grâce à l'Alpha de Cronbach et à l'ICC (p.149-150). A la page 154, les chercheurs évoquent que l'utilisation des compétences doit être évaluée à l'aide de mesures qui n'utilisent pas la terminologie spécifique à la TCD.
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte de données est-il décrit clairement ? • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Partiellement, l'intervention TCD est décrite comme un programme de 12 mois de TCD avec 1 heure de thérapie individuelle par semaine, 2 heures de formation en groupe par semaine, coaching téléphonique en dehors des heures de travail. C'est appliqué de manière constante, avec supervisons et contrôle de fidélité au modèle. Appliquée et décrite clairement.

	<ul style="list-style-type: none"> • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ? 	
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles précisées pour répondre à chaque question ou pour vérifier chaque hypothèse ? • Les méthodes d'analyse statistique utilisées sont-elles appropriées au niveau de mesure des variables et à la comparaison entre les groupes ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, il a été choisi en amont de l'étude. Le modèle mixte multiniveaux a été utilisé et adapté aux variables dépendantes. Les variables dépendantes et indépendantes ont été identifiées à l'avance comme pour la fréquence des automutilations, l'abandon du traitement 2) Oui, les auteurs ont adapté leurs tests statistiques en lien avec les variables étudiées (fréquence, score, dichotomique) et des comparaisons entre groupes. Variables de comptage : une régression de Poisson mixte est utilisée pour compter les nombres « d'événements ». Pour les variables continues une régression linéaire à effets mixtes a été choisie et cela correspond au niveau de mesure, c'est le test standard pour les scores numériques. Pour les variables binaires une régression logistique à effets a été utilisé. 3) Oui, les facteurs qui influencent les résultats comme dans le modèle principal pour la fréquence des automutilations ont été entrés dans modèle les caractéristiques sociodémographiques et cliniques lié à l'automutilation dans les analyses simples ainsi que pour avoir terminé ou non le programme TCD. Concernant l'analyse du risque d'abandon du traitement, le modèle a été ajusté en lien avec le sexe. (Les hommes plus susceptible de stopper le traitement)
RÉSULTATS		
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures ? • Quelles sont les informations présentées dans les tableaux et les figures ? • Les résultats sont-ils significatifs d'un point de vue statistique et clinique ? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oui, les résultats sont adéquatement présentés à l'aide de tableaux et d'une figure claire. 2) Les tableaux et la figure présentent dans l'article incluent → Tableau 1 : la fréquence d'utilisation des compétences TPB, l'automutilation, la crédibilité du TTT, l'alliance thérapeutique, l'auto-efficacité. Tableau 2 : l'utilisation des compétences de TPB, l'alliance thérapeutique, l'auto-efficacité, la crédibilité perçue du TTT. Avec leurs interrelations, n, valeurs p, IC 95%. Tableau 3 : les résultats univariés et multivariés, l'effet de chaque facteur (<i>skill use, alliance, crédibilité, auto-efficacité</i>) sur la fréquence d'automutilation. Ajustement pour les caractéristiques sociodémographiques et cliniques, donne les incidences rate ratios, IC

