

HÉLÈNE BUSQUE

**IMPLANTATION D'UNE APPROCHE DE GROUPE POUR PERSONNALITÉS
LIMITES EN CLSC SELON LE MODÈLE DE MARSHA M. LINEHAN**

**Mémoire
Présenté
À la Faculté des études supérieures
de l'Université Laval
pour l'obtention
d'un grade de maître en psychologie (M. Ps.)**

**École de psychologie
FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES
UNIVERSITÉ LAVAL**

Septembre 1999

© Hélène Busque, 1999



National Library
of Canada

Acquisitions and
Bibliographic Services

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Acquisitions et
services bibliographiques

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*

Our file *Notre référence*

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

0-612-49003-3

Canada

RÉSUMÉ

Cette étude vise l'implantation d'une approche de groupe pour personnalités limites en CLSC selon le modèle de Linehan. Des écrits scientifiques, programmes et personnes-ressources ont été consultés pour l'implantation. La planification du processus d'implantation et l'évaluation partielle de ce dernier et de son impact sont présentées. Le premier volet établit le type d'interventions et la méthodologie à retenir pour faciliter l'atteinte des objectifs. Le deuxième rend possible l'évaluation de l'implantation et l'application de modifications au cours des deux temps d'expérimentation du programme. Huit (8) individus participent à l'expérimentation. Des questionnaires maisons, consultations et observations ont servi pour cueillir les données. Les résultats obtenus lors de l'évaluation de l'expérience d'implantation sont satisfaisants. Le suivi de TPL est rendu plus agréable et l'implantation permet l'acquisition de stratégies adaptées chez les clients. Par contre, certains éléments liés à la structure de l'implantation doivent être améliorés et le programme doit être offert dans son entier afin que le traitement soit encore plus complet et efficace.

AVANT-PROPOS

Ce mémoire de maîtrise n'aurait pas pu être possible si n'eut été de la précieuse collaboration de nombreuses personnes. Je tiens tout d'abord à remercier Jérôme Guay, mon directeur de mémoire, pour les portes qu'il m'a permises d'ouvrir ainsi que pour son aide dans l'orientation donnée à ce mémoire. Je désire aussi remercier Diane Allaire, ma co-directrice, pour l'attention toute particulière qu'elle a apporté à mon projet tant au niveau de la rigueur de l'écriture qu'au niveau des encouragements et des conseils.

Je me dois aussi de remercier la formidable équipe du CLSC Frontenac de Thetfordmines sans qui la réalisation de mon expérimentation n'aurait été possible. Un merci particulier à François Chauvette, coordonnateur de l'équipe des services en santé mentale et à tous les membres de son équipe, Hélène Mathieu, Sylvain Turcotte, Pierre Naud, Isabelle Julien, Danielle Fleury, Louise Laflamme et Mario Monfette. Je tiens aussi à remercier toutes les personnes qui ont accepté de participer à notre projet en assistant aux rencontres de suivi de groupe.

Enfin, je voudrais de tout mon cœur remercier mes parents qui ont su me soutenir mais surtout participer à la correction de ce mémoire. Merci d'avoir été présents lorsque j'en avais besoin et d'avoir si gentiment offert votre aide et vos conseils.

TABLE DES MATIÈRES

PAGE TITRE.....	i
RÉSUMÉ.....	ii
AVANT-PROPOS.....	iii
TABLE DES MATIÈRES.....	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	ix
LISTE DES FIGURES.....	x
LISTE DES ENCADRÉS.....	xi
LISTE DES ANNEXES.....	xiii
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
CHAPITRE UN : LA RÉALITÉ ENTOURANT LE TROUBLE ET L'INTERVENTION AUPRÈS DES ÉTATS-LIMITES	4
1.1 Le concept du trouble de la personnalité limite.....	4
1.1.1 La définition de la problématique.....	4
1.1.1.1 La notion de continuum et les critères diagnostique du TPL.....	4
1.1.1.2 Le diagnostic différentiel.....	7
1.1.2 L'évolution du TPL.....	8
1.2 L'intervention auprès des TPL, un défi de taille.....	9
1.2.1 La tendance chronique au suicide.....	10
1.2.2 Les comportements d'automutilation.....	12
1.2.3 La violation des limites.....	13
1.2.4 Une alliance thérapeutique fragile.....	15
1.2.5 Le taux d'abandon précoce élevé.....	16
1.2.6 Les réactions provoquées chez le thérapeute: le contre-transfert...	17
1.2.7 Le point sur l'intérêt porté au phénomène des TPL.....	17
1.3 Les principales approches psychothérapeutiques.....	18

1.3.1	L'approche psychodynamique.....	19
1.3.1.1	La psychothérapie analytique des patients limites selon Kernberg.....	20
1.3.1.2	L'approche intégrée de Masterson.....	21
1.3.2	L'approche cognitive comportementale.....	22
1.3.2.1	L'approche centrée sur les schémas de Young.....	24
1.3.2.2	L'approche de Beck, Freeman et al.....	25
1.3.2.3	L'approche dialectique comportementale de Linehan....	27
1.4	Le point sur les diverses approches thérapeutiques.....	29
1.4.1	L'efficacité des diverses approches.....	29
1.4.2	Le choix d'une approche de travail.....	31
 CHAPITRE DEUX :		
LE PROGRAMME D'ENTRAÎNEMENT AUX HABILITÉS DE LINEHAN.....		
		32
2.1	Les critères diagnostiques: une réorganisation.....	32
2.2	La philosophie de base de l'approche de Linehan.....	34
2.2.1	Les considérations entourant le patient et le thérapeute selon l'approche dialectique.....	36
2.3	L'intervention.....	38
2.3.1	Les dilemmes dialectiques.....	39
2.3.2	Les différents modes de traitement.....	40
2.3.2.1	La thérapie individuelle.....	41
2.3.2.2	La thérapie de groupe: groupe d'entraînement aux habiletés.....	41
2.3.2.3	La thérapie de groupe: groupe de soutien.....	42
2.3.2.4	Les consultations téléphoniques.....	43
2.3.2.5	Les rencontres hebdomadaires de consultation pour les thérapeutes.....	43
2.3.2.6	Les traitements auxiliaires.....	44
2.3.3	La hiérarchisation des objectifs de travail.....	44
2.3.3.1	Les phases de traitement.....	44
2.3.3.2	Les objectifs de travail associés à chacun des modes de traitement.....	47
2.3.4	Les stratégies d'intervention.....	50
2.3.4.1	Les stratégies dialectiques spécifiques.....	51
2.3.4.2	Les stratégies de base: la validation et la résolution de problèmes.....	55
2.3.4.2.1	La validation.....	56
2.3.4.2.2	La résolution de problèmes.....	58
2.3.4.3	Les stratégies stylistiques: balancer la communication....	60
2.3.4.4	Les stratégies de gestion de cas.....	61

2.4	Le groupe d'entraînement aux habiletés: contenu du programme.....	62
2.4.1	Le module sur la sagesse interne.....	63
2.4.2	Le module sur l'efficacité interpersonnelle.....	65
2.4.3	Le module sur la modulation des émotions.....	66
2.4.4	Le module sur la tolérance à la détresse.....	67
CHAPITRE TROIS :		
ANALYSE DU PROCESSUS D'IMPLANTATION.....		70
3.1	L'identification et l'élaboration des éléments de départ.....	71
3.1.1	La description des caractéristiques du suivi préalablement offert...71	
3.1.2	L'identification des attentes face à l'implantation d'une nouvelle approche.....	72
3.1.3	L'identification des difficultés qui seront possiblement rencontrées.....	75
3.1.4	L'élaboration des objectifs visés par l'implantation de la nouvelle approche.....	76
3.2	La description du processus de sélection des participants.....	79
3.3	La description des types d'interventions retenues pour favoriser l'atteinte des objectifs.....	82
3.3.1	L'entrevue préparatoire.....	82
3.3.2	Le consentement et les contrats thérapeutiques.....	84
3.3.3	L'approche de groupe.....	86
3.3.3.1	La présentation des personnes impliquées : les participants et les intervenants.....	86
3.3.3.2	La description du mode de présentation des modules et du contenu retenu.....	87
3.3.3.3	La présentation des changements apportés : favoriser l'entraide et le recours à des ressources autres que le CLSC.....	89
3.3.3.4	Les structures des rencontres de groupe.....	90
3.3.3.5	Le déroulement des rencontres de groupe.....	91
3.3.3.5.1	Le déroulement d'une rencontre d'introduction.....	92
3.3.3.5.2	Le déroulement d'une rencontre régulière.....	96
3.3.3.5.3	Le déroulement d'une rencontre de conclusion.....	99
3.3.3.6	La gestion de la crise.....	102
3.3.3.7	La gestion des contacts téléphoniques.....	103
3.3.4	L'approche individuelle.....	103
3.3.4.1	La présentation des intervenants impliqués.....	104
3.3.4.2	La présentation des objectifs poursuivis.....	104
3.3.4.3	Les structures des rencontres individuelles.....	105

3.3.4.4	Le contenu discuté lors des rencontres individuelles...	105
3.3.4.5	La gestion de la crise.....	106
3.3.4.6	La gestion des contacts téléphoniques.....	109
3.4	La description de la méthodologie retenue.....	110
3.4.1	Les outils de travail utilisés par les participants.....	110
3.4.1.1	La présentation des outils qui ont subi certaines modifications.....	110
3.4.1.2	La présentation des outils qui ont dû être développés...	114
3.4.2	Les outils de travail utilisés par les intervenants.....	115
 CHAPITRE QUATRE :		
L'EXPÉRIENCE D'IMPLANTATION DU PROGRAMME POUR TPL		
DANS UN CLSC.....		
		118
4.1	La présentation des personnes impliquées dans l'implantation du nouveau programme pour TPL.....	118
4.1.1	La présentation des participants du groupe.....	119
4.1.2	La présentation des intervenants impliqués dans le suivi de groupe.....	123
4.2	L'évaluation du processus d'implantation.....	123
4.2.1	L'évaluation du premier module.....	124
4.2.1.1	L'évaluation du suivi de groupe par les participants.....	124
4.2.1.2	L'évaluation du suivi de groupe par les intervenants en individuel.....	128
4.2.1.3	L'évaluation du suivi de groupe par les animateurs.....	129
4.2.1.4	Les autres difficultés rencontrées.....	132
4.2.1.5	Les changements qui ont été apportés.....	136
4.2.2	L'évaluation du module deux.....	140
4.2.2.1	L'évaluation du suivi de groupe par les participants.....	141
4.2.2.2	L'évaluation du suivi de groupe par les intervenants en individuel.....	142
4.2.2.3	L'évaluation du suivi de groupe par les animateurs.....	143
4.2.2.4	Les autres difficultés rencontrées.....	145
4.3	L'évaluation partielle de l'impact de l'implantation du programme pour TPL dans un CLSC.....	148
4.3.1	L'atteinte des objectifs fixés par les intervenants en individuel.....	150
4.3.2	Le premier objectif général : offrir un traitement plus complet et plus efficace.....	151
4.3.3	Le deuxième objectif général : rendre le suivi des TPL plus agréable et valorisant.....	153
4.3.4	Le troisième objectif général : permettre l'acquisition de stratégies plus adaptées chez les clients.....	155

CHAPITRE CINQ:	
CONCLUSION GÉNÉRALE ET RECOMMANDATIONS.....	161
RÉFÉRENCES.....	169
ANNEXES.....	179

LISTE DES TABLEAUX

CHAPITRE TROIS

TABLEAU 1.	Attentes des intervenants face à l'implantation d'une nouvelle approche de travail.....	73
TABLEAU 2.	Difficultés que pourrait rencontrer l'implantation d'un suivi de groupe.....	76
TABLEAU 3.	Objectifs visés par l'implantation de l'approche de travail proposée par Linehan.....	77

CHAPITRE QUATRE

TABLEAU 4.	Caractéristiques générales des participants.....	119
TABLEAU 5.	Distribution du nombre de participants par critère.....	121
TABLEAU 6.	Évaluation du premier module par les participants.....	125
TABLEAU 7.	Évaluation du premier module par les intervenants individuels.....	128
TABLEAU 8.	Évaluation du premier module par les animateurs.....	130
TABLEAU 9.	Éléments à améliorer ayant été notés au journal de bord.....	133
TABLEAU 10.	Éléments ayant été modifiés.....	137
TABLEAU 11.	Évaluation du deuxième module par les participants.....	141
TABLEAU 12.	Évaluation du deuxième module par les intervenants individuels...	142
TABLEAU 13.	Évaluation du deuxième module par les animateurs.....	144
TABLEAU 14.	Éléments à améliorer ayant été notés au journal de bord.....	145
TABLEAU 15.	Évaluation des objectifs.....	149

LISTE DES FIGURES

CHAPITRE DEUX

FIGURE 1. Dimensions des dilemmes dialectiques.....	40
FIGURE 2. Stratégies d'intervention.....	51

LISTE DES ENCADRÉS

CHAPITRE UN

ENCADRÉ 1.	Énumération des critères diagnostics du DSM-V.....	6
------------	--	---

CHAPITRE DEUX

ENCADRÉ 2.	Éléments importants du programme de Linehan.....	33
------------	--	----

ENCADRÉ 3.	Phases de traitement selon Linehan.....	45
------------	---	----

ENCADRÉ 4.	Objectifs de la phase deux.....	46
------------	---------------------------------	----

ENCADRÉ 5.	Liste hiérarchisée des objectifs primaires de travail pour la thérapie individuelle.....	48
------------	--	----

ENCADRÉ 6.	Liste hiérarchisée des objectifs primaires de travail pour le groupe d'entraînement aux habiletés.....	49
------------	--	----

ENCADRÉ 7.	Liste hiérarchisée des objectifs primaires de travail pour le groupe de soutien	49
------------	---	----

ENCADRÉ 8.	Liste hiérarchisée des objectifs primaires de travail lors de consultations téléphoniques.....	50
------------	--	----

ENCADRÉ 9.	Stratégies de validation.....	57
------------	-------------------------------	----

ENCADRÉ 10.	Stratégies de résolution de problèmes.....	59
-------------	--	----

ENCADRÉ 11.	Stratégies stylistiques.....	61
-------------	------------------------------	----

ENCADRÉ 12.	Stratégies de gestion de cas.....	62
-------------	-----------------------------------	----

CHAPITRE TROIS

ENCADRÉ 13.	Principales étapes du processus l'implantation.....	70
-------------	---	----

ENCADRÉ 14.	Caractéristiques du suivi préalablement offert.....	72
-------------	---	----

ENCADRÉ 15.	Liste des critères de sélections retenus.....	80
-------------	---	----

ENCADRÉ 16.	Liste des éléments importants de l'approche de groupe.....	86
ENCADRÉ 17.	Plan d'une rencontre d'introduction.....	92
ENCADRÉ 18.	Plan d'une rencontre régulière.....	96
ENCADRÉ 19.	Plan d'une rencontre de conclusion.....	100
ENCADRÉ 20.	Liste des éléments importants de l'approche individuelle.....	104
ENCADRÉ 21.	Liste des règlements proposés par Linehan.....	112

CHAPITRE QUATRE

ENCADRÉ 22.	Étapes de l'évaluation du processus.....	124
-------------	--	-----

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE A :	Questionnaire : Les raisons d'être du groupe d'entraînement à la maîtrise de soi.....	179
ANNEXE B :	Document : Rencontre préparatoire avec le participant.....	181
ANNEXE C :	Questionnaire : Caractéristiques de la clientèle.....	183
ANNEXE D :	Consentement ou refus de l'utilisateur.....	185
ANNEXE E :	Formulaire de consentement.....	188
ANNEXE F :	Contrat thérapeutique.....	190
ANNEXE G :	Liste des règlements.....	192
ANNEXE H :	Document : Comment agir face aux comportements suicidaires ou parasuicidaires.....	194
ANNEXE I :	Protocole d'analyse du comportement suicidaire ou parasuicidaire.....	198
ANNEXE J :	Document général no 1 : Listes des objectifs.....	206
ANNEXE K :	Carte hebdomadaire.....	209
ANNEXE L :	Feuilles d'autoévaluation.....	212
ANNEXE M :	Feuille de bilan de la rencontre.....	220
ANNEXE N :	Fiches évolutives.....	223
ANNEXE O :	Feuille d'évaluation du «Groupe d'entraînement à la maîtrise de soi» par le participant.....	228
ANNEXE P :	Feuille d'évaluation du «Groupe d'entraînement à la maîtrise de soi» par l'intervenant individuel.....	230
ANNEXE Q :	Feuille d'évaluation du «Groupe d'entraînement à la maîtrise de soi» par les animateurs.....	232

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Depuis quelques années le trouble de la personnalité limite suscite un intérêt grandissant. Ainsi, le nombre de publications, de conférences, d'ateliers de formation ne cesse de croître. De cet intérêt grandissant est ressorti une multitude de modèles d'interventions provenant d'écoles de pensées fort différentes ainsi que plusieurs données de recherche portant sur la dynamique de ce trouble.

Il est intéressant de se demander ce qui a favorisé l'envoûtement que provoque ce trouble de la personnalité. En premier lieu, l'importance de cette population n'est certainement pas à négliger. Ainsi, la prévalence du TPL est évaluée à environ 2% de la population générale (American Psychiatric Association, 1994). De plus, 11% de tous les patients suivis en externe par les départements psychiatriques des hôpitaux et 19% des patients hospitalisés sont suspectés de répondre aux critères diagnostic du TPL (American Psychiatric Association, 1994; Widiger, T. A. et France, A. J., 1989, cités dans Linehan, 1993a). Des patients souffrants d'un trouble de la personnalité, 33% des patients suivis en externe et 63% des patients à l'interne semblent répondre aux critères diagnostic du TPL (Widiger, T. A. et France, A. J., 1989, cités dans Linehan 1993a).

Autre élément non négligeable, la souffrance que rencontre ces personnes. En fait, tout intervenant qui est amené à côtoyer ce type de clientèle est à même de dire que ces derniers rencontrent d'énormes difficultés dans leur vie de tous les jours. En fait, les personnalités limites souffrent et font souffrir leur entourage (Morissette et Parisien, 1997). Paradoxalement, certaines données démontrent que la majorité des traitements disponibles sont inadéquats. Des études longitudinales révèlent qu'en plus d'avoir un dysfonctionnement initial qui peut être extrême, les TPL démontrent une amélioration clinique significative très lente qui s'échelonne sur une longue période de temps et restera faible pendant plusieurs années après le début du traitement (Carpenter, Gunderson et Strauss, 1977; Pope, Jonas, Hudson, Cohen et Gunderson, 1983; Mcglashan, 1986a, 1986b, 1987). Étant donné qu'ils sont très nombreux, presque tous les cliniciens sont susceptibles de débiter un traitement avec au moins un TPL. Le fait qu'ils

se présentent souvent avec des problèmes sévères multiples, qu'ils démontrent une réelle misère et souffrance et qu'il soit très difficile de les traiter avec succès amène souvent les cliniciens à se sentir dépassés, inadéquats et en recherche d'un traitement qui laisserait place à l'espoir d'apporter un certain soulagement chez le client (Linehan, 1993a). En ce sens, il est évident qu'une meilleure connaissance de la réalité qu'est le trouble de personnalité limite pourrait à la fois permettre de mieux les comprendre mais aussi d'être en mesure de leur offrir des services plus appropriés et répondant mieux à leurs besoins.

Un autre point qui pourrait expliquer l'intérêt accordé à ce trouble est la triste constatation que cette clientèle est très exigeante en plus d'être une grande consommatrice de services. À ce sujet, Hull, J., W., Yeomans, F., Clarkin, J., F., Li, C., Goodman, G. (1996) rapportaient que les patients ayant une personnalité limite sont de grands utilisateurs des services de santé mentale et physique: visites répétées à l'urgence, hospitalisations en médecine ou psychiatrie (court et long terme), clinique externe, centre de crise, service téléphonique d'urgence, etc. Ils mentionnent aussi que le temps utilisé pour discuter de leur cas, lors des rencontres cliniques des équipes de soins intrahospitaliers de même qu'en clinique externe, est souvent considérable. Dans la même lancée, Sansone, R. A., Sansone, L. A., Wiederman, M. W., Clarkin, J. F. (1995) rapportaient que les TPL se distinguent des autres individus par le fait qu'ils consultent plus fréquemment, qu'ils consultent un plus grand nombre de médecins, qu'ils les appellent plus souvent et de qui ils reçoivent un plus grand nombre de prescriptions. De plus, une partie des coûts élevés des programmes d'intervention destinés aux TPL s'expliquerait par la fréquence et la durée de leurs hospitalisations (Gabbard, G. O., Lazar, S. G., Hornberger, J., Spiegel, D., 1997). Dans le contexte économique actuel, il n'est donc pas surprenant de constater l'intérêt grandissant porté aux TPL. Il semble évident que les efforts consentis afin d'avoir une meilleure connaissance de ce trouble et de développer des outils d'intervention efficaces pourraient aider à diminuer les ressources monétaires et humaines impliquées dans les réalités entourant ce trouble.

Ayant pour ambition de produire un projet de mémoire qui répondrait à un besoin réel et qui serait utilisé, un travail a été fait afin d'identifier les besoins du milieu. Le choix de ce

sujet de mémoire est donc le produit d'une démarche de consultation. Étant donné les difficultés que certains intervenants des CLSC rencontrent lorsqu'ils doivent travailler avec les personnes ayant un trouble de la personnalité limite, la demande a été faite à savoir s'il existait une approche de groupe qui permet d'intervenir auprès de ce type de clientèle. Afin de répondre adéquatement à cette demande, un relevé de la littérature portant sur les approches existantes a été effectué. Les lectures ainsi que les recommandations d'une psychologue du Faubourg Saint-Jean, clinique régionale de Robert-Giffard, qui se spécialise dans le suivi de personnes souffrant d'un trouble sévère de la personnalité dont les états limites, ont influencé la décision de travailler avec l'approche dialectique comportementale telle que proposée par Marsha M. Linehan.

L'objectif étant d'habiliter de manière adéquate les intervenants des CLSC désireux de développer un suivi de groupe pour personnes ayant un trouble de la personnalité limite, nous nous sommes proposés de faire l'analyse du processus d'implantation d'un tel suivi. Les conditions favorables étant rencontrées au CLSC Frontenac de Thetfordmines, ce dernier fut choisi pour l'implantation du projet.

Le premier chapitre de ce mémoire constitue une recension des écrits scientifiques portant sur la dynamique entourant le trouble de la personnalité limite ainsi que sur les diverses approches thérapeutiques qui y sont reliées. Afin de permettre aux lecteurs de bien saisir la logique derrière l'approche retenue, le deuxième chapitre présente de manière générale les divers éléments reliés à l'approche de Marsha M. Linehan. Le chapitre trois du présent document est directement lié aux processus d'implantation en présentant les étapes nécessaires à ce processus ainsi que la méthodologie qui fut utilisée. Le chapitre quatre, pour sa part, présente une évaluation partielle du processus d'implantation lui-même et de l'impact partiel qu'il a eu. Enfin comme dernier chapitre, on retrouve la conclusion générale du présent mémoire ainsi que certaines recommandations pouvant aider lors d'une future implantation.

CHAPITRE UN

LA RÉALITÉ ENTOURANT LE TROUBLE ET L'INTERVENTION AUPRÈS DES ÉTATS-LIMITES

1.1 Le concept du trouble de la personnalité limite.

Compte tenu de la complexité entourant ce trouble, il devient indispensable de bien en définir le concept. Cette section présente donc quelques façons de concevoir et d'identifier le TPL. Les caractéristiques qui y sont associées ainsi que l'évolution de celui-ci y seront aussi présentées.

1.1.1 La définition de la problématique.

Peut-être davantage que d'autres troubles de santé mentale, le trouble de la personnalité limite constitue une entité complexe qui se présente souvent sous différentes formes. En fait la population regroupée sous le terme de « borderline » est tellement hétérogène que pour plusieurs auteurs celle-ci est considérée comme une entité qui se divise en plusieurs catégories de patients limites. Cette diversité chez les TPL a conduit au développement d'un nombre important de systèmes conceptuels cherchant à organiser les symptômes ainsi qu'une multitude de théories étiologiques (Linehan, 1993a).

1.1.1.1 La notion de continuum et les critères diagnostic du TPL.

Afin de regrouper les différentes formes du TPL, la notion de continuum a fortement été utilisée. Dans l'approche psychanalytique on retrouve le continuum « narcissique-limite ». Sur ce continuum, l'extrémité la moins lourde est celle du narcissique qui a atteint un certain niveau d'individualisation sans toutefois avoir résolu le problème de la séparation, alors que sur l'autre extrémité on retrouve la personnalité limite qui interprète le sentiment d'abandon comme une menace d'annihilation (Rinsley, 1990; cité dans Morissette et Parisien, 1997). Dans l'approche cognitive centrée sur les schémas de Young

(Young, 1993a, 1993b; cité dans Parisien et Morissette; Cousineau et Young, 1997), le continuum « narcissique-limite » est aussi utilisé mais ceux-ci sont considérés comme étant fondamentalement caractérisés par les schémas de la carence affective et du sentiment d'abandon. Ainsi dans la terminologie cognitive, ce qui caractérise le pôle le plus fonctionnel, toujours celui du narcissique, est sa capacité à utiliser pour une longue période une modalité compensatoire tant que l'échec ne l'arrêtera pas (Parisien et Morissette, 1997). Enfin, chez les théoriciens d'orientation biologique, le TPL est conceptualisé sur plusieurs continuums. Selon eux, ce trouble est représenté par plusieurs symptômes qui ont chacun leur étiologie, leur évolution et leurs conséquences. Suite à une révision de la littérature portant sur cette approche, Stone (1980, 1981, cité dans Linehan, 1993a) conclut que le TPL se rapproche souvent des troubles de l'axe 1 du DSM-IV en terme de caractéristiques cliniques, familiales et biologiques ainsi que dans la réponse au traitement. Le TPL se situerait sur un des continuums de l'axe 1, plus particulièrement sur celui de la schizophrénie, des troubles de l'humeur et des troubles anxieux ou d'un trouble organique affectant le cerveau. Ces continuums iraient du trouble pur au trouble plus discret donc moins facile à identifier. C'est dans ce pôle que se situerait le TPL. Quoique certaines données nuancent cette idée, il semble que le TPL se retrouverait principalement sur le continuum des troubles de l'humeur (Gunderson et Elliott, 1985).

Pendant longtemps, la majeure partie des cliniciens a considéré que le TPL occupait sur le continuum, la position limite entre la névrose et la psychose, d'où son nom «borderline» ou état-limite. Cette position sur le continuum expliquerait la caractéristique principale de ce trouble, soit d'être polysymptomatologique. En effet, il semble que les TPL se caractérisent pas plusieurs autres troubles. Ainsi, 69% des TPL seraient caractérisés par des troubles affectifs majeures, 49% par des dépressions majeures, 24% par des troubles anxieux et dans 84% ils auraient, à un moment ou l'autre de leur vie, été dépendants de certaines substances (Allaire, 1998).

L'approche « éclectique-descriptive » offre aussi une définition des troubles mentaux dont le TPL. De cette approche est né un outil des plus intéressant et incontournable, le

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quatrième édition (DSM-V) (American Psychiatric Association, 1994). Cet ouvrage qui a le mérite de faciliter la communication entre les divers cliniciens et chercheurs comprend une liste de critères clairement définis facilitant ainsi le diagnostic du TPL. L'encadré 1 présente ces critères diagnostics (DSM-IV, pp. 767-768).

ENCADRÉ 1

Énumération des critères diagnostics du DSM-IV

Mode général d'instabilité de l'humeur, des relations interpersonnelles et de l'image de soi-même, apparaissant au début de l'âge adulte et présent dans des contextes divers comme en témoignent au moins **cinq** des manifestations suivantes:

1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés (**NB**: ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5).
2. Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.
3. Perturbation de l'identité: instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion du soi.
4. Impulsivité dans au moins deux domaines qui sont potentiellement dommageables pour le sujet (ex.: dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie). **NB**: ne pas inclure les comportements suicidaires et les automutilations énumérés dans le critère 5.
5. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, d'automutilations.
6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (ex.: dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).
7. Sentiments permanents de vide et d'ennui.
8. Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (ex.: fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante, bagarres répétées).
9. Survenue transitoire dans une situation de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

À la lumière de ces critères, il est facile d'imaginer que certaines caractéristiques sont régulièrement présentes chez les TPL. Parmi les caractéristiques fréquemment observées on note les éléments suivants :

- Ils ont peur d'être seuls et sont incapables de tolérer la solitude même si la séparation est compréhensible et limitée dans le temps (American Psychiatric Association, 1994; Morissette et Parisien, 1997). Par contre leur mode relationnel et leurs mécanismes de défense provoquent souvent ce qu'ils craignent le plus, les abandons et la solitude.
- Leurs relations, souvent conflictuelles, transitoires et superficielles (Gunderson, 1996), oscillent entre la dépendance extrême et la peur de l'intimité en plus de présenter des signes d'hostilité et d'insécurité (Sack, Sperling, Fagen, Foelsh, 1996). Il leur arrive aussi de confondre intimité et sexualité (Cousineau, 1997).
- Les idées et les projets concernant les valeurs, les amis, l'identité, le travail, peuvent changer radicalement et brusquement. Ils ont aussi tendance à saboter les efforts faits dans l'atteinte d'un objectif juste avant que celui-ci ne se réalise (American Psychiatric Association, 1994).
- Ils sont très à risque de mourir prématurément par suicide (10% des cas) surtout entre l'âge de 20 et 40 ans (Linehan, 1993a; Paris, 1993) et s'infligent régulièrement des automutilations (dans 70 à 75% des cas) (Linehan, 1993a).
- Ils s'ennuient régulièrement et recherchent constamment une occupation ou un moyen leur permettant de se changer les idées (American Psychiatric Association, 1994).
- Leur fonctionnement cognitif se caractérise souvent par des distorsions ce qui les amène souvent à faire des interprétations erronées (Paris, 1997).

1.1.1.2 Le diagnostic différentiel.

Comme il a été mentionné plus haut, le TPL représente souvent un tableau des plus complexe. En effet, en plus du trouble de personnalité lui-même, certains autres éléments peuvent régulièrement être observés. Ainsi, le TPL présente parfois des symptômes anxieux, dépressifs, psychotiques et dissociatifs en plus de souvent user ou abuser de substances. De plus, dans 60% des cas, le TPL répond aussi aux critères de d'autres troubles de la personnalité (Allaire, 1998). Devant la complexité de ce trouble, on peut

imaginer qu'il n'est pas toujours facile de poser un diagnostic. Pourtant la justesse de celui-ci est primordiale puisque sans diagnostic précis, les approches thérapeutiques risquent fort d'être sans grand effet et même parfois nuisibles (Morissette et Parisien, 1997). C'est pourquoi l'American Psychiatric Association (1994) insiste particulièrement sur l'importance de faire un diagnostic différentiel. Ainsi, l'intervenant doit porter attention à la précocité de l'apparition des symptômes en plus de vérifier l'évolution de ceux-ci. Il est important de ne pas se fier seulement au tableau immédiat puisque dans certaines circonstances le TPL peut ressembler à un autre trouble, plus particulièrement à un trouble de l'humeur.

Certains éléments peuvent tout de même aider à faire un diagnostic différentiel. Ainsi, il semble que les gestes d'automutilations soient un élément qui caractérise principalement le TPL. De plus, concernant la labilité émotionnelle, on distingue le TPL de la psychose maniaco-dépressive (PMD) par le fait que chez le TPL cette variabilité émotionnelle peut s'observer à l'intérieur d'une même journée alors que pour le PMD celle-ci se manifeste sur une plus longue période de temps. Au niveau du désordre de la pensée, le TPL se caractérise bel et bien par des distorsions cognitives mais, contrairement à d'autres troubles, l'épreuve de la réalité demeure cependant intacte. Le TPL peut aussi être différencié des troubles à «saveur» plus névrotique par le fait que son anxiété élevée est souvent accompagnée par une identité diffuse et un sentiment persistant d'ennui et de vide (Allaire, 1998).

1.1.2 L'évolution du TPL.

Bien que l'évolution du TPL soit extrêmement variable, le tableau le plus fréquent correspond à une instabilité chronique à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte pour se stabiliser enfin vers l'âge de 40 ou 50 ans. La première décennie est celle où les symptômes sont les plus importants. Cette période se caractérise par des épisodes notoires de perte de contrôle des affects et des impulsions ainsi que par un recours important aux systèmes de soins et de santé mentale (American Psychiatric Association, 1994). C'est aussi durant cette période que les sujets sont le plus à risque de se suicider.

Par la suite, il semble que les symptômes s'atténuent graduellement. En effet, certaines études ont démontré que les symptômes s'atténuent avec l'âge (Paris, 1993) et que dans 75% des cas les sujets présentent un meilleur fonctionnement général (Gabbard, 1994). Ainsi après l'âge de 40 ans, les sujets deviennent plus stables dans leurs relations et leur travail (American Psychiatric Association, 1994) et les affects dysphoriques, les gestes impulsifs, les épisodes psychotiques et les risques suicidaires diminuent de manière significative (Paris, 1993). Enfin, il semble que le portrait clinique du TPL reste constant dans le temps, c'est-à-dire que dans la majorité des cas le TPL ne se transforme pas en un autre trouble psychiatrique grave (Gabbard, 1994).

1.2 L'intervention auprès des TPL, un défi de taille.

Étant donné la complexité du tableau clinique du TPL, il est facile d'imaginer que l'intervention auprès de ce type de clientèle n'est pas toujours facile. À ce sujet, Cousineau et Young (1997) mentionnent que s'il existe un seul consensus chez les thérapeutes intervenant auprès de patients souffrant d'un trouble de la personnalité limite, c'est certainement celui du défi important que ce type de clientèle représente pour toute forme de psychothérapie. Plus particulièrement, Paris (1997) souligne que les personnalités limites sont, non seulement un défi de taille, mais sont aussi la cause de maintes frustrations pour les cliniciens. Cousineau (1997) renchérit en ajoutant que chez plusieurs cliniciens, ces patients sont considérés comme les plus ardues à traiter. Pour appuyer son point, Cousineau propose comme facteurs explicatifs de cette réputation le fait que ces patients jonglent régulièrement avec le suicide, autant en pensée qu'en gestes, qu'ils sont impulsifs, qu'ils ont souvent recours à l'automutilation et qu'ils oscillent entre deux attitudes extrêmement polarisées face au thérapeute. Ainsi, soit qu'ils l'idéalisent et s'y accrochent démesurément ou encore qu'ils le dévalorisent et le détestent à l'excès. Plus concrètement, Bégin et Lefebvre (1997) justifient le désarroi des intervenants en soulignant que tous sont un jour ou l'autre en mesure d'évoquer une série d'épisodes relationnels intenses qui éprouvent autant le professionnel que l'individu qui pose les gestes. Elles rapportent, comme exemples de comportements testant les limites, les appels téléphoniques à la maison, le refus de quitter la salle d'attente, la destruction du mobilier,

les demandes de contacts intimes, les visites au domicile de l'intervenant, etc. Pour sa part, Linehan (1993a) rapporte que le comportement «test-limites» le plus souvent rencontré chez les TPL est le fait de refuser de s'engager ou d'accepter une stratégie thérapeutique que le thérapeute juge indispensable au progrès ou à la réussite de la thérapie.