		<p>et valeurs p. Tableau 4 : présente les odds ratios (bruts et ajustés) pour la probabilité d'abandon du traitement en fonction des compétences TPB utilisées (2 mois avant), facteurs thérapeutiques communs, variables de base (sexe, âge) Figure 2 : illustre graphiquement les liens temporels entre les variables de processus et fréquence d'automutilation. Inclut les coefficients, IC, p, et indique les effets significatifs.</p> <p>3) Partiellement, plusieurs résultats sont statistiquement significatifs comme en témoignant les valeurs p dans les tableaux : <i>skills use associer à moins d'automutilation</i>. « <i>Frequency of DBT skills use (concurrent): IRR = 0.97 (0.94–0.99), p = 0.04</i> ». <i>Sel-efficacy associé à moins d'automutilation</i> : « <i>Self-efficacy (concurrent): IRR = 0.91 (0.85–0.97), p < 0.01</i> » <i>Skills use prédit moins de dropout</i> : « <i>Frequency of DBT skills use (2 months prior): OR = 0.92 (0.86–0.98), p = 0.02</i> ». Les résultats sont significatifs sur le plan statistique, avec plusieurs associations dont les valeurs p sont <0.05.</p>
DISCUSSION		
Interprétation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou des hypothèses ? • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? • Les limites de l'étude ont-elles été établies ? • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? 	<p>1) Partiellement, les résultats ne sont pas systématiquement interprétés en fonction du cadre de recherche pour chacune des questions ou des hypothèses. L'interprétation des résultats est structurée autour des grandes variables étudiées, mais il n'y a pas de reprise explicite et détaillée du cadre de recherche pour chaque question ou hypothèse.</p> <p>2) Oui, il est indiqué que les résultats sont en accord avec les études antérieures sur l'utilisation des compétences TPB et la diminution de l'automutilation chez les personnes avec TPB. Il est également mentionné dans l'article que les résultats sont cohérents avec des recherches antérieures sur l'efficacité dès de la <i>self-efficacy</i> dans d'autres troubles. (p.154)</p> <p>3) Oui, l'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyse présentés. « <i>DBT skills use and self-efficacy are each independently associated with less frequent self-harm in clients with BPD, whilst DBT skills use also independently predicts a lower likelihood of subsequently dropping out of treatment.</i> » (p.155) Cette conclusion correspond aux résultats statistiques détaillés dans les</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • L'auteur-e fait-il-elle des recommandations pour les recherches futures ? 	<p>tableaux 3 et 4 qui montrent que l'utilisation des compétences TPB prédit un moindre risque d'abandon du traitement.</p> <p>4) Oui, les limites de l'étude ont été établies dans la partie discussion de l'article. A la page 154 de l'article, il est mentionné : « <i>a limitation was that the measure of skills use relied on participants' familiarity with DBT terminology such as 'mindfulness' and 'distress tolerance' (although reminders of the names of the skills within each category were given). This meant that a comparative assessment of skill use in individuals receiving control treatments was not possible, and thus the mediating effect of skill use on the treatment effect itself could not be determined.</i> » D'autres limites sont aussi discutées, comme l'influence possible de l'état émotionnel des participants sur leurs réponses, le fait que des données n'ont pas pu être collectées à tous les temps de mesure, le taux élevé d'abandon, la faible représentativité des hommes dans l'échantillon, et la taille de l'échantillon insuffisante pour certains types d'analyses statistiques.</p> <p>5) Oui, les conclusions sont directement alignées avec les résultats de l'analyse à « <i>DBT skills use and self-efficacy are each independently associated with less frequent self-harm in clients with BPD, whilst DBT skills use also independently predicts a lower likelihood of subsequently dropping out of treatment.</i> » (p.155) Cette affirmation reprend exactement ce qui a été démontré dans les résultats statistiques. Il a également une précision que la direction de l'association entre l'utilisation des compétences TCD et l'automutilation nécessite des recherches supplémentaires, ce qui correspond aux limites méthodologiques discutées dans l'article.</p> <p>6) Oui, les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique sont abordées dans la discussion de l'article. Il est indiqué que la pratique régulière des compétences TPB et le renforcement du sentiment d'auto-efficacité pourraient constituer des processus thérapeutiques importants et partiellement indépendants en thérapie dialectique comportementale pour le Tcd. à « <i>Practising the DBT skills and building an increased sense of self efficacy may be important and partially independent treatment processes in dialectical behaviour therapy.</i> » (p.155) Cela implique que pour la pratique</p>
--	---	---

		<p>clinique, il serait pertinent que les cliniciens mettent l'accent sur l'apprentissage et l'utilisation régulière des compétences TCD ainsi que sur le développement de l'auto-efficacité chez les patients, afin de réduire l'automutilation et de limiter le risque d'abandon du traitement. Il est également suggéré que les cliniciens pourraient choisir de se concentrer sur le renforcement de l'auto-efficacité liée aux compétences, car les deux variables sont associées et ont des effets partiellement indépendants sur les résultats cliniques.</p> <p>7) Oui, les auteurs font des recommandations pour les recherches futures, ils disent à « <i>Further research on treatment processes in DBT should use structural equation modelling to disentangle the temporal ordering of the interrelationship between treatment process variables and treatment outcome. Skills use should be assessed with measures that do not use DBT-specific terminology, such as the Ways of Coping Checklist (Neacsiu, Rizvi, Vitaliano, Lynch, & Linehan, 2010) and measured in the control arm participants of future randomised controlled trials in order to determine whether it mediates the effect of receiving DBT on self-harm and other outcomes. Further research should also evaluate what clinicians can do to optimally support DBT clients to learn and use the skills, and to enhance their self-efficacy.</i> » (p.155) D'autres propositions sont également formulées concernant l'étude des processus thérapeutiques dans d'autres modèles que la TCD, l'exploration de profils de patients spécifiques, et l'évaluation de nouvelles stratégies de soutien à l'apprentissage des compétences.</p>
--	--	---

Fortin, M. J., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3 édition ed.). Montréal : Chenelière éducation.

Annexe VI : Tableau revue de littérature des articles sélectionnés

Auteurs	Pays	Année	Question de recherche	Objectifs	Devis de recherche	Population cible	Instrument de mesures	Résultats	Recommandations	Commentaires
Amanda Vandyk, Andrea Bentz, Sarah Bissonnette, Caitlyn Cater	Canada	2019	Pourquoi les personnes ayant un trouble de la personnalité borderline (BPD) se rendent-elles fréquemment aux urgences psychiatriques ?	Explorer les motivations et expériences des personnes vivant avec un TPB qui consultent régulièrement aux urgences, afin de mieux comprendre leurs raisons	Étude qualitative basée sur l'analyse phénoménologique interprétative (IPA)	6 personnes adultes (5 femmes, 1 homme) avec un diagnostic TPB ayant eu au moins entre 13 et 27 visites aux urgences en une année pour des raisons de santé mentale	Entretiens semi-structurés enregistrés et transcrits et analyse thématique manuelle (méthode d'Aronson 1995)	Les visites aux urgences sont déclenchées par la solitude, la perte des émotions intenses, la consommation de substances et des pensées suicidaires. + Recherche d'un lieu sécurisant et d'une validation émotionnelle + services communautaires perçus comme inadéquats ou	Améliorer le soins communautaires et leur accessibilité + former les soignants à une approche empathique envers les personnes TPB + créer des alternatives aux urgences pour gérer la crise	

								inaccessibles + accueil aux urgences souvent stigmatisant, froid voire humiliant.		
Sophie C. Dahlenburg, Diana Bartsch, Jessica A. Giles, Kristy A. Koehne, Judy O'Sullivan	Australie	2023	Comment les personnes vivant avec un TPB perçoivent-elles leur expérience dans un groupe de soutien entre pairs ?	Étudier l'impact subjectif d'un groupe de pairs co-construit pour des personnes atteintes de TPB; sur la connexion avec autrui, leur sentiment de sécurité et le changement personnel et la croissance.	Étude qualitative avec analyse thématique inductive réflexive, entretiens semi-dirigés	22 adultes (21 femmes, 1 homme - 87% des femmes cisgenre et 13% des hommes cisgenres) ayant participé à un groupe de pairs de 10 semaines. (87 % des personnes venaient d'Australie) Tranches d'âge --> 21 à 68 an	Entretiens semi-dirigés individuels par téléphone ou en présentiel + transcriptions analysées thématiquement	Trois thèmes principaux : Croissance personnelle : acquisition d'outils, gain de confiance, empowerment. + Connexion et compréhension : sentiment d'être compris, moins seul, réduction de l'isolement + sécurité émotionnel	Tout d'abord les chercheurs évoquent que des futures recherches pourraient explorer les facteurs contribuant à l'abandon chez les personnes qui ne terminent pas les groupes de paires, car dans l'étude donné les entretiens post-groupe était facultatifs et	