1.2.1 La tendance chronique au suicide.

Tel que mentionné plus haut, il semble bien que les TPL représentent tout un défi pour plusieurs intervenants. Parmi les éléments explicatifs, nous notons en premier lieu la tendance chronique au suicide. Paris (1997) mentionne à ce sujet que le risque suicidaire est celui qui soulève le plus de malaises chez les gens intervenant avec les TPL. Selon lui, ce malaise repose à la fois sur la préoccupation pour l'autre (la vie du patient, l'impact négatif sur ses proches, etc.) et sur la préoccupation pour soi (la crainte de l'échec, de poursuites judiciaires, etc.). Malheureusement, malgré tout l'inconfort provoqué par le suicide, cette réalité est incontournable pour toute personne travaillant avec les TPL. En effet, plusieurs études rapportent qu'entre 3% et 10% des gens ayant un TPL vont se suicider (Paris, Brown, Nowlis, 1987; Stone, 1990; cité dans Cousineau, 1997; Silver et Cardish, 1991; cités dans Paris, 1997; McGlashan, 1992; cité dans Brodsky, Malone, Ellis, Dulit, Mann, 1997; Akiskal, Chen, Davis, 1985; Pope, Jonas, Hudson, 1983; Stone, Stone, Hurt, 1987; cités dans Brodsky et al., 1997; Fyer, France, Sullivan, Hurt, Clarkin, 1988). Gunderson (1984), pour sa part, rapporte que 75% des patients TPL hospitalisés ont déjà fait au moins une tentative de suicide.

Certaines études ont permis d'identifier quelques éléments qui seraient reliés aux gestes suicidaires. Ainsi, le nombre de tentatives de suicide par le passé est un fort prédicteur de récurrence (Soloff, Lis, Kelly, Cornelius, Ulrich, 1994; Paris et al., 1987; Shearer, Peters, Quaytman, Wadman, 1988; Apter, Kotler, Sevy, Plutchik, Brown, Foster, Hillbrand, Korn, Van Praag, 1991; Runeson, Beskow, 1991). Selon certaines études, étant fortement corrélés avec le risque suicidaire, les abus sexuels ou physiques durant l'enfance semblent aussi être de bons prédicteurs (Farder, Herbert, Reviere, 1996; Briere

et Runtz, 1990; cités dans Brodsky et al., 1997). Selon une étude récente, de tous les traits caractérisant les TPL (basé sur les critères du DSM-III-R), le fait que la personne soit plus ou moins impulsive aurait un impact sur « l'histoire » suicidaire de celle-ci (Brodsky et al., 1997). En effet, il semble que ce trait soit le seul (excluant le critère sur l'automutilation) relié à un haut niveau d'actes suicidaires passés. La présence de ce trait, serait selon les auteurs, un fort prédicteur de tentatives futures. Bien que ça n'améliore rien au sujet de cette triste réalité, il existe une donnée rassurante pour les thérapeutes, il semble que la majorité des TPL qui se suicident ne sont pas en traitement ou l'ont abandonné après que plusieurs tentatives de thérapie aient échouées (Paris, 1993).

Comme nous pouvons le constater, le phénomène du suicide fait partie intégrante de la réalité du TPL. Ainsi, Paris (1997) ne se cache pas pour mettre les intervenants en garde. Il mentionne qu'étant donné que la tendance chronique au suicide est pratiquement indissociable du TPL, les thérapeutes se devraient d'accepter cet état de fait. Il ajoute que ceux-ci ne devraient pas mettre inutilement d'énergie à empêcher ces patients de compléter le suicide puisqu'il existe actuellement aucune donnée nous permettant de penser que nous pourrions empêcher ceux-ci de le faire. Il semble même que de tenter de les empêcher de se suicider en les hospitalisant pourrait empirer la situation (Dawson et MacMillan, 1993; cités dans Paris, 1997). En fait, certaines données laissent même entrevoir le fait que pour certains TPL, d'être suicidaire est indispensable à leur survie. À ce sujet, Cousineau (1997) rapporte que les patients limites souffrent terriblement et ils éprouvent régulièrement un profond sentiment d'impuissance face à cette souffrance. Pour plusieurs, l'option du suicide est une façon d'affirmer leur pouvoir sur leur vie; souvent ils vont même jusqu'à croire que c'est le seul pouvoir qu'il leur reste. Dans la même lignée, Fine et Sansone (1990) y vont même d'un avertissement aux thérapeutes. Selon eux, certains TPL ont besoin d'être suicidaires. Quand on n'a aucun pouvoir sur sa vie, on peut au moins choisir sa façon de mourir. Ils concluent en disant que les thérapeutes devraient donc être prudents avant d'enlever un mécanisme de *coping* qui reste utile. Pour certains patients, seul le fait de savoir qu'ils peuvent mourir leur permet de continuer à vivre.

1.2.2 Les comportements d'automutilation.

Un autre élément troublant que la majorité des intervenants en lien avec les TPL doivent affronter est le phénomène des gestes parasuicidaires. Beaucoup de controverse entoure la définition du terme parasuicidaire mais une définition couramment utilisée est celle proposée par Kreitman (1977; cité dans Linehan, 1993a). Par gestes parasuicidaires, il entend (1) tout comportement d'automutilation non fatal, résultant en des dommages physiques, une maladie ou un risque de mort; (2) toute ingestion de médicaments ou d'autres substances non prescrites ou en excès de celles prescrites, avec l'intention de causer des dommages ou de mourir. Le type d'automutilation que les TPL s'infligent peut varier considérablement tout en ayant comme point commun le fait d'avoir tendance à être répétitif. Dans les types de comportements fréquemment rencontrés, on retrouve les entailles aux poignets, les coupures sur d'autres parties de leur corps, les brûlures de cigarette, etc. Les coupures, bien que répétitives, sont rarement profondes et ne doivent pas être vues comme un comportement suicidaire et ne devraient pas être mises dans la même catégorie que la surdose (Paris, 1997). En effet, des études longitudinales ont démontré que chez les TPL, contrairement aux automutilations, les surdoses multiples augmentent les risques de suicides réussis (Kroll, 1993; cité dans Bégin et Lefebvre, 1997).

Comme facteurs explicatifs, certaines études ont démontré que les abus sexuels ou physiques durant l'enfance sont reliés avec le développement de comportements parasuicidaires à l'âge adulte (Wagner, Linehan, 1994; Van Der Kolk, Perry, Herman, 1993). Pour sa part, Linehan (1993a) propose que l'automutilation chronique soit perçue comme étant une forme de comportements addictif. Ainsi, en se coupant, le patient remplace les émotions douloureuses par le soulagement du sang qui coule. La plupart des patients disent se sentir mieux après s'être coupés parce que leur dysphorie est ainsi soulagée. Pour Zanarini et Frankenburg (1994; cités dans Paris, 1997), l'automutilation est une manière de communiquer. En fait, ils décrivent les TPL comme étant des personnes souffrant « d'hypocondrie émotive », c'est-à-dire que leur style de communication est axé sur les émotions négatives avec comme objectif premier d'étaler

leur détresse au vu des autres. Ne s'attendant pas à être compris ou entendus, les TPL « haussent le volume » afin de retenir l'attention des autres et de provoquer une forte réaction. Dans le même sens, Linehan (1993a) mentionne que les TPL ont souvent dû apprendre, dès l'enfance, à poser des gestes extrêmes afin d'obtenir l'attention désirée.

1.2.3 La violation des limites.

L'ensemble des caractéristiques de cette population (par exemple, alternance entre idéalisation et dévaluation, peur de l'abandon, colère incontrôlée, impulsivité, etc.) est aussi un élément qui risque de provoquer des situations problématiques. Ainsi, la dynamique entourant ces caractéristiques entraîne souvent des difficultés dans le respect des limites du cadre thérapeutique. À ce sujet, Gutheil (1989) rapporte que les TPL sont particulièrement à risque de violer les limites du cadre thérapeutique. Ces violations seraient de toutes sortes, y compris les contacts sexuels avec le thérapeute. Toujours selon Gutheil (1989), il semble aussi que les TPL constituent la majorité des patients qui accusent faussement leur thérapeute d'avoir eu des contacts sexuels avec eux.

Kernberg (1975) explique cette tendance à confronter les limites par le fait que le patient aurait des difficultés avec les limites en général, que ce soit ses propres limites, les limites de la réalité dans laquelle il se trouve, les limites portant sur les capacités personnelles ainsi que les limites d'espace interpersonnel. Pour Linehan (1993a), la non-conformité aux limites par les TPL ne peut s'expliquer à elle seule par le sens personnel que le patient a des limites mais bien par une multitude de facteurs. Elle rapporte ainsi que les TPL ont particulièrement tendance à demander de l'aide de manière inappropriée, par exemple en ne tenant pas compte des limites, ce qui risque malheureusement de souvent « brûler » les aidants interpellés.

Certains éléments, autant du côté du patient que du côté du thérapeute, ont été identifiés comme prédisposants au non respect des limites. Ainsi, il semble que certaines études ont démontré que les TPL possèdent, plus que les gens souffrant d'un autre trouble de la personnalité, la capacité de séduire, de provoquer et d'inviter le thérapeute à, de lui-

même, violer les limites établies dans le cadre de la relation thérapeutique (Stone, 1976; cité dans Gutheil, 1989). Comme deuxième élément, on retrouve la tendance des TPL à avoir des poussées de colère incontrôlées. En effet, ces excès de colère semblent avoir, pour certains thérapeutes, un effet intimidant voir même menaçant au point que, par peur des réactions du client, ils se sentent contraints de répondre positivement à la demande de celui-ci (Gutheil, 1989). Ainsi, cette pression pourrait diminuer la capacité du thérapeute à établir et tenir fermement les limites du cadre thérapeutique. Un autre élément identifié est le fait que ces patients ont souvent l'impression d'être des gens « spéciaux » qui devraient avoir un traitement « spécial ». Cette façon de voir les choses les amène souvent à inciter le thérapeute à laisser tomber certains de ses principes ou limites afin de mieux répondre à leurs besoins (Paris, 1997). Selon Yeomans (1993) et Smith (1977; cité dans Gutheil, 1989), que ce soit de manière claire ou subtile, le patient fera comprendre au thérapeute que ses besoins dépassent ce qui est normalement permis à l'intérieur du cadre établi lors d'une relation thérapeutique. Enfin comme dernier élément, on retrouve une caractéristique du thérapeute soit, le fantasme du sauveur. Il semble que les personnes intervenant auprès des TPL soient particulièrement à risque de se retrouver dans cet état d'esprit (Gutheil, 1989). Étant donné que les TPL sont souvent perçus, du moins au début, comme vulnérables, incompris mais aimables, il arrive que le thérapeute ressente le devoir de combler les manques du patient, de ne pas le décevoir ou l'abandonner «comme tous les autres ont fait» (Paris, 1997; Gabbard et Wilkinson, 1994; Gutheil, 1989). La tendance du patient à attribuer au thérapeute une multitude de caractéristiques positives provoque parfois chez celui-ci le sentiment d'être lui aussi spécial et d'être le seul et unique qui peut sauver le patient. Ce phénomène de transfert contre-transfert peut donc aussi développer le fantasme du sauveur chez l'intervenant (Gutheil, 1985; Gutheil, 1989).

Comme le mentionnaient Gutheil et Gabbard (1993), un thérapeute non averti pourrait être à risque de faire de graves violations des limites thérapeutiques. En effet, selon eux, la violation des limites commence souvent de manière innocente mais glisserait inévitablement vers des actes plus graves tels les contacts sexuels. Il semble que certaines études ont permis d'identifier la séquence habituelle qui conduit à de tels contacts

(Gabbard, 1989; Simon, 1989; cité dans Gutheil et Gabbard, 1993). Cette séquence aurait pour départ le passage de l'utilisation du nom de famille à celui du prénom, suivi de l'inauguration de conversations personnelles durant les entretiens, de quelques contacts physiques (tape sur l'épaule, petit massage, progression vers l'accolage), d'excursions à l'extérieur du bureau, de rencontres durant l'heure du dîner (parfois arrosées de breuvages alcoolisés), de rencontres pour souper, d'activités sociales comme aller au cinéma, pour glisser vers les contacts sexuels. Compte tenu de l'impact que peut avoir le non respect du cadre thérapeutique tant chez le client que chez le thérapeute, il semble important que les personnes intervenants auprès des TPL soient davantage mises au courant de ces réalités afin de mieux pouvoir les éviter ou mieux les gérer. À ce sujet, Gutheil (1989) propose que les intervenants reçoivent une formation complète concernant la psychodynamique du TPL et le phénomène du transfert contre-transfert en l'illustrant à l'aide d'histoires de cas en plus d'y donner certaines recommandations. Il insiste particulièrement sur le fait que l'envie de faire une exception aux limites, spécialement avec les gens souffrant d'un TPL, peu importe le rationnel qui semble justifier cette envie, doit être considéré comme suspect et devrait allumer automatiquement une « lumière rouge » afin de nous alerter.

1.2.4 Une alliance thérapeutique fragile.

Plusieurs études ont démontré l'importance de la qualité du lien entre le client et le thérapeute comme étant un bon prédicteur de la réussite de la thérapie. Certains auteurs dont McGlashan (1993; cité dans Paris, 1997), appuient cette idée en ajoutant que le changement se produirait au cours de l'expérience thérapeutique plutôt qu'à travers « l'insight ». Quant à elle, Linehan (1993a) rapporte que la relation thérapeutique est un outil essentiel au traitement. En fait, la qualité de cette relation devient par moment le renforcement le plus puissant auprès des TPL. Elle va même jusqu'à dire que bien souvent une bonne relation thérapeutique est la seule chose qui les gardera en vie. Paradoxalement, il ne semble pas facile d'établir un bon contact thérapeutique avec cette population. Des études empiriques ont démontré que les alliances thérapeutiques étaient anormalement fragiles dans les cas de TPL (Frank, 1992; cités dans Paris, 1997). Certains

auteurs se sont penchés sur la question et ont identifié quelques facteurs qui pourraient expliquer cette difficulté qu'ont les TPL à établir un bon contact avec leur intervenant. Le tout semble tourner autour de leur incapacité à percevoir leur entourage de manière réaliste. Ainsi, Frank et Hoffman (1986) proposent comme facteur explicatif le fait que les TPL sont généralement conscients des émotions des autres mais qu'ils en interprètent mal les intentions. Kernberg (1975) mentionne pour sa part la dualité de leur regard, c'est-à-dire le fait qu'ils ont souvent tendance à diviser le monde en deux et à voir les gens comme tout bon ou tout mauvais. Enfin, Krohn (1974; cité dans Paris, 1997) amène le fait que les TPL repèrent facilement les inévitables failles empathiques qui se produisent au cours de la thérapie et les interprètent comme le reflet de réactions hostiles ou malveillantes.

1.2.5 Un taux d'abandon précoce élevé.

En plus d'avoir de la difficulté à créer un lien significatif avec ce type de clientèle, les intervenants doivent faire face à une autre difficulté qui caractérise les TPL, le haut taux d'abandon du processus thérapeutique. En effet, plusieurs études ont démontré qu'après seulement quelques mois de suivi en thérapie, entre 50 et 65% des patients abandonnent prématurément le traitement (Horner et Diamond, 1996; Marziali et Monroe-Blum, 1994; cités dans Bégin et Lefebvre, 1997; Smith, Koenisberg, Yeomans, 1995; cités dans Bégin et Lefebvre, 1997; Skodol, Buckley, Charles, 1983; Gunderson, Frank, Ronningstam, 1989; Waldinger, 1987). Il semble aussi que lors d'un traitement uniquement basé sur la médication, le taux d'abandon serait de plus de 65% (Cornelius, Soloff, Perel, Ulrich, 1993). Fait intéressant à noter, le programme d'intervention de l'approche dialectique comportementale proposé par Linehan (1993a, 1993b) obtient un taux d'abandon très peu élevé, soit de l'ordre de 16%. Malgré les résultats obtenus par Linehan, il semble évident que cette population ait une forte tendance à quitter prématurément le traitement, ce qui n'est rien pour faciliter la tâche des intervenants.

1.2.6 Les réactions provoquées chez le thérapeute: le contre-transfert.

Comme nous avons pu le constater, les personnes intervenant auprès des TPL doivent faire face à plusieurs difficultés. On peut facilement imaginer que de tels événements éveillent chez le thérapeute une multitude d'émotions. À ce sujet, Cousineau (1997) mentionne que s'il fallait trouver un point commun aux facteurs de difficulté que les intervenants rencontrent, ce serait celui de l'intensité des réactions émotives ou contre-transférentielles que déclenche l'intervention auprès de cette clientèle. Ces émotions peuvent varier considérablement mais les plus communément rencontrées sont le fantasme du sauveur, la réaction de mépris, le sentiment de colère, d'impuissance et de culpabilité, la peur et l'anxiété. Ainsi, certains cliniciens vont jusqu'à dire que ces clients les ont rendus fous, d'autres refusent tout simplement d'entreprendre un suivi s'ils suspectent un TPL (Gabbard et Wilkinson, 1994; Gunderson, 1996). Morissette et Parisien (1997) renchérissent en ajoutant que pour ces patients, il est parfois difficile d'obtenir les soins médicaux requis, autant en qualité qu'en quantité, car le personnel médical des urgences est exaspéré par tout ce qui caractérise le TPL (visites répétées, automutilation répétée, non respect des prescriptions, mode relationnel conflictuel, etc.). Étant considérés comme des emmerdeurs, des manipulateurs, des gens qui ne veulent pas s'aider et qui prennent la place de ceux qui ont vraiment besoin, il arrive qu'ils reçoivent une évaluation superficielle et trop rapide et que le traitement soit inapproprié (plaies réparées sans esthétique, sans anesthésie, lavages d'estomac non justifiés dans le but de punir, transfert trop rapide vers la psychiatrie, etc.). Enfin, Maltzberger et Buie (1973; cités dans Paris, 1997) rapportent que certains thérapeutes se sentent tellement envahis par les problèmes de ces patients (par exemple le clivage et la tendance chronique au suicide) qu'ils peuvent en venir à souhaiter le suicide de ces derniers.

1.2.7 Le point sur l'intérêt porté au phénomène des TPL.

Compte tenu de la prévalance de ce trouble et de la souffrance quotidienne qui est vécue par ceux qui en souffrent ainsi que par les coûts engendrés par le traitement de celui-ci, il n'est pas étonnant de constater que plusieurs ouvrages s'intéressent à la question.

Cependant, l'élément qui semble susciter le plus d'intérêt est certainement l'immense difficulté que représente l'intervention auprès de cette clientèle ainsi que les intenses réactions vécues par les intervenants. Ne l'oublions pas, comme le dit si bien Cousineau (1997), des personnes présentant une très grande intensité affective provoquent habituellement des réactions intenses de la part de l'environnement. Il n'est pas surprenant que Masterson déclare qu'une grande partie de la littérature sur les patients souffrant de troubles de la personnalité limite, décrit davantage les réactions des intervenants que des patients (conférence à l'Institut Philippe Pinel de Montréal, le 22 novembre 1996, cité dans Cousineau, 1997).

1.3 Les principales approches psychothérapeutiques.

Compte tenu des difficultés de traitement que représente le TPL et du pronostic qui, à long terme semble s'améliorer, plusieurs cliniciens se sont demandé s'il valait mieux promouvoir une intervention intensive auprès de cette clientèle ou s'il valait mieux intervenir de manière ponctuelle. Ainsi, certains cliniciens vont avoir pour objectif principal de traitement de prévenir le suicide en privilégiant les interventions de crise répétées. Andreoli et ses collègues résument assez bien la philosophie derrière ce type d'intervention: « il s'agit, finalement, de gagner du temps afin de permettre à l'évolution naturelle du désordre de suivre son chemin vers une issue qui est, à long terme, généralement favorable » (Andreoli, Burmand, Mühlebach, Doglioti, 1991; cités dans Chabrol, Scmitt, Sztulman, 1996).

Par contre, pour d'autres cliniciens, il semble impossible de se résigner à cette attitude attentiste. Ainsi, pour ceux-ci, il est impensable de ne pas tenter d'obtenir un changement dans l'organisation de la personnalité afin d'éviter que la personne ne s'enferme dans un mode de vie marginale. Ils aspirent donc à intervenir de manière à améliorer les relations interpersonnelles et à préserver l'intégration sociale et professionnelle de ces personnes (Chabrol, Scmitt, Sztulman, 1996). Parmi les raisons justifiantes cette position, on retrouve aussi la notion de prévention de la répétition du trouble. En effet, il devient important d'intervenir auprès des TPL ayant des enfants afin de développer, chez eux, les

compétences parentales nécessaires au bon développement de leurs jeunes et peut-être ainsi, prévenir la répétition transgénérationnelle.

Malgré l'énorme défi que représente l'intervention auprès des TPL, la majeure partie des cliniciens prône une approche interventionniste plutôt qu'attentiste. Concernant l'intervention auprès de cette clientèle, dans la littérature nous retrouvons deux orientations majeures: l'approche psychodynamique et l'approche cognitive-comportementale. Il est à noter que peu importe l'orientation théorique choisie, les caractéristiques particulières du trouble de la personnalité limite ont nécessité des accommodations importantes au modèle de base (Cousineau et Young, 1997).

1.3.1 L'approche psychodynamique.

À l'origine, ce sont les psychanalystes qui ont défini le trouble de la personnalité limite. Paradoxalement, plusieurs chercheurs ont constaté que ce type de clientèle n'avait pas le profil requis pour un traitement formel en psychanalyse (Stern, 1938, Hoch et al., 1962, cités dans Paris, 1997). Il semble que soumettre ce type de clients à des séances psychanalytiques d'association libre pouvait potentiellement empirer leur condition. Devant cette constatation, certains thérapeutes ont apporté des modifications importantes à la technique analytique classique afin de favoriser le travail avec les patients limites (Cousineau et Young, 1997). Parmi eux, on retrouve Kernberg (1975, 1984) et Masterson (1972, 1976, cité dans Cousineau et Young, 1997) qui recommandent un niveau plus important d'interventions de la part du thérapeute pour compenser la «faiblesse de l'ego» caractéristique de cette population (Paris, 1997). Ainsi le thérapeute verra à prendre place en face du client, il sera plus directif durant l'entrevue, aura moins tendance à faire des interprétations, etc.

Dans cette approche, le thérapeute aspire à développer chez le client la capacité de se percevoir lui-même ainsi que les autres comme étant des individus cohérents et intégrés en favorisant une évaluation réaliste. Les objectifs de travail deviennent donc le développement d'une capacité accrue à contrôler les impulsions, à tolérer l'anxiété, à

moduler les affects, à sublimer les besoins instinctuels, à développer des relations interpersonnelles stables et satisfaisantes, à éprouver l'intimité et l'amour (Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr, Appelbaum, 1989). Fidèle à sa vision de l'humain et des psychopathologies, l'approche psychodynamique propose un travail global et en profondeur avec les états limites. À ce sujet, Chabrol et al. (1996) rapportent que cette approche vise une modification globale de l'organisation de la personnalité et non seulement à une correction des troubles de la pensée, des émotions et du comportement améliorant par le fait même le fonctionnement des parties saines du moi de la personne.

Pour l'approche psychodynamique, la prise de conscience du contre-transfert occupe une place de choix. En effet, celle-ci est perçue comme un élément essentiel à la démarche psychothérapeutique (Cousineau, 1997). En effet, à l'intérieur même de la relation thérapeutique, le patient aura tendance à reproduire de façon intégrale et compulsive les patterns interactionnels issus de son enfance. Le thérapeute doit donc rester vigilant et prendre conscience de ses propres réactions afin d'éviter de reproduire ces patterns dysfonctionnels dans le cadre thérapeutique (Orcutt, 1997). Cette prise de conscience est primordiale puisque le contre-transfert du thérapeute comprend toutes ses réactions émotives qui entravent son travail avec le client (Masterson, 1983; cité dans Orcutt, 1997) et si elle n'est pas faite, le thérapeute risque fort de placer le traitement dans une impasse (Orcutt, 1997).

1.3.1.1 La psychothérapie analytique des patients limites selon Kernberg.

Les caractéristiques particulières au TPL ont amené Kernberg (1984) à adapter le cadre et les techniques d'intervention entourant le traitement de cette clientèle. Il mentionne que cette méthode d'intervention est toutefois contre-indiquée pour les TPL présentant des aspects antisociaux graves. Ainsi, la structure du cadre thérapeutique permettra le maintien de la neutralité thérapeutique en plus de contenir le transfert et de prévenir les passages à l'acte contre-transférentiels. Favorisant un travail de collaboration, le patient et le thérapeute identifient ensemble les problèmes à explorer et à modifier durant le traitement. Évidemment, le thérapeute veillera à évaluer le réalisme des objectifs

identifiés par le patient. De plus, le thérapeute prend le temps d'expliquer au patient les moyens qu'il compte utiliser pour atteindre les objectifs retenus. Enfin, Kernberg propose la signature d'un contrat sur lequel les responsabilités de chacun sont clairement identifiées. Autre élément à noter, la psychothérapie telle que proposée par Kernberg est un travail de longue haleine qui tente d'agir en profondeur. Pour ce faire et contrairement à la psychothérapie de soutien, où le client pourra être rencontré qu'une seule fois par semaine, Kernberg suggère jusqu'à trois entrevues hebdomadaires voir même plus selon la sévérité de la problématique. À ce nombre, il pourra s'ajouter des interventions ponctuelles en cas de crises suicidaires.

Concernant l'intervention en tant que telle, Kernberg (1984) considère la clarification et l'intégration cognitive comme des outils essentiels et puissants qui permettent de développer la fonction « d'auto-observation » du patient. Ainsi, dans son approche sur le traitement des TPL, il classe les interventions thérapeutiques en trois catégories: la clarification, la confrontation et l'interprétation. La clarification et la confrontation sont des étapes préparatoires à l'étape de l'interprétation. Compte tenu des caractéristiques propres aux états limites, Kernberg recommande une utilisation prudente et progressive de l'interprétation. Cette dernière étape peut prendre la forme d'une intervention complexe faisant la synthèse d'événements, d'attitudes et de propos survenus depuis plusieurs semaines.

1.3.1.2 L'approche intégrée de Masterson.

Reconnaissant lui aussi l'importance d'adapter les interventions de traitement aux réalités du TPL, Masterson propose une intégration et une synthèse de plusieurs concepts psychodynamiques. Parmi les concepts utilisés de manière adaptée par Masterson, on retrouve la théorie des pulsions et la théorie structurelle de Freud, la théorie des relations d'objet internalisées de Klein, la théorie du développement de Madler et la théorie du soi tel que proposée à la fois par Jung et par Stern. La combinaison de ces théories permet à Masterson d'obtenir un portrait plus complexe et systémique, facilitant ainsi la compréhension de la problématique du TPL.

La vision de Masterson entourant le TPL repose sur la compréhension dynamique des manques et des régressions défensives qui inhibent la croissance du soi (Orcutt, 1997). Selon lui, le TPL trouverait son origine dans un débalancement de la relation mère-enfant. L'objectif de travail est donc d'identifier, de confronter et de modifier de manière adaptative les blocages que la personne a développés contre l'émergence du soi réel afin que celui-ci puisse commencer à s'épanouir. Pour ce faire, Masterson mentionne l'importance de modifier et de rediriger les pulsions, de favoriser l'orientation et la protection du moi et de stimuler la projection adaptée des relations d'objet apprivoisées.

Masterson mise beaucoup sur l'importance d'utiliser la confrontation dans le traitement du TPL. Afin de bien répondre à la dynamique de ce trouble, Masterson a quelque peu adapté cette technique. En effet, l'utilisation de la confrontation telle que faite par Masterson ne place pas le thérapeute dans une opposition didactique ou moralisante par rapport au client (Orcutt, 1997). Au contraire, le thérapeute verra à rester neutre, à observer et juxtaposer les contradictions rapportées. Selon Masterson, l'utilisation de la confrontation tout au long du processus thérapeutique permet au client motivé de prendre progressivement conscience de ses résistances et de ses émotions et ainsi de cheminer à l'intérieur du traitement. Masterson souligne que cette progression n'est pas constante puisque la confrontation amène souvent le client à régresser par la suite à mesure que les pensées et les émotions douloureuses refont surface (Masterson, 1993, cité dans Orcutt, 1997).

1.3.2 L'approche cognitive comportementale.

À l'origine, l'approche cognitive-comportementale en était une d'intervention à court terme qui traitait des troubles de l'Axe 1 comme le trouble dépressif et les troubles anxieux. Ce n'est que depuis le début des années 90 que les thérapeutes d'orientation cognitive-comportementale disposent enfin d'ouvrages importants sur lesquels s'appuyer pour travailler avec les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité limite. Outre la contribution de Beck et Freeman (1990), de Pretzer et Beck (1996; cités dans Bégin et

Lefebvre), de Layden, Freeman et Byers Morse (1993; cités dans Cousineau et Young, 1997), de Turkat (1990), il faut aussi noter celles de Young (Young et Klosko, 1995; Cousineau et Young, 1997) et de Linehan (1993a).

Tout comme pour l'approche psychodynamique, l'approche cognitive-comportementale vise elle aussi à améliorer le fonctionnement de la personnalité, les relations interpersonnelles et l'adaptation sociale. Par contre, pour y arriver, les thérapeutes visent principalement à réduire les pensées dichotomiques et à augmenter le contrôle sur les émotions et les impulsions en renforçant le sens de l'identité et en corrigeant les postulats fondamentaux dysfonctionnels (Pretzer, 1990; cité dans Chabrol et al, 1996).

Cette forme de psychothérapie se caractérise aussi par sa structuration plus importante ce qui renforce sa fonction de soutien (Chabrol et al., 1996). Ainsi, le thérapeute est plus actif et directif et voit à établir une relation thérapeutique coopérative où patient et intervenant travaillent ensemble à la compréhension des difficultés et à la recherche de solutions. Le thérapeute explique l'utilisation des moyens thérapeutiques et utilise particulièrement la relation thérapeutique comme outil de travail. En tenant compte de l'importance de la relation thérapeutique, l'intervenant favorise une meilleure gestion de l'intensité des réactions transférentielles, la diminution des attentes magiques, de l'idéalisation du thérapeute, de la crainte du contrôle et de l'emprise en plus de diminuer les risques de régression (Chabrol et al, 1996).

Au niveau de l'intervention, l'approche cognitive-comportementale centre ses interventions principalement autour des problèmes concrets, de la gestion des émotions et des comportements devenant ainsi moins menaçante pour le client. En effet, il semble que se centrer d'abord sur les comportements plutôt que sur la pensée et les sentiments est perçu de manière beaucoup moins intrusive et menaçante par les clients limites (Chabrol et al, 1996). Les techniques utilisées dans cette approche visent : - l'apprentissage de l'examen critique des pensées en situations difficiles, - la reconnaissance de l'aspect hypothétique des cognitions, - la prise de conscience de la pensée dichotomique et de ses conséquences, - l'apprentissage de la pensée relative dimensionnelle et quantitative,

l'amélioration du contrôle des impulsions en développant l'aptitude à choisir d'agir ou non une impulsion en évaluant les avantages et les inconvénients des comportements et en développant les alternatives de réponse. Pour y arriver, les intervenants ont recours à diverses méthodes comme par exemple l'imitation de modèles et les jeux de rôles ainsi que les interventions de clarification et de questionnement afin de stimuler l'auto-observation. Ils utilisent aussi la confrontation mais de manière moins directe afin que le sujet ne se sente pas heurté. Ce travail cognitif amène progressivement le client à remettre en question les cognitions dysfonctionnelles et les substituer par des cognitions plus réalistes et fonctionnelles (Chabrol et al., 1996).

Compte tenu que l'intervention auprès des TPL engendre régulièrement d'intenses émotions chez les intervenants, les cliniciens d'orientation cognitive-comportementale ont, eux aussi, dû intégrer le concept du contre-transfert à leur approche. Ainsi, pour eux le contre-transfert représente la totalité des réponses du thérapeute au patient, incluant les pensées automatiques, les croyances ou schémas activés, les émotions, les actes, les intentions, etc. (Layden et al., 1993; cités dans Cousineau, 1997). Ce phénomène n'est donc pas perçu comme quelque chose qui doit être réglé mais bien comme une source d'informations qui peut être utilisée pour examiner de plus près la relation thérapeutique. En fait, en examinant rationnellement et objectivement leurs propres réactions, les thérapeutes sont à même d'identifier les vrais enjeux du traitement soit les éléments qui amènent de la souffrance dans la vie du patient atteint d'un TPL.

1.3.2.1 L'approche centrée sur les schémas de Young.

L'approche centrée sur les schémas de Young est particulièrement intéressante du fait qu'elle permet l'identification des schémas précoces d'inadaptation et de leurs processus de perpétuation (Young, 1994; Cousineau, 1995). Lorsqu'on parle de schémas, il faut comprendre qu'il s'agit d'un thème très envahissant pour le sujet et qui détermine chez lui des niveaux précoces et profonds de croyances, d'émotions et de souvenirs.

Ce n'est que plus récemment que Young a intégré à son modèle la notion des modes. Ceux-ci tirent leur origine de l'intervention auprès des états limites. Les modes sont des entités qui regroupent des schémas ainsi que les processus de perpétuation de schémas. Ces modes ne sont ni complètement intégrés les uns aux autres ni entièrement dissociés les uns des autres. Ce qui caractérise particulièrement le fonctionnement des modes chez les personnalités limites, est leur propension à basculer rapidement, et de façon abrupte et marquée, de l'un à l'autre (Cousineau et Young, 1997). Deux facteurs expliqueraient ce changement rapide: l'environnement où un événement réactiverait un mode en particulier et la dimension biologique qui prédisposerait l'apparition d'un mode chez le sujet (par exemple la fatigue qui favorise l'irritabilité et donc le passage au mode de l'enfant en colère). Ainsi, selon ce modèle, la personnalité limite présente quatre modes de fonctionnement inadaptés: l'enfant abandonné, le protecteur détaché, le parent punitif et l'enfant en colère. On retrouve aussi un mode fonctionnel, celui du soi sain. Par contre, ce mode serait absent chez plusieurs états limites ce qui amène le thérapeute à remplir ce rôle jusqu'au moment où le client intégrera graduellement ce dernier.

L'objectif général de la psychothérapie selon le modèle de Young est de réduire l'emprise des quatre modes inadaptés sur le sujet et d'accroître l'influence du mode du soi sain (Cousineau et Young, 1997). Le but du thérapeute devient donc d'identifier la présence de ces modes et utiliser les stratégies thérapeutiques spécifiques à chacun d'eux. Ces stratégies sont de quatre niveaux: relationnel, expérientiel, cognitif et comportemental. La philosophie derrière l'approche centrée sur les schémas repose sur l'authenticité et le respect réciproque entre le patient et le thérapeute.

1.3.2.2 L'approche de Beck et Freeman.

Le modèle de Beck et Freeman est lui aussi un modèle cognitif. Selon cette approche, plusieurs éléments interagissent ensemble afin d'expliquer la dynamique du TPL. De plus, le système d'interactions complexes créé par ces divers éléments aura tendance à s'auto-perpétuer par auto-renforcement et à demeurer résistant aux changements même suite à l'expérience personnelle.

Comme premier élément on retrouve les postulats de base utilisés par les TPL. Ceux-ci s'exposent de la façon suivante : le monde est dangereux et malveillant et je suis (la personne ayant un TPL) impuissant et vulnérable et fondamentalement inacceptable. Le fait de concevoir le monde et soi-même de cette manière amène la personne à faire face à un dilemme. En effet, étant faible et impuissant, il devient impossible à la personne de se fier sur ses forces ou habiletés pour faire face adéquatement à ce monde dangereux et ainsi répondre aux exigences du quotidien. Par contre, il est aussi impossible à la personne de devenir dépendant de quelqu'un qu'elle perçoit comme compétent puisque qu'elle est elle-même inacceptable, elle risquerait tout simplement de se faire rejeter, abandonner ou attaquer. Afin de composer avec ce dilemme, la personne se voit dans l'obligation d'osciller entre deux positions extrêmes, l'autonomie et la dépendance, sans jamais pouvoir se fier totalement à l'une d'elle.

Le deuxième élément considéré comme important par ce modèle va lui aussi dans le sens de l'oscillation entre les positions extrêmes. Il s'agit de la pensée dichotomique qui amène la personne à faire des interprétations extrêmes des événements qui l'entourent et la conduit par le fait même à poser ou ressentir des comportements et des émotions qui seront eux aussi extrêmes. La personne qui utilise ce mode de pensée est encline à se déplacer rapidement d'un extrême à l'autre. En fait, la pensée dichotomique pourrait être responsable des fluctuations d'humeurs abruptes et des changements dramatiques de comportements (Beck Freeman, 1990; cités dans Cousineau, 1993).