							<p>le (creating safety) : espace bienveillant, sans jugement, avec des animateurs</p> <p>les personnes qui avaient abandonné était moins susceptibles d'être le soutien par le groupe de paires. Pour finir, les chercheurs disent qu'il serait nécessaire de mener des recherches supplémentaires sur les facteurs qui sous-entendent les avantages des groupes de paires en face à face et en ligne (p. 173). interrogées (p. 173). Deuxièmement, les participants</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

									à la recherche étaient principalement des femmes et qu'il manque le point de vue des hommes concernant	
Bond, B., Wright, J., & Bacon, A.	Anglet erre	2017	Le but de cette étude est de comprendre l'efficacité des groupes d'entraide pour les personnes atteintes du TPB. De plus, cette étude a pour but également de déterminer les mécanismes aidant grâce à l'analyse des interactions entre les membres du groupe et	Quelles sont les interactions entre les membres d'un groupe d'entraide qui sont atteints de TPB et les animateurs qui permettent l'auto-assistance ? Et quels sont les ingrédients qui permettent les changements positifs.	Etude qualitative utilisant l'analyse interprétative phénoménologique (en anglais: Interpretative phenomenological analysis (IPA)).	10 personnes (9 femmes et 1 homme) atteintes du trouble de la personnalité é Borderline qui font partie d'un groupe d'entraide.	Réunions de deux heures qui ont collectées des informations nécessaires grâce aux enregistrements audio. 4 entregistres de 2h ont été collectés sur une période de 9 semaines à des fins d'analyse.	Suite aux entretiens il y a trois thèmes qui ont découlés: l'humour, l'éloge et la connaissance expérientielle, permettant aux groupes d'entraides d'être efficaces.	Encourager à utiliser de l'humour affiliatif. Souligner régulièrement les progrès des membres du groupe. Introduire des rituels de check-in et check-out afin de permettre l'expression verbale. , les auteurs évoquent que des investigations longitudinales	

			l'animateur.						es sur les taux de participation et les raisons d'abandon pourrait constituer un domaine d'intérêt pour l'avenir et que d'autres recherches peuvent s'avérer nécessaires afin de développer une théorie globale pouvant être appliquée universellement afin d'améliorer le bien-être des membres (p.644)	
Fiona Donald, Cameron Duff, Jillian Broadbe	Australie	2017	Comment se déroule le processus de rétablissement du point de	Le sujet à l'étude est d'examiner l'effet modérateur du genre sur	Le devis est quantitatif en lien avec une analyse transversale observationnelle avec des mesures auto-rapportées standardisées	233 patients adultes (73 hommes et 160 femmes) en traitement	WISPI-IV : évalue les symptômes des troubles de la	Chez les femmes, 2 stratégies de coping qui font le lien entre la	Intégrer des stratégies de coping adaptées (comme le coping	

ar, Sathya Rao, Katherin e Lawrenc e			vue des consommate urs ?	l'associatio n entre les symptômes du TPB et l'inadaptati on social à travers les mécanisme s d'adaptatio n (p. 230). Ou encore le fait de comprendre les difficultés sociales auxquelles sont confrontés les femmes et les hommes atteints de TPB (p. 227-228).		ambulatoire dans un programme pour troubles de la personnalit é borderline, âge moyen est de 37 ans et ils ont un trouble de la personnalit é dont plus ceux avec des symptômes du trouble borderline	personnalit é, CISS (coping Inventory for Stressful situations): évalue 4 types de coping (tâche, émotions, distraction, diversion sociale), SAS-SR (social adjustment Scale - Self- Report) : évalue la qualité de fonctionne ment dans différents rôles sociaux (travail, famille, relations, ...)	relation, les symptômes du trouble borderline ainsi que la dysfonctio n sociale -- > le coping émotionnel est le plus utilisé et il est plus liée à la dysfonctio n sociale, le coping par diversion sociale --> moins utilisé, son usage est associé à moins de dysfonctio n sociale. Chez les hommes, aucune stratégie de coping n'ont joué de rôle médiateur significatif, le coping	orienté tâche ou le recours à soutien social sain) dans les traitements, travailler en thérapie sur les rôles sociaux et les relations pour améliorer l'adaptation globales, tenir compte du genre dans l'évaluation et l'approche thérapeutiqu e	
--	--	--	--------------------------------	--	--	---	---	---	---	--

								orienté vers la tâche ou la distraction n'a pas eu d'effet médiateur pour aucun sexe.		
Emma M. Carlson, Daniel W. Cox, David Kealy, Alexander L. Chapman, John S. Ogrodnick	Canada	2020	Est-ce que les stratégies de coping expliquent la relation entre les symptômes du trouble borderline et les dysfonctionnements dans les rôles sociaux ?	Le sujet à l'étude est d'examiner l'effet modérateur du genre sur l'association entre les symptômes du TPB et l'inadaptation sociale à travers les mécanismes d'adaptation (p. 230). Ou encore le fait de comprendre les difficultés sociales auxquelles sont	Le devis est quantitatif en lien avec une analyse transversale observationnelle avec des mesures auto-rapportées standardisées	233 patients adultes (73 hommes et 160 femmes) en traitement ambulatoire dans un programme pour troubles de la personnalité é borderline, âge moyen est de 37 ans et ils ont un trouble de la personnalité é dont plus ceux avec des symptômes du trouble	WISPI-IV : évalue les symptômes des troubles de la personnalité é, CISS (coping Inventory for Stressful situations): évalue 4 types de coping (tâche, émotions, distraction, diversion sociale), SAS-SR (social adjustment Scale - Self-	Chez les femmes, 2 stratégies de coping qui font le lien entre la relation, les symptômes du trouble borderline ainsi que la dysfonction sociale -- > le coping émotionnel est le plus utilisé et il est plus liée à la dysfonction sociale, le coping par diversion sociale --> moins utilisé, son	Intégrer des stratégies de coping adaptées (comme le coping orienté tâche ou le recours à soutien social sain) dans les traitements, travailler en thérapie sur les rôles sociaux et les relations pour améliorer l'adaptation globales, tenir compte du genre dans l'évaluation	

				confrontés les femmes et les hommes atteints de TPB (p. 227-228).		borderline	Report) : évalue la qualité de fonctionnement dans différents rôles sociaux (travail, famille, relations, ...)	usage est associé à moins de dysfonction sociale. Chez les hommes, aucune stratégie de coping n'ont joué de rôle médiateur significatif, le coping orienté vers la tâche ou la distraction n'a pas eu d'effet médiateur pour aucun sexe.	et l'approche thérapeutique	
Matson, R., Kriakous, S., & Stinson, M.	Anglet erre	2021	Quelles sont les expériences des femmes diagnostiquées avec un trouble de la personnalité borderline (TPB) utilisant des	Explorer les stratégies sensorielles utilisées par les utilisatrices de services. Identifier la place des stratégies sensorielles	Etude qualitative phénoménologique interprétative utilisant des entretiens semi-structurés	4 femmes diagnostiquées avec le TPB dans un cadre de réadaptation en santé à long terme (séjour entre 12 et 18 mois).	Entretiens semi-structurés. Chaque participant a été interrogé une fois. Les entretiens se sont	Suite aux entretiens, il y a 4 thèmes principaux sont ressorties: les obstacles à l'utilisation des	Former les professionnels de la santé aux bénéfices en lien avec l'utilisation des approches sensorielles. Adapter les	