Les postulats de base et la pensée dichotomique sont intimement liés dans le modèle de Beck et Freeman. En effet, le TPL sait qu'il n'est pas parfait et, par son mode de pensée, il devient donc inévitablement inacceptable et à risque d'être rejeté. Afin d'éviter l'abandon, le TPL aura tendance à éviter l'intimité et la franchise et par le fait même il s'empêche de développer des objectifs qui pourraient être intéressants et qui lui permettraient de vérifier la valeur réelle du postulat « je suis fondamentalement inacceptable ». Le besoin de proximité/dépendance est lui aussi influencé par ce processus. Si le besoin n'est pas comblé il provoque de la colère chez la personne, colère

qui est perçue comme destructrice. Par contre s'il est comblé, il place la personne dans une position précaire puisqu'elle devient impuissante et vulnérable et ce dans un monde jugé comme dangereux. Le dilemme dépendance/colère demeure donc non-résolu.

Le dernier élément important du modèle repose sur la notion du sentiment d'identité qui est souvent faible et instable chez le TPL. Le fait que la personne soit souvent confuse et changeante face à ses projets de vie provoque chez elle le sentiment d'être inefficace et incompetent occasionnant par le fait même un manque de motivation et une tendance à la résignation.

L'instabilité et le déplacement entre des pôles extrêmes fait partie intégrante de la dynamique du TPL. C'est probablement pour cette raison que Beck identifie comme premier objectif de travail le fait de s'attaquer à la pensée dichotomique. Bien sûr, il reconnaît aussi l'importance de travailler les problèmes liés à l'identité, au contrôle des émotions ainsi qu'à l'utilisation de distorsions cognitives. De plus, il ne néglige pas l'importance qui doit être accordée à développer une bonne alliance thérapeutique, élément essentiel au bon déroulement du traitement.

1.3.2.3 L'approche dialectique comportementale de Linehan.

Les travaux de Linehan (1993a) se distinguent par des efforts consentis pour démontrer l'efficacité de l'approche dialectique comportementale. Cette approche est présentement l'une des seules à disposer de solides appuis empiriques issus d'une série d'études expérimentales respectant les critères les plus exigeants de la tradition scientifique (Bégin et Lefebvre, 1997).

L'approche dialectique comportementale de Linehan (1993a) est considérée par plusieurs comme un système thérapeutique sophistiqué. En effet, son approche est un amalgame éclectique de plusieurs approches: techniques cognitives-comportementales, méditation inspirée du Zen, psychoéducation, pensée dialectique, suivi individuel et de groupe, etc. Linehan décrit son programme comme un qui vise à améliorer la qualité de vie des

participants où, dans un premier temps, les stratégies dysfonctionnelles sont remplacées par des stratégies plus adaptatives et fonctionnelles.

Linehan se base sur un modèle biosocial pour expliquer le trouble de la personnalité limite. Ainsi ce trouble serait principalement le résultat d'une incapacité à régulariser les émotions et les comportements qui en découlent (comportements parasuicidaires et suicidaires). Selon elle, ces comportements représentent soit une tentative de régulariser les émotions ou la conséquence d'une régularisation inefficace des émotions (Bégin et Lefebvre, 1997). Ce problème de régulation des émotions viendrait de l'influence multiple de différents facteurs lors du développement (Linehan, 1993a). Comme premier facteur, on retrouve une prédisposition biologique. Cette prédisposition se constitue de deux éléments soit d'une vulnérabilité émotionnelle (une hypersensibilité et une trop grande réactivité du système émotionnel) additionnée d'une incapacité de moduler l'activation due à une forte émotion de même que l'action qui y est associée. Comme deuxième facteur, on retrouve l'influence d'un environnement invalidant, c'est-à-dire un milieu où on a réagi par des réponses erratiques, extrêmes et inappropriées à la communication des expériences émotives intimes, où l'expression des émotions et des sentiments est punie ou banalisée et où les émotions pénibles sont ignorées dans leur contenu et leur cause. Ce type d'environnement ne permet donc pas l'apprentissage de l'identification et de la régulation des émotions, la tolérance des émotions intenses de détresse non plus que la capacité de considérer ses propres émotions comme reposant sur une interprétation valide de l'événement (Bégin et Lefebvre, 1997).

De son approche dialectique comportementale, Linehan a élaboré un programme d'entraînement aux habiletés. Ce programme repose sur une certaine philosophie de base. Ainsi le programme a une approche comportementale, c'est-à-dire que le participant va apprendre à analyser les caractéristiques comportementales problématiques pour les remplacer par des habiletés nouvelles et plus adaptatives. Il a aussi une approche cognitive où on aide le participant à changer les croyances et les attentes qu'il a apprises suite à ses expériences mais qui ne sont pas adaptatives tout en l'aidant à examiner et changer si nécessaire son mode de pensée. Le programme est donc tourné vers

l'apprentissage de nouvelles habiletés et le développement de celles qu'il possède déjà et qui sont adaptatives. Il se veut aussi supportant, c'est-à-dire qu'il supporte le participant dans ses démarches pour diminuer les comportements suicidaires et parasuicidaires et pour augmenter sa qualité de vie. Dans toute la philosophie de base de Linehan, la prémice la plus importante est certainement celle qui repose sur l'acceptation du participant tout en stimulant le changement.

1.4 Le point sur les diverses approches psychothérapeutiques.

Cette section du travail présente les divers éléments qui nous ont permis de faire le choix d'une approche de travail. Une brève analyse de l'efficacité des diverses approches est faite ainsi que la présentation des éléments retenus pour en arriver à un choix.

1.4.1 L'efficacité des diverses approches.

Jusqu'à aujourd'hui, il semble que l'efficacité des approches psychodynamiques n'a pas encore été clairement démontrée. Dans son article, Paris (1997) rapporte que, malgré une vaste documentation sur la thérapie psychodynamique pour patients ayant un trouble de la personnalité limite, il n'y a pas de preuve démontrant nettement son efficacité. En effet, toutes les données sont établies à partir d'essais non contrôlés faits parmi des échantillons très sélectifs (Stevenson et Meares, 1992; Sabo et al., 1995). Il conclut donc en disant qu'il est fort probable que les méthodes psychodynamiques sont utiles pour les patients hautement fonctionnels et ayant un ego fort, mais qu'elles ne le sont guère pour la majorité des cas de diagnostic borderline (Paris, 1997).

Concernant le modèle d'intervention proposé par Young, celui-ci ne donne pas réponse à tous les problèmes mais il a tout de même le mérite de simplifier la problématique complexe que représente les états limites, de suggérer des liens dynamiques entre chacun des modes et de proposer des stratégies thérapeutiques diversifiées. Le plus grand problème avec le modèle de Young est, que pour l'instant, il n'est pas appuyé par des résultats de recherches.

Le modèle proposé par Beck et Freeman est confronté au même problème. Bien qu'il mette en lumière les interactions complexes qui peuvent exister entre divers éléments à la base du trouble, aucune donnée n'est à ce jour disponible pour démontrer l'efficacité de leur méthode d'intervention. Eux-mêmes reconnaissent que, pour l'instant, seules des recommandations de traitement basées sur des observations et des données empiriques limitées sont disponibles (Beck et Freeman; 1990).

C'est l'approche de Linehan qui semble pour l'instant démontrer les résultats les plus prometteurs. Dans leur article, Cousineau et Young (1997) rapportent que plusieurs modèles d'intervention ont été proposés mais qu'il existe très peu de données empiriques concernant le traitement efficace du trouble de la personnalité limite. En fait, les seules recherches concluantes sont celles de Linehan (Linehan et al., 1991, Linehan et al., 1993c) portant sur la thérapie dialectique comportementale. Les résultats démontrent qu'après un an, les patients avaient réduit leurs comportements parasuicidaires, étaient moins souvent hospitalisés et étaient généralement moins impulsifs (Cousineau et Young, 1997). Toutefois, la cohorte n'exprimait pas de sentiment moins dysphorique à la fin du traitement (Paris, 1997). Autre élément à noter, dans l'essai clinique de Linehan (1991, 1993c), le taux d'abandon était beaucoup plus faible chez le groupe de patients ayant bénéficié du traitement dialectique comportemental (16.4%) que celui observé chez les patients ayant suivi un traitement d'orientation psychanalytique (50%) (Smith et al., 1995, cités dans Bégin et Lefebvre, 1997).

Bien que cette approche ne soit pas parfaite, ces résultats démontrent tout de même qu'un tel programme est digne d'intérêt. Évidemment comme le rapportait Paris (1997), quoi que l'approche dialectique comportementale soit présentement le développement le plus prometteur en psychothérapie, elle s'est révélée surtout efficace pour contrôler les comportements parasuicidaires mais moins pour aider les patients à se sentir mieux. À cette critique Cousineau (1997) ajoute que pour l'instant rien ne prouve que d'autres approches ne pourraient arriver aux mêmes résultats. En effet, les recherches sur les psychothérapies à long terme sont rares (Cousineau et Young, 1997). Malgré ces

critiques, l'impact des travaux de Linehan reste important. Dans ce sens, Cousineau et Young (1997) notent que même si les résultats empiriques des travaux de Linehan sont encore difficiles à évaluer étant donné la quantité importante des variables spécifiques et non spécifiques en cause, ils marquent l'entrée de la recherche empirique dans un champ qui semblait jusqu'à tout dernièrement hors de sa portée. Ils renchérissent en ajoutant que cette percée est majeure pour le domaine du traitement du trouble limite car elle interpelle les cliniciens de diverses allégeances théoriques sur la dimension de l'efficacité de leur traitement.

1.4.2 Le choix d'une approche de travail.

Comme il a été mentionné plus haut, les deux principales approches recensées sont l'approche psycho-dynamique et l'approche cognitive-comportementale. Pour ce qui est de l'approche psycho-dynamique, deux éléments ont écarté le choix de cette dernière. Le premier élément étant la non disponibilité de preuve démontrant clairement l'efficacité de celle-ci et le deuxième étant une limite imposée par les réalités entourant notre projet soit les limites de temps. N'oublions pas que l'approche psycho-dynamique nécessite une longue période de traitement avant que les patients en ressentent certains effets bénéfiques. De plus, Kernberg (1984) estime que la durée moyenne des psychothérapies analytiques des états limites se situe entre 5 et 7 ans. Compte tenu des réalités des CLSC, un suivi de si long terme ne semble pas approprié.

Tel que déjà mentionné, l'approche retenue est celle de Marsha M. Linehan. Le principal élément justifiant ce choix est évidemment l'existence de preuves empiriques démontrant l'efficacité de ce programme. De plus, ce dernier répond parfaitement à la demande exprimée par les responsables des CLSC puisqu'il propose, entre autre, une approche de groupe comme élément d'intervention. Un autre élément qui favorise ce choix est sans contredit les deux manuels de traitement (Linehan, 1993a, 1993b) qui furent rédigés en vue de former des intervenants tout en leur proposant le contenu intégral du programme d'entraînement aux habiletés.

CHAPITRE DEUX

LE PROGRAMME D'ENTRAÎNEMENT AUX HABILITÉS DE LINEHAN

Étant donné que l'approche de travail retenue est celle de Linehan, nous profiterons de cette section pour présenter les grandes lignes du programme d'entraînement aux habiletés tel que proposé par Linehan (1993a, 1993b). Ainsi, un bref aperçu de la philosophie de base de l'approche dialectique comportementale ainsi que des instruments d'intervention qui la composent seront exposés. La fin de la section abordera le contenu des modules d'entraînement. Le but de cette section est donc de présenter les éléments importants du programme qui ont été utilisés lors de l'implantation tout en permettant aux intervenants de se familiariser avec le contenu de celui-ci. L'encadré 2 présente les éléments qui seront abordés à l'intérieur de cette section.

2.1 Les critères diagnostiques: une réorganisation.

Les critères diagnostiques utilisés par Linehan sont organisés de manière à refléter les principaux déficits entourant le TPL. Ces différents déficits sont regroupés par cinq grandes catégories: le dérèglement émotionnel, le dérèglement interpersonnel, le dérèglement comportemental, le dérèglement cognitif et le dérèglement concernant l'identité. L'étude des critères diagnostiques utilisés par Linehan nous permet de constater qu'elle a réorganisé les critères du DSM-IV sans toutefois les redéfinir (Bégin et Lefebvre, 1997). Cette disposition des critères diagnostiques permet d'attirer l'attention du thérapeute sur les diverses dimensions qu'il devra travailler tout au long du traitement en plus de le situer de manière à favoriser le choix des stratégies devant être utilisées (acceptation versus changement, habiletés à enseigner, etc.) (Linehan, 1995a, cité dans Bégin et Lefebvre, 1997). La réorganisation faite par Linehan se présente de la manière suivante:

1. *Le dérèglement émotionnel*: instabilité affective (critère 6 du DSM-IV) et problèmes avec la colère (critère 8 du DSM-IV). Se manifeste par des réponses intenses et par des périodes de dépression, d'anxiété, d'irritabilité et de colère incontrôlée.

ENCADRÉ 2

Éléments importants du programme de Linehan

1. Les critères diagnostiques: une réorganisation.
2. La philosophie de base de l'approche de Linehan.
 - 2.1. Considérations entourant le patient et le thérapeute selon l'approche dialectique.
3. L'intervention.
 - 3.1. Les dilemmes dialectiques
 - 3.2. Les différents modes de traitement.
 - 3.2.1. La thérapie individuelle.
 - 3.2.2. La thérapie de groupe: groupe d'entraînement aux habiletés.
 - 3.2.3. La thérapie de groupe: groupe de soutien.
 - 3.2.4. Les consultations téléphoniques.
 - 3.2.5. Les rencontres hebdomadaires de consultation pour les thérapeutes.
 - 3.2.6. Les traitements auxiliaires.
 - 3.3. Hiérarchisation des objectifs de travail.
 - 3.4. Les stratégies d'intervention.
 - 3.4.1. Les stratégies dialectiques spécifiques.
 - 3.4.2. Les stratégies de base: la validation et la résolution de problèmes.
 - 3.4.2.1. La validation.
 - 3.4.2.2. La résolution de problèmes.
 - 3.4.3. Les stratégies stylistiques: balancer la communication.
 - 3.4.4. Les stratégies de gestion de cas.
4. Le groupe d'entraînement aux habiletés: contenu du programme.
 - 4.1. Le module sur la sagesse interne.
 - 4.2. Le module sur l'efficacité interpersonnelle.
 - 4.3. Le module sur la modulation des émotions.
 - 4.4. Le module sur la tolérance à la détresse.

2. *Le dérèglement interpersonnel*: relations interpersonnelles conflictuelles et instables (critère 2 du DSM-IV) et efforts pour éviter l'abandon (critère 1 du DSM-IV). Se manifeste par des relations interpersonnelles problématiques, des difficultés à créer et à maintenir des relations significatives et par des efforts effrénés pour éviter l'abandon de la part des personnes significatives qui les entourent.
3. *Le dérèglement comportemental*: comportements suicidaires et parasuicidaires (critère 5 du DSM-IV) et comportements impulsifs (critère 4 du DSM-IV) incluant abus d'alcool et de drogue. Se manifeste par des réactions impulsives et extrêmes ainsi que par des gestes suicidaires et parasuicidaires.
4. *Le dérèglement cognitif*: distorsions cognitives incluant les symptômes de dissociation et d'idéation paranoïde (critère 9 du DSM-IV). Se manifeste par la présence de périodes de dépersonnalisation, de dissociation et d'hallucination plus particulièrement lors de périodes de stress intense.
5. *Le dérèglement concernant l'identité*: diffusion de l'identité (critère 3 du DSM-IV) et sentiment chronique de vide (critère 7 du DSM-IV). Se manifeste par la présence d'un sentiment persistant de vide ainsi que par l'impression de ne plus savoir qui l'on est.

2.2 La philosophie de base de l'approche de Linehan.

La philosophie derrière le programme bâti par Linehan est inspirée de la théorie socio-économique de Marx et Engels (1970; cités dans Linehan, 1993a). Cette approche repose sous le nom de pensée dialectique. Selon Linehan (1993a), la pensée dialectique se caractérise par trois principes fondamentaux. Ces trois principes ont une influence directe sur la façon de percevoir la réalité.

Le premier principe postule que la réalité est un système complexe. Ainsi, l'analyse d'un des éléments de ce système perd de sa valeur si cet élément n'est pas mis en lien avec le tout. Levins et Lewontin (1985), cités dans Linehan (1993a), résument bien cette idée: « les parties et le tout évoluent en fonction de leur relation et leur relation évolue en fonction de ces deux éléments. Ainsi, il est sous-entendu qu'un des éléments ne peut exister sans l'autre, qu'un élément acquiert ses propriétés à partir de sa relation avec

l'autre et que l'évolution des deux éléments est une conséquence de leur interprétation réciproque » (p.3). Le premier principe de la pensée dialectique met donc l'importance sur l'inter-influence qui existe entre le tout et les parties qui le composent.

Le deuxième principe de base de cette philosophie est celui des polarités. Ici il est postulé que la réalité n'est pas statique et qu'elle est composée d'oppositions qui ne doivent pas nécessairement s'annuler ou se dominer les unes les autres. Linehan conçoit ces forces opposées comme étant des thèses et des antithèses qui s'intègrent pour former la synthèse et par le fait même amènent la création de nouvelles forces oppositionnelles. Cette façon de voir les choses influence la perception de la réalité et aussi de la vérité. La vérité devient une réalité paradoxale puisqu'elle contient des contradictions. Ici le « ou » est remplacé par le « et ». Linehan cite un passage de Golberg (1980) pour illustrer ce point : « J'assume que la vérité est paradoxale, que chaque élément de sagesse contient des contradictions et qu'ainsi les vérités se tiennent côte à côte. Les contradictions qui composent la vérité ne doivent pas nécessairement s'annuler l'une l'autre ni se dominer, mais bien se côtoyer, invitant à la participation et à l'expérimentation » (p. 295-296). L'approche dialectique sous-tend que dans chaque dysfonction il y a une fonction et que dans chaque distorsion il y a une part de vérité.

Le dernier principe postule que la réalité est en constante évolution. Ainsi le caractère oppositionnel et non réducteur de la réalité en plus des inter-influences qui la composent et la déterminent l'amènent à être un tout en continuel changement. Linehan écrit que c'est la tension entre la thèse et l'antithèse qui produit le changement c'est-à-dire la synthèse. Par le fait même lorsqu'il y a un changement, un nouvel état est créé; celui-ci contient aussi des thèses et des antithèses et produit le matériel nécessaire au processus de changement continu.

2.2.1 Les considérations entourant le patient et le thérapeute selon l'approche dialectique.

D'après l'approche dialectique comportementale proposée par Linehan, huit considérations importantes concernant le patient et la thérapie nous sont présentées. Linehan fait bien attention de nous mettre en garde face à celles-ci; elle nous rappelle que ce sont des considérations et non des faits. Ces considérations découlent directement de la philosophie de base de l'approche dialectique comportementale. Voici une brève énumération de ces considérations:

1. Le patient fait de son mieux:

Linehan rappelle que compte tenu que les comportements des états limites peuvent souvent sembler exaspérants, inexplicables et incontrôlables, il peut être tentant de penser que la personne n'essaie pas vraiment de s'améliorer. Par contre, selon elle, les patients font de réels efforts pour changer. Elle va même jusqu'à dire que le fait de dire à un patient qu'il devrait faire davantage d'efforts ou qu'il donne l'impression de ne pas se forcer peut être vécu par celui-ci comme une expérience extrêmement invalidante.

2. Le patient veut s'améliorer:

Pour Linehan, il est évident que si le patient fait une demande d'aide et s'inscrit au programme d'entraînement, c'est parce qu'il désire s'améliorer. Considérer que le patient ne s'améliore pas assez ou assez vite parce qu'il manque de motivation peut devenir un élément qui interfère avec la réussite de la thérapie.

3. Le patient a besoin de faire mieux, d'essayer davantage et d'être plus motivé à changer:

Quoi que cette affirmation peut sembler contradictoire aux deux premières, il en est tout autrement. Linehan mentionne que malgré le fait que la personne fait de son mieux et éprouve un réel désir de s'améliorer, ces belles dispositions sont rarement suffisantes pour atteindre les objectifs fixés. La tâche du thérapeute est donc d'identifier les facteurs

qui inhibent ou interfèrent avec la motivation et d'utiliser les techniques de résolution de problèmes afin d'aider le patient à augmenter ses efforts et à « purifier » sa motivation.

4. Le patient n'a peut-être pas causé tous ses problèmes mais il doit les régler de toute façon:

Cette considération est des plus importantes. Elle sous-entend qu'il ne suffit pas au patient de suivre le programme, de prendre une bonne médication, de trouver les personnes idéales, etc. pour que sa vie s'améliore. Au contraire, il doit changer ses comportements et modifier des éléments de son environnement afin d'obtenir une réelle amélioration de sa qualité de vie. Le patient devient donc un agent actif, il peut avoir besoin d'aide mais ce n'est pas le thérapeute qui va le « sauver ».

5. La vie des patients suicidaires qui souffrent d'un TPL est insoutenable telle que vécue présentement:

Considérant les plaintes de ceux-ci comme étant véridiques et sérieuses, leur vie peut ressembler à l'enfer. Devant ce fait, la solution devient évidente, ils doivent changer leur vie.

6. Le patient doit apprendre de nouveaux comportements dans tous les contextes:

Selon Linehan, les patients doivent apprendre de nouvelles habiletés à tout moment et non pas seulement dans les « bons moments » ou les bonnes périodes de leur existence. Ainsi, les moments de bouleversement deviennent des occasions par excellence pour apprendre de nouvelles façons de faire face aux difficultés. Linehan va jusqu'à dire que l'hospitalisation n'est pas toujours une bonne solution puisqu'elle éloigne la personne de l'environnement où elle doit apprendre de nouvelles habiletés. Elle favorise davantage un suivi plus serré de manière à encourager la personne tout en lui faisant des suggestions aidantes.

7. Le patient ne peut échouer en thérapie dialectique comportementale:

Ainsi, si un patient abandonne la thérapie, ne progresse pas ou empire sa condition c'est parce que la thérapie ou les thérapeutes ont échoué. Pour plusieurs autres approches, cet

échec serait attribué à un manque de motivation de la part du client, il en est autrement pour l'approche de Linehan. Selon elle, même si cette dernière affirmation était fondée, un des buts de la thérapie est justement de voir à l'amélioration de la motivation chez le patient.

8. Le thérapeute qui travaille auprès de cette clientèle a besoin de soutien actif de la part de ses collègues:

Linehan n'hésite pas à rappeler que la population des TPL est l'une des plus difficiles à traiter en psychothérapie. Pour le bien-être des intervenants, de la thérapie et par le fait même du patient, elle suggère que tous les intervenants aient la possibilité d'avoir accès à un groupe de co-supervision, à un consultant, à un superviseur ou qu'ils puissent se joindre à une équipe traitante.

En adhérant aux considérations mentionnées plus haut, l'intervenant se place inévitablement dans une ouverture d'esprit qui favorise le respect, la compréhension et l'acceptation du client. Il évite par le fait même le piège voulant que les personnes souffrant d'un TPL soient considérées comme étant « manipulatrices ». Ainsi, on peut résumer la philosophie sur laquelle se base le programme proposé par Linehan de la façon suivante: l'intervenant se doit d'accepter le patient tel qu'il est sur le moment présent tout en essayant de l'aider à changer.

2.3 L'intervention.

Reconnaissant les difficultés rencontrées lors de l'intervention auprès de la population des états limites, Linehan a élaboré des outils afin d'aider les intervenants à mieux cerner le tableau clinique du trouble ainsi que la direction que doit prendre leur intervention. De cette manière, Linehan espère favoriser le maintien de la motivation du thérapeute ainsi que son engagement par rapport au traitement. Parmi ces outils, on retrouve les dilemmes dialectiques, les différents modes de traitements, les listes hiérarchisées des objectifs de travail selon les modes de traitement et enfin les stratégies d'intervention.

2.3.1 Les dilemmes dialectiques.

Comme nous l'avons déjà mentionné, la dynamique entourant le TPL est souvent des plus complexe. Tout comme la théorie du modèle biosocial, la théorie entourant les dilemmes dialectiques permet à l'intervenant de mieux se retrouver à l'intérieur du tableau clinique de ce trouble. Linehan insiste sur le fait que ces dilemmes dialectiques n'ont pas la prétention d'être des éléments permettant de diagnostiquer ou de définir le trouble et ne sont pas non plus représentatifs de l'ensemble des caractéristiques du TPL. Par contre, selon son expérience, la présentation de ces dilemmes aide à la fois le client et le thérapeute à trouver une meilleure organisation et compréhension des comportements du patient tout en identifiant l'influence que le processus de la thérapie peut avoir sur ces mécanismes. Ainsi, tous deux peuvent garder en tête la tendance du patient à régulièrement osciller entre les pôles dialectiques de manière à favoriser l'atteinte d'un certain équilibre visant la synthèse de ces derniers. Linehan leur reconnaît aussi une valeur heuristique car ils aident à clarifier la notion entourant le développement des problèmes du patient.

Linehan définit ces dilemmes comme étant un ensemble de trois dimensions caractérisées par des pôles opposés: (1) la dimension vulnérabilité émotionnelle versus auto-invalidation; (2) la dimension passivité-active versus les pseudo compétences; (3) la dimension des crises incessantes versus le deuil inhibé. Tel que présenté dans la figure 1, chacune des dimensions est divisée en son centre par une ligne qui délimite l'influence première des pôles, soit une influence biologique ou sociale. Ainsi, la vulnérabilité émotionnelle, la passivité-active et les crises incessantes sont celles qui auraient été davantage influencées durant le développement par le caractère biologique de la régulation des émotions. Par contre, l'auto-invalidation, les pseudo compétences et le deuil inhibé auraient été influencées de manière plus importante par les conséquences sociales de l'expression des émotions. L'idée principale derrière ces dilemmes dialectiques est que la position sur une des extrémités des dimensions est tellement inconfortable que le patient a tendance à constamment osciller entre les pôles. Le

dilemme central de la thérapie est donc l'incapacité du TPL à tendre vers une position balancée qui représente une synthèse des dimensions.

DIMENSIONS DIALECTIQUES

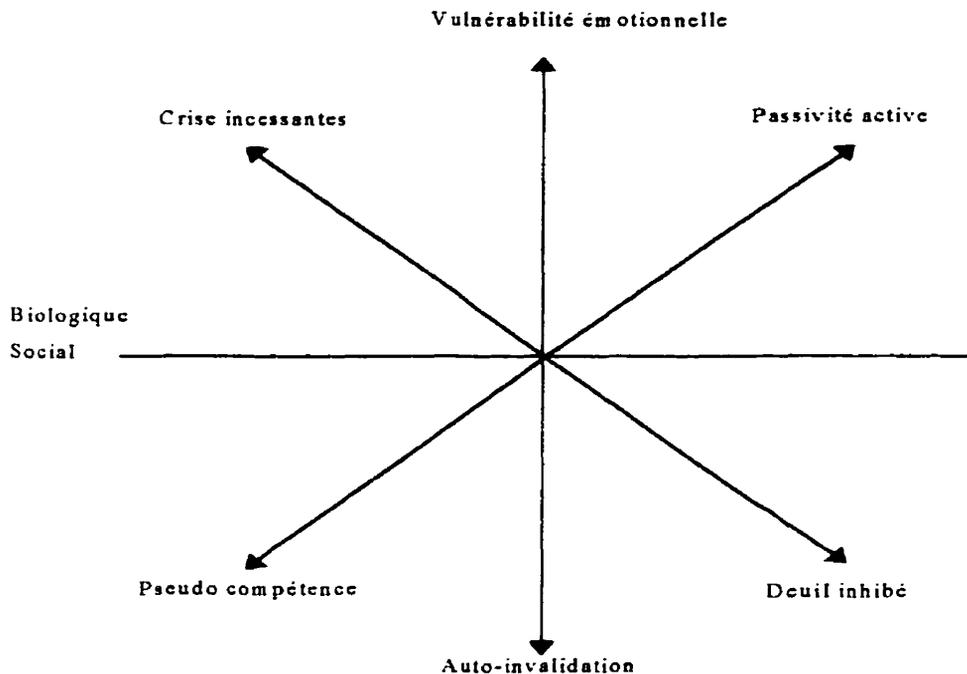


FIGURE 1. Les trois dimensions des dilemmes dialectiques

2.3.2 Les différents modes de traitement.

Le programme d'entraînement aux habiletés peut être considéré comme un tout. Ainsi, il est constitué de parties, c'est-à-dire de différents modes de traitement où les principes de base de l'approche dialectique comportementale peuvent être appliqués. On compte quatre modes de traitement primaires (la thérapie individuelle, les thérapies de groupe, la consultation téléphonique et les rencontres de consultation pour les thérapeutes) et un mode de traitement auxiliaire (traitement non dispensé par les intervenants du programme). Quoique leur fonction et leur mode d'application soient différents, tous les modes de traitement visent le même objectif, aider le client dans son processus

d'amélioration de sa qualité de vie. En fait, ces différents modes de traitement réfèrent à un travail d'équipe où la coopération et l'influence sur les divers niveaux de la vie du client n'ont d'autre raison d'être que de rendre le traitement plus efficace.

2.3.2.1 La thérapie individuelle.

La thérapie individuelle peut être considérée comme la pierre angulaire du traitement; tous les autres modes de traitement évoluent autour de celle-ci. Le thérapeute individuel est donc l'intervenant principal et est responsable de la coordination des divers modes de traitement. Le but de ce mode de traitement est d'aider le patient à diminuer les comportements dysfonctionnels pour les remplacer par des comportements plus adaptés. Le thérapeute voit aussi à identifier et à travailler les facteurs qui interfèrent avec la motivation du patient et qui inhibent l'apparition de comportements efficaces. La thérapie individuelle permet en plus d'aider le patient à maîtriser et à généraliser les habiletés enseignées dans le suivi de groupe afin que celui-ci puisse les utiliser dans sa vie de tous les jours.

Tous les participants au programme d'entraînement doivent avoir un suivi individuel. En général, les rencontres individuelles ont lieu une fois par semaine. Toutefois, au début de la thérapie ou en période de crises, la fréquence des rencontres peut être bihebdomadaires. La durée moyenne des entrevues se situe entre 50-60 minutes. La durée des rencontres est flexible et peut être ajustée selon le but visé. Par exemple, le thérapeute peut raccourcir ou prolonger une rencontre selon qu'il veut renforcer un travail thérapeutique ou « punir » les tentatives d'évitement. En fait, Linehan mentionne que la clé concernant la durée des entrevues consiste en un bon jumelage selon les habiletés qui doivent être acquises et ne doit pas dépendre des humeurs du patient ou du thérapeute.

2.3.2.2 La thérapie de groupe: groupe d'entraînement aux habiletés.

Le suivi de groupe occupe une place de choix dans le programme proposé par Linehan. C'est à l'intérieur de ce mode de traitement que toutes les nouvelles habiletés seront

enseignées. Étant donné que le but de ce suivi est l'enseignement de nouveau matériel, peu de temps peut être consacré à discuter des difficultés personnelles des participants (difficultés non reliées à la pratique et à la maîtrise du contenu enseigné). C'est pour cette raison que le suivi individuel devient indispensable à la réussite du traitement.

Durant la première année, tous les participants au programme doivent se joindre au groupe d'entraînement. Par la suite, les participants auront le choix de se joindre à un groupe de soutien où l'accent sera mis davantage sur le processus de groupe. Les séances de groupe ont lieu une fois par semaine et durent en moyenne entre 2 heures et 2 heures et demie. Les séances sont divisées en deux parties : la révision des devoirs et la présentation de nouveau matériel. Linehan suggère que le nombre de participants varie entre 6 et 8 mais elle ajoute que pour qu'un suivi de groupe soit possible la participation de seulement deux personnes est nécessaire. Idéalement, le groupe est animé par deux thérapeutes autres que les intervenants individuels de manière à éviter que les participants tendent à aborder leurs difficultés personnelles au lieu de se concentrer sur l'acquisition de nouvelles habiletés.

2.3.2.3 La thérapie de groupe: groupe de soutien.

Comme il a été mentionné plus haut, une fois leur première année complétée à l'intérieur du groupe d'entraînement, les participants ont la possibilité de se joindre à un groupe de soutien. Ce groupe est ouvert et les participants peuvent renouveler leur engagement à y participer pour une période de temps limitée. Contrairement au groupe d'entraînement, le groupe de soutien accorde de l'importance au matériel vécu entre les sessions. En fait, le but est de reproduire, d'une certaine façon à l'intérieur du groupe, les difficultés rencontrées dans le quotidien. Ainsi, les comportements reproduits en groupe sont utilisés comme véhicule de changement.

2.3.2.4 Les consultations téléphoniques.

Linehan en justifie l'importance en mentionnant trois rôles importants que ce mode d'intervention remplit. Comme premier rôle, elle reconnaît l'importance de cette technique dans le développement ou l'amélioration des capacités du client à demander de l'aide. En effet, certains patients ne se sentent pas capables de demander de l'aide pour différentes raisons comme la honte, la peur ou la non justification de leurs besoins. D'autres patients ont tendance à le faire mais de manière inefficace, par exemple en étant abusifs dans leurs demandes ou en utilisant des stratégies non adaptées. Le recours à cette technique peut donc les aider sur ce point. Comme deuxième rôle, Linehan mentionne que l'utilisation des consultations téléphoniques permet d'aider le patient à généraliser les habiletés apprises dans le suivi de groupe. Avec cette technique, le patient peut obtenir la supervision nécessaire à l'application réussie des habiletés enseignées. Enfin comme dernier rôle, on retrouve la possibilité pour le patient d'éclaircir ou de régler certaines mésententes ou conflits avec le thérapeute afin de préserver la qualité de la relation sans pour autant devoir attendre la prochaine rencontre.

2.3.2.5 Les rencontres hebdomadaires de consultation pour les thérapeutes.

Sur ce point Linehan est très ferme: tous les thérapeutes intervenant auprès de ce type de clientèle doivent avoir accès et participer à des rencontres de supervision hebdomadaires. Elle insiste particulièrement sur le fait que les personnes souffrant d'un TPL représentent un défi de taille pour les intervenants et que sans un endroit où ceux-ci peuvent partager leurs frustrations, recevoir des encouragements ou des conseils, réaliser les progrès faits même si petits, ils risquent trop souvent de se diriger vers l'épuisement professionnel ou de développer une attitude péjorative face au patient. Comme les patients doivent obligatoirement se joindre au suivi de groupe, tous les intervenants du programme sont tenus de participer à ces rencontres de consultation. L'idée est de promouvoir la bonne santé mentale de tous et chacun pour le bien-être de tous et chacun.

2.3.2.6 Les traitements auxiliaires.

Certains patients ont besoin ou désirent avoir recours à d'autres services, professionnels ou non. Linehan n'est pas contre cette pratique mais elle propose une méthode afin d'entrer en relation de manière efficace avec ces autres ressources surtout si elles ne suivent pas les principes de l'approche dialectique comportementale. Les traitements auxiliaires regroupent tous les services non offerts par les intervenants du programme, par exemple la pharmacothérapie, le counseling vocationnel, l'hospitalisation, les groupes communautaires, etc. Ce mode de traitement peut donc être considéré comme complémentaire au traitement proposé par Linehan.

2.3.3 La hiérarchisation des objectifs de travail.

Fidèle à son désir de simplifier et de clarifier les structures du traitement, Linehan propose une hiérarchisation des objectifs de travail. Cette hiérarchisation s'applique à la fois pour le traitement pris dans son ensemble mais elle touche aussi les divers modes de traitement. La prochaine partie présente ces différents objectifs de travail.