			approches de modulation sensorielle dans un cadre de réadaptation psychiatrique en milieu hospitalier	dans le rétablissement. Fournir des recommandations aux professionnels de santé pour développer l'utilisation de stratégies sensorielles .			déroulés sur une période de 4 semaines et ont duré entre 10 et 20 minutes chacun.	stratégies sensorielles , la régulation des émotions, l'impact de l'environnement et l'autonomisation. Chacun de ces thèmes comporte des sous-thèmes qui illustrent davantage certains aspects des expériences vécues par les participantes.	approches sensorielles aux besoins individuels de chaque patiente. Permettre aux patientes d'avoir un environnement adapté afin d'utiliser de manière adéquate les différentes approches sensorielles. Etudier l'efficacité à long terme des stratégies sensorielles chez les personnes atteintes de TPB.	
Kristen Barnicot , Rafael Gonzales, Rosemarie	Royau me-Uni	2016	L'utilisation fréquente des compétences TPB est-elle associée à des perceptions	Évaluer si l'utilisation des compétences TPB est associée à des	Étude quantitative, étude longitudinale sur 12 mois avec mesures tous les 2 mois sans manipuler de variable, analyse multiniveaux avec modèles univariés et multivariés	70 participants , (63 femmes, 7 hommes) majoritairement des	SCID-II pour diagnostiquer le trouble borderline, ZAN-BPD	Utilisation plus fréquente des compétences TPB : liée à	Encourager fortement la pratique régulière des compétences TPB en	

McCabe, Stefan Priebe			plus positives du traitement (crédibilité, alliance thérapeutique, auto-efficacité)? Ces variables (utilisation des compétences, crédibilité du traitement, alliance thérapeutique, auto-efficacité) sont-elles indépendamment associées à une diminution de l'automutilation? Sont-elles également associées à une moindre probabilité d'abandon du traitement?	meilleurs résultats thérapeutiques, indépendamment d'autres facteurs communs aux psychothérapies (alliance thérapeutique, crédibilité du traitement, auto-efficacité), comprendre si ces facteurs prédisent aussi le maintien en thérapie		femmes (90%) âge moyen : 32 ans, tous avaient un diagnostic de trouble borderline et des épisodes d'automutilation dans l'année précédente, comorbidités fréquentes: dépression, PTSD, TOC, troubles psychotiques, dépendances	pour évaluer la sévérité des symptômes, échelles spécifiques auto-rapportées tout les 2 mois avec la fréquence d'utilisation des compétences DBT (pleine conscience, efficacité interpersonnelle, régulation émotionnelle, tolérance à la détresse) alliance thérapeutique (STAR-P), crédibilité du traitement (traitement	moins d'automutilation et à une probabilité plus faible d'abandon du traitement, indépendamment des autres variables. Auto-efficacité élevée : également liée à moins d'automutilation. Alliance thérapeutique et crédibilité du traitement : pas associées de façon indépendante aux résultats quand les autres	thérapie. Travailler à renforcer l'auto-efficacité des patients (les aider à croire qu'ils peuvent gérer leurs difficultés). Envisager des moyens d'adapter les outils pour faciliter l'apprentissage, comme éviter le jargon ou favoriser l'entraide entre patients. Rechercher plus de données sur la direction de l'effet (est-ce l'usage des compétences qui réduit l'automutilation, ou	
-----------------------	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

							credibilité scale), auto-efficacité (generalized self-efficacy scale, fréquence de l'automutilation (adaptation de l'interview SASII)	variables sont contrôlées. Pratique des compétences semble jouer un rôle central, au-delà du simple effet de croire au traitement ou d'avoir une bonne alliance	l'inverse?)	
Ng, F., Townsend, M., Miller, C., Jewell, M., & Grenyer, B.	Australie	2019	Comment les personnes atteintes du TPB vivent-elles le processus du rétablissement? Quelles sont les différences entre les personnes dites "rétablies" et les "non rétablies"?	Comprendre l'expérience et la conceptualisation du rétablissement chez les personnes atteintes du TPB qui se trouvent à différents stades du processus de rétablissement.	Etude qualitative utilisant des entretiens semi-structurés et l'analyse phénoménologique interprétative (IPA)	Au total, 171 personnes ont fourni leurs coordonnées et 108 d'entre elles ont été contactées. 39 personnes ont répondu à l'entretien téléphonique. 14 femmes ont été	Les entretiens ont été enregistrés sur support audio, transcrits mot à mot et saisis dans Nvivo 11 pour analyse des données.	Oui, plusieurs thèmes ont été définis dont trois stades du rétablissement du TPB + quatre processus de rétablissement et trois sous-thèmes du dernier stade (« improving experience	Oui, les auteurs formulent des recommandations pour la pratique clinique et la recherche future : « To incorporate a more holistic approach to recovery in clinical practice, it is recommend	

				Démontrer les différences au niveau du rétablissement pour les personnes dites rétablies et non rétablies.		sélectionnées, la majorité d'entre elles étaient originaire d'Australie-Asie et une personne venant du Moyen-Orient. 2 groupes de 7 (rétablis VS non-rétablis)		»). 3 stades = 1. Being stuck (sentiment d'ester coincé) 2. Diagnosis (diagnostic) 3. Improving experience (améliorer l'expérience) (p.3-4) celui-ci a 3 sous-thèmes : developing greater awareness of emotions and thoughts + strengthening sense of self + understanding the perspective of others (p.4-5). 4 processus = 1) Active engagement	ed that a greater focus on individual motivation, treatment engagement, relationships and hope is needed. » (p.8). Pour la recherche la perspective des hommes pourrait être une recherche future. Méthode de recherche à « The use of prospective longitudinal research to map recovery to obtain real time accounts may be a direction for future research. »	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

							<p>t in the recovery process 2) Hope 3) Engagement with treatment services 4) Engaging in meaningful activities and relationships. Ce qui fait au total 10 thèmes, ceux-ci sont associés entre eux afin de bien représenter le phénomène de la récupération dans le TPB. Les auteurs décrivent par exemple comment le stade «</p>	(p.8)	
--	--	--	--	--	--	--	---	-------	--

								being stuck » précède le moment du diagnostic, lequel permet d'accéder à une « improving experience », et comment les processus transversaux comme l'engagement actif ou l'espoir influencent la progression dans ces stades (p3-6)		
Sadia R. Chaudhury, Hanga Galfalvy, Emily Biggs, Tse-	États-Unis	2017	Quels sont les stressors quotidiens les plus associés à une variation des affects (positifs ou	L'étude porte sur l'instabilité affective chez les personnes ayant un trouble de	Quantitatif, longitudinal, observationnel. Recueil de données via méthodologie EMA (Évaluation Écologique Momentanée) pendant 7 jours. Analyses par modèles de régression à effets mixtes	50 participants adultes, diagnostic DSM-IV-TR de trouble de la personnalité	PDA (assisté par personnel numérique) pour répondre 6 fois par jour	Les résultats sont présentés sous forme de 3 tableaux démontrant	Les auteurs formulent plusieurs recommandations explicites pour les recherches	