2.3.3.1 Les phases de traitement

Suite à son expérience personnelle, Linehan a constaté que les objectifs de travail du traitement pouvaient être regroupés en quatre phases. Ce n'est qu'en 1996 qu'elle a proposé l'ajout d'une cinquième phase au traitement. Cette subdivision du traitement facilite l'identification du processus de travail en plus de donner une vue d'ensemble de ce dernier. L'encadré 3 présente les phases de traitement telles que proposées par Linehan (1993a; 1996, cité dans Bégin et Lefebvre, 1997).

1. Pré-traitement: orientation et engagement.

Certaines études ont démontré que le recours à une phase de pré-traitement pouvait réduire les risques d'abandon prématuré (Parloff, Waskow, Wolfe, 1978; cités dans Linehan, 1993a). Linehan propose donc de commencer par cette étape. La phase de pré-

ENCADRÉ 3**Phases de traitement selon Linehan**

1. **Pré-traitement: orientation et engagement.**
2. **Première phase de traitement: parvenir à des capacités de base.**
3. **Phase deux du traitement: réduire le stress post-traumatique.**
4. **Troisième phase du traitement: Augmenter le respect de soi et atteindre les objectifs personnels.**
5. **Quatrième phase du traitement: apprendre à savourer la joie.**

traitement en est une de préparation. À cette étape, le patient et le thérapeute échangent de l'information afin qu'ils en arrivent à une décision éclairée et mutuelle de travailler ensemble. Les éléments que le patient veut changer chez lui et dans sa vie seront aussi identifiés. De plus, le thérapeute en profite pour décrire le programme et présenter la magnitude de changement qui peut être espérée. Il veillera aussi à modifier les attentes et les croyances irrationnelles qui pourraient interférer avec la thérapie ou conduire à la décision de quitter prématurément le traitement.

Enfin, l'étape de pré-traitement vise aussi à obtenir l'engagement du patient à participer au programme pour une durée d'un an et à respecter les règles de celui-ci, c'est-à-dire de se présenter aux rencontres, de travailler à diminuer les comportements suicidaires et parasuicidaires et les comportements qui nuisent à la thérapie, de participer au groupe d'entraînement et de respecter les conditions de recherche (s'il y a lieu) et de paiement. Le thérapeute fera de même en s'engageant à avoir une conduite professionnelle, respectueuse et déontologique en plus de se présenter aux rencontres, de respecter la confidentialité et de participer aux rencontres de supervision.

2. Première phase de traitement: parvenir à des capacités de base.

Durant cette phase du traitement, quatre objectifs principaux sont abordés; la diminution des comportements suicidaires, des comportements qui nuisent à la thérapie et à la qualité

de vie du patient et l'augmentation des habiletés chez ce dernier. L'atteinte de ces objectifs est indispensable au passage à la phase suivante.

3. Phase deux du traitement: réduire le stress post-traumatique.

Linehan insiste particulièrement sur le fait que cette phase ne peut être entreprise si le patient n'a pas atteint les objectifs de la première phase. L'idée du programme est donc de commencer à aborder les événements traumatisants du passé, par exemple des abus sexuels, de la négligence importante et de la violence physique, seulement lorsque le patient a développé les habiletés et le support nécessaires à une bonne résolution du trauma. Pour arriver à cette résolution, Linehan utilise l'exposition qui peut être plus ou moins graduelle selon les patients. Les objectifs principaux qui devront être atteints durant cette phase sont mentionnés à l'intérieur de l'encadré 4.

ENCADRÉ 4

Objectifs de la phase deux

1. La reconnaissance et l'acceptation de ou des événements traumatisants.
2. La réduction du sentiment de stigmatisation, des auto-invalidations et du blâme que s'attribue le patient.
3. La réduction du déni et des réponses de stress lorsqu'exposé à des indices liés au trauma.
4. L'atteinte de la synthèse des éléments dichotomiques de ou des événements traumatisants.

4. Troisième phase du traitement: Augmenter le respect de soi et atteindre les objectifs personnels.

La troisième phase chevauche les deux premières tout en préparant le patient à la fin du traitement. La fin prochaine du suivi peut parfois provoquer chez certains patients d'intenses sentiments de peur et de honte qui les font parfois retourner à l'une des deux premières phases. À ce sujet, Linehan mentionne que ce retour en arrière est généralement temporaire.

Plusieurs éléments sont travaillés à cette étape. Le patient doit apprendre à croire en lui-même, à valider ses émotions, ses opinions et ses actions et à augmenter son respect de soi en diminuant la haine personnelle. Le patient doit aussi développer ses capacités à demander adéquatement de l'aide et à bien gérer le fait de parfois devoir dépendre des autres et parfois être complètement indépendant de ceux-ci. C'est aussi durant cette phase que le patient synthétise les apprentissages faits et travaille à l'accomplissement de ses objectifs personnels.

5. Quatrième phase du traitement: apprendre à savourer la joie.

Cette phase n'a été proposée que récemment par Linehan (1996, cité dans Bégin et Lefebvre, 1997). Cette idée lui serait venue en constatant que malgré l'accomplissement du traitement, certains patients ressentaient toujours un sentiment d'inconfort ou d'inachevé. Afin de diminuer cet inconfort, Linehan propose d'apprendre aux patients à savourer la joie durant une période de temps importante. Il s'agit donc d'apprendre à intégrer les événements des divers moments de notre vie, les contradictions que nous rencontrons ainsi que d'accepter la réalité telle qu'elle se présente.

2.3.3.2 Les objectifs de travail associés à chacun des modes de traitement.

Compte tenu que plusieurs problèmes peuvent survenir dans l'environnement de la personne souffrant d'un TPL en même temps que celle-ci présente des comportements dysfonctionnels, il arrive que le thérapeute éprouve de la difficulté à choisir sur quoi il doit travailler en thérapie. C'est pour des raisons de cette nature que Linehan a élaboré des objectifs de travail hiérarchisés. Selon elle, ces objectifs de travail sont des guides pour décider comment structurer le temps durant la thérapie.

Étant donné que l'esprit du programme d'entraînement aux habiletés demande que les objectifs de travail et les priorités soient claires et spécifiques, ceux-ci diffèrent selon les modes de traitement. Linehan mentionne qu'il est primordial que chaque intervenant de même que le patient sachent quels objectifs et priorités de travail reviennent à chacun.

Les encadrés 5, 6, 7 et 8 présentent les listes des objectifs de travail associées à chacun des modes de traitement.

ENCADRÉ 5

Liste hiérarchisée des objectifs primaires de travail pour la thérapie individuelle

1. Diminuer les comportements suicidaires
 - a) Gestes suicidaires lors de crises
 - b) Comportements parasuicidaires
 - c) Éléments suicidaires envahissants (urgence, image, discours)
 - d) Idéations suicidaires, attentes, réponses émotionnelles
2. Diminuer les comportements qui interfèrent avec la thérapie
 - a) Comportements du patient ou du thérapeute qui pourraient détruire la thérapie
 - b) Comportements nuisibles immédiats du patient ou du thérapeute
 - c) Comportements nuisibles du patient ou du thérapeute qui sont potentiellement liés aux gestes suicidaires
 - d) Comportements nuisibles du patient qui reproduisent les comportements problématiques faits à l'extérieur de la thérapie
 - e) Manque de progrès en thérapie
3. Diminuer les comportements qui interfèrent avec la qualité de vie
 - a) Comportements qui causent des crises immédiates
 - b) Comportements faciles à changer (par la suite les plus difficiles à changer)
 - c) Comportements qui sont potentiellement reliés à des objectifs supérieurs ou aux objectifs de vie du patient
4. Augmenter les habiletés du patient
 - a) Habiletés enseignées dans le groupe d'entraînement
 - b) Habiletés potentiellement reliées à des objectifs supérieurs
 - c) Habiletés pas encore apprises

ENCADRÉ 6

Liste hiérarchisée des objectifs primaires de travail pour le groupe d'entraînement aux habiletés

1. Arrêter les comportements qui pourraient détruire la thérapie
2. Consolider et favoriser la généralisation des habiletés enseignées
 - a) Sagesse interne
 - b) Efficacité interpersonnelle
 - c) Régulation des émotions
 - d) Tolérance à la détresse
3. Diminuer les comportements qui interfèrent avec la thérapie

ENCADRÉ 7

Liste hiérarchisée des objectifs primaires de travail pour le groupe de soutien

1. Diminuer les comportements qui interfèrent avec la thérapie
2. Consolider les habiletés interpersonnelles
3. Augmenter les comportements qui améliorent la qualité de vie et diminuer ceux qui interfèrent avec une bonne qualité de vie
 - a) Réactivité émotionnelle
 - b) Auto-invalidation
 - c) Comportements qui génèrent des crises
 - d) Inhibition des éléments douloureux
 - e) Comportements de passivité active
 - f) Comportements de dépendance affective

ENCADRÉ 8**Liste hiérarchisée des objectifs primaires de travail lors
de consultations téléphoniques**

Appel pour le thérapeute individuel:

1. Diminuer les gestes suicidaires lors de crises
2. Augmenter la généralisation des habiletés enseignées
3. Diminuer le sentiment de conflit, d'aliénation et de distance face au thérapeute

Appel pour le thérapeute du groupe d'entraînement aux habiletés

1. Diminuer les comportements qui pourraient détruire la thérapie

2.3.4 Les stratégies d'intervention.

Comme il a déjà été mentionné, Linehan propose plusieurs stratégies d'intervention. Directement sorties de la philosophie dialectique, ces stratégies sont au coeur du programme et touchent tous les aspects du traitement. Le thérapeute doit arriver à trouver un équilibre satisfaisant dans l'utilisation de ces stratégies et pour ce faire, il doit constamment rester alerte aux «mouvements» du patient afin de s'y adapter. Ainsi, Linehan mentionne que le thérapeute doit travailler fort à garder le patient dans le processus thérapeutique. En fait, il doit bouger rapidement pour éviter que le patient quitte le «plancher de danse». Selon elle, «danser» avec le patient exige du thérapeute qu'il soit capable de sauter d'une stratégie à l'autre, de voyager entre l'acceptation et l'invitation au changement, le contrôle et l'indépendance, la confrontation et le support, la carotte et le bâton et entre la fermeté et la douceur, le tout avec aisance et rapidité. Étant donné que le thérapeute doit s'adapter aux mouvements du patient, il est possible que, selon les patients, toutes les stratégies ne soient pas utilisées avec la même fréquence et que la combinaison de celles-ci change avec le temps.

Les stratégies principales du programme élaboré par Linehan sont regroupées en quatre catégories majeures: (1) les stratégies dialectiques spécifiques; (2) les stratégies de base;

(3) les stratégies stylistiques; (4) les stratégies de gestion de cas. La figure 2 illustre ces diverses stratégies. Afin de bien saisir la portée de chacune d'elles, la prochaine partie en fera une courte présentation.



FIGURE 2. Les stratégies d'intervention

2.3.4.1 Les stratégies dialectiques spécifiques.

On retrouve huit stratégies dialectiques spécifiques. Étant toutes différentes les unes des autres, elles partagent pourtant un objectif commun soit, d'aider le patient et le thérapeute à explorer et mieux comprendre leurs points de vue respectifs.

1. Entrer dans le paradoxe:

Allen Frances (1988; citée dans Linehan, 1993a) mentionne que la première chose à faire, en plus d'être la plus importante, lorsqu'on fait une psychothérapie auprès d'un TPL,

c'est d'essayer d'avoir son attention. Il semble que la stratégie «entrer dans le paradoxe» soit fort utile pour ce point. En fait, il semble qu'elle permette d'y arriver parce qu'elle contient une part de surprise et d'humour et qu'elle présente l'inattendu.

En utilisant cette stratégie, le thérapeute met en lumière les contradictions paradoxales du patient tant au niveau de ses pensées que de ses comportements. L'idée générale de cette stratégie est que le thérapeute refuse d'adhérer à la logique ou aux explications intellectuelles que le patient se donne. Ainsi, le thérapeute doit continuellement faire voir au patient que chacune des propositions peut être fausse et vraie et que la réponse à toute question peut-être oui et non. Il insiste donc sur le fait que ce n'est plus blanc ou noir mais bien blanc et noir.

2. Les métaphores:

Utiliser des métaphores comprend le recours à plusieurs types d'images comme des histoires, des légendes, des analogies ou des paraboles. Selon Linehan, l'utilisation d'une telle technique est très valable lors de psychothérapies. Elle justifie ce point en mentionnant que l'utilisation d'histoires est souvent plus intéressante et plus facile à retenir pour le patient. De plus, les métaphores sont souvent moins menaçantes et permettent d'adoucir l'impact de certains éléments qui doivent être transmis au patient en plus de donner une certaine liberté à ce dernier puisqu'il peut les adapter comme il le veut à sa situation de vie. Enfin, l'utilisation de métaphores permet aussi de redéfinir et de recadrer la situation du patient, de suggérer de nouvelles solutions aux problèmes, de permettre au patient de mieux comprendre et réorganiser ses pensées, ses sentiments et ses comportements en plus de souvent lui redonner de l'espoir. Linehan a élaboré plusieurs métaphores que les intervenants peuvent utiliser selon la situation à laquelle ils doivent faire face.

3. L'avocat du diable:

Cette stratégie requiert du thérapeute qu'il présente au patient une position extrême, qu'il lui demande s'il y croit, puis qu'il joue le rôle de l'avocat du diable en présentant les arguments qui vont à l'encontre de cette position. Ainsi, le thérapeute défend la position

irrationnelle et questionne le patient à savoir pourquoi il n'adhère pas à son idée. Cette façon de faire amène le patient à glisser vers la position rationnelle et adaptative du continuum. Le but de cette stratégie est de favoriser, par le processus de discussion, la synthétisation des arguments et des contre-arguments par le patient et le thérapeute.

Linehan recommande de toujours utiliser cette technique lors des premières rencontres afin de favoriser un engagement réel à changer de la part du patient. De plus, elle recommande que le thérapeute soit attentif aux pensées dysfonctionnelles de la personne, qu'il soit direct tout en ayant l'air un peu naïf dans ses interventions, qu'il soit logique dans ses réponses et que sa position, bien qu'extrême, soit assez raisonnable pour sembler réelle. De cette manière, l'intervention risque davantage de porter fruits.

4. L'extrapolation:

Avec l'extrapolation, le thérapeute prend les propos du client plus au sérieux qu'il ne le fait lui-même. Le contenu exprimé est donc pris au pied de la lettre. Le thérapeute porte attention à la partie de la phrase que le client ne veut pas nécessairement aborder. Ainsi, le thérapeute se concentre davantage sur les conséquences mentionnées que sur le problème soulevé. Par exemple, si le patient dit qu'il va se tuer (la conséquence) si le thérapeute ne lui cède pas une autre rencontre (le problème), ce dernier va seulement focuser sur le fait que la personne veut se tuer. Le but de cette stratégie est de faire réaliser au patient qu'il exagère les conséquences du problème. Une fois que le patient admet qu'il a un peu exagéré, il est primordial que le thérapeute focuse complètement sur le problème de manière à renforcer le patient d'avoir réduit les conséquences. Linehan mentionne que cette technique peut être très utile lorsque le thérapeute se sent manipulé et qu'utilisée de manière efficace, cette stratégie peut donner des résultats très satisfaisants.

5. L'activation du «wise mind» ou de la sagesse interne:

La sagesse interne correspond à l'intégration de la pensée rationnelle et de la pensée émotionnelle. Ce mode de pensée permet à la personne d'avoir des réponses plus intuitives et spontanées face aux expériences émotionnelles et aux analyses logiques.

Lorsque la personne fait appel à sa sagesse interne, elle ne réagit plus «parce qu'il le faut» ou «parce que j'en ai envie» mais bien «parce que c'est ça qui fonctionne et qui va me permettre d'atteindre mes objectifs» compte tenu des réalités de la situation dans laquelle je me trouve.

Selon, Linehan, pour plusieurs patients, il sera difficile d'avoir accès à leur sagesse interne. Certains diront qu'ils n'en ont tout simplement pas. Dans ce cas, il est bon pour le thérapeute de mentionner que tous les êtres humains en ont une comme tous les êtres humains ont un coeur même si on ne le voit pas. Elle recommande aussi de donner plusieurs exemples où le patient a possiblement ressenti la sagesse interne, par exemple immédiatement après une crise. De plus, le fait de proposer certains exercices favorisant l'accès à la sagesse interne peut aussi aider, par exemple suivre sa respiration.

6. Faire de la limonade avec des citrons:

Selon cette stratégie, le thérapeute doit prendre une situation qui semble problématique pour le client et la recadrer comme étant une bonne occasion de pratiquer les nouvelles habiletés de celui-ci. Bien que cette stratégie soit intéressante, Linehan met en garde les intervenants : cette technique ne doit pas être appliquée de manière cavalière. Le thérapeute doit faire attention et démontrer qu'il prend le problème de la personne au sérieux et qu'il reconnaît que ce ne sera pas facile pour celle-ci d'y faire face. Linehan suggère un mélange de compassion et d'humour pour arriver à bien recadrer la situation problématique.

7. Permettre le changement naturel:

Selon la philosophie dialectique, la nature même de la réalité est changeante et en continuelle évolution. Ainsi, introduire une stabilité et une consistance arbitraire à l'intérieur de la thérapie ne serait pas dialectique. Dans l'approche dialectique, le changement a sa place, l'environnement physique peut changer, l'heure des rendez-vous et les règlements aussi. En fait, l'idée est que l'introduction du changement dans un atmosphère sécuritaire peut être thérapeutique. Par contre, Linehan insiste sur le fait que le changement doit être spontané et naturel, c'est-à-dire qu'on ne change pas seulement

pour changer mais bien parce que le changement vient naturellement, parce qu'on en a envie ou parce qu'on n'a pas le choix. Il faut tout simplement refuser de bannir le changement et le laisser venir s'il en a envie.

8. L'évaluation dialectique:

Ici, le thérapeute et le patient essaient de trouver exactement ce qui influence quoi, quels facteurs amènent la personne à agir, à ressentir et à penser de la sorte, qu'est-ce qui va bien et mal dans la vie du patient ainsi que dans la thérapie et enfin qu'est-ce qui se passe réellement dans le moment présent. L'évaluation dialectique permet de chercher et trouver les éléments manquant dans les explications personnelles des comportements et des événements. Le questionnement ne se limite pas à l'environnement immédiat de la personne, à son histoire familiale, à ses expériences passées mais va jusqu'à examiner le contexte socio-politico-économique dans lequel la personne évolue. Cette stratégie permet d'introduire l'idée qu'il existe une autre culture, une culture où la personne souffrant d'un TPL se sentirait bien.

2.3.4.2 Les stratégies de base: la validation et la résolution de problèmes.

Comme il a déjà été mentionné, les stratégies de base sont au coeur du programme d'entraînement aux habiletés. Ces stratégies comprennent la validation et la résolution de problèmes. Alors que la validation correspond à la stratégie d'acceptation la plus évidente et la plus directe du programme, la résolution de problèmes équivaut à la stratégie la plus fortement reliée au changement. Le défi du thérapeute est ici d'arriver à trouver un juste équilibre dans son utilisation de ces deux techniques. En fait, Linehan considère que, bien trop souvent, les impasses rencontrées en cours de traitement seraient directement reliées à un déséquilibre dans l'utilisation d'une stratégie par rapport à une autre. Elle suggère aux intervenants de rester vigilants dans leur utilisation puisque, rappelons-le, dans chacune des interventions avec le client, on fera toujours appel à ces deux stratégies.

2.3.4.2.1 La validation.

La validation consiste à communiquer au patient de manière claire et précise que son comportement est sensé et compréhensible dans le contexte actuel. Le thérapeute doit donc chercher, trouver et refléter à la personne la validité inhérente de sa réponse à l'événement. Cette technique permet à la fois d'éloigner la personne du «précipice» tout en lui permettant éventuellement d'apprendre à être capable de se valider soi-même.

Le processus de validation est caractérisé par trois étapes: l'observation active, la réflexion et la validation proprement dite. Durant l'étape de l'observation, le thérapeute observe et écoute le patient de manière à identifier les pensées, les émotions, les comportements, etc., exprimés ainsi que ceux non-exprimés. Il doit le faire de façon non-biaisée et donc laisser de côté tous les éléments qui pourraient nuire. À l'étape de la réflexion, le thérapeute reflète ce qu'il a identifié toujours en évitant d'avoir une attitude de jugement. Cette étape permet au patient de constater que le thérapeute est attentif. De plus, la réflexion valide les perceptions du patient et favorise l'apprentissage d'un meilleur étiquetage de ce qui est vécu et ressenti. Enfin, l'étape de la validation est celle qui requiert la plus de recherche de la part du thérapeute. Il doit rechercher la validité de la réponse et la transmettre au patient. Pour ce faire, le thérapeute doit éviter de se concentrer sur le caractère dysfonctionnel de la réponse mais bien mettre toute son attention à rechercher le moindre élément qui démontrerait que, dans ce contexte, la réponse avait du sens, était adaptée et compréhensible. Le fait de trouver ces éléments de validité permet au thérapeute de supporter honnêtement le patient.

Dans son programme, Linehan propose quatre stratégies de validation: la validité émotionnelle, la validité comportementale, la validité cognitive et le *cheerleading* ou l'encouragement. L'encadré 9 présente les diverses stratégies de validation ainsi que principaux éléments d'intervention qui y sont reliés.

ENCADRÉ 9

Stratégies de validation

1. La validité émotionnelle
 - 1.1. Donner la possibilité d'exprimer les émotions
 - 1.2. Favoriser l'apprentissage de l'observation et de l'étiquetage des émotions
 - 1.3. Lire les émotions ou la lecture de pensées
 - 1.4. Valider les émotions
2. La validation comportementale
 - 2.1. Favoriser l'observation et l'étiquetage des comportements
 - 2.2. Identifier les «je devrais»
 - 2.3. Contourner les «je devrais»
 - 2.4. Accepter les «je devrais»
 - 2.5. Valider le désappointement de la personne face à ses comportements
3. La validité cognitive
 - 3.1. Favoriser l'expression des suppositions et des pensées et en faire la réflexion
 - 3.2. Discriminer entre les faits et les interprétations
 - 3.3. Trouver les éléments de validité
 - 3.4. Stimuler la sagesse interne
 - 3.5. Respecter les différences dans les valeurs
4. Le cheerleading ou l'encouragement
 - 4.1. Assumer que la personne fait de son mieux
 - 4.2. Encourager le personne
 - 4.3. Mettre l'accent sur les capacités
 - 4.4. Contourner et recadrer les critiques extérieures
 - 4.5. Renforcer et rassurer la personne
 - 4.6. Être réaliste tout en affrontant directement la peur et la dissimulation
 - 4.7. Rester proche et disponible.

2.3.4.2.2 La résolution de problèmes.

Selon l'approche dialectique comportementale tout comportement dysfonctionnel est considéré soit comme un problème à résoudre ou comme une solution non appropriée à un problème déjà rencontré. L'utilisation de la stratégie de résolution de problèmes avec les TPL permet de neutraliser les réactions de passivité et de désespoir qui caractérisent souvent cette population. Cependant, Linehan mentionne que les résultats découlant de cette stratégie sont souvent plus lents et plus difficiles à obtenir avec la population des TPL qu'avec d'autres populations. Elle suggère aux intervenants de voir à ce que leurs interventions, durant le processus de résolution de problèmes, favorisent l'apparition d'humeurs positives chez le patient. En effet, plusieurs études ont démontré que les affects positifs favorisent la flexibilité des processus cognitifs et par le fait même de la résolution de problèmes (Berg, Sternberg, 1985; Showers, Cantor, 1985; Simon, 1990; cités dans Linehan, 1993a).

Le processus de résolution de problèmes comprend deux étapes: (1) la compréhension et l'acceptation du problème à solutionner; (2) l'élaboration et l'évaluation de plusieurs solutions alternatives ainsi que le choix de l'une d'entre elles. Six stratégies sont utilisées lors de ce processus de résolution, on en retrouve trois pour chacune des étapes. La majorité des états limites a de la difficulté à identifier quels sont les problèmes, quels facteurs les influencent ainsi que les causes de ceux-ci. La première étape du processus de résolution de problèmes requiert l'utilisation des stratégies d'analyse comportementale, d'*insight* ou d'interprétation et aussi des stratégies didactiques en vue de contrecarrer cette réalité. Afin de trouver et d'appliquer une solution adaptée au problème, lors de la deuxième étape du processus de résolution, le thérapeute utilise les stratégies d'élaboration de solutions, d'orientation de la personne et d'engagement à appliquer la ou les solutions retenues. L'encadré 10 présente ces diverses stratégies ainsi que les principaux éléments d'intervention qui y sont reliés.

ENCADRÉ 10**Stratégies de résolution de problèmes**

- 1. L'analyse comportementale**
 - 1.1. Définir le problème en terme de comportements**
 - 1.2. Procéder à l'analyse comportementale**
 - 1.3. Élaborer des hypothèses sur les facteurs pouvant influencer le comportement**
- 2. L'insight ou l'interprétation**
 - 2.1. Commenter et faire valoir certains comportements du patient**
 - 2.2. Observer et décrire les patrons récurrents dans les comportements et l'environnement du patient**
 - 2.3. Commenter l'implication des comportements**
 - 2.4. Reconnaître la difficulté à accepter ou à rejeter les hypothèses soulevées.**
- 3. Les stratégies didactiques**
 - 3.1. Transmettre de l'information**
 - 3.2. Donner du matériel didactique à lire**
 - 3.3. Procurer de l'information à la famille du patient**
- 4. L'analyse des solutions**
 - 4.1. Identifier les objectifs, les besoins et les désirs**
 - 4.2. Élaborer des solutions**
 - 4.3. Évaluer les solutions**
 - 4.4. Retenir une solution à appliquer**
 - 4.5. Préparer le patient aux difficultés qu'il pourrait rencontrer lors de l'application**
- 5. Les stratégies d'orientation**
 - 5.1. Donner de l'information concernant le rôle du patient et du programme dans la thérapie**
 - 5.2. Rechercher les attentes du patient concernant ce qu'il doit faire pour répondre au problème**
- 6. Les stratégies d'engagement**
 - 6.1. Vendre l'engagement: évaluer les pour et les contre**
 - 6.2. Jouer l'avocat du diable**
 - 6.3. Utiliser la technique «du pied dans la porte, la porte dans la face»**
 - 6.4. Obtenir un nouvel engagement en rappelant les engagements passés**
 - 6.5. Faire valoir la liberté de choisir ses objectifs par rapport à l'absence d'alternative**
 - 6.6. Utiliser le principe du modelage de l'engagement désiré**
 - 6.7. Donner de l'espoir: encourager**
 - 6.8. Donner des exercices à faire**

2.3.4.3 Les stratégies stylistiques: balancer la communication.

Les stratégies stylistiques sont liées au style et à la forme de communication du thérapeute. Elles réfèrent au ton de la voix, à son côté tranchant ou non, à la vitesse et à l'intensité du discours. Ces stratégies ont pour but d'équilibrer le style de communication du thérapeute.

Les stratégies stylistiques regroupent deux types de communication, la communication réciproque et la communication irrévérencieuse. Ces deux styles de communication correspondent aux pôles dialectiques d'un continuum et doivent par le fait même être synthétisés. La communication réciproque équivaut à un style plus doux alors que la communication irrévérencieuse est davantage confrontante. Les TPL sont particulièrement sensibles aux jeux de pouvoir lors de leurs interactions, trop souvent ils se sont retrouvés dans la position du dominé. La communication réciproque a le mérite de rectifier cette position en soutenant le patient en plus de lui permettre d'observer comment interagir d'égal à égal dans une relation significative. Les TPL sont aussi réputés pour avoir de la difficulté à prendre la distance nécessaire à l'observation et à la description des événements qui ont lieu dans leur quotidien, capacité essentielle au changement. La communication irrévérencieuse est particulièrement efficace sur ce point. Elle trouble la personne juste assez pour ébranler son approche rigide et limitée, caractéristique des TPL, face à sa vie, à elle-même ainsi que face aux problèmes qu'elle doit gérer. L'encadré 11 présente les deux types de communication utilisés dans les stratégies stylistiques ainsi que les interventions qui y sont reliées.

ENCADRÉ 11**Stratégies stylistiques**

1. La communication réciproque
 - 1.1. Être sensible, attentif et cohérent face au contenu exprimé par le patient
 - 1.2. Se dévoiler
 - 1.3. Faire preuve d'un engagement chaleureux
 - 1.4. Être authentique
2. La communication irrévérencieuse
 - 2.1. Recadrer d'une manière surprenante et non-orthodoxe
 - 2.2. Plonger là où l'ange a peur de mettre les pieds
 - 2.3. Utiliser un ton de voix confrontant
 - 2.4. Mentionner au patient qu'il « bluff »
 - 2.5. Alternier entre l'intensité et le silence
 - 2.6. Faire preuve d'omnipotence et d'impotence

2.3.4.4 Les stratégies de gestion de cas.

Les stratégies de gestion de cas sont un outil qui guide l'intervenant lorsqu'il doit interagir avec l'environnement extérieur à la relation thérapeutique, par exemple avec des professionnels autres que ceux du programme, avec la famille et le réseau social du patient, etc. Elles orientent le thérapeute de manière à ce qu'il puisse garder une attitude dialectique à l'intérieur du processus de case management. Par case management on entend ici aider le patient à faire face à son environnement physique et social de manière à ce que son fonctionnement général et son bien-être personnel s'améliorent et que l'atteinte de ses objectifs et les progrès de la thérapie soient facilités. À l'aide de ces stratégies, le thérapeute espère atteindre un des buts du programme, soit apprendre au patient à gérer efficacement sa vie dans un environnement qui n'est pas nécessairement menaçant. Il espère donc apprendre au patient à devenir son propre *case manager*.

Les stratégies de gestion de cas regroupent trois types d'intervention: l'intervention environnementale, la consultation auprès du patient et la consultation auprès des thérapeutes. L'encadré 12 résume ces différentes stratégies ainsi que les interventions qui leurs sont reliées.

ENCADRÉ 12

Stratégies de gestion de cas

1. L'intervention environnementale
 - 1.1. Transmettre de l'information concernant le patient: avoir une attitude déontologique
 - 1.2. Prendre la défense du patient
 - 1.3. Aller dans l'environnement du patient afin de lui porter assistance
2. La consultation auprès du patient
 - 2.1. Orienter la patient et son réseau à l'approche utilisée
 - 2.2. Conseiller le patient sur la manière d'agir avec les autres professionnels
 - 2.3. Conseiller le patient sur la manière d'agir face à sa famille et ses amis
3. Les consultations auprès des thérapeutes
 - 3.1. Utiliser les réunions pour discuter du traitement
 - 3.2. Voir à la bonne entente entre les intervenants du groupe
 - 3.3. Encourager les intervenants
 - 3.4. Maintenir un équilibre dialectique

2.4 Le groupe d'entraînement aux habiletés: contenu du programme.

Le programme d'entraînement aux habiletés, comme dit précédemment, a pour but premier d'améliorer la qualité de vie des participants. Pour y arriver, quatre grandes caractéristiques des états limites sont travaillées. Chacune d'elle est couverte par un des quatre modules du programme d'entraînement: la sagesse interne, les relations interpersonnelles efficaces, la régulation des émotions et la tolérance à la détresse. Il faut compter environ huit semaines par module à raison d'une demi-journée par semaine. Il

existe aussi un module d'introduction qui présente les grandes lignes du programme ainsi que le contenu général des modules d'entraînement. Ce dernier ne nécessite toutefois qu'une seule rencontre pour passer à travers le contenu. Les prochaines lignes présenteront un bref aperçu des éléments qui sont couverts par chacun des quatre modules d'entraînement.

2.4.1 Le module sur la sagesse interne.

Le module sur la sagesse interne s'attaque au problème de l'identité et aux dysfonctions cognitives. Ce module permet aux participants de mieux se connaître tout en apprenant à s'auto-observer et à s'auto-analyser. Ces deux stratégies adaptatives visent à nuancer et diminuer les distorsions cognitives des participants. Le but du module est d'amener les participants à utiliser un mode de pensée plus équilibré et intégré (la sagesse interne) au lieu des modes de pensée plus extrêmes (la pensée rationnelle ou la pensée émotive). Ainsi, les participants apprennent trois habiletés leur identifiant «quoi faire» pour y arriver : l'observation, la description et la participation. Ils doivent aussi apprendre comment appliquer ces nouvelles habiletés. Pour ce faire trois habiletés «comment faire» leur sont présentées : éviter de juger, se concentrer sur une seule chose à la fois et être efficace. Voici une description plus approfondie de chacune des habiletés devant être acquises à l'intérieur de ce module.

1. Observer.

À l'intérieur de cette habileté, le participant développe sa capacité à prendre conscience de ce qui se passe et de ce qu'il ressent sans pour autant y réagir. Ainsi, la personne doit porter attention aux événements, aux émotions et autres réactions de l'«ici maintenant» sans nécessairement essayer de les prolonger lorsqu'ils sont plaisants et sans essayer de les empêcher ou de les fuir lorsqu'ils sont déplaisants.

2. Décrire.

L'habileté à mettre des mots sur les événements, les émotions et les comportements est indispensable à la communication et au contrôle de soi. Ici, le participant apprend à

mettre des mots sur ce qu'il observe tout en prenant conscience que son observation est une perception personnelle et non un fait.

3. Participer.

Participer est l'aptitude qui intègre toutes les autres aptitudes du module, c'est l'objectif final. Pour ce faire, le participant doit développer sa capacité à participer de manière consciente, à ne faire qu'un avec l'activité du moment. Avec l'habitude, le participant n'aura plus à être «conscient» qu'il a recours aux autres aptitudes du module, l'utilisation de celles-ci deviendra automatique et ce dernier pourra être totalement attentif à sa tâche.

4. Éviter de juger.

Avec cette habileté, le participant apprend à avoir une approche non-évaluative. Il s'agit de développer une approche neutre où il se concentre sur les conséquences d'un comportement ou d'un événement. Cette habileté évite au participant de devoir poser l'étiquette «bon» ou «mauvais» tout en étant encore capable de décider si un changement doit être apporté.

5. Une chose à la fois.

Cette aptitude favorise le développement du contrôle de l'attention. Ici, le participant doit apprendre à centrer son attention sur l'activité du moment au lieu de la partager entre plusieurs activités ou pensées. Il verra à identifier les distractions et prendre la décision de les mettre de côté jusqu'au moment où il pourra y porter toute son attention.

6. Être efficace.

À l'intérieur de cette habileté, le participant doit se concentrer sur l'objectif qu'il s'est fixé et laisser de côté tous les éléments qui pourraient nuire à sa quête. Pour ce faire, le participant apprend à réagir à la situation dans laquelle il se trouve et non à celle dans laquelle il aimerait se trouver. De plus, il doit se concentrer sur ce qui fonctionne et laisser tomber les «je devrais» tout en tenant compte des contraintes et des règles qui régissent notre société.

2.4.2 Le module sur l'efficacité interpersonnelle.

Le module sur l'efficacité interpersonnelle se concentre pour sa part sur le chaos interpersonnel qui entoure trop souvent les états limites. Ici on vise à développer les capacités du participant à faire face à des situations conflictuelles, à obtenir ce qu'il désire et ce dont il a besoin et à dire non lorsqu'il veut dire non. Ces apprentissages visent à rendre les interventions posées par le participant plus respectueuses et efficaces afin de maintenir le respect personnel de ce dernier ainsi que celui des autres. Pour ce faire, le participant développe ses habiletés à identifier ses objectifs personnels, ses objectifs interpersonnels, les facteurs qui nuisent à l'efficacité interpersonnelle ainsi que ses capacités à identifier les bons moments et les bons lieux pour faire ses demandes ou refuser une demande.

Pour chaque nouvelle habileté à développer, une liste de règles à suivre est proposée aux participants. L'habileté à se fixer des objectifs personnels et à obtenir ce que l'on désire comprend neuf grandes règles que le participant devra acquérir. Ainsi, il devra apprendre à décrire la situation actuelle, à exprimer ses émotions et ses opinions face à cette situation, à être clair dans ses affirmations et à renforcer les autres lorsqu'il obtient ce qu'il désire. De plus, le participant doit développer sa capacité à maintenir sa position concernant sa demande en ayant l'air sûr de lui et en acceptant de négocier si nécessaire.

Concernant les objectifs interpersonnels et la capacité de maintenir des relations satisfaisantes et durables, le participant doit développer une série de quatre règles. Par exemple, il doit apprendre à être courtois dans son approche en évitant les attaques, les tentatives de manipulation et les jugements. Il devra aussi porter attention aux autres en développant son intérêt et son écoute et voir à valider ce que ceux-ci peuvent vivre et exprimer. Enfin, le participant veillera à faire preuve de bonne manière en usant d'humour et de politesse.

Quatre grandes règles caractérisent aussi l'aptitude à préserver son estime de soi et son respect personnel. Ici, le participant voit à être juste envers lui-même et les autres. Il doit

aussi apprendre à ne pas constamment s'excuser et à reconnaître et à ne pas dénigrer sa valeur personnelle. Enfin, il doit voir à rester honnête dans sa démarche.

En ce qui concerne les facteurs qui peuvent interférer avec l'efficacité interpersonnelle, le participant est mis en contact avec des éléments comme le manque d'aptitudes, les inquiétudes et les émotions envahissantes, l'indécision et certains facteurs incontrôlables de l'environnement. Le participant apprend aussi à identifier certains facteurs à considérer avant d'entreprendre des démarches. Parmi ces facteurs on retrouve les priorités, les capacités, le choix du moment, etc. Une fois ces éléments bien évalués le participant peut en venir à une décision éclairée à savoir s'il se lance dans l'action. Pour stimuler ce dernier dans ses démarches, des techniques d'encouragement personnel lui sont aussi présentées.

2.4.3 Le module sur la modulation des émotions.

Le module sur la modulation des émotions vise à tempérer l'intensité des émotions et des humeurs en améliorant le contrôle que les participants peuvent avoir sur celles-ci et en apprenant à agir en fonction d'elles de manière appropriée. Pour y arriver, le participant apprendra à réduire sa vulnérabilité en augmentant les occasions de ressentir des émotions positives et en agissant de manière opposée à l'émotion ressentie lorsqu'il fera face à des situations stressantes. De plus, il apprendra à identifier, à laisser venir et à accepter ses émotions au lieu de les fuir, de les repousser, de les éliminer ou de les masquer.

Tout comme pour le module sur l'efficacité interpersonnelle, l'habileté à réduire la vulnérabilité émotionnelle est ici aussi présentée comme une série de règles à suivre. Le participant est encouragé à prendre une position active dans l'élimination ou la gestion des éléments pouvant favoriser la sur-sensibilité émotionnelle. Ainsi, le participant doit voir à traiter ses maux physiques, à avoir une bonne alimentation, à éviter les drogues qui altèrent les humeurs, à dormir suffisamment, à faire de l'exercice et à s'engager dans des activités qui favorisent le sentiment de compétence et de contrôle de soi.

L'accent est aussi mis sur l'importance de se faire du bien en augmentant la fréquence des expériences positives. Pour ce faire le participant doit développer ses capacités à se faire plaisir à court terme ainsi qu'à faire les changements qui s'imposent dans son style de vie de manière à rendre ce dernier plus satisfaisant. Le participant doit aussi apprendre à porter davantage attention aux éléments positifs de sa vie tout en évitant les pensées anxiogènes.

Afin de diminuer la souffrance émotionnelle, le participant doit aussi développer et utiliser certaines habiletés. Ainsi, le participant est encouragé à utiliser les habiletés du module sur le sagesse interne. Il s'agit pour lui d'expérimenter les émotions sans les juger ou essayer de les contrôler, de les bloquer ou de les fuir. Il lui faudra les observer, les laisser venir sans pour autant y réagir et apprendre à les accepter. L'idée ici, est que si le participant laisse simplement passer l'émotion sans s'inquiéter, la souffrance ne pourra pas augmenter.

Enfin, comme moyen de changer ou régulariser une émotion, le participant apprendra à changer les composantes des expressions comportementales en agissant de manière opposée et incompatible à l'émotion douloureuse ressentie. Il ne s'agit pas de bloquer l'expression de cette émotion mais bien de décider de réagir de manière appropriée afin d'éviter les situations conflictuelles. Pour ce faire, le participant devra connaître et identifier les caractéristiques propre à l'expression d'une émotion spécifique (la posture et l'expression faciale par exemple) de manière à la rendre de façon appropriée.

2.4.4 Le module sur la tolérance à la détresse.

Le module sur la tolérance à la détresse met directement l'accent sur le lien qui existe entre le fait d'être incapable de tolérer la détresse et les comportements impulsifs qui s'en suivent. Il se concentre donc sur l'impulsivité des participants en augmentant leur capacité à tolérer les crises. Les participants y apprennent certaines stratégies de survie aux crises et développent les aptitudes nécessaires pour reconnaître les moments difficiles

et composer avec ces derniers. On retrouve aussi des exercices de respiration afin de se détendre ainsi que des exercices de prise de conscience de soi. Les principes de base de l'acceptation de la réalité sont aussi présentés.

Bien que tous les éléments soient interreliés, le matériel présenté aux participants est divisé en trois sections principales. En premier lieu on retrouve les stratégies de survie aux crises proprement dites. Quatre techniques sont ici présentées. La première d'entre elles est la méthode de distraction. Avec cette stratégie le participant développe sa capacité de se changer les idées à l'aide de diverses activités (bénévolat, exercice, lecture, etc.). Comme deuxième méthode, le participant apprend à se soulager. Il doit identifier des façons de se faire du bien en stimulant ses cinq sens (manger son dessert préféré, écouter de la bonne musique, marcher dans l'herbe mouillée, etc.). La troisième stratégie de survie aux crises consiste pour le participant à améliorer le moment présent en remplaçant les éléments négatifs par des éléments plus plaisants (s'offrir une petite vacance, utiliser l'imagerie mentale, la prière, etc.). Enfin, la dernière stratégie de survie amène le participant à peser les pour et les contre de tolérer ou non la détresse. Le but est ici d'arriver à ce que le participant réalise par lui-même qu'il lui est plus bénéfique de tolérer l'inévitable plutôt que de le fuir ou de le nier.

La deuxième partie du contenu regroupe une série d'exercices favorisant à la fois l'acceptation et la détente. Parmi ces exercices on retrouve des exercices de respiration où le participant apprend à se détendre tout en occupant son esprit à autre chose que ruminer des tracas. Des exercices de demi-sourire sont aussi enseignés aux participants. Ici, le participant développe sa capacité à accepter la réalité avec son corps pour favoriser l'acceptation par son esprit. Enfin, on retrouve les exercices de conscience. En plus de favoriser la prise de conscience de soi-même, ces exercices disposent l'esprit à une acceptation plus entière.

En dernier lieu, les participants apprennent les principes de base d'une bonne acceptation de la réalité. Ainsi, le participant doit arriver à accepter de manière radicale et complète la réalité qui l'entoure afin que la douleur tolérable ne se transforme pas en souffrance. Pour

ce faire, le participant doit ouvrir son esprit à l'acceptation et choisir activement d'accepter la réalité telle qu'elle est. Il doit aussi faire preuve de bonne volonté et faire ce qui fonctionne pour en arriver à accepter plutôt que de s'acharner et s'entêter.

Le programme thérapeutique proposé par Linehan est très complet. L'ensemble des éléments qu'elle propose permet une meilleure compréhension de la dynamique du TPL ainsi que de l'intervention auprès de celui-ci. En facilitant l'identification des enjeux du traitement, Linehan délimite la part de travail associée à chacun des modes de traitement. Dans le cadre de ce travail, le programme en question revêt un intérêt particulier puisqu'il propose un contenu d'enseignement élaboré pour un suivi de groupe tout en fournissant des stratégies d'intervention qui favoriseront son application. Les chapitres qui suivent présentent le processus d'implantation du programme à l'intérieur d'un CLSC ainsi que l'évaluation de l'expérience.

CHAPITRE TROIS

PLANIFICATION DU PROCESSUS D'IMPLANTATION

Cette section présente les diverses étapes et outils qui ont été nécessaires à l'implantation du programme pour TPL dans un CLSC. La présentation suit la chronologie utilisée pour l'implantation même. L'encadré 13 présente les principales étapes du processus d'implantation du programme pour TPL.

ENCADRÉ 13

Principales étapes du processus l'implantation

- 1. L'identification et l'élaboration des éléments de départ.**
 - 1.1. La description des caractéristiques du suivi préalablement offert.**
 - 1.2. L'identification des attentes face à l'implantation d'une nouvelle approche.**
 - 1.3. L'identification des difficultés qui seront possiblement rencontrées.**
 - 1.4. L'élaboration des objectifs visés par l'implantation de la nouvelle approche.**
- 2. La description du processus de sélection des participants.**
- 3. La description des types d'interventions retenues pour favoriser l'atteinte des objectifs.**
 - 3.1. L'entrevue préparatoire.**
 - 3.2. Le consentement et contrat thérapeutique.**
 - 3.3. L'approche de groupe.**
 - 3.4. L'approche individuelle.**
- 4. La description de la méthodologie retenue.**
 - 4.1. Les instruments de travail pour les intervenants.**
 - 4.2. Les instruments de travail pour les participants.**

3.1 L'identification et l'élaboration des éléments de départ.

Tel que déjà mentionné, certaines discussions avec des intervenants en CLSC nous ont permis de constater que pour plusieurs CLSC, il existe probablement un réel besoin de se doter d'une nouvelle approche pour intervenir auprès de personnes ayant un TPL. Afin de vérifier l'importance réelle de ce besoin tout en faisant le point sur le suivi préalablement offert, 4 infirmières, 2 travailleurs sociaux, 1 éducatrice spécialisée et 3 psychologues du CLSC Frontenac ont répondu à un questionnaire intitulé «Les raisons d'être du groupe d'entraînement à la maîtrise de soi». Une copie de ce dernier est présentée en annexe A.

Les informations recueillies à l'aide de ce questionnaire et de discussions informelles nous ont permis de cerner certains éléments. Les réponses obtenues seront ici présentées de manière globale. Nous pourrions par le fait même faire le point sur les caractéristiques du suivi préalablement offert aux TPL, sur les attentes de changements espérés par les intervenants ainsi que sur les possibles difficultés que le processus d'implantation pourrait rencontrer. Enfin, toujours à partir des informations retenues, certains objectifs de travail seront dégagés et présentés brièvement.

3.1.1 La description des caractéristiques du suivi offert au TPL avant l'implantation d'une nouvelle approche de travail.

Comme nous venons de le mentionner, les réponses obtenues nous ont permis de recueillir des informations concernant le suivi individuel offert par le CLSC. L'encadré 14 indique les grandes lignes qui sont ressorties de ce questionnement.

Une des caractéristiques importantes est certainement le fait que le suivi offert aux personnes souffrant d'un TPL est uniquement de type individuel. Jusqu'à maintenant, aucune autre approche n'a été utilisée et pas même envisagée. Pourtant, selon les intervenants qui ont répondu au questionnaire, le suivi individuel d'une personne souffrant d'un TPL est très prenant et exige un investissement important autant au niveau du temps que de l'énergie. En fait, la plupart du temps les intervenants doivent "éteindre

ENCADRÉ 14**Caractéristiques du suivi préalablement offert**

- Suivi individuel uniquement.
- Semble peu efficace.
- Intervention principale : traiter les crises.
- Très exigeant en temps et en énergie.
- Occasionne du découragement chez les intervenants.

les feux” en traitant les crises, il ne leur est donc pas toujours possible d'utiliser les rencontres pour enseigner aux clients des moyens concrets pour mieux gérer et faire face aux difficultés qu'ils rencontrent. De plus, les intervenants rapportent que le suivi individuel, à lui seul, semble peu efficace et n'arrive pas à produire de changements durables. Ils en réalisent les limites et mentionnent avoir souvent l'impression de ne pas progresser dans le traitement ce qui a parfois pour conséquence de les décourager et de provoquer un sentiment d'impuissance. Bien qu'ils aimeraient en faire davantage de manière à approfondir le traitement, des contraintes de temps les en empêchent.

3.1.2 Les changements espérés par les intervenants si une nouvelle approche de travail était implantée.

Les attentes des intervenants sont regroupées autour de trois thèmes principaux. En effet, ils ont identifié des attentes au niveau du suivi en général, au niveau des acquis des participants et à un niveau plus personnel. Les principaux éléments qui ont été soulignés par les intervenants pour chacun des thèmes sont présentés à l'intérieur du tableau 1.

1. Attentes au niveau du suivi en général :

Au niveau du suivi en général, tous les intervenants étaient unanimes à savoir qu'ils considèrent que l'ajout d'une nouvelle approche comprenant un suivi de groupe pourrait permettre de mieux répondre aux besoins de cette clientèle. En fait, ils considèrent que l'approche de groupe permettra de bien compléter et appuyer le suivi individuel en

TABLEAU 1.

Attentes des intervenants face à l'implantation d'une nouvelle approche de travail

Au niveau du suivi en général	<ul style="list-style-type: none"> ● Répondre mieux aux besoins. ● Offrir un suivi plus complet et plus efficace. ● Accéder directement à des informations sur la dynamique relationnelle des clients.
Au niveau des acquis des clients	<ul style="list-style-type: none"> ● Normaliser leur situation. ● Augmenter le soutien. ● Favoriser l'apprentissage du travail en groupe. ● Augmenter et développer la maîtrise de soi. ● Reconnaître et travailler sur leur dynamique. ● Agir plus efficacement dans la gestion des émotions et des relations interpersonnelles. ● Développer leur autonomie.
Sur le plan personnel	<ul style="list-style-type: none"> ● Favoriser le travail d'équipe. ● Augmenter le soutien entre intervenants. ● Augmenter les connaissances concernant le TPL. ● Permettre l'acquisition de nouvelles méthodes d'intervention ● Diminuer la charge de travail.

permettant aux clients d'apprendre des moyens leur permettant de gérer et de faire face aux difficultés qu'ils rencontrent. De plus, ce suivi leur permettrait d'avoir accès à des informations directes et objectives sur la dynamique relationnelle de leurs clients, informations qui ne leur étaient accessibles bien souvent que par le biais des éléments rapportés par le client. Ainsi, les intervenants espèrent que le traitement, dans son ensemble, s'en ressentira et sera plus efficace.

2. Attentes au niveau des acquis des participants :

Concernant les bénéfices que les participants pourraient retirer de l'implantation d'une nouvelle approche, les intervenants manifestent ici des attentes très élevées. En premier

lieu, selon eux, les participants pourraient bénéficier de la dynamique de groupe. Ce type de rencontre leur permettrait d'apprendre à travailler en groupe tout en réalisant qu'ils ne sont pas seuls dans leur situation ce qui normaliserait quelque peu la problématique dans laquelle ils se trouvent. De plus, les participants pourraient profiter du soutien et de la motivation du groupe. Ce dernier deviendrait un lieu d'entraide et d'apprentissage où les participants pourront possiblement créer des liens et peut-être prendre éventuellement l'habitude de faire appel à des pairs lors de moments douloureux.

Deuxièmement, les intervenants espèrent que leurs clients profiteront de l'occasion pour apprendre et mettre en pratique des stratégies qui auront un impact positif et significatif sur leur quotidien en augmentant leur maîtrise de soi. Pour arriver à cet objectif, les intervenants considèrent que les participants devront tout d'abord apprendre et reconnaître leur dynamique dans son ensemble en développant la capacité de "se voir aller", en augmentant l'introspection et la capacité de s'auto-critiquer de manière plus appropriée. Par le fait même, les intervenants aimeraient que les participants développent la capacité de porter un regard plus réaliste sur leurs capacités afin d'être en mesure de se poser des objectifs réalistes et, par le fait même, possiblement développer la capacité de faire des demandes qui sont plus réalistes.

Le troisième élément soulevé, et non le moindre, concerne les relations interpersonnelles et la gestion des émotions. Les intervenants souhaitent voir leurs clients apprendre à mieux gérer et contrôler leurs émotions de manière à devenir plus efficaces dans leurs relations interpersonnelles. Ils mentionnent aussi qu'il serait bon que les participants modifient leur mode relationnel en développant de nouvelles manières d'entrer en relation ce qui pourrait éviter les situations extrêmes et favoriser le maintien de liens significatifs et donc une certaine stabilité et harmonie.

Concernant les situations de crise, les intervenants souhaitent que leurs clients apprennent à mieux faire face au stress et à mieux gérer la détresse psychologique. Pour ce faire, ils mentionnent que les participants devraient apprendre à mieux interpréter et relativiser les événements de manière à diminuer de telles crises. Enfin, les intervenants espèrent que

les participants développeront leur autonomie autant sur le plan fonctionnel qu'affectif. Ils seraient ainsi en mesure de s'auto-gérer davantage lors de crises ou d'avoir recours à d'autres ressources que celles du CLSC.

3. Attentes à un niveau plus personnel :

Au plan personnel, les intervenants ont mentionné que l'implantation d'un tel projet leur permettrait d'approfondir les caractéristiques entourant le TPL, d'apprendre de nouveaux principes d'intervention et techniques éducationnelles, le tout dans l'optique de pouvoir s'y rapporter dans le suivi individuel. Enfin, les intervenants ont souligné qu'étant donné la lourdeur du suivi auprès de ces personnes, l'implantation d'une nouvelle approche aurait pour conséquences de diminuer leur charge de travail et de leur offrir une certaine forme de support en plus de favoriser un travail d'équipe entre les divers membres de l'équipe.

3.1.3 Les difficultés que l'implantation d'une nouvelle approche pourrait rencontrer.

Nous avons profité de l'occasion pour interroger les intervenants sur diverses difficultés que l'implantation d'une nouvelle approche comprenant un suivi de groupe pourrait rencontrer. Le tableau 2 résume les principaux points qui ont été identifiés.

Quatre grands thèmes de difficultés ont été soulevés par les intervenants. Concernant la participation, les intervenants pensent que l'implication risque de ne pas être constante compte tenu que les TPL ont tendance à se mobiliser en période de crise pour ensuite diminuer les efforts lors de périodes plus tranquilles. Ils se demandent donc si les participants démontreront toujours la motivation nécessaire ainsi que la persévérance dans la poursuite des exercices à faire.

Les intervenants mentionnent aussi que les participants risquent de faire preuve de réticence face au groupe. Ils pourraient rester distants face à ce dernier soit par méfiance,

TABLEAU 2
Difficultés que pourrait rencontrer l'implantation d'un suivi de groupe

Au niveau des participants.	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de constance dans l'implication • Réticences face au groupe. • Abandons précoces. • Sabotage. • Conflits entre les participants.
Au niveau des animateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés à rester ferme dans l'application des règles. • Frustration face à l'attitude des participants.

par timidité, par peur d'être observé et jugé ou tout simplement parce qu'ils éprouveront de la frustration à ne pas être autant écouté que lors de rencontres individuelles. Certains problèmes risquent aussi de se présenter. Les intervenants soulignent le risque des abandons prématurés, de sabotage, de conflits entre les participants, de rejet d'un de ceux-ci dû à leur extraordinaire capacité à le provoquer et enfin une possible disqualification des animateurs ou du programme.

Au niveau des animateurs, les intervenants mentionnent qu'il pourrait leur être difficile de rester ferme dans le respect des règlements, de respecter les délais qu'ils se seront fixés pour passer le contenu et enfin qu'ils pourront possiblement ressentir de la frustration devant l'attitude des participants qui selon eux ne feront pas toujours preuve de la motivation et des efforts qui sont attendus d'eux.

3.1.4 Les objectifs visés lors de l'implantation de l'approche de travail de Linehan.

À partir des attentes des intervenants, certains objectifs ont été élaborés de manière à ce que l'atteinte de ceux-ci soit facilitée par l'implantation du programme tel que proposé par Linehan. Rappelons que la décision d'utiliser le programme de Linehan ne repose pas

uniquement sur les attentes des intervenants mais aussi sur le fait que celui-ci est présentement le seul programme thérapeutique qui a clairement démontré son efficacité auprès des TPL.

TABLEAU 3

Les objectifs visés par l'implantation de l'approche de travail proposée par Linehan

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques
Offrir un traitement plus complet et plus efficace.	<ul style="list-style-type: none"> ● Implanter une approche de travail qui amène des changements concrets et durables chez les clients. ● Développer un suivi de groupe pour favoriser l'acquisition de matériel éducationnel chez les clients. ● Fournir aux intervenants des informations sur la dynamique relationnelle de leur client à l'intérieur du groupe.
Rendre le suivi des TPL plus agréable et valorisant.	<ul style="list-style-type: none"> ● Diminuer la charge de travail des intervenants tout en augmentant l'efficacité du traitement. ● Permettre aux intervenants d'acquérir de nouvelles connaissances et de nouvelles méthodes d'intervention. ● Favoriser le développement du travail d'équipe et du soutien entre les intervenants qui suivent un TPL.
Permettre l'acquisition de stratégies plus adaptées chez les clients.	<ul style="list-style-type: none"> ● Augmenter et développer la maîtrise de soi par l'apprentissage et la mise en pratique de stratégies adaptées. ● Augmenter la capacité d'introspection afin de permettre la reconnaissance de leur dynamique et du travail à effectuer sur celle-ci. ● Augmenter l'efficacité dans la gestion des émotions et le contrôle de l'impulsivité en apprenant à tolérer la détresse. ● Augmenter l'efficacité interpersonnelle par une meilleure gestion des crises afin d'éviter les situations extrêmes et de permettre le développement des relations plus saines. ● Augmenter l'autonomie tant sur le plan fonctionnel et affectif qu'au niveau de la gestion des crises.

L'élaboration de ces objectifs s'est faite en tenant compte des contraintes des intervenants (par exemple le temps, l'énergie, le manque d'orientation dans le travail, etc.) mais aussi en considérant leurs forces (par exemple le désir de travailler en équipe, le désir de raffiner leurs interventions, etc.).

Trois objectifs généraux ont été retenus. Le premier objectif consiste à offrir un traitement plus complet et plus efficace. La raison d'être de cet objectif est simple, les clients ont entre autre recours aux services du CLSC parce qu'ils rencontrent des difficultés dont ils ne pensent pas pouvoir venir à bout seul et souvent parce que cette étape du processus de résolution de problème s'est souvent révélée payante. Afin de favoriser le développement de l'autonomie des clients et la reprise de pouvoir sur leur vie, le CLSC doit être en mesure d'offrir les services appropriés. Si ces services sont offerts, il sera éventuellement possible d'envisager de produire des changements concrets et durables chez les clients ce qui pourrait les amener à s'auto-gérer davantage. Pour ce faire, il semble indispensable que du matériel éducationnel leur soit enseigné. De plus, pour optimiser le suivi individuel, l'ajout d'informations objectives sur la dynamique relationnelle de leurs clients est un autre élément important. En effet, ces informations permettront à l'intervenant de dresser un tableau plus complet de la dynamique du client ce qui lui permettra d'être encore plus efficace dans ses interventions. De plus, une meilleure connaissance de la dynamique devrait permettre de présenter au client certaines facettes de son tableau qui lui sont peut-être inconnues et qui étaient, auparavant, souvent inaccessibles à l'intervenant.

Le deuxième objectif général touche davantage les intervenants puisque qu'il vise à rendre le suivi de personnes ayant un TPL moins pénible donc plus agréable et valorisant. La littérature montre que le suivi de cette clientèle peut être très exigeant pour l'intervenant et provoquer chez lui des réactions qui interféreront avec l'efficacité du traitement. Il est donc primordial de mettre en place le maximum de mesures qui permettront d'appuyer, de supporter et d'encadrer les intervenants de manière à diminuer les risques d'apparition de telles réactions. Ainsi, en diminuant la charge de travail des intervenants, les rendant

par le fait même plus disponibles et disposés à faire les interventions nécessaires, en leur donnant des moyens efficaces pour renforcer leurs interventions et en leur offrant le soutien nécessaire lorsqu'ils feront face à des difficultés, il devient possible d'imaginer que le traitement en général s'en ressentira puisque la santé mentale de tous et chacun sera davantage sauvegardée.

Le dernier objectif général consiste à favoriser l'acquisition de stratégies adaptées chez les clients. Ici encore, cet objectif est influencé par notre désir d'aider les clients à mieux gérer leur vie et ce de manière autonome et efficace. Cet objectif n'est certainement pas le plus facile à atteindre mais c'est à ce niveau que l'intervention sera des plus déterminantes. Une fois les objectifs spécifiques clairement identifiés, il devient plus facile pour tous les intervenants de travailler dans la même direction en vue d'améliorer la qualité de vie des clients. Cette qualité de vie passant par une meilleure maîtrise et connaissance de soi et par une reconnaissance personnelle de son potentiel afin de favoriser l'éclosion d'une autonomie fonctionnelle.

3.2 La description du processus de sélection des participants.

La sélection des participants s'est faite lors de rencontres avec les membres de l'équipe de santé mentale du CLSC Frontenac. En tenant compte des éléments qui sont ressortis de ces discussions ainsi que des caractéristiques liées au TPL, certains critères de sélections ont été identifiés. La liste les principaux critères retenus se retrouve à l'intérieur de l'encadré 15.

La majeure partie des clients desservis par l'équipe de santé mentale du CLSC Frontenac a été référée à celle-ci par le biais du département psychiatrique du Centre Hospitalier de la Région de l'Amiante. La majeure partie d'entre eux a donc eu préalablement une évaluation psychologique et reçu un diagnostic. Les individus retenus pour le suivi de groupe sont arrivés au CLSC présentant soit d'un diagnostic de TPL soit d'un diagnostic d'un trouble de la personnalité sans pour autant que celui-ci soit plus précis. En tenant compte des réalités entourant le TPL, il a été convenu de ne pas réévaluer les participants

afin de tenter de spécifier davantage la nature de leur trouble de la personnalité. Étant donné que le TPL est un trouble polysymptomatologique, lors d'évaluations psychométriques il arrive parfois que les résultats obtenus ne permettent pas de spécifier

ENCADRÉ 15

Liste des critères de sélections retenus

- Avoir un diagnostic de TPL ou trouble de la personnalité non spécifié.
- Répondre à un minimum de cinq critères proposés par le DSM-IV.
- Être âgé de 18 ans et plus.
- Être suivi ou accepter un suivi individuel offert par le CLSC.
- Faire preuve d'un désir de changer et de travailler sur soi.
- Démontrer la motivation minimum nécessaire.
- Être capable de travailler en groupe.
- Être capable d'interagir adéquatement avec les autres participants retenus.

de manière significative la nature du trouble. En effet, les sujets sont enclins à des distorsions cognitives et leur identité diffuse les amènent souvent à rapporter leurs difficultés de manière exagérée et dramatique et à se reconnaître dans plusieurs énoncés, pouvant par le fait même biaiser les résultats des tests (Allaire, 1998).

En tenant compte de ces réalités, il a été décidé de ne pas refaire d'évaluation psychométrique mais bien de se rapporter aux critères diagnostiques du DSM-IV (American Psychiatric association, 1994) pour faire la sélection des participants. Travaillant auprès de ces personnes depuis un certain temps, les intervenants ont été jugés comme étant assez au courant de la dynamique de chacun d'eux pour être en mesure de les reconnaître à l'intérieur des critères du DSM-IV. Les individus proposés à l'équipe devaient donc répondre à un minimum de cinq critères proposés par le DSM-IV.

Étant donné que le but de ce travail n'est pas de tenter de reproduire les résultats obtenus par Linehan lorsqu'elle a évalué l'efficacité de son programme, il n'était pas nécessaire

de reproduire exactement les mêmes conditions d'expérimentation que cette dernière. Ainsi, Linehan (1993a) mentionne que son programme a été évalué avec une population exclusivement féminine et que les résultats obtenus ne peuvent donc pas être généralisés à une autre population. Pour ce qui est du contexte d'implantation de ce projet, en tenant compte des réalités du CLSC Frontenac et des objectifs de ses intervenants, il a été décidé d'ouvrir le groupe aux individus des deux sexes. Par contre, tout comme pour Linehan, les participants retenus doivent être âgés de 18 ans et plus.

Ainsi, une fois le concept du TPL présenté et discuté avec les membres de l'équipe, les intervenants ont été invités à rechercher dans leur cohorte de clients les individus qu'ils soupçonnaient de répondre aux caractéristiques de ce trouble. Ils devaient par la suite proposer au reste de l'équipe la liste des individus retenus. Étant donné que l'implantation du suivi de groupe en était à sa première expérience, il a été convenu avec les intervenants de choisir des participants que tous jugeaient comme ayant les capacités de fonctionner en groupe, c'est-à-dire de ne pas constamment chercher à stimuler l'élaboration de tensions, et ayant le désir de changer tout en présentant la motivation minimale nécessaire à ce processus. Le choix des participants devait aussi tenir compte des réalités de la ville dans laquelle le CLSC offre ses services. En effet, Thetford Mines étant une ville de dimension restreinte, les utilisateurs des services de l'équipe de santé mentale du CLSC forment un réseau où la majeure partie des gens fréquente les mêmes ressources communautaires et par le fait même interagissent régulièrement ensemble. Ainsi, la mise en commun des listes de chacun des intervenants a permis d'identifier les individus les plus susceptibles de bien répondre au suivi de groupe tout en éliminant ceux qui étaient jugés comme ne pouvant pas interagir ensemble sans créer de conflits majeurs. Suite aux résultats obtenus, il a été convenu toujours en équipe, que le nombre de participants retenu serait de six.

3.3 La description des types d'interventions retenues pour favoriser l'atteinte des objectifs.

Tel que mentionné précédemment, l'approche retenue est celle de Marsha M. Linehan. Afin de voir à la meilleure implantation possible de cette nouvelle approche de travail, les intervenants de l'équipe de santé mentale du CLSC Frontenac ont été rencontrés à plusieurs reprises. Ces rencontres ont été d'une grande importance. Elles ont, entre autre, permis de présenter le contenu du programme aux intervenants de l'équipe de manière à l'adapter selon les besoins et les réalités qu'ils rencontraient. Ainsi, les principaux types d'interventions retenus sont les mêmes que ceux proposés par Linehan avec pour seules différences que certains d'entre eux ont été quelque peu modifiés. Certaines d'entre elles, qui étaient déjà posées par le CLSC, ont aussi dû être adaptées de manière à travailler dans le même sens que le nouveau programme implanté. Celles retenues sont la rencontre préparatoire, l'obtention du consentement et le contrat thérapeutique, l'approche de groupe et l'approche individuelle. Les lignes qui suivent présentent chacun de ces différents types d'interventions en plus d'expliquer, lorsque nécessaire, les modifications qui ont été faites.

3.3.1 L'entrevue préparatoire.

La rencontre préparatoire au groupe est la deuxième étape du processus d'acceptation des participants à joindre le groupe. En effet, une fois leur candidature acceptée par l'ensemble de l'équipe, chaque intervenant devait par la suite vérifier auprès de leurs clients l'intérêt de ceux-ci à se joindre à un suivi de groupe. Ainsi, lors de la rencontre préparatoire au suivi de groupe, où l'intervenant présentait les éléments entourant le nouveau programme, il devait aussi, à l'aide de son client, remplir un questionnaire afin de mieux cibler les caractéristiques de notre population. Les prochaines lignes présentent de manière plus détaillée le contenu des rencontres préparatoires au groupe.

Afin d'aider les intervenants à bien présenter le matériel de la rencontre préparatoire et par le fait même la rendre plus standardisée, le document «Rencontre préparatoire avec le

participant» fut remis à chacun d'eux. Ce document, disponible en annexe B, présente la liste des éléments importants qui doivent être abordés avec le participant avant son «acceptation» dans le groupe d'entraînement à la maîtrise de soi. En plus d'informer le participant, la rencontre préparatoire avait pour objectif de lui permettre de prendre une décision éclairée quant à son désir de joindre le groupe.

Les éléments devant être abordés durant cette rencontre sont divisés en cinq grands thèmes. Voici l'énumération de ces divers points:

- Mentionner dans quel contexte se fait l'implantation du suivi de groupe.
- Faire une brève présentation de la problématique des TPL selon le modèle biosocial proposé par Linehan.
- Présenter les caractéristiques du programme ainsi que la structure des rencontres (la fréquence, la durée et l'utilisation du temps des rencontres).
- Présenter ce qui est attendu de la part du participant (présenter et discuter des règlements et des clauses du contrat thérapeutique).
- Mentionner ce que les animateurs offriront de leur côté (efficacité, éthique, disponibilité, respect, confidentialité, etc.).

Bien que le contrat thérapeutique ne soit signé que lors de la première rencontre de groupe, une fois ces éléments présentés, les intervenants devaient obtenir l'engagement du participant à s'impliquer dans le programme. Afin de maximiser cette implication, ils voyaient par la suite à évaluer les éléments qui pouvaient interférer avec la réussite du programme. Pour ce faire, ils devaient discuter des croyances ou des attentes du participant concernant le suivi de groupe et qui pouvaient interférer avec l'intervention et même conduire à une décision précoce d'abandonner.

La dernière étape de la rencontre préparatoire était sujette à l'acceptation de la personne à se joindre au groupe. Si la réponse était positive, le questionnaire intitulé « Caractéristiques de la clientèle » était rempli. Ce questionnaire maison, présenté en annexe C, a été élaboré de manière à colliger diverses informations sur le client. Il est composé de trois parties: les renseignements généraux; les renseignements reliés à la

santé mentale; les renseignements sur les objectifs et la motivation du participant. Les résultats recueillis à l'aide de ce questionnaire seront présentés dans le chapitre quatre du présent document.

3.3.2 Le consentement et les contrats thérapeutiques.

À la base le contrat thérapeutique a une grande connotation éthique. En effet, la signature de ce dernier par le client confirme que celui-ci accepte volontairement de se conformer au contenu du contrat et de ce qu'il implique. Ainsi, la présentation du contrat thérapeutique et l'obtention de l'accord du client à le signer peuvent être considérées comme une intervention proprement dite (Kernberg, 1984). Cette intervention est possiblement encore plus importante lorsque qu'il s'agit de travailler auprès de personnes souffrant d'un TPL. En effet, nous savons que ces personnes ont constamment tendance à «tester» les limites du cadre thérapeutique. Il devient donc primordial que celles-ci soient clairement définies et connues du client. Le fait de prendre connaissance des limites du cadre ne veut pas dire que la personne ayant un TPL ne tentera plus de trouver la faille mais elle saura tout de même les limites du cadre dans lequel elle peut bouger sans problème. De plus, advenant le cas où elle dérogerait de ce cadre elle pourra toujours être ramenée à l'intérieur de celui-ci en lui rappelant le contrat qu'elle a accepté de signer. En fait, les TPL ont un grand besoin d'être encadrés à un point tel que des limites claires et précises peuvent d'une certaine mesure devenir rassurantes pour eux.

Dans le cadre de ce projet, les rencontres avec l'équipe de santé mentale ont permise d'élaborer et d'approuver deux des trois contrats thérapeutiques qui ont été utilisés. Ainsi, trois contrats ont été signés par chacun des participants. Le premier de ces contrats est un document élaboré par le CLSC Frontenac (annexe D). Il s'agit d'un contrat ayant pour but de démontrer que chacun des utilisateurs des services offerts par l'établissement les reçoivent de manière volontaire. Ce contrat existait donc bien avant l'implantation du projet. Concernant les deux contrats ont été élaborés dans le cadre du projet, chacun d'eux devait être signé par chaque participant ainsi que son intervenant individuel et par les animateurs du groupe.

Le premier document, intitulé «Formulaire de consentement», fut développé dans le but d'informer les participants que l'implantation du suivi de groupe se faisait dans le cadre d'une recherche pour l'obtention d'un grade de maîtrise. Une copie de ce document est disponible en annexe E. N'ayant pas été développé conjointement avec l'équipe, ce formulaire fut néanmoins présenté à celle-ci de manière à obtenir son approbation. La lecture de ce document permet, entre autre, aux participants de prendre connaissance du contexte dans lequel le suivi de groupe se fait, des bénéfices qu'ils pourront retirer de leur implication, de la tâche qui est attendue d'eux, des règles de retrait au suivi ainsi que celles qui seront prises afin de préserver leur anonymat et la confidentialité de leurs propos.

Le deuxième formulaire, intitulé le «Contrat thérapeutique», fut pour sa part développé en équipe. L'annexe F présente une copie de ce dernier. Ce document, inspiré de celui utilisé à la Clinique du Faubourg Saint-Jean, a pour objectif de faire connaître aux participants, de manière plus détaillée, ce qui est attendu d'eux en plus de présenter les règles qui seront en vigueur ainsi que les conséquences d'une dérogation à ces dernières. La signature du contrat a aussi pour fonction de confirmer leur adhésion au suivi de groupe.

Concernant ce qui est attendu des participants, l'emphase est mise sur le fait que leur participation est volontaire et donc qu'ils doivent être motivés et désireux de changer et qu'ils doivent faire leur possible pour favoriser un climat d'entraide à l'intérieur du groupe. Les règles devant être respectées portent, entre autre, sur l'importance de maintenir le lien avec leur intervenant individuel tout en respectant les nouvelles consignes entourant ce contact (le recours préalable à d'autres ressources et la banque de deux rencontres). Le contrat mentionne aussi l'importance de mettre tout en œuvre pour améliorer le contrôle des gestes suicidaires et parasuicidaires ainsi que les comportements qui pourraient nuire au suivi de groupe ou perturber le climat de celui-ci. Enfin, la lecture de ce document informe les participants que la dérogation à l'une ou l'autre de ces règles

entraînera une suspension à moins qu'une demande soit faite au groupe et que ce dernier accepte le retour de la personne.

3.3.3 L'approche de groupe.

L'implantation d'une approche de groupe dans le suivi des personnes ayant un TPL est certainement l'intervention la plus nouvelle qui fut instaurée au plan de traitement offert par le CLSC. C'est aussi l'intervention qui répond de plus près à la demande de départ qui avait été faite à savoir s'il existait une approche de groupe pour TPL qui serait efficace et qui permettrait de diminuer la charge de travail des intervenants. Cette intervention est complexe et mérite d'être traitée de manière approfondie. Ainsi cette section sera présentée de façon à couvrir un certain nombre de points. L'encadré 16 indique la liste des points qui seront abordés.

ENCADRÉ 16

Liste des éléments importants de l'approche de groupe

- **Présentation des personnes impliquées: les participants et les intervenants.**
- **Description du mode de présentation des modules et du contenu retenu.**
- **Présentation des changements apportés.**
- **Présentation des structures des rencontres de groupe.**
- **Description du déroulement des rencontres de groupe.**
- **Description des règles entourant la gestion des crises.**
- **Description des règles entourant les contacts téléphoniques.**

3.3.3.1 La présentation des personnes impliquées: les participants et les intervenants.

Au niveau des participants, la population cible visée par le suivi de groupe est celle des TPL. Ceux-ci auront été sélectionnés selon la méthode proposée antérieurement. Le nombre de participants souhaité pour une première expérience de suivi de groupe est de

six personnes. Ce nombre a été fixé afin de faciliter la première expérience et de manière à ce que les animateurs puissent se familiariser avec la nouvelle approche et la dynamique qu'elle implique.

Pour ce qui est de l'animation des rencontres de groupe, celle-ci est assurée par trois intervenants. Étant donné que Linehan recommande que deux personnes co-animent, le CLSC a jugé bon de retenir la participation de deux de ses intervenants afin de pouvoir poursuivre le programme une fois que l'implantation dans un cadre de recherche sera terminée. Les intervenants retenus devront faire partie de l'équipe de santé mentale. La sélection de ceux-ci ne se fait pas en fonction de leur titre professionnel mais bien en fonction de leur expérience personnelle en lien avec ce type de suivi et de clientèle. Évidemment leur intérêt personnel à animer un tel groupe est aussi considéré dans le processus de sélection.

3.3.3.2 La description du mode de présentation des modules et du contenu retenu.

Linehan de même que la Clinique du Faubourg Saint-Jean offrent un programme d'une durée approximative d'un an. Le traitement offert à l'intérieur de cette période comprend les quatre modules proposés par Linehan. Contrairement à ces derniers, il a été convenu en équipe de ne pas fonctionner de la sorte et d'offrir les modules un à la fois plutôt que de les vendre dans leur ensemble, c'est-à-dire comme un traitement comprenant quatre modules de travail. Considérant que la population des TPL éprouve souvent de la difficulté à s'engager dans des projets de longue haleine, il nous a semblé préférable de les inviter à se joindre à un suivi de groupe d'une durée approximative de deux mois (durée moyenne pour un module) au lieu de leur offrir le programme dans son entier soit, d'une durée approximative d'un an. N'oublions pas que contrairement à la clinique de Linehan et à celle du Faubourg Saint-jean, les clients du CLSC ne fréquentent pas ce dernier dans l'optique d'avoir un service spécialisé. Pour les deux autres organismes, les clients savent d'avance quel type de traitement est offert. Pour ce qui est du CLSC, les clients ont l'habitude d'un service souvent ponctuel et sur demande. Cette manière de fonctionner ne devrait donc pas provoquer de changement majeur pouvant être interprété

comme une menace et par le fait même, risque de faciliter le recrutement de participants. En tenant compte de cette décision, il a été convenu qu'à la fin de chaque module les participants se verront offrir la possibilité de travailler d'autres éléments. Dans le cas d'une réponse positive, les participants s'engageront pour un autre deux mois.

Ainsi, tout comme pour les groupes de Linehan, notre groupe est ouvert à la fin de chaque module. Un participant qui désire s'y joindre est invité à le faire au début du prochain module. Celui-ci bénéficie d'une rencontre individuelle avec un des animateurs pour lui présenter les grandes lignes du module qui vient de se terminer. De plus, au début du module suivant, les participants sont invités à présenter le contenu du dernier module aux nouveaux participants du groupe. Le fait de laisser le groupe ouvert et de pouvoir inclure de nouveaux participants au début de chaque nouveau module répond bien aussi aux réalités du CLSC. En effet, pour les demandes de services offerts par l'équipe de santé mentale, le CLSC essaie d'éviter les listes d'attente. Ainsi, de nouveaux clients peuvent commencer un suivi avec un intervenant de l'équipe à tout moment de l'année. En laissant le groupe ouvert, un client potentiel au groupe pourra joindre ce dernier sans devoir attendre trop longtemps.

Concernant le choix des modules, ici encore quelques changements ont été apportés, principalement au niveau de la séquence de présentation. Linehan suggère comme séquence de présentation de commencer par le module sur la sagesse interne suivi du module sur l'efficacité interpersonnelle, du module sur la gestion des émotions pour ensuite terminer avec le module sur la tolérance à la détresse. Tout comme elle, nous avons décidé de commencer par le module sur la sagesse interne. Par contre, le reste de la séquence a été modifiée. En effet, après discussion avec l'équipe, il a été jugé préférable de poursuivre avec le module sur la tolérance à la détresse. Ce module permet au participant d'apprendre des moyens concrets pour mieux gérer la détresse qu'il rencontre et donc de poser des comportements plus adaptés en périodes difficiles. Une fois équipé de ces nouvelles stratégies celui-ci est en mesure d'aborder des éléments plus complexes comme la gestion des émotions et les relations interpersonnelles, des éléments sur lesquels un travail intense qui risquent de provoquer de la souffrance. Pour ce qui est du

troisième module, il serait avantageux pour le participant de tout d'abord apprendre à mieux gérer ses émotions de manière à être le plus efficace possible lorsqu'il devra aller interagir avec d'autres personnes. L'équipe propose donc de poursuivre avec le module sur la gestion des émotions et de terminer avec le module qui risque de créer le plus de difficultés pour le participant soit le module sur l'efficacité interpersonnelle. Cette nouvelle séquence de présentation a été communiquée à une intervenante de la Clinique du Faubourg Saint-Jean pour réaliser qu'eux aussi avaient préalablement effectué les mêmes changements que nous, venant par le fait même confirmer que notre décision était basée sur un rationnel intéressant.

Au niveau du projet d'implantation, le contenu retenu fut déterminé par les contraintes de temps qui nous limitaient. En effet la période d'expérimentation, en tenant compte du temps nécessaire à la préparation de l'implantation, ne nous laissait le temps que d'expérimenter deux modules. Il a donc été convenu de présenter les deux premiers modules de la séquence de présentation que nous avons établie soit le module sur la sagesse interne et celui sur la tolérance à la détresse. Bien évidemment, ce choix risque d'influencer directement l'atteinte du dernier objectif général soit de favoriser l'acquisition de stratégies adaptées chez les clients. En effet, bien que les capacités à auto-analyser et à mieux gérer la détresse influencent aussi le contrôle des émotions et la façon d'entrer en relation avec les autres, il est certain que ces éléments ne seront pas modifiés de manière aussi importante que si les deux derniers modules d'enseignement étaient présentés. Les rencontres de groupe se sont déroulées de la fin février à la fin juillet à raison d'une rencontre par semaine. Deux semaines d'arrêt entre les modules ont été prises au début du mois de mai.

3.3.3.3 La présentation des changements apportés : favoriser l'entraide et le recours à des ressources autres que le CLSC:

Étant donné qu'un des objectifs de travail des intervenants du CLSC est de favoriser l'autonomie du client, il a été décidé que le suivi de groupe devait aller un peu plus loin que le programme de Linehan le proposait. Pour y arriver, deux éléments ont été mis en

place. En premier lieu, les participants sont encouragés à échanger leurs numéros de téléphone et à se contacter en cas de besoin. Évidemment, afin de tenir compte des réticences des participants, ceci n'est pas une obligation mais tout au long des modules il leur est rappelé qu'ils ont beaucoup à gagner de l'expérience des autres. Pour démontrer l'emphase qui sera mis sur le développement de l'entraide mutuelle, une clause du contrat thérapeutique aborde ce point. On peut y lire que les participants doivent favoriser le développement d'un climat propice à l'entraide. Afin d'être certain que le terme «entraide» soit compris de tous, une définition de ce qui est entendu par ce terme est aussi présentée. De plus, dans l'optique de «protéger» les participants, il est clairement établi dans les règles du groupe qu'un participant, qui en appelle un autre pour avoir de l'aide, doit être capable de recevoir l'aide demandée. Il doit aussi être capable d'accepter la possibilité que la personne appelée ne se sente pas la capacité de l'aider (règlement no 6). Nous reviendrons plus tard sur l'ensemble de ces règles.

Un autre élément sur lequel il a été décidé d'insister de manière à développer l'autonomie des participants est de stimuler la mise en place d'un réseau social clairement identifié ainsi que son utilisation. Lors de la première rencontre, il est établi avec les participants, que lors de crises, ils devront tout d'abord consulter d'autres ressources avant de faire appel à leur intervenant individuel. Une liste des organismes de la région qu'ils pourront consulter leur est remise. Sur cette liste, une brève description des services offerts ainsi que les numéros de téléphone sont mentionnés. Les participants sont aussi amenés à explorer leur réseau social de manière à identifier les personnes de leur entourage qu'ils pourraient contacter en cas de besoins. Cette entente prise avec les participants est notée sur le contrat thérapeutique qu'ils signent et s'engagent à respecter. Évidemment, la décision de procéder ainsi a amené les intervenants individuels à modifier certaines façons d'intervenir. Ce point sera traité dans les lignes qui suivent.

3.3.3.4 Les structures des rencontres de groupe.

Les rencontres de groupe ont lieu une après-midi par semaine pour une durée moyenne de huit semaines par module. Il faut aussi compter une rencontre d'introduction au début et

une rencontre de conclusion à la fin de chaque module. Les sessions sont divisées en deux parties: 1h00 pour le retour sur la semaine précédente ainsi que sur les devoirs et 1h00 pour la présentation du nouveau matériel. Une pause de 15 minutes est prise entre les deux parties de chaque rencontre.

Le matériel présenté vient évidemment du programme d'entraînement aux habiletés présenté par Linehan (1993b). Le contenu est utilisé presque tel quel. À quelques reprises, certains exemples ont été adaptés ou ajoutés mais dans l'ensemble le programme est respecté. Étant donné les droits d'auteur entourant l'utilisation ces documents, une copie des modules traduits ne pourra être jointe en annexe de ce travail.

Le contenu du programme proposé par Linehan n'est pas divisé en matériel à voir pour chaque rencontre. Elle propose plutôt d'évaluer le temps dont on dispose et de diviser le contenu du programme en fonction de celui-ci. Le contenu des modules a donc été divisé de manière à couvrir un thème principal lors de chacune des rencontres. Les grands thèmes du premier module sont les suivants : les trois types de pensée, observer, décrire, participer, éviter de juger, une chose à la fois et être efficace. Pour le deuxième module on retrouve: se distraire, se soulager, améliorer le moment présent, les pour et les contre, les exercices d'acceptation de la réalité (deux rencontres ont été accordées à ce point), l'acceptation radicale et l'ouverture d'esprit et la bonne volonté qui ont été regroupées en une seule rencontre. Ainsi, neuf rencontres ont été nécessaires pour la présentation complète du module sur la sagesse interne : une rencontre d'introduction, sept rencontres pour présenter le contenu et une rencontre de conclusion. Pour ce qui est du module sur la tolérance à la détresse, il a fallu compter 10 rencontres, soit une rencontre d'introduction, huit rencontres pour présenter le contenu et une rencontre de conclusion.

3.3.3.5 Le déroulement des rencontres de groupe.

Les prochaines lignes présentent un plan général des trois types de rencontres, soit: une rencontre d'introduction, une rencontre régulière et une rencontre de conclusion. Étant

donné que ces rencontres type se distinguent peu d'un module à l'autre, elles ne seront pas présentées de manière répétée pour chacun des modules.

3.3.3.5.1 Le déroulement d'une rencontre d'introduction.

Le début de chaque module est précédé d'une rencontre d'introduction. Celle-ci demeure pratiquement semblable d'un module à l'autre. Par contre, si au module suivant les participants sont les mêmes que pour le module précédent, cette rencontre pourra être écourtée. Dans le cas où de nouveaux membres se joignent au groupe, les animateurs voient à amener les anciens participants à animer la majeure partie de la rencontre. Le plan type d'une rencontre d'introduction est présenté à l'intérieur de l'encadré 17.

ENCADRÉ 17

Plan d'une rencontre d'introduction

1. **Présentation des animateurs et des participants.**
2. **Présentation du modèle biosocial des hypersensibles.**
3. **Présentation des caractéristiques du programme.**
4. **Présentation des objectifs du programme.**
5. **Présentation de la structure du programme et des sessions.**
6. **Présentation de ce qui est attendu de la part des participants et des animateurs.**
7. **Présentation et signature des contrats thérapeutiques.**
8. **Salutations et invitation aux participants à se présenter à la prochaine rencontre.**

Un document résumant les grandes lignes de la rencontre d'introduction est remis aux participants afin qu'ils puissent rester attentifs à la rencontre. Cette méthode permet aux participants de ne pas être distraits par la prise de notes excessive et permet à ces derniers de garder l'esprit en paix puisqu'ils savent qu'ils disposent d'un aide-mémoire pour plus tard. Tout au long de la présentation, les participants sont invités à donner des exemples et à poser des questions. Les intervenants font de même de manière à vérifier la

compréhension de tous. Les prochaines lignes présentent les divers points de manière plus détaillée.

1. Présentation des animateurs et des participants :

Lors de la présentation des animateurs, chacun des intervenants est invité à faire part de son expérience de travail ainsi que des raisons justifiant sa présence dans le groupe. Les participants sont aussi invités à se présenter en plus d'expliquer la raison de leur présence. Le contexte d'implantation du groupe est aussi rappelé à cette étape.

2. Présentation du modèle biosocial des hypersensibles :

Le modèle biosocial tel que proposé par Linehan est présenté en tenant compte des éléments mentionnés dans la deuxième partie de ce document. L'importance est mise sur le fait que les hypersensibles sont principalement caractérisés par un problème de régulation des émotions. La base du problème est aussi exposée soit la prédisposition biologique (impulsivité et incapacité de moduler les émotions de manière appropriée) et l'environnement invalidant (caractéristiques de l'environnement et du processus d'invalidation, conséquences et types d'environnement invalidant).

Cette partie de la rencontre est importante puisqu'en grande partie elle sert à normaliser la situation des participants tout en leur permettant de mieux saisir les caractéristiques, les fondements et le fonctionnement de leur dynamique. C'est à cette étape que le sentiment «d'être seul» commence à être atténué par la mise en commun partielle du vécu des participants. Ces derniers ont mentionné ressentir un certain soulagement du fait de constater qu'ils n'étaient pas les seuls à vivre une problématique semblable.

3. Présentation des caractéristiques du programme :

Les principales caractéristiques présentées sont les suivantes : (1) l'approche est supportante (dans les démarches visant à diminuer les comportements suicidaires et parasuicidaires); (2) l'approche est comportementale (analyser et remplacer les comportements problématiques par des plus adaptés); (3) l'approche est cognitive (modifier les croyances et attentes non aidantes et changer au besoin le style de pensée);

(4) l'approche est basée sur l'apprentissage de nouvelles habiletés et le développement de celles déjà existantes; (5) elle a aussi comme prémisse l'acceptation de la situation du participant tout en stimulant le changement en travaillant sur sa problématique; (6) le programme implique un travail d'équipe où le participant joue un rôle actif.

Cette présentation des caractéristiques du programme vise à identifier le cadre de travail et à permettre aux participants de faire rapidement le tour des différentes lignes directrices qui seront à la base de l'intervention et de la dynamique de groupe.

4. Présentation des objectifs du programme :

Un document spécifique à chaque module et identifiant les objectifs de celui-ci est remis à chacun des participants. À cette étape, les objectifs généraux et spécifiques sont présentés. Selon le programme de Linehan, les objectifs spécifiques présentés visent à stimuler le développement d'habiletés qui interviendront au niveau des principales caractéristiques de cette population. Par exemple, le module sur la sagesse interne travaille les problèmes d'ordre identitaire et cognitif, le module sur la tolérance à la détresse aborde l'impulsivité, le module sur la gestion des émotions est relié à l'instabilité affective et émotionnelle et enfin le module sur les relations interpersonnelles efficaces travaille le chaos interpersonnel. Étant donné que le programme n'est pas présenté dans son ensemble mais bien un module à la fois, les caractéristiques des TPL sont présentées sans faire le lien aux autres modules qui leur sont associés. Celles-ci sont abordées de manière plus générale en mentionnant qu'elles ne seront pas toutes travaillées de manière directe mais que le programme propose des aptitudes de base qui pourront aider à améliorer chacune d'elles. Les comportements à développer au cours des modules sont mis en lien avec les diverses aptitudes reliées à chacun d'eux (par exemple, observer, décrire, etc. pour le module sur la sagesse interne).

5. Présentation de la structure du programme et des sessions :

Un rappel du nombre de semaines nécessaires au module ainsi que l'utilisation du temps des rencontres est fait. Les dates et le lieu des rencontres sont aussi précisés.

6. Présentation de ce qui est attendu de la part des participants et des animateurs :

Cette étape de la rencontre est utilisée pour présenter et discuter de la liste des règlements qui régiront le groupe. Un document identifiant chacun d'eux est aussi remis aux participants. Chacun des règlements est clairement expliqué et justifié par les animateurs. Les participants sont invités à les commenter et à exprimer leur engagement à les respecter ainsi que les inquiétudes qu'ils soulèvent. Le but est ici d'amener chacun des participants à reconnaître l'importance de chacun des règlements et à accepter de s'y conformer. La liste de ces règlements est disponible en annexe G de ce travail.

Les animateurs profitent aussi de cette occasion pour mentionner aux participants ce qui est concrètement attendu d'eux, soit: réduire les comportements suicidaires, être présents aux rencontres, collaborer avec les animateurs, faire des efforts raisonnables afin d'avancer, être respectueux envers les autres, respecter la confidentialité et la règle d'utilisation du téléphone, etc. Ce que les animateurs offriront en échange est aussi présenté, soit: faire les efforts nécessaires afin d'être le plus efficace possible, agir avec éthique, être disponibles et respectueux envers les participants, maintenir la confidentialité, etc.

7. Présentation et signature des contrats thérapeutiques :

Tel que mentionné précédemment, les participants prennent connaissance du contrat lors de la rencontre préparatoire mais c'est au cours de la première rencontre de groupe que la signature est faite. Cette dernière étape vise à faire exprimer et à travailler toutes les résistances qui pourraient encore exister chez les participants. Ces derniers sont aussi invités à mentionner tous les éléments qu'ils jugent encore nébuleux. Pour se joindre au groupe, les participants doivent signer les deux contrats liés au suivi de groupe. Le premier contrat, soit le " Formulaire de consentement ", les informe que la thérapie de groupe se fait dans le cadre d'une étude pour l'obtention d'une maîtrise. Le deuxième formulaire, le «Contrat thérapeutique», constitue le document qui confirme leur adhésion au suivi de groupe tout en rappelant clairement ce qui sera attendu de chacun d'eux lors du suivi.

8. Salutations et invitations aux participants à se présenter à la prochaine rencontre :

Les animateurs terminent la rencontre en saluant les participants et les invitent à se joindre à nouveau au groupe dès la semaine suivante. Ils profitent aussi de l'occasion pour mentionner aux participants leur enthousiasme à travailler avec eux. Cette étape est importante et vise à laisser les participants sur une note agréable tout en favorisant le sentiment d'appartenance au groupe.

3.3.3.5.2 Le déroulement d'une rencontre régulière.

Exception faite de la première rencontre de chaque module, le plan des rencontres régulières est toujours le même. Tout comme pour la rencontre d'introduction, les points du plan seront ici aussi décrits de manière plus détaillée. L'encadré 18 présente le plan des rencontres régulières.

ENCADRÉ 18**Plan d'une rencontre régulière**

1. Retour sur la dernière rencontre.
2. Présentation des cartes hebdomadaires (seulement pour la première rencontre régulière de chaque module).
3. Présentation des fiches d'autoévaluation (seulement pour la première rencontre régulière de chaque module).
4. Présentation du contenu de la rencontre.
5. Obtention de l'engagement des participants à pratiquer et à compléter la carte hebdomadaire.
6. Séance de clôture.

1. Retour sur la dernière rencontre :

Pour la première rencontre, cette partie est écourtée puisque les participants n'ont pas eu à pratiquer de matériel particulier. Pour les autres rencontres, cette période est utilisée

pour la mise en commun des événements importants que chaque participant a rencontrés durant la semaine et qui lui ont donné l'occasion de pratiquer ses nouvelles habiletés. Cette occasion permet aussi d'évaluer avec chacun des participants le degré de réussite des éléments qu'ils ont pratiqués. À l'aide des autres membres du groupe, les animateurs répondent aux questions posées concernant les moyens à utiliser pour améliorer l'atteinte des résultats désirés. Au besoin, des mises en situation pourront aussi être faites afin de bien illustrer les moyens proposés. Advenant le cas où un participant n'a rien pratiqué de la semaine, les animateurs explorent avec lui les raisons justifiant cette attitude afin qu'il en soit autrement la semaine suivante. Cette période de retour est aussi utilisée pour vérifier si les participants ont des questions au sujet du contenu de la dernière rencontre où s'ils ont encore quelques résistances face au groupe.

2. Présentation des cartes hebdomadaires :

La présentation de la carte hebdomadaire ne se fait que lors de la première rencontre de chaque module. Celle-ci est primordiale puisque cet instrument est utilisé tout au long du programme. Les animateurs voient donc à en faire une présentation claire sur la manière de l'utiliser, ils identifient le rôle de chacun des côtés de la carte ainsi que les moments où ceux-ci seront discutés. Plusieurs exemples sont présentés et des questions sont posées aux participants de manière à s'assurer qu'ils comprennent bien comment utiliser cet outil. Il leur est aussi proposé d'établir une certaine routine entourant le moment pour remplir la carte. Cette routine facilite cette tâche en créant une habitude. Elle devient routinière au même titre que de se brosser les dents avant d'aller se coucher.

3. Présentation des fiches d'autoévaluation :

Cet exercice est fait au début et à la fin de chaque module. Les participants prennent quelques minutes pour remplir une fiche d'autoévaluation spécifique à chaque module. Ils sont ensuite avertis que cette évaluation sera conservée dans leur dossier jusqu'à la fin du module où ils pourront alors comparer leurs résultats avec la deuxième autoévaluation.

4. Présentation du contenu du module:

Lors de la première rencontre de chaque module, les animateurs commencent par introduire les grandes lignes de ce dernier. Il n'est pas question ici d'entrer dans les détails puisque le but est d'éviter les redondances. Il s'agit tout simplement de situer et d'orienter les participants sur le travail qui sera accompli tout au long du module. Les divers concepts ainsi que les liens qui les relient sont brièvement présentés.

Lors des autres rencontres, c'est à cette étape que les animateurs présentent le matériel qui doit être travaillé. La matière peut parfois sembler abstraite pour les participants, les animateurs voient donc à la mettre en lien avec les éléments déjà présentés ou avec des éléments qui le seront prochainement. Afin de favoriser la compréhension et l'assimilation de la matière plusieurs techniques sont utilisées. Les animateurs peuvent entre autre proposer aux participants de faire des exercices de visualisation. Ces exercices sont utiles par exemple dans le cas où les participants doivent apprendre à décrire ce qu'ils observent et à en faire la classification. Les animateurs pourront leur demander de visualiser des boîtes et de s'imaginer en train de faire le classement de leur observation. La visualisation peut aussi être utilisée pour aider les participants à pratiquer de manière fictive leurs nouvelles habiletés.

Les animateurs ont aussi recours à du matériel visuel comme l'utilisation du tableau pour noter et démontrer les divers éléments soulignés par les participants. De plus, le groupe est utilisé comme laboratoire pour pratiquer le contenu enseigné. Par exemple, il est possible de créer des mises en situations et des jeux de rôles pour favoriser une meilleure intégration du matériel. Les exercices devant être pratiqués à la maison, comme les exercices d'acceptation de la réalité, peuvent aussi être expérimentés à l'intérieur du groupe. De cette manière, les participants peuvent, dès ce moment, faire part des difficultés qu'ils rencontrent et obtenir des trucs afin de mieux les contourner. L'objectif étant l'acquisition de nouvelles habiletés, il est primordial de faire participer les membres du groupe, de les amener à exprimer leur opinion et à faire part de leur questionnement. Cette façon de fonctionner semble rendre le groupe plus dynamique et permet aux animateurs de s'assurer que la matière reste concrète et accessible pour les participants.

5. Obtention de l'engagement des participants à pratiquer et à remplir la carte hebdomadaire :

L'objectif est ici d'encourager les participants à pratiquer le contenu de la rencontre, ainsi que celui des rencontres antérieures, durant le reste de la semaine. Les animateurs utilisent souvent l'exemple de la personne qui se fixe pour objectif de maigrir et qui s'entraîne trois heures par semaine mais qui le reste du temps écoute la télévision et mange continuellement des chips. Atteindre ses objectifs veut dire toujours les avoir en tête et agir dans leur direction. Pour obtenir des résultats et constater un changement, il faut donc pratiquer et pratiquer encore. Au début, cette discipline semble être un effort mais avec le temps, elle deviendra automatique et fera partie de notre vie.

6. Séance de clôture :

Avec le temps, Linehan a constaté que plusieurs participants quittaient les rencontres bouleversés et tombaient souvent dans des comportements non adaptés. Cette constatation l'a conduite à utiliser la dernière partie des rencontres pour ramener les affects des participants à un seuil plus acceptable. Elle recommande ainsi de profiter de ce temps pour faire une séance de relaxation ou une mise en commun sur le déroulement de la rencontre. La relaxation fut utilisée pour la majeure partie des séances de clôture. Pour ce qui est de la première rencontre, de la rencontre de mi-module et de la rencontre de conclusion, cette période est utilisée pour faire une mise en commun afin de vérifier certains éléments tel que vérifier si le déroulement des rencontres ainsi que l'utilisation du temps satisfaisaient tous les participants. Cette mise en commun donne l'occasion aux participants de ventiler certaines émotions en plus de partager leur appréciation au sujet des rencontres.

3.3.3.5.3 Le déroulement d'une rencontre de conclusion.

Les rencontres de conclusion sont elles aussi semblables pour chacun des modules. Aucun nouveau matériel n'est présenté lors de cette rencontre. Celle-ci est davantage

consacrée à faire le résumé du module ainsi que les liens qui s'imposent. Le plan d'une rencontre de conclusion s'articule de la façon suivante :

ENCADRÉ 19

Plan d'une rencontre de conclusion

1. Retour sur la dernière rencontre.
2. Présentation d'un résumé du module.
3. Période pour compléter les feuilles d'autoévaluation.
4. Obtention de l'engagement des participants à continuer de pratiquer et de remplir la carte hebdomadaire.
5. Bilan des rencontres de groupe et du module.
6. Présentation du prochain module.
7. Salutations nécessaires.

1. Retour sur la dernière rencontre :

Cette partie de la rencontre ne diffère pas des retours sur la semaine des autres rencontres. Elle vise donc la mise en commun des éléments de pratique, des difficultés rencontrées et des questions toujours existantes.

2. Présentation d'un résumé du module:

Lors du résumé du module, les animateurs repassent les grandes lignes du module en mettant l'accent sur les liens qui les unissent. Ils tendent ainsi à remettre la matière en contexte tout en démontrant une fois encore les avantages que les participants peuvent retirer de son utilisation. Les intervenants remettent aussi aux participants un tableau résumé du module tout en encourageant ces derniers à le laisser à vue enfin qu'il serve d'aide-mémoire. Enfin, les animateurs vérifient à nouveau que tous les membres du groupe possèdent assez bien la matière et qu'aucune interrogation sur le sujet ne persiste.

3. Période pour compléter la feuille d'autoévaluation:

La rencontre de conclusion est l'occasion pour les participants de compléter à nouveau la feuille d'autoévaluation spécifique au module se terminant. Une fois le document rempli,

les animateurs remettent à chacun des membres leur première autoévaluation afin que ceux-ci puissent comparer leurs résultats. Afin d'amener les participants à réaliser les changements obtenus, les animateurs les invitent à discuter et à partager leurs résultats avec le groupe. Il leur est aussi demandé d'identifier les habiletés ayant besoin d'être pratiquées davantage.

4. Obtention de l'engagement des participants à continuer la pratique :

L'idée est ici de faire comprendre aux participants que s'ils désirent maintenir les changements obtenus et même encore les améliorer, ils doivent poursuivre la pratique du matériel enseigné. Certaines habiletés requièrent encore un effort de la part de ceux-ci, il est donc important qu'ils continuent de les pratiquer jusqu'au moment où elles seront complètement intégrées et s'exécuteront de manière automatique. Pour ce faire, les animateurs recommandent de pratiquer surtout les habiletés avec lesquelles ils ont encore de la difficulté. Quelques exemplaires de la carte hebdomadaire leur sont aussi remis et ils sont encouragés à continuer de les compléter afin de ne pas perdre l'habitude de prendre le temps de réaliser les efforts et les succès obtenus durant la journée.

5. Bilan des rencontres de groupe et du module:

Les animateurs profitent de cette occasion pour recueillir les commentaires et les suggestions des participants concernant le déroulement des rencontres ainsi que sur le contenu transmis. Ces derniers sont aussi rassurés sur l'importance qui sera accordée à leurs idées puisque, dans la mesure du possible, l'organisation du prochain module veillera à en tenir compte.

6. Présentation du prochain module:

Étant donné que les modules sont présentés un à la fois, à la fin de chacun d'eux, une description du module suivant est faite. Pour ce faire, les animateurs évaluent avec les participants s'ils ont apprécié le suivi de groupe et s'ils sont désireux de poursuivre pour un autre module. Il leur est aussi mentionné que d'autres participants seront possiblement invités à se joindre au groupe. Les grandes lignes du prochain module sont présentées afin que les participants puissent prendre une décision éclairée quant à la poursuite ou

non. Les participants n'ont pas à donner une réponse immédiate, ils peuvent contacter un des animateurs dans la semaine qui suit.

7. Salutations nécessaires :

La fin du suivi de groupe n'est pas quelque chose qu'on annonce à la dernière rencontre mais bien quelque chose qu'on prépare. À chaque rencontre de groupe, les animateurs situent cette dernière à l'intérieur du module et mentionnent combien de rencontres il reste. Évidemment, la fin d'un module n'est pas nécessairement synonyme de la fin du suivi puisque les participants ont toujours la chance de poursuivre pour un autre module. Il est tout de même important de valoriser les progrès et de stimuler les participants à utiliser leurs nouvelles connaissances pour devenir plus autonome et reprendre un certain pouvoir sur leur vie. En terminant les animateurs mentionnent leurs appréciations à avoir travaillé avec tous les membres du groupe et expriment leur désir de les revoir pour le prochain module.

3.3.3.6 La gestion de la crise.

Habituellement, la gestion de la crise est faite par l'intervenant individuel. Par contre, si un des participants se présente à une rencontre de groupe dans un état de détresse profonde certaines mesures ont été prises afin de diminuer les risques que la personne ne tente de régler la crise par un moyen non adapté tel que le passage à l'acte. Ainsi, le participant a la possibilité de rencontrer individuellement pour quelques minutes un des animateurs avant ou après la rencontre de même que durant la pause. Si le participant ne venait pas de lui-même mais que les animateurs considéraient que quelque chose ne semblait pas aller, ils pouvaient d'eux-mêmes aller au devant du participant afin de sonder le terrain.

Concernant les interventions concrètes devant être posées par l'animateur du groupe, celles-ci sont inspirées de celles proposées par Linehan. Les règles s'appliquant aux animateurs du groupe sont assez restreintes. En premier lieu, l'animateur se doit d'évaluer rapidement la gravité de la crise. S'il y a présence d'un risque suicidaire élevé,

l'animateur doit simplement garder le participant en sécurité et l'aider à faire face à la crise jusqu'au moment où celui-ci pourra rencontrer son intervenant principal. Évidemment, il encourage ce dernier à utiliser les habiletés enseignées dans le groupe afin de diminuer la souffrance durant la période d'attente. Si le risque suicidaire n'est pas élevé ou absent, le participant est encouragé à utiliser ces mêmes méthodes afin d'être en mesure d'attendre jusqu'à sa prochaine rencontre individuelle. D'ici là, il pourra chercher à contacter une autre ressource au besoin comme sa famille, ses amis ou un organisme communautaire.

3.3.3.7 La gestion des contacts téléphoniques.

Concernant les appels faits aux animateurs, rien n'a été modifié ou ajouté à ce que Linehan propose. Les appels doivent strictement se rapporter au groupe ou au contenu enseigné à l'intérieur de celui-ci. Tout ce qui se rapporte aux crises doit être discuté avec leur intervenant en individuel. Les participants sont donc informés dès la première rencontre des raisons justifiant la prise de contact par téléphone avec un des animateurs du groupe. Les contacts téléphoniques doivent porter uniquement sur les points suivants: informer l'animateur d'une absence ou d'un retard, recevoir de l'information concernant le matériel enseigné et régler certaines tensions pouvant exister entre le participant et l'animateur. Si un participant contacte un des animateurs pour une autre raison que celles qui viennent d'être identifiées, l'animateur redirigera celui-ci en lui demandant de contacter son intervenant individuel.

3.3.4 L'approche individuelle: adaptation de certaines des méthodes d'intervention en individuel.

Afin de travailler dans le même sens que la nouvelle approche implantée, les intervenants ont accepté de modifier quelque peu le cadre thérapeutique de leurs interventions. Ces modifications, résumées dans l'encadré 20, se sont faites sur différents niveaux, plus particulièrement au niveau du contenu abordé, de la fréquence des rencontres, de la

gestion de la crise et des contacts téléphoniques. Les lignes qui suivent reviendront plus en détail sur ces modifications.

ENCADRÉ 20

Liste des éléments importants de l'approche individuelle

- Présentation des intervenants impliqués.
- Présentation des objectifs poursuivis.
- Présentation des structures des rencontres individuelles.
- Présentation du contenu abordé.
- Description des règles entourant la gestion des crises.
- Description des règles entourant les contacts téléphoniques.

3.3.4.1 La présentation des intervenants impliqués.

Les participants du groupe sont suivis par quatre intervenants principaux: deux travailleurs sociaux et deux psychologues. Cependant, certains participants reçoivent aussi un suivi médical de la part des infirmières de l'équipe et/ou un suivi éducatif assuré par l'éducatrice spécialisée aussi reliée à l'équipe.

3.3.4.2 La présentation des objectifs poursuivis.

Les objectifs visés par l'implantation d'une nouvelle approche de travail ont été présentés antérieurement. Les objectifs retenus pour le suivi individuel sont évidemment connexes à ces derniers. Par exemple le suivi individuel, aidé du suivi de groupe, tentera de provoquer des changements durables en favorisant la mise en pratique du matériel éducationnel enseigné dans le groupe, il tentera aussi de développer la maîtrise de soi des participants et ce sur tous les niveaux, il tentera de faire de même pour l'introspection. Bien entendu des objectifs plus généraux seront aussi travaillés. Ces derniers sont dans leur ensemble presque identiques à ceux proposés par Linehan. Il s'agit ici d'établir la liste de priorités reliées au plan de traitement. Ces éléments sont principalement de voir à

diminuer les gestes suicidaires, à contrecarrer tous les comportements qui pourraient interférer avec la thérapie ou diminuer la qualité de vie de la personne et enfin de voir à la généralisation des habiletés nouvellement acquises ou déjà existantes mais étant peu utilisées.

3.3.4.3 Les structures des rencontres individuelles.

Ayant entre autre pour objectifs de favoriser le développement de l'autonomie chez leurs clients et de diminuer la lourdeur de la tâche entourant l'intervention auprès des TPL, la question de la fréquence des rencontres en individuel a été abordée. Avant l'implantation du groupe, les intervenants rapportent qu'ils devaient parfois voir plus d'une fois par semaine leurs clients souffrant d'un TPL sans parler des nombreux appels auxquels ils devaient répondre. En tenant compte de la décision de présenter un module à la fois et en considérant que la durée moyenne d'un module est de huit semaines, il a été convenu que les participants bénéficieraient d'une banque de deux rencontres individuelles par module. L'idée est de leur présenter cette banque comme une quantité de rencontres qu'ils possèdent et qu'ils gèrent comme bon leur semble. Ils doivent donc apprendre et prendre l'habitude d'évaluer leurs crises, de se demander s'ils sont capables de les gérer seuls en utilisant les habiletés enseignées dans le groupe ou en ayant recours à d'autres ressources avant d'épuiser le nombre de rencontres dont ils disposent avec leur intervenant. La logique derrière cette décision est de redonner une certaine responsabilité au client en ce qui concerne la résolution des difficultés qu'il rencontre en brisant l'habitude de contacter son intervenant avant d'essayer quoi que soit d'autre. Il s'agit de leur redonner du pouvoir sur leur propre vie. Cette clause est clairement présentée aux participants lors de la première rencontre de chaque module et est aussi notée sur le contrat thérapeutique.

3.3.4.4 Le contenu discuté lors des rencontres individuelles.

En acceptant de travailler avec le programme proposé par Linehan, les intervenants ont évidemment accepté de travailler dans le sens de celui-ci lors de leurs rencontres

individuelles. Ainsi, en plus de poursuivre la mise en application du plan de traitement établi pour la personne, le participant est encouragé à apporter avec lui sa (ou ses) carte(s) hebdomadaire(s)¹ de manière à être en mesure de présenter une bonne "photo" de la ou des semaine(s) qu'il vient de passer. Le contenu du côté A de la carte est discuté lors de ces rencontres. De plus, les intervenants voient à encourager la généralisation des habiletés apprises dans le suivi de groupe et retravaillent au besoin certaines d'entre elles. Ils encouragent aussi les participants dans leurs démarches ainsi que dans l'accomplissement des tâches demandées. Lors de crises, les intervenants sont particulièrement alertes et renforcent systématiquement l'utilisation des techniques vues dans le groupe. Ces derniers doivent donc être au courant du contenu du programme et voient à suivre le cheminement fait à l'intérieur de celui-ci.

3.3.4.5 La gestion de la crise.

Étant donné que les comportements suicidaires et parasuicidaires caractérisent particulièrement la population des TPL, il a été décidé de retenir un protocole clair et précis afin que tous les intervenants puissent offrir le même type d'interventions lors des moments de crise. À cette fin, la méthode d'intervention proposée par Linehan a été présentée à l'équipe de santé mentale. Une fois que les intervenants eurent pris connaissance de cette méthode, il fut convenu de la suivre. Une traduction du tableau résumé de cette méthode, intitulé «Comment agir face aux comportements suicidaires ou parasuicidaires», a été remise à tous les intervenants. Une copie de ce tableau est présentée en annexe H de ce travail.

Cette méthode, à la fois claire et explicite, consiste en une liste d'interventions qui doivent être posées dans diverses situations. Cette liste propose des interventions pour les intervenants individuels mais aussi pour les animateurs du groupe. Pour ce qui est des consignes à l'intervenant individuel, celles-ci sont divisées en trois sections: comment agir (1) lorsque que le client a eu une crise suicidaire ou parasuicidaire; (2) lorsque les

¹ La carte hebdomadaire est présentée dans la partie suivante : adaptation des outils proposés par Linchan.

risques de passage à l'acte sont réels; (3) lorsqu'un comportement parasuicidaire se produit durant le contact avec le client ou lorsqu'il vient juste d'être fait.

Une règle particulièrement intéressante se retrouve dans la première section. Cette règle stipule que si un comportement suicidaire ou parasuicidaire a déjà été posé, l'intervenant n'aura pas de contact téléphonique avec le client dans les 24 heures suivant l'incident (sauf s'il y a urgence médicale). Le comportement sera tout simplement discuté lors de la prochaine rencontre individuelle. La logique derrière la règle des 24 heures sous-tend que le passage à l'acte est la méthode que le client a choisie pour solutionner son problème. Bien que cette méthode ne soit pas adaptée, elle correspond tout de même à une tentative de solution. Le message qui est passé au client par l'intermédiaire de cette règle est le suivant: «tu n'as pas immédiatement besoin de mon aide pour solutionner ton problème puisque que tu as déjà choisi et appliqué une solution». L'idée est d'amener le client à comprendre qu'il doit contacter une ressource, un ami ou son intervenant avant de choisir la solution du passage à l'acte. Il pourra ainsi, obtenir de l'aide afin de trouver une solution plus appropriée. Une fois le passage à l'acte fait, il est trop tard, le problème est déjà solutionné même si ce n'est pas de manière efficace.

Si toutefois le participant ne disposait plus d'aucune rencontre individuelle d'ici la fin du module en cours, il devra soit attendre au prochain module pour discuter de cet épisode en profondeur ou contacter par téléphone son intervenant et faire une brève analyse des solutions tentées versus les résultats obtenus et des solutions qui auraient été plus adéquates d'utiliser. Si le participant contacte son intervenant avant que le geste soit posé mais que ce dernier ne dispose plus d'aucune rencontre disponible, l'intervenant valorisera sa démarche, l'encouragera à utiliser des solutions adaptées et au besoin lui conseillera de se présenter à l'urgence.

Une des interventions qui doit être posée lors de la rencontre individuelle où sera abordé le comportement suicidaire ou parasuicidaire, consiste en l'analyse en chaîne de ce comportement. Ici encore, il a été convenu d'établir une ligne directrice pour l'équipe afin que toutes les interventions aillent dans le même sens. Pour ce faire, il a été proposé

à l'équipe d'utiliser le protocole d'intervention en vigueur au Faubourg Saint-Jean. Ayant pris connaissance du document, les intervenants de l'équipe ont décidé de retenir cet outil comme protocole d'intervention. Une copie de ce protocole est disponible en annexe I du présent document.

Le protocole d'intervention, intitulé «Protocole d'analyse du comportement suicidaire ou parasuicidaire», comporte trois étapes: (1) l'analyse de votre comportement et l'analyse des solutions; (2) l'implication de vos pairs et du personnel; (3) la réparation. Lors de la première étape, la personne doit travailler seule et compléter une série de questions. Elle devra par exemple, décrire en détail le comportement posé, identifier les éléments antécédents au geste et les conséquences de celui-ci, identifier d'autres solutions plus adaptées et finalement faire un résumé englobant tous ces éléments. À la deuxième étape, la personne doit discuter de son analyse comportementale avec les participants du groupe, ce qui est différent de la méthode appliquée à la Clinique du Faubourg Saint-Jean, et par la suite avec son intervenant en individuel. Ce moment de partage avec le groupe a le mérite de stimuler le climat d'entraide tout en permettant à chacun de bénéficier des suggestions qui ressortiront de cette discussion. Par contre, afin de «protéger» les autres participants, nous avons convenu d'encourager la personne à mettre l'emphase sur les éléments constructifs qui sont ressortis de son analyse plutôt que sur la détresse émotionnelle vécue. Lors de la dernière étape du protocole, la personne doit contacter les personnes qui ont pu souffrir du geste qu'elle a posé et, dans la mesure du possible, voir à réparer les dommages.

Le but de ce protocole est, qu'en le remplissant, la personne prend conscience et développe la capacité de reconnaître les éléments «toxiques» qui peuvent conduire à de tels gestes. Elle pourra aussi développer son répertoire de solutions adaptées afin d'y avoir recours la prochaine fois. Ce protocole permet aussi d'amener la personne à réaliser l'impact et les conséquences que son geste engendre. Le but ultime est donc que la personne réalise que le geste suicidaire ou parasuicidaire n'est pas la meilleure solution à employer et qu'elle opte pour une autre solution plus adaptée et de cette manière de réduire l'impulsivité et le passage à l'acte par le biais de l'auto-analyse.

3.3.4.6 La gestion des contacts téléphoniques.

Au niveau de l'intervention individuelle, certaines nuances ont été apportées. Comme mentionné précédemment, pour Linehan les appels téléphoniques ont pour rôles principaux d'aider les clients à mieux demander de l'aide lors de crises suicidaires, de favoriser la généralisation des habiletés enseignées dans le groupe et de diminuer toutes les tensions qui pourraient être perçues entre le client et son intervenant. Aucun de ces éléments en question n'est remis en question. Par contre, compte tenu que les intervenants souhaitent voir leurs clients prendre l'habitude d'essayer d'autres moyens adaptatifs pour gérer leur crise au lieu de les contacter en premier, leurs interventions téléphoniques s'en sont vues modifiées.

Ainsi, lorsque les intervenants reçoivent un appel, ils évaluent rapidement le degré d'urgence et de dangerosité de la crise. Par la suite, si le degré de dangerosité est faible ou modéré, ils demandent systématiquement à la personne si elle a essayé autre chose avant de les contacter (par exemple des exercices proposés dans le groupe, contacter quelqu'un du groupe, de son entourage ou un organisme communautaire spécialisé dans les crises). Si la personne répond par la négation, elle sera encouragée à rappeler une fois qu'elle aura essayé un de ces moyens. Le thérapeute pourra, au besoin, aider la personne à mettre au point une méthode efficace pour demander de l'aide de manière appropriée. Afin d'éviter que la personne se sente rejetée par l'attitude de l'intervenant, ce dernier présente sa décision de manière encourageante. Il valorise les capacités de la personne à, au moins, essayer par elle-même quelque chose de nouveau tout en reconnaissant la difficulté que peut représenter cette tâche. Cette attitude se veut donc supportante, encourageante et motivante. De plus, en proposant, entre autre, d'essayer de contacter quelqu'un du groupe, l'intervention reste dans le sens de favoriser un climat d'entraide entre les participants. Par contre, si le risque suicidaire est jugé comme élevé, l'intervenant peut proposer au participant d'utiliser une des rencontres individuelles auxquelles il a droit. Advenant le cas où le participant a épuisé sa banque de rencontres individuelles et qu'aucune aide n'est disponible par le biais de son réseau, l'intervenant

conseillera à celui-ci de se présenter à l'urgence. Si le participant ne fait preuve d'aucune collaboration, l'intervenant pourra même aller jusqu'à contacter la police.

3.4. La description de la méthodologie retenue.

La section qui suit présente tous les outils qui ont été utilisés lors du suivi de groupe. Afin de suivre les modifications faites à l'intérieur de la structure du programme ainsi que dans les interventions, certains outils du programme ont dû être adaptés ou tout simplement créés. Par outil, on entend ici tout document qui est remis aux participants ou qui est utilisé par les animateurs.

3.4.1 Les outils de travail utilisés par les participants.

Les outils utilisés par les participants sont au nombre de cinq. Trois d'entre eux sont des outils proposés par Linehan auxquels certaines modifications ont été apportées. Pour ce qui est des deux autres outils, ils ont été développés par l'équipe en tenant compte des objectifs souhaités voir atteints par les participants.

3.4.1.1 Présentation des outils qui ont subi certaines modifications.

Parmi les outils modifiés, on retrouve la liste des objectifs, la liste des règlements et la carte hebdomadaire. Voici un aperçu des modifications apportées sur ces derniers.

La liste des objectifs:

Lors de la rencontre d'introduction de chaque module, les animateurs doivent présenter les objectifs du programme d'entraînement aux habilités. Pour ce faire, ils remettent le «document général no 1» qui présente les objectifs généraux et les objectifs spécifiques en identifiant les comportements à changer ainsi que ceux à développer. Le «document général no 1» proposé par Linehan identifie comme comportements à changer: (1) la confusion concernant l'identité et les dérégulations cognitives; (2) l'impulsivité; (3) les émotions et humeurs labiles; (4) les relations interpersonnelles chaotiques. Comme

comportements à développer, elle identifie ce que les quatre modules de travail vont aborder, soit la sagesse interne, la tolérance à la détresse, la régulation des émotions et les relations interpersonnelles satisfaisantes. Étant donné qu'il a été décidé de présenter un module à la fois, il a fallu adapter la section concernant les comportements à développer. Les comportements identifiés ont été remplacés par des comportements plus spécifiques au module qui sera présenté. Par exemple pour le module sur la sagesse interne, les comportements à développer sont: la capacité d'observer, de décrire, de participer, d'éviter de juger, de faire une seule chose à la fois et d'être efficace. Une copie de ces listes d'objectifs est disponible en annexe J.

La liste des règlements:

Le «document général no 2» qui présente les règlements du groupe d'entraînement est lui aussi abordé lors de la rencontre d'introduction de chaque module (voir l'annexe G pour la liste des règlements retenus). Sur 9 règlements présentés par Linehan, deux ont été modifiés suite aux rencontres préparatoires. L'encadré 21 présente la liste des règlements telle que proposée par Linehan.

Le règlement no 1 proposé par Linehan stipule qu'un client qui manque quatre rencontres de suite doit se retirer définitivement du groupe. Étant donné que les participants à notre groupe ne s'engagent que pour un module à la fois, ce règlement a été modifié. Celui-ci a été élaboré de la façon suivante, un participant qui manque deux rencontres doit se retirer définitivement du groupe. Il pourra réintégrer le programme seulement s'il en fait la demande au groupe et que ce dernier accepte de l'accueillir à nouveau. La dernière partie du règlement vise à renforcer l'idée que le groupe est une équipe et que chaque membre a son mot à dire dans le déroulement de ce suivi.

Le règlement no 5 que propose Linehan mentionne qu'un client qui en appelle un autre pour avoir de l'aide lors de pensées suicidaires doit être capable de recevoir l'aide demandée. Tel que déjà mentionné, afin que la personne appelée ne se sente pas envahie par une demande qu'elle ne se juge pas capable de satisfaire, quelques modifications ont été apportées à ce règlement. Ainsi, le règlement spécifie que la personne qui appelle doit

ENCADRÉ 21**Liste des règlements proposés par Linehan**

1. Un client qui manque quatre rencontres de suite doit se retirer définitivement du groupe.
2. Chaque client doit, parallèlement au groupe, suivre une thérapie individuelle.
3. Les clients ne doivent pas se présenter aux rencontres sous l'influence de l'alcool ou de drogues.
4. Les clients ne doivent pas, en dehors du groupe, discuter de leurs comportements parasuicidaires (passés ou présents) avec les autres participants.
5. Un client qui en appelle un autre pour avoir de l'aide lors de pensées suicidaires doit être capable de recevoir l'aide demandée.
6. Les informations dévoilées durant les rencontres ainsi que les noms des participants doivent demeurer confidentiels.
7. Un client qui pense qu'il sera en retard ou qu'il manquera une rencontre devrait appeler d'avance le responsable afin de l'en informer.
8. Les clients ne doivent pas, en dehors du groupe, établir de relations privées avec d'autres participants.
9. Des partenaires sexuels ne devraient pas faire partie du même groupe.

aussi être capable d'accepter la possibilité que la personne appelée ne se sente pas la capacité de l'aider. Lors de la présentation de ce règlement, les animateurs suggèrent aux participants, au cas où cette situation se produirait, de référer la personne à un des organismes que nous avons indiqués sur la liste des ressources.

D'autres modifications ont été apportées à la liste des règlements mais celles-ci ont été faites suite à l'évaluation du premier module. Elles seront donc présentées dans une section du chapitre quatre de ce travail.

La carte hebdomadaire:

La «carte hebdomadaire» fait parti du matériel présenté par Linehan. Elle a tout de même été quelque peu modifiée lors des rencontres d'équipe. Une copie de la «carte hebdomadaire» est remise aux participants à chaque rencontre de groupe. Ceux-ci ne nous redonnent aucune de ces cartes mais les conservent comme aide-mémoire et outil de prise de conscience. Une copie de la carte hebdomadaire est jointe en annexe K de ce travail.

À l'origine, cette carte comprenait deux tableaux présentés sur la même feuille. Afin que les participants aient davantage d'espace pour noter les éléments importants, il a été décidé de présenter un tableau par feuille. La carte hebdomadaire peut être comparée à une «photo» de la semaine. En effet, les participants notent sur le premier tableau leur consommation d'alcool, de médicaments et de drogues, leurs idées suicidaires et leur détresse émotionnelle. Il y a aussi une colonne pour les comportements parasuicidaires où ils évaluent la force de la pulsion ainsi que s'ils sont passés à l'acte. On retrouve aussi une section pour les crises. Cette section a été ajoutée suite aux rencontres avec l'équipe. Elle vise à servir de prise de conscience ainsi que d'aide-mémoire lors de crises futures. Elle se divise en trois parties soit: l'événement, la solution tentée et le résultat obtenu. Les participants sont à même d'évaluer les solutions tentées (par exemple boire dix bières ou bien utiliser les stratégies enseignées) en prenant conscience des résultats obtenus. Enfin comme dernière section, on note un espace où les participants évaluent leur degré de pratique des habiletés enseignées sur une échelle de 0 à 7 (exemple, 0 = Je n'ai pas pensé à les utiliser, 7 = Je les ai utilisées sans y penser et elles ont aidé).

Le premier tableau de la «carte hebdomadaire» n'est pas systématiquement discuté lors des rencontres de groupe mais l'est davantage lors des suivis individuels. Le contenu de celui-ci pourra quand même être ramené en groupe s'il est présenté dans une optique d'habiletés pratiquées ou qui auraient pu être pratiquées.

Le contenu du deuxième tableau de la «carte hebdomadaire» est entièrement discuté en groupe. Cette partie de la carte correspond à une grille où les participants encerclent pour

chaque jour de la semaine les habiletés pratiquées et notent le degré de pratique pour chacune des habiletés enseignées. Cette évaluation se fait à l'aide de la même échelle que celle utilisée pour le premier tableau. Il a été décidé de reproduire cette échelle aussi sur la deuxième page de manière à faciliter l'utilisation de la carte. Ce côté de la carte a aussi pour rôle d'amener le participant à prendre conscience de son implication ainsi que de son cheminement dans la pratique. En effet, il peut constater les jours où il a le plus ou le moins pratiqué et tenter de mettre en lien son degré d'implication avec ce qu'il a vécu dans le courant de la semaine. Ce tableau permet aussi aux animateurs d'évaluer l'implication de la personne et, lorsque nécessaire, de l'encourager et vérifier les raisons d'un manque de pratique. Il permet en plus aux intervenants de vérifier si le participant a tendance à pratiquer toujours les mêmes habiletés ou si, au contraire, sa pratique est diversifiée.

3.4.1.2 La présentation des outils qui ont dû être développés.

Concernant les outils utilisés par les participants, deux d'entre eux ont été développés lors des réunions avec l'équipe de santé mentale du CLSC. Ainsi, on retrouve la feuille d'autoévaluation et la feuille nécessaire pour faire le bilan de la rencontre.

La feuille d'autoévaluation:

La «feuille d'autoévaluation de certaines de mes habiletés» fut développée de manière à être spécifique pour chacun des modules. Ainsi, il existe une fiche d'autoévaluation adaptée pour chacun des modules. Une copie de chacune de ces fiches est disponible en annexe L du présent document. L'objectif visé par cet outil est de faire prendre conscience aux participants de leurs habiletés au début et à la fin du module afin d'évaluer les changements notés. En plus de permettre aux participants de réaliser les progrès faits, cette fiche leur donne aussi la possibilité d'identifier les éléments qui ont besoin d'être travaillés davantage. Évidemment, cette fiche permet aussi d'évaluer, de manière partielle, l'impact que le suivi de groupe a eu sur les habiletés des participants.

La feuille d'autoévaluation est distribuée aux participants lors de la première rencontre de groupe de chaque module. Selon le temps disponible, ceux-ci la remplissent sur place ou à la maison et la rapportent la semaine suivante. De manière à mesurer le changement, une copie de cette même feuille d'autoévaluation leur est redistribuée à nouveau à la fin du module. Chaque copie de la feuille d'autoévaluation regroupe un certain nombre d'affirmations reliées à l'une ou l'autre des habilités enseignées dans le module. Pour y répondre, les participants évaluent à quel point ils sont en accord avec chacune des affirmations. Le choix des réponses est restreint par une note de 1 à 5 où 1 correspond à tout à fait en désaccord et où 5 équivaut à tout à fait en accord.

La feuille «bilan de la rencontre» :

La feuille «bilan de la rencontre» fut elle aussi développée en collaboration avec les intervenants. Cette feuille est remise aux participants à chaque semaine et doit être complétée à la maison. Elle comprend une série de six points ayant pour objectif de favoriser une prise de conscience chez les participants. Une section pour les commentaires a aussi été prévue. Les participants ne nous remettent pas cette feuille mais la conservent comme aide-mémoire. Ils sont tout de même encouragés à partager leurs réflexions avec les autres membres du groupe lors de la rencontre suivante. Une copie de la feuille «bilan de la rencontre» se retrouve en annexe M de ce travail.

3.4.2 Les outils de travail utilisés par les animateurs.

La théorie contenue dans chacun des modules proposés par Linehan est sans contredit l'outil le plus important parmi ceux utilisés par les animateurs. Mis à part le fait que certains passages aient été mis de côté et que quelques exemples ont été ajoutés, le contenu a été utilisé presque intégralement.

Les rencontres avec l'équipe ont aussi permis de développer certains outils. Ainsi, il fut décidé de développer une fiche évolutive. Il a aussi été convenu que les animateurs du groupe tiendraient un journal de bord concernant le suivi du groupe. Les prochaines lignes présentent en détail ces divers éléments.

La fiche évolutive:

La «fiche évolutive: intervention de groupe» a pour but de servir d'outil de communication entre le suivi de groupe et les intervenants individuels attirés à chaque participant et permet d'évaluer, d'une certaine manière, le cheminement de chaque individu du groupe tout au long du module. Cet outil est complété en équipe, par les animateurs, à la fin de chacune des rencontres de groupe. Une fiche est remplie pour chaque participant et est jointe à sa chemise dans le dossier du groupe. De cette façon, les intervenants peuvent consulter, selon leurs besoins, un document leur donnant des informations précieuses sur la participation et le cheminement de leurs clients. Il existe une fiche adaptée chacun des modules. De cette manière, les habiletés à développer pour chacun des modules peuvent être évaluées. Une copie de ces fiches est disponible en annexe N.

La fiche évolutive recueille des informations à deux niveaux. La première partie porte sur la qualité de la participation. Cette partie est elle aussi subdivisée de manière à suivre le déroulement des rencontres. Les éléments évalués concernent le degré de pratique des habiletés enseignées, l'implication dans le partage, l'intérêt pour la pratique ainsi que le désir de poursuivre la pratique. En deuxième lieu, les animateurs donnent leur opinion concernant l'intérêt, la compréhension, les capacités et l'engagement à pratiquer que le participant a démontré face au nouveau matériel présenté.

La deuxième partie de la fiche évolutive porte quant à elle sur l'attitude du participant. Cette partie s'attarde sur des éléments comme l'intégration dans le groupe, l'écoute, le respect, l'humeur, etc. Enfin, une partie pour les commentaires a été prévue si des informations plus précises méritent d'être notées.

Compte tenu des limites de temps, il a été décidé de rendre ces outils le plus pratique possible donc d'être assez complets tout en demandant peu de temps à compléter ou à lire. Afin de satisfaire à cette demande, la majorité des réponses aux questions

s'inscrivent à l'aide d'une échelle de 1 à 5 où 1 correspond, selon le cas, à peu ou faible et où 5 correspond à trop ou excellent.

Le Journal de bord:

Lors des rencontres préparatoires, il a été décidé que les animateurs du groupe tiendraient un journal de bord où les éléments importants de chaque rencontre hebdomadaire seraient notés. Les informations recueillies dans le journal ont pour objectif de retenir les éléments importants qui permettront de présenter, par exemple, certaines difficultés rencontrées, certains facteurs facilitants, les éléments d'entraide observés, les stratégies efficaces proposées par les participants, etc. Cette prise de notes hebdomadaire trouve toute son importance lorsqu'il est question de formuler des recommandations en vue de faciliter le développement du suivi de groupes dans d'autres CLSC. Elle permet aussi de garder en mémoire des éléments de nature plus générale ne pouvant pas être rapportés sur les fiches évolutives individuelles mais qui doivent être communiqués au reste de l'équipe. Cette prise de note n'est pas structurée et est laissée entre les mains de chacun des animateurs.

CHAPITRE QUATRE

L'EXPÉRIENCE D'IMPLANTATION DU PROGRAMME POUR TPL DANS UN CLSC

Afin d'outiller le mieux possible les CLSC dans le développement de futurs suivis de groupe pour personnes ayant un trouble de la personnalité limite, une brève évaluation de l'implantation a été faite. Pour ce faire, les participants, les intervenants en individuels de même que les animateurs du groupe ont participé à cette évaluation. Ainsi, à la fin de chaque module chacun d'eux a reçu un questionnaire adapté à son statut qu'il devait remettre pour compilation des données. Bien que ces outils d'évaluation soient des outils maison, ils ont tout de même aidé à recueillir des données importantes. Par cette évaluation, certains facteurs facilitants et non facilitants ont pu être identifiés et l'impact du suivi de groupe à la fois sur les intervenants et sur les participants a elle aussi pu être partiellement mesurée. De plus, cette compilation a permis de recueillir l'information nécessaire afin d'élaborer certaines recommandations.

Le chapitre quatre est donc constitué de deux parties importantes : l'évaluation du processus d'implantation et l'évaluation de l'expérience d'implantation proprement dite. Avant d'aborder ces deux éléments, une présentation des personnes impliquées dans l'implantation du programme sera faite.

4.1 Présentation des personnes impliquées dans l'implantation du nouveau programme pour TPL.

Les éléments retenus pour la sélection des personnes impliquées dans l'implantation ont été présentés dans le chapitre précédent. Les lignes qui suivent visent donc la présentation plus détaillée des personnes qui furent retenues pour participer à l'expérimentation.

4.1.1 Présentation des participants du groupe.

Les diverses informations permettant d'identifier les caractéristiques des participants ont été recueillies à l'aide du questionnaire «caractéristiques de la clientèle». Comme il a été mentionné précédemment, ce questionnaire est composé de trois parties: les renseignements généraux; les renseignements reliés à la santé mentale et les renseignements sur les objectifs et la motivation du participant. Voici un résumé des caractéristiques des participants pour les deux modules d'expérimentation.

Renseignements généraux:

Afin de faciliter la présentation des informations générales reliées aux participants du groupe, ces dernières sont présentées sous forme de tableau. Certains points seront tout de même repris de manière à compléter les données présentées à l'intérieur du tableau 4.

TABLEAU 4
Caractéristiques générales des participants

	Module 1		Module 2	
Participants qui débutent	6		5	
Participants qui terminent	5		4	
Moyenne d'âge	28		31	
Chapitre 2 Sexe	Femmes	4	Femmes	4
	Hommes	2	Homme	1
État civil	Marié	0	Marié	1
	Divorcés	2	Divorcés	2
	Séparés	2	Séparés	1
	Célibat	3	Célibat	1
Enfants	Avec enfants	3	Avec enfants	4
	À la charge	0	À la charge	1
Occupation	Sans emploi		Sans emploi	
Source de revenu	Sécurité du revenu	5	Sécurité du revenu	4
	Chômage	1	Chômage	0
	Dépend du conjoint	0	Dépend du conjoint	1
Total des personnes rejointes pour les 2 modules	8 personnes			

Comme il est possible de le constater, pour le premier module, la participation de six personnes a été retenue. Seulement cinq d'entre elles ont terminé cette partie du programme. Ayant brisé le sceau de la confidentialité, ce qui a occasionné des conflits à l'intérieur du groupe, un des participants a, de lui-même, décidé de quitter le groupe. Le recrutement des participants pour la deuxième partie a rencontré certaines difficultés qui seront présentées dans une partie ultérieure de ce document. Du nombre des sept participants qui ont mentionné vouloir participer au groupe, cinq d'entre eux ont débuté le deuxième module mais seulement quatre l'ont mené à terme. Trois participants au premier module ont poursuivi et terminé le deuxième module et deux nouveaux membres se sont joints au groupe mais un seul est resté jusqu'à la fin.

Au niveau des deux modules, nous pouvons constater que le groupe était majoritairement composé de femmes, que la moyenne d'âge était relativement peu élevée et que, sous le sens de la loi, la très forte majorité des participants ne vivait pas en union. Concernant les enfants, on remarque ici que la majorité des participants qui ont des enfants n'en ont pas la garde. En effet, à cette époque, sur cinq parents, quatre d'entre eux avaient deux enfants mais n'en avaient pas la charge. Le seul participant qui avait la charge de ses enfants était parent de trois enfants. Toujours à cette époque, on note aussi que l'ensemble des membres était sans emploi. Pour cinq des participants, l'aide sociale était la seule source de revenu alors que pour les autres on retrouvait le chômage et l'absence de revenu due au salaire du conjoint.

Renseignements reliés à la santé mentale :

Au point de vue du diagnostic à l'arrivée au CLSC, cinq des participants avaient un diagnostic de TPL et les trois autres un diagnostic de trouble de la personnalité sans spécification. En considérant les critères diagnostic du TPL du DSM-IV, les participants répondaient tous à entre 6 et 9 des critères proposés. Ainsi, selon le DSM-IV, tous les participants remplissaient les critères nécessaires au diagnostic du TPL puisqu'un minimum de cinq critères est exigé. La distribution des principaux symptômes reconnus par les participants sont présentés dans le tableau 5.

TABLEAU 5
Distribution du nombre de participants par critère

	Définition du critère	Nb de participants
1	Instabilité et excès dans les modes relationnels	7
2	Impulsivité	7
3	Instabilité affective	8
4	Mauvais contrôle de la colère	7
5	Geste suicidaire, automutilation	7
6	Perturbation de l'identité	6
7	Sentiment de vide	7
8	Efforts pour éviter l'abandon	5
9	Idées paranoïdes, dissociation	4

Concernant les comportements suicidaires, six des participants ont déjà fait au moins une tentative dans les cinq dernières années (le nombre peut varier de un à dix tentatives). Pour les deux autres participants, il semble que les idées suicidaires aient été souvent très présentes, que le plan avait été élaboré mais que le passage à l'acte n'ait jamais eu lieu. Les contextes dans lesquels les gestes ou les idées se sont présentés se ressemblent souvent. En général, il s'agit d'un contexte de conflit interpersonnel ou de rupture amoureuse ayant provoqué un sentiment de rejet ou d'abandon. On note aussi des difficultés financières importantes et des événements rappelant des abus sexuels vécus dans le passé. Ces situations étant rapportées comme des échecs de vie et des moments où tout allait mal. Fait intéressant, bien que la majorité des participants rapportent le fait de ressentir un sentiment de rejet et d'abandon comme ayant joué un rôle dans le passage à l'acte, seulement cinq d'entre eux se sont consciemment reconnus dans le critère 8 du DSM-V.

Les comportements parasuicidaires caractérisent tous les membres du groupe. En effet, tous rapportent avoir posé des gestes d'autodestruction dans les cinq dernières années en nombres variables mais pour plusieurs pouvant excéder plus de vingt fois. Lors de la rencontre préparatoire, cinq des participants ont rapporté avoir posé un tel geste dans le dernier mois. Pour les trois autres, le dernier geste d'autodestruction remontait à quelques mois. La sévérité des gestes posés varie quelque peu d'un participant à l'autre. Tous rapportent l'ingestion de médicaments alors que seulement quatre d'entre eux mentionnent des comportements tels que: se brûler, se cogner la tête sur les murs, se graffignier, se donner des coups de marteau, etc. Sept des participants ont mentionné réagir aux moments de désespoir par des comportements impulsifs et nuisibles tels que la conduite dangereuse, les comportements sexuels à risque, les problèmes alimentaires, etc. Les contextes d'apparition mentionnés par les participants sont des conflits, des ruptures et des difficultés de toutes sortes qui ont provoqué un sentiment de mal de vivre, d'intolérance, de perte de contrôle des émotions et de rage.

Renseignements sur les objectifs et la motivation des participants :

Étant donné que chaque personne a rempli un questionnaire, les résultats sont ici présentés de façon globale. Ainsi, les participants croient que la dynamique de groupe pourra leur permettre d'atteindre certains objectifs. Ils mentionnent espérer que le groupe leur permettra de trouver une certaine forme de support, qu'il brisera l'isolement et qu'elle leur donnera la chance de réaliser qu'ils ne sont pas seuls dans leur situation. Ils espèrent aussi pouvoir y développer de bonnes relations avec les autres participants, apprendre à leur faire confiance et à éviter de les juger.

Au niveau plus personnel, les participants insistent particulièrement sur le fait d'apprendre à mieux contrôler et maîtriser leurs réactions et leurs émotions et ainsi être moins impulsifs. Ils mentionnent aussi qu'ils souhaitent augmenter leur confiance en eux, leur compréhension et acceptation de soi en plus de développer leur capacité à faire face à la réalité de manière plus appropriée.

Concernant la motivation des participants, ceux-ci devaient l'évaluer à partir d'une échelle de 1 à 5 où 1 correspond à faible, 3 à bon et 5 à excellent. Un participant a évalué son degré de motivation à 5, trois l'ont évalué à 4 alors que les quatre autres l'ont évalué à 3. Les intervenants ont majoritairement mentionné leur accord avec cette évaluation à l'exception de deux d'entre eux. Selon eux, leurs clients auraient quelque peu surévalué leur degré de motivation. À leurs yeux, le cinq et un quatre auraient pu être diminués de un. En tenant compte des limites de cette évaluation, la motivation des participants semble être assez bonne.

4.1.2 Présentation des intervenants impliqués dans le suivi de groupe.

L'animation des rencontres de groupe a été assurée par trois intervenants. Bien que nous l'ayons déjà mentionné, il est bon de rappeler que malgré le fait que Linehan recommande que deux personnes co-animent les rencontres de groupe, étant donné que l'implantation de cette nouvelle approche s'est faite dans le cadre d'une recherche, le CLSC a jugé bon de retenir la participation de deux de ses intervenants afin de pouvoir poursuivre le programme une fois la recherche terminée. Les deux intervenants choisis sont un travailleur social expérimenté dans l'intervention auprès des TPL et une éducatrice spécialisée ayant animé plusieurs groupes par le passé. Tous deux sont membres de l'équipe de santé mentale du CLSC Frontenac. Le troisième intervenant est bien entendu l'étudiante ayant proposé l'implantation du nouveau programme dans le cadre de ses études.

4.2 L'évaluation du processus d'implantation.

Étant donné que tous les intéressés ont rempli un questionnaire à la fin de chacun des modules et que, suite à cette évaluation, certaines modifications ont été apportées, la présentation de l'évaluation est donc présentée de manière séparée. L'encadré 22 correspond au plan qui sera suivi pour la présentation de cette section.

ENCADRE 22**Étapes de l'évaluation du processus**

1. **Évaluation du premier module.**
 - 1.1. **Évaluation par les participants.**
 - 1.2. **Évaluation par les intervenants en individuel.**
 - 1.3. **Évaluation par les animateurs.**
 - 1.4. **Autres difficultés rencontrées.**
 - 1.5. **Changements apportés.**
2. **Évaluation du deuxième module.**
 - 2.1. **Évaluation par les participants.**
 - 2.2. **Évaluation par les intervenants en individuel.**
 - 2.3. **Évaluation par les animateurs.**
 - 2.4. **Autres difficultés rencontrées.**

4.2.1. L'évaluation du premier module.

L'évaluation du premier module comprend à la fois les commentaires et les suggestions de chacun des intéressés ainsi que d'autres éléments ayant été notés au journal de bord sans pour autant avoir été rapportés lors de l'évaluation. En tenant compte de l'ensemble de ces éléments, certains changements ont été apportés pour ensuite être testés lors du deuxième module. La partie qui suit présente, de manière regroupée, les divers éléments soulignés par chacun des groupes ayant participé à l'évaluation soit, les participants, les intervenants en individuel et les animateurs du groupe.

4.2.1.1 L'évaluation du suivi de groupe par les participants.

Le questionnaire d'évaluation rempli par les participants a permis de recueillir des informations à différents niveaux. Le tableau 6 résume ces diverses informations. Une copie du questionnaire utilisé est disponible en annexe O du présent document.

TABLEAU 6
Évaluation du premier module par les participants

Dynamique de groupe	<ul style="list-style-type: none"> ● Permet de développer des relations positives ● Favorise l'écoute et le support ● Permet de réaliser qu'ils ne sont pas seuls à vivre ce type de situations
Théorie	<ul style="list-style-type: none"> ● S'applique à eux ● Permet l'apprentissage de moyens adaptés ● Favorise la prise de conscience
Structure des rencontres	<ul style="list-style-type: none"> ● Première partie engendre souffrance et détresse ● Rencontres trop longues ● 6 participants présents est l'idéal
Participation	<ul style="list-style-type: none"> ● Auraient pu s'impliquer plus ● Auraient pu pratiquer plus
Animateurs	<ul style="list-style-type: none"> ● Apprécient le travail effectué ● Voudraient qu'ils donnent l'autorisation de sortir lorsque trop souffrant

L'intérêt à poursuivre :

Bien que quatre des cinq participants ayant terminé le premier module aient mentionné désirer poursuivre l'expérience de groupe, seulement trois d'entre eux ont réellement poursuivi.

La dynamique de groupe :

Exception faite de la deuxième rencontre où nous avons dû aborder la question de la confidentialité étant donné qu'un des participants ne l'avait pas respectée, les participants ont mentionné avoir particulièrement apprécié le climat du groupe. Ils disent avoir eu l'occasion de développer des relations positives et respectueuses tout en y trouvant du

support et de l'écoute. De plus, les participants ont majoritairement rapporté que le fait de réaliser qu'ils n'étaient pas les seuls à vivre des situations difficiles les rassurait et diminuait leur anxiété. Un autre élément positif qui semble avoir émané de la dynamique de groupe est le fait que la mise en commun des expériences de chacun semble leur avoir fait réaliser qu'il ne faut pas renoncer, que les malheurs ne durent pas toujours.

La théorie :

Concernant la matière enseignée, les participants ont exprimé leur intérêt face à la théorie. Bien qu'au début celle-ci pouvait sembler un peu abstraite, dès qu'ils ont été en mesure d'assembler les divers morceaux du casse-tête, les participants rapportent avoir apprécié la matière enseignée. Ils mentionnent que celle-ci avait beaucoup de sens pour eux et correspondait à ce qu'ils vivaient tout en leur donnant les moyens de mieux faire face à leur quotidien.

Les participants ont aussi mentionné que la théorie les a amenés à faire une prise de conscience concernant leur style de vie, leurs habitudes ainsi que sur leur dynamique relationnelle. Ils rapportent aussi que le contenu enseigné a augmenté leurs capacités à identifier et à mettre des mots sur les situations et les relations négatives qui les entourent tout en leur donnant ici aussi des outils pour y répondre de manière plus adaptée.

La structure des rencontres :

C'est au niveau de la structure des rencontres, que l'on retrouve la majorité des éléments que les participants ont le moins appréciés. Ainsi, en premier lieu, tous étaient unanimes pour dire que la première partie des rencontres leur faisait vivre de grandes souffrances. Les participants mentionnent n'avoir pas réussi à se séparer des événements douloureux rapportés par les autres. Ils ont eu l'impression qu'en rapportant les éléments liés à la pratique des habiletés enseignées, les participants en profitaient pour «vider leur sac de problèmes». Ils considèrent que la mise en commun de ce vécu contenait trop d'éléments de souffrance ce qui avait pour effet d'augmenter leur propre détresse.

En second lieu, les commentaires rapportés portent sur la durée des rencontres. Les participants mentionnent qu'il leur était difficile de rester attentif plus de deux heures. Selon eux, compte tenu de la nature de la matière enseignée, les rencontres devraient durer moins longtemps.

Enfin, comme dernier élément lié à la structure des rencontres, les participants rapportent avoir particulièrement apprécié le fait que le groupe ne contienne pas trop de participants. Selon eux, le petit nombre de participants favorise un climat propice aux confidences et au partage. Par contre, ils reconnaissent aussi l'envers de la médaille, soit que lorsque plus d'un participant manque à une rencontre, la dynamique de groupe s'en voit appauvrie.

La participation :

Les éléments rapportés ici sont conformes à ceux observés par les intervenants. Les participants mentionnent qu'ils auraient pu s'impliquer davantage dans le partage de groupe et qu'ils auraient pu pratiquer les habiletés enseignées de manière plus assidue. Ils rapportent aussi qu'ils auraient pu remplir leur carte hebdomadaire avec plus de rigueur. Selon eux, en s'impliquant davantage dans ces diverses tâches, ils auraient bénéficié de manière encore plus importante des bienfaits du suivi de groupe. Ils considèrent cependant qu'ils n'avaient pas toujours l'énergie et la disposition d'esprit nécessaire à cette implication.

Les animateurs :

Concernant les animateurs, les commentaires recueillis étaient majoritairement favorables. Les participants ne rapportent que des éléments positifs au sujet du travail fait par ces derniers. Il est plausible que ces réponses soient quelque peu biaisées dû au phénomène de la désirabilité sociale. Le seul point à améliorer rapporté par un des participants concerne la possibilité de sortir durant les rencontres. Selon lui, les animateurs devraient laisser les participants sortir lorsque ceux-ci considèrent que le matériel partagé est trop lourd à affronter au lieu de les faire verbaliser le malaise qu'ils expérimentent.

4.2.1.2. L'évaluation du suivi de groupe par les intervenants en individuel.

Les intervenants en individuel ont aussi participé à l'évaluation du suivi de groupe. Leurs commentaires ont à la fois permis d'identifier certains éléments qu'il serait souhaitable d'améliorer. Ainsi, chaque intervenant a reçu à la fin du premier module un formulaire qu'il devait remplir et nous remettre par la suite. Une copie de ce formulaire est disponible en annexe P. Le tableau 7 présente un aperçu des commentaires recueillis

TABLEAU 7
Évaluation du premier module par les intervenants individuels

Partage de l'information	● Revoir le système
Théorie	● Aide dans le traitement
Participation	● Ne pratique pas régulièrement
Animateurs	● Devraient offrir des rencontres individuelles à la fin des rencontres pour diminuer la souffrance

Le partage de l'information :

Au niveau du partage de l'information, les intervenants soulignent qu'il aurait été intéressant que la concertation soit plus structurée et régulière. Selon eux, ils ont reçu peu d'information concernant l'implication de leur client dans le groupe. Ils reconnaissent tout de même ne pas avoir développé l'habitude d'aller consulter le dossier du groupe où chacun des participants possède une fiche personnelle. Ainsi, toujours selon leurs dires, le système de partage de l'information devrait être repensé de manière à le rendre plus simple et plus accessible. Ils suggèrent entre autre la possibilité que les animateurs écrivent une note résumée au dossier personnel du client à la fin de chacune des rencontres.

La théorie :

Les intervenants ont aussi profité de l'occasion pour souligner leur appréciation concernant les effets du suivi de groupe. Ils rapportent que celui-ci aide beaucoup au niveau du plan de traitement et que son mérite principal est de travailler dans le concret. Selon eux, le contenu enseigné est adéquatement lié à la réalité de cette clientèle et arrive à combler le déficit éducationnel ressenti dans le suivi préalablement offert par le CLSC.

La participation :

Concernant les participants, les intervenants ont mentionné que ceux-ci auraient avantage à pratiquer de manière plus régulière. Ils rapportent aussi qu'ils devraient réaliser qu'un succès n'est pas garant qu'il y aura toujours succès et que le même principe s'applique pour les échecs. Selon eux, tous les intervenants, incluant les animateurs, devront travailler conjointement à encourager les participants à s'impliquer davantage dans les exercices qui leurs sont demandés.

Les animateurs :

En tenant compte des réalités de cette clientèle, les intervenants individuels reconnaissent le bon travail fait par les animateurs. Toutefois, ils mentionnent aussi qu'il aurait été bon que ceux-ci rencontrent en individuel les participants à la fin des rencontres de groupe de manière à contrer les possibles difficultés qu'ils expérimentent. Selon eux, cette procédure pourrait éviter que les participants se découragent et relâche leur implication.

4.2.1.3 L'évaluation du suivi de groupe par les animateurs.

Les dernières personnes ayant participé à l'évaluation du premier module sont les animateurs du groupe. Leur point de vue est des plus important étant donné qu'ils ont directement participé au suivi de groupe les rendant par le fait même des observateurs immédiats de ce processus donc conscients des difficultés lui étant lié. Les animateurs ont aussi rempli un questionnaire afin de faire leur évaluation. Une copie de ce formulaire est jointe en annexe Q du présent document. Le tableau 8 présente un résumé des informations recueillies à l'aide de cet outil.

TABLEAU 8
Évaluation du premier module par les animateurs

Difficultés observées	<ul style="list-style-type: none"> • Maintenir l'attention des participants • Limiter le partage • Stimuler la participation régulière • Stimuler l'utilisation quotidienne de la carte hebdomadaire • Éviter le décrochage • Respecter le temps de préparation et d'évaluation de chaque rencontre
Éléments positifs	<ul style="list-style-type: none"> • Respect à l'intérieur du groupe • Cheminement des participants • Contenu pertinent pour les participants • Support entre les intervenants • Augmentation de la confiance en soi et en leurs interventions • Prise de conscience entourant l'intervention • Diminution de la charge de travail en individuel
Éléments à améliorer	<ul style="list-style-type: none"> • Revoir la première partie des rencontres • Diminuer la durée des rencontres • Restructurer l'encadrement entourant la pratique • Revoir le système de partage de l'information

Les difficultés observées :

Concernant l'intervention à l'intérieur du groupe, les animateurs ont rapporté qu'ils trouvaient difficile d'avoir et de garder l'attention des participants lorsque ceux-ci vivaient des situations souffrantes. Il en est de même pour ce qui est de limiter le partage de la souffrance des participants en vue de préserver le bien-être des autres sans pour autant froisser ceux qui ressentent le besoin de se «vider». Ils rapportent avoir été particulièrement touchés par le fait que les participants semblent n'avoir aucune protection personnelle face à la souffrance vécue par les autres. De plus, les animateurs

ont particulièrement mis l'emphase sur la difficulté à amener les participants à mettre en pratique de manière quotidienne le matériel proposé. Ils remarquent que ceux-ci ont tendance à revenir à leurs mauvaises habitudes lorsqu'ils rencontrent des situations difficiles ou lorsque leurs efforts ne sont pas immédiatement récompensés. Ils notent aussi avoir eu de la difficulté à obtenir des participants qu'ils remplissent leur carte hebdomadaire de manière assidue.

De plus, les animateurs mentionnent avoir moins apprécié la durée des rencontres qu'ils considèrent comme trop longue. Il en est de même pour la motivation des participants qui était souvent faible et inconstante. Les animateurs mentionnent trouver très exigeant le fait que les participants éprouvent régulièrement de l'ambivalence à maintenir leur engagement dans le suivi et qu'ils aient continuellement besoin d'être motivés pour poursuivre le cheminement. Enfin, le manque de temps pour la préparation des rencontres en présence de tous les animateurs ainsi que pour faire le bilan de la rencontre à la fin de celle-ci a aussi été identifié comme un élément faisant problème.

Les éléments positifs :

Parmi les éléments positifs rapportés, on retrouve le bon climat dans lequel évoluait le groupe. Les animateurs semblent avoir particulièrement apprécié le respect qui régnait entre tous les membres du groupe. Ils mentionnent qu'au fil des semaines, ils ont observé que les participants avaient tendance à s'impliquer plus dans la dynamique de groupe; parlant davantage, écoutant de manière plus attentionnée et en rapportant plus d'éléments de pratique. Le contenu enseigné semble aussi avoir plu aux animateurs. Ils rapportent avoir aimé le contenu qui se transpose bien dans le quotidien et qui, si pratiqué, fonctionne assez bien pour tous. Enfin, les animateurs rapportent avoir trouvé cette première expérience de groupe très enrichissante. Ils disent avoir éprouvé beaucoup de satisfaction à bénéficier du support entre intervenants et remarquent qu'il semble en être de même pour les participants qui se supportent entre eux. De plus, ils mentionnent avoir apprécié la dynamique entre les animateurs ainsi que le support qu'ils y trouvaient. Ils considèrent aussi que tous les intervenants de l'équipe bénéficieraient d'une période

d'implication plus directe dans le suivi de groupe, par exemple comme animateur le temps d'un module.

Autre élément noté, tous les animateurs ont rapporté avoir augmenté leur confiance en eux tant au point de vue de l'animation que de l'intervention. Ils mentionnent que le fait de mieux connaître la dynamique des TPL, d'avoir pris connaissance de trucs concrets qui peuvent les aider et d'avoir raffiné leur mode d'intervention avec ceux-ci consistent en un avantage énorme à leurs yeux.

Les animateurs ont aussi réalisé qu'une bonne préparation ainsi que le fait d'être bien structuré est essentiel avec cette clientèle. De plus, ils mentionnent qu'un encouragement constant envers les participants semble indispensable puisque sans la pratique, la théorie perd la majeure partie de sa valeur. Enfin, les animateurs estiment qu'en plus d'aider les participants, le suivi de groupe leur a permis de libérer et d'alléger le suivi individuel des participants.

Les éléments à améliorer :

L'essentiel des points à améliorer se regroupe autour de quatre éléments. Les animateurs considèrent qu'il serait bon de revoir la durée des rencontres, à savoir que celle-ci devrait être réduite. La première partie des rencontres devrait aussi être révisée de manière à ce qu'elle engendre moins de souffrance chez les participants. De plus, les animateurs rapportent que l'encadrement autour de l'utilisation des cartes hebdomadaires devrait se raffermir voir même à établir comme condition à la participation au groupe le fait d'obliger les participants à remplir leur grille. Enfin, les animateurs suggèrent d'améliorer le système de concertation entre le suivi de groupe et le suivi individuel ainsi que de restructurer les périodes de préparation des animateurs aux rencontres de groupe.

4.2.1.4 Les autres difficultés rencontrées.

Les éléments rapportés dans cette section proviennent des informations recueillies à l'intérieur du journal de bord. Bien que ce journal contienne la majorité des difficultés qui

ont été rencontrées lors du suivi de groupe, seuls les éléments qui n'ont pas été encore mentionnés seront ici rapportés. Ceux-ci ont été regroupés en cinq catégories résumées à l'intérieur du tableau 9. Les prochaines lignes présentent brièvement le contenu de chacune d'elles.

Tableau 9
Éléments à améliorer ayant été notés au journal de bord

Structure du suivi	<ul style="list-style-type: none"> ● Nombre de participants ● Concertation avec les autres ressources du milieu
Contenu des rencontres	<ul style="list-style-type: none"> ● Mettre en lien le matériel enseigné avec le reste du module ● Prioriser la relaxation de type dirigé
Dynamique de groupe	<ul style="list-style-type: none"> ● Éviter que les participants se comparent entre eux ● Éviter le partage d'idées suicidaires à l'intérieur et à l'extérieur du groupe ● Définir clairement le concept de confidentialité
Présence des participants	<ul style="list-style-type: none"> ● Revoir la politique de gestion des absences et des retards ● Revoir les règles entourant la possibilité de quitter durant la rencontre
Motivation	<ul style="list-style-type: none"> ● Revoir les méthodes pour stimuler davantage la motivation

Les structures entourant le suivi de groupe :

Concernant la structure du suivi de groupe, deux nouveaux points semblent pouvoir bénéficier d'une amélioration. Ainsi, le nombre de participants au groupe pourrait être reconsidéré. En effet, compte tenu qu'il arrive que certains participants ne se présentent pas toujours aux rencontres, la dynamique de groupe s'en voit parfois appauvrie. Il semble évident qu'un minimum de cinq participants par rencontre est favorable à la génération de matériel intéressant et varié. Il faut donc prévoir accepter un nombre de participants supérieurs à cinq, par exemple sept participants.

Un autre élément identifié concerne l'implication des autres ressources ayant un contact avec les participants. En effet, sans dévoiler le nom des participants à moins que ceux-ci ne donnent leur accord, il serait intéressant de renseigner les ressources en question sur le contenu enseigné. De cette manière si un intervenant devait interagir avec une personne dont il aurait connaissance de sa participation au groupe, il serait en mesure de l'orienter vers les habitudes à mettre en pratique et ainsi travailler dans le même sens que le groupe.

Le contenu des rencontres :

Au début des modules, le contenu enseigné peut parfois sembler abstrait pour les participants. Il est donc important, sans entrer dans les détails, de mettre en lien le contenu enseigné avec les autres éléments du module. Pour ce faire, certains exemples peuvent aider. Par exemple l'image du joueur de hockey ou de la construction d'une maison, tous deux demandant plusieurs étapes qui peuvent sembler sans importance si elles ne sont pas mises en lien avec les autres étapes et l'objectif final.

Concernant les séances de relaxation à la fin de certaines des rencontres de groupe, il semble parfois difficile pour certains participants de bien profiter de l'exercice lorsqu'il s'agit seulement de se détendre en écoutant de la musique. Selon leur propre dire, il semble plus bénéfique que ces séances soient dirigées. Pour ce faire, l'un des animateurs peut orienter les participants tout au long de l'exercice en leur faisant part de consignes.

La dynamique à l'intérieur du groupe :

Bien que la majorité du temps les participants soient respectueux les uns envers les autres, il leur arrive parfois de se comparer les uns par rapport aux autres. Ce type de comparaisons par rapport au cheminement personnel ne semble pas être bénéfique pour personne. Il est important de rappeler aux participants que le groupe est un lieu commun où chacun vient avec son propre vécu. Par contre, ils ont tous le désir d'améliorer leur qualité de vie et de s'en sortir. Ils doivent donc éviter de se comparer entre eux.

Tout comme Linehan, les animateurs du groupe ont constaté qu'aborder la question du suicide avec les TPL est particulièrement difficile. Pour sa part, elle avait recommandé

d'interdire aux participants de parler entre eux de leurs idées ou gestes suicidaires à l'extérieur du groupe. Quant à nous et en tenant compte des réactions des participants, nous pensons qu'il est préférable de ne pas entrer dans les détails de ces éléments suicidaires même à l'intérieur du groupe. Sinon, la souffrance semble telle que certains participants ont mentionné que les discussions entourant cette question les amèneraient à ne pas poursuivre pour un autre module. Les participants sont donc encouragés à présenter leurs éléments de souffrance de manière constructive, c'est-à-dire en ne rapportant que le minimum d'informations nécessaires à la mise en contexte des habiletés qui ont été pratiquées afin de survivre à la crise.

Certains problèmes concernant la confidentialité ont aussi été rencontrés. Un bris de celle-ci a pratiquement détruit le groupe. Une fois la situation rectifiée, les règles qui régissent la confidentialité ont été remises au clair. De plus, ce concept du être redéfini puisque certains participants se sentaient coupables du fait qu'ils parlaient avec leur entourage de comment ils se sentaient après les rencontres de groupe ce qui ne correspond pas à un bris de confidentialité selon notre idée.

La présence des participants :

Ce point regroupe certains éléments ayant besoin d'être particulièrement repensés. Ainsi, concernant les retards des participants, l'habitude d'attendre quelque peu les retardataires de manière à ce qu'ils ne manquent pas le contenu enseigné a été repensée. Nous considérons que cette façon de faire n'est pas juste pour ceux qui se sont forcés pour arriver à l'heure.

À quelques reprises, certains participants ont demandé à quitter le groupe pour quelques minutes ou jusqu'à la fin de la rencontre, rapportant qu'ils ne toléraient pas bien le matériel partagé. Il leur était permis de quitter et un animateur les accompagnait pour les aider à gérer leur détresse. Après concertation entre les animateurs, il a été décidé que cette méthode n'est pas nécessairement aidante puisque la personne n'essaie pas de gérer sa souffrance et se voit renforcée dans cette attitude par le fait qu'elle retire des gains secondaires à quitter le groupe en recevant l'attention privilégiée d'un des animateurs.

Enfin, la gestion des absences des participants a aussi été problématique. Manquer des rencontres peut être considéré comme un élément nuisant au bon déroulement du suivi thérapeutique. Cet élément doit donc être travaillé lors des rencontres individuelles. Par contre, étant donné que les intervenants individuels ne venaient pas systématiquement consulter la fiche de leur client à l'intérieur du dossier groupe, ils n'étaient pas mis au courant de l'absence de celui-ci. En plus de ne pouvoir discuter des motifs de l'absence, les intervenants en individuels n'avaient aucune raison leur indiquant qu'il serait bon de revenir sur le contenu enseigné lors de la dernière rencontre de groupe, à moins que le participant mentionne qu'il était absent. La politique actuelle de gestion des absences ne permet donc pas d'optimiser l'efficacité du traitement.

La motivation des participants :

C'est sans contredit ce point qui a été le plus problématique dans le suivi de groupe. Ce fut extrêmement épuisant pour les animateurs et les intervenants individuels de devoir constamment «vendre» le suivi de groupe aux participants ainsi que les bénéfices qu'ils pourraient en retirer. Il semble que pour plusieurs participants le fait de pouvoir rencontrer leur intervenant individuel sur demande soit plus attrayant que de travailler en groupe. Bien entendu cette réalité peut aussi être interprétée comme une manière utilisée par les participants pour tester l'implantation d'une nouvelle pratique et vérifier l'unanimité ou non entourant chez les membres de l'équipe traitante.

4.2.1.5 Les changements qui ont été apportés.

Afin d'identifier les éléments qui devaient être modifiés pour le module suivant, les évaluations faites par chacune des parties intéressées ainsi que les éléments notés au journal de bord ont été considérés. Les éléments identifiés comme les plus problématiques ont donc été soumis à l'équipe de manière à dégager une concertation visant à améliorer la situation. Ceux-ci sont résumés à l'intérieur du tableau 10. Cette section du travail expose les changements apportés. Une fois les changements apportés, ceux-ci seront testés lors du deuxième module et évalués à nouveau.

TABLEAU 10
Éléments ayant été modifiés

Durée des rencontres	<ul style="list-style-type: none"> • Écourter les rencontres de 30 minutes
Première partie des rencontres	<ul style="list-style-type: none"> • Orienter et limiter le partage aux applications du matériel enseigné
Partage sur les idées et les gestes suicidaires	<ul style="list-style-type: none"> • Limiter le partage à l'intérieur et à l'extérieur du groupe
Sortie durant les rencontres	<ul style="list-style-type: none"> • Encourager à gérer la détresse avant d'être autorisé à sortir
Incitation à pratiquer et à compléter la grille	<ul style="list-style-type: none"> • Stimuler les participants à effectuer les tâches • Fixer des conséquences à une omission des tâches
Motivation des participants	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser la prise de conscience concernant l'impact positif du suivi de groupe
Concertation entre tous les intervenants	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontrer régulièrement les membres de l'équipe pour le partage d'informations • Familiariser les organismes communautaires avec le contenu enseigné

La durée des rencontres de groupe :

Plusieurs participants disaient avoir de la difficulté à rester attentifs durant toute la rencontre étant donné la durée de celle-ci. Afin de limiter ce problème, la durée des rencontres s'est vue réduite. Ainsi, le temps alloué pour la première partie de la rencontre sera réduit à 30 à 45 minutes au lieu d'une heure alors que la deuxième partie durera à peu près 45 minutes, ici encore une diminution de 15 minutes. La durée totale de chaque séance sera maintenant 1h30 au lieu de 2 heures excluant la pause de 15 minutes.

La première partie de la rencontre :

Lors du premier module les participants profitaient de la première partie de la rencontre pour communiquer des éléments de pratique reliés à leurs nouvelles habiletés mais ils profitaient aussi de cette période pour ventiler la souffrance vécue durant la semaine. En tenant compte des commentaires et des réactions des participants, cette situation fut modifiée. Dorénavant, les participants devront se contenter de rapporter seulement des informations concernant les moments de la semaine où ils ont mis en pratique la matière enseignée ou ils ont pensé à le faire. Il leur sera aussi mentionné que s'ils doivent rapporter des moments difficiles liés à la mise en pratique, ils devront rapporter les faits de façon circonscrite, c'est-à-dire en rapportant le minimum d'informations nécessaires à la compréhension de l'événement. Afin de bien faire comprendre l'importance qui sera attribué à cette nouvelle règle, celle-ci a été ajoutée à la liste des règlements.

Le partage des idées et des gestes suicidaires :

Toujours en tenant compte des commentaires et des réactions des participants, il fut décidé que le partage concernant les idées et les gestes suicidaires devait être restreint voir même évité à la fois à l'extérieur du groupe et à l'intérieur de celui-ci. Ici encore, cette modification a été ajoutée à la liste des règlements, c'est-à-dire que nous avons ajouté le fait que ce type de partage ne serait plus encouragé à l'intérieur du groupe. Tout comme pour la ventilation concernant la souffrance ressentie, les participants seront encouragés à en discuter avec les animateurs à la fin des rencontres ou bien à communiquer avec un centre d'écoute ou un ami ou leur intervenant individuel si le problème devait perdurer.

Les sorties durant les rencontres de groupe :

Concernant les sorties, il a été décidé de recommander aux participants qui voulaient quitter le groupe pour quelques minutes ou pour la rencontre au complet de tout d'abord essayer de rester et de tolérer leur souffrance. Cette alternative fut payante dans la majorité des cas. En cas de persistance de la souffrance, les participants seront autorisés à quitter le groupe et un animateur pourra les accompagner ou ils pourront en discuter avec ces derniers à la fin de la rencontre.

L'incitation à la pratique et à compléter la grille hebdomadaire :

Le fait de remplir la carte hebdomadaire de manière quotidienne amène le participant à faire le point sur sa journée, ses comportements et sur ses émotions tout en l'amenant à réaliser les conséquences de ceux-ci. Que le participant ait pratiqué ou non, il sera à même de constater son implication dans l'amélioration de sa qualité de vie ainsi que les progrès faits ou les efforts qu'il devrait faire. Pour toutes ces raisons, il sera dorénavant obligatoire de présenter sa carte dûment remplie et ce à toutes les rencontres. Une dérogation à cette règle sera considérée comme un manque de motivation et si le cas se répète le participant pourra être sujet à devoir quitter définitivement le groupe. Afin que ce message ne passe pas de manière trop moralisatrice et autoritaire, l'emphase est mise sur nos convictions à savoir l'importance de cette tâche dans la réussite du traitement.

Étant donné que la pratique est aussi, sinon plus, garante de succès et de réussite du traitement, la même emphase sera mise sur ce point. De plus, un manque à cette règle amènera les mêmes conséquences soit un retrait du groupe. Afin que les participants sachent et acceptent de suivre ces nouvelles règles, celles-ci seront clairement expliquées lors de la première rencontre de groupe et seront, de plus, inscrites sur le contrat thérapeutique que tous doivent signer pour se joindre au groupe.

La motivation des participants :

Les éléments que les animateurs ont identifiés comme faisant le plus défaut concernent le fait que les participants semblaient souvent hésiter à poursuivre le suivi de groupe et qu'ils ne pratiquaient et ne complétaient pas leur grille de manière régulière. Les changements qui seront apportés pour la question de la pratique et des cartes hebdomadaires ont déjà été mentionnés. Concernant l'ambivalence à poursuivre, les animateurs demanderont aux participants, à la fin de chacune des rencontres, de leur donner les raisons à savoir pourquoi ils se présenteront à la rencontre suivante. De cette manière les participants devraient prendre conscience de ce que le groupe peut leur apporter tout en prenant l'habitude de s'engager à venir aux prochaines rencontres. Enfin, sur le contrat thérapeutique, il est déjà inscrit qu'il est attendu de la part des participants

qu'ils soient motivés. Afin que le message soit bien clair, la liberté a été prise de spécifier ce qui est entendu par le fait d'être motivé (pratiquer, compléter les cartes, etc.).

La concertation entre tous les intervenants :

Nous entendons par «tous les intervenants», les intervenants du CLSC mais aussi les intervenants des ressources communautaires du milieu ayant un lien possible avec les participants du groupe. Les noms des participants ne seront pas transmis aux intervenants communautaires. Par contre, ceux-ci seront familiarisés avec le contenu du programme. De cette manière, ils pourront rester vigilants afin d'identifier des individus qui pourraient bénéficier d'un tel suivi. De plus, avenant le cas où un des participants leur ferait part de son lien avec le groupe, ils seront à même d'intervenir dans le même sens que ce dernier. Par contre, étant donné que l'ouverture vers le corps médical n'est pas encore réalisée de manière satisfaisante pour l'instant, les médecins traitants ne feront pas partie des intervenants qui pourront orienter les participants vers le contenu enseigné à l'intérieur du groupe.

Au niveau de l'équipe de santé mentale, les changements apportés sont les suivants. Tous les intervenants individuels sont à nouveau invités à consulter le dossier de groupe de leurs clients à l'intérieur du dossier «groupe d'entraînement à la maîtrise de soi». De plus, il a été décidé que les animateurs les rencontreraient individuellement afin de leur transmettre des informations importantes concernant leurs clients si le besoin s'en faisait sentir. Les intervenants individuels sont invités à faire de même au besoin. Enfin, durant le module d'une durée approximative de neuf semaines, à quatre reprises lors des réunions d'équipe, les animateurs feront le point sur le déroulement du suivi de groupe.

4.2.2. Évaluation du module deux.

Tout comme pour le premier module, l'évaluation du module deux est faite à partir des données recueillies à l'aide des questionnaires remplis par chacun des intéressés soit les participants, les intervenants individuels et les animateurs. La compilation de ces données a permis de constater que dans la majeure partie des cas, les réponses aux questionnaires

chevauchaient beaucoup celles recueillies lors de l'évaluation du premier module. En considérant cet état de fait, les données recueillies seront présentés de manière globale, c'est-à-dire en résumant les réponses obtenues pour chaque groupe d'intéressés sans pour autant les présenter point par point. De plus, de manière à éviter les répétitions, seules les nouvelles données seront présentées.

4.2.2.1 L'évaluation du suivi de groupe par les participants.

Les nouvelles informations transmises par les participants se regroupent autour de deux points principaux. Le tableau 11 résume les principaux éléments mentionnés.

TABLEAU 11
Évaluation du deuxième module par les participants

Théorie	<ul style="list-style-type: none"> ● Contenu très concret ● Conscience des connaissances déjà existantes auparavant ● Difficultés à suivre pour les nouveaux participants ● Contenu trop abondant à chaque semaine
Structure des rencontres	<ul style="list-style-type: none"> ● Durée adéquate ● Restructuration de la première partie adéquate ● Période estivale non propice aux rencontres de groupe ● Nombre de participants insuffisants dû aux absences régulières

La majorité des participants disent avoir particulièrement apprécié le contenu du deuxième module. Celui-ci leur a permis d'apprendre des stratégies simples et concrètes leur permettant de mieux faire face à la souffrance lorsque celle-ci est inévitable. Ils ont aussi réalisé qu'ils possédaient déjà certains de ces habiletés mais qu'ils ne les appliquaient pas de manière systématique. Bien que celles-ci soient intéressantes, les participants ont trouvé que le matériel à pratiquer à chaque semaine était très volumineux.

Comme élément moins positif, les participants mentionnent qu'ils ont trouvé dommage que le groupe ne contienne pas plus d'individus. Ils considèrent que la dynamique du groupe en était appauvrie surtout lorsqu'il y avait des absents.

Malgré le fait que les nouveaux participants aient assisté à une pré-rencontre pour l'enseignement rapide du contenu du premier module, ceux-ci ont rapporté avoir eu de la difficulté à suivre lorsque les animateurs faisaient référence aux habiletés enseignées au module précédent. De plus, tous les participants, mais plus particulièrement ceux ayant suivi le premier module, mentionnent apprécier énormément le fait qu'il n'y ait plus de «vidage de notre souffrance» ainsi que de partages détaillés concernant les idées et les gestes suicidaires. Ils disent se sentir beaucoup moins souffrant à la sortie du groupe et repartir plus satisfaits de leur après-midi. Concernant la durée des rencontres, les participants ont noté qu'elle était satisfaisante mais qu'il était tout de même difficile de venir au groupe compte tenu de la belle température dehors (le deuxième module ayant eu lieu durant le mois de juin et de juillet).

4.2.2.2 L'évaluation du suivi de groupe par les intervenants en individuel.

Ici encore les résultats de l'évaluation seront présentés globalement. Les informations recueillies à l'aide du questionnaire sont regroupées autour de trois points principaux résumés par le Tableau 12.

TABLEAU 12
Évaluation du deuxième module par les intervenants individuels

Théorie	<ul style="list-style-type: none"> ● Touche davantage les participants
Partage de l'information	<ul style="list-style-type: none"> ● Reçoivent davantage d'informations ● Désirent recevoir en mains propres un résumé des rencontres

Les intervenants en individuel rapportent que le contenu enseigné semble davantage avoir rejoint les participants. La théorie du deuxième module étant plus concrète, les participants semblent, selon eux, avoir eu plus de facilité à l'appliquer à leur réalité quotidienne. Les intervenants mentionnent que les participants avaient moins de questionnement face à la matière enseignée et reconnaissaient plus facilement les bienfaits que celle-ci pouvait leur apporter.

Au sujet de la concertation entre le suivi de groupe et le suivi individuel, les intervenants en individuel ont noté une certaine forme d'amélioration. Ils disent avoir apprécié les mises en commun concernant le groupe lors des réunions d'équipe. Bien qu'ils aient facilement accès aux fiches évolutives de leurs clients, les intervenants rapportent ne pas prendre le temps d'aller régulièrement les consulter. Ils préféreraient avoir un document qui leur serait personnellement remis afin de mieux suivre le cheminement de leurs clients. Enfin, les intervenants expriment avec vigueur leur appréciation face à l'implantation du suivi de groupe et reconnaissent les conséquences positives de celui-ci.

4.2.2.3 L'évaluation du suivi de groupe par les animateurs.

Tout comme pour les autres parties ayant participé à l'évaluation, les données recueillies lors de l'évaluation faite par les animateurs seront aussi présentées de manière globale. Trois points principaux sont ressortis de cette évaluation et résumés à l'intérieur du tableau 13.

Les animateurs ont exprimé beaucoup de déception quant au suivi de groupe du deuxième module. Tout