Hwei Choo, J. John Mann, Barbara Stanley			<p>négatifs) chez des personnes atteintes de trouble borderline (TPB) ? Quelles sont les stratégies de coping utilisées, et lesquelles sont associées à une amélioration ou une détérioration de l'état émotionnel ?</p>	<p>la personnalité é borderline (TPB), et cherche à comprendre comment les stressors quotidiens influencent l'affect ainsi que les stratégies de coping utilisées pour y faire face</p>		<p>é borderline. Critères d'inclusion : antécédents de comportement suicidaire ou d'automutilation non-suicidaire. 86 % femmes, âge moyen 30,6 ans. Comorbidités fréquentes : dépression majeure, antécédents de traumatismes (abus)</p>	<p>pendant une semaine. A chaque prompt: affect positif/négatif (échelle PANAS), sentiment d'être débordé ou hors de contrôle (Likert 1-5), stressors rencontrés (désaccord, rejet, mauvais nouvelle), stratégie de coping utilisé (7 types: se distraire, penser positivement)</p>	<p>la fréquence des différents stressors (p. 5), la présence des odds ratios et les valeurs p par rapport aux stressors indicateurs d'un sentiment d'être submergé ainsi que par rapports aux stressors prédictors de la perte de contrôle (p. 6) et finalement un tableau démontrant les différentes stratégies</p>	<p>futures. Sur la généralisation des résultats : des recherches supplémentaires sont nécessaires pour déterminer si les changements affectifs observés par l'EMA dans cette étude en réponse à des facteurs de stress ou aux stratégies d'adaptation utilisées sont propres aux personnes atteintes de TPB. Sur la méthodologie à privilégier : les études futures</p>	
--	--	--	--	---	--	--	---	--	---	--

								de coping (p. 6).	devraient continuer à utiliser des données en temps réel afin de mieux comprendre les expériences des personnes atteintes de TPL dans leur environnement réel, et éventuellement utiliser ces connaissances pour adapter les traitements à chaque individu. (p. 7).	
Meany-Tavares, R., & Hasking, P.	Australie	2013	Quel est l'impact d'un groupe TCD adapté pour les étudiants sur le coping et la régulation	Évaluer un programme TCD universitaire sur le coping et la régulation émotionnell	Étude quantitative avec un devis pré-expérimentale avec mesures pré et post intervention, sans groupe de contrôle.	Etudiants à l'université ayant reçu un diagnostic de TPB. 23 participants ont acceptés	Instruments de mesure --> Beck Depression Inventory-II, Beck Anxiety	Les résultats sont présentés dans deux tableaux. Le premier montre une	L'auteur fait des recommandations explicites pour les recherches futures : ils	

			émotionnelle ?	e		de participer et 17 l'ont terminés. 76.5% étaient de femmes, âge entre 18-28 ans. . 70% étaient des étudiants locaux australiens et 30% internationaux, 57% étaient inscrits en licence, 43% en master ou doctorat. Pour le recrutement 70% étaient orientés par un psychologue du service universitaire de conseil et 30% par un médecin généraliste	Inventory, Coping Scale for Adults, Échelle des symptômes TPB	amélioration significative des symptômes dépressifs et du TPB, ainsi qu'une progression de certaines stratégies de coping (ex : résolution de problèmes, protection de soi.) En revanche, l'anxiété ne montre pas de changement significatif. Cliniquement, la proportion de participants en catégorie "sévère" diminue	disent qu'étant donné que le programme CARE était une étude pilote, il convient de le reproduire afin de pallier ces limites. Un essai contrôlé randomisé pourrait permettre de distinguer les effets de la participation au programme CARE des facteurs extérieurs inhérents au protocole du programme, tels que le suivi individuel concomitant .	
--	--	--	----------------	---	--	---	---	---	---	--

						<p>universitaire. 70% prenaient des antidépresseurs, 15% une association d'antidépresseur antipsychotrope et des antipsychotiques, et 30% ne prenaient pas de psychotropes ou utilisaient des anxiolytiques selon leurs besoins. 14 participants avaient un diagnostic comorbide trouble dépressif majeur (TDM), 2 avaient un trouble bipolaire et un avait un</p>		<p>fortement pour la dépression, mais reste stable pour l'anxiété.</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

						TDM et une dépendance à une substance.				
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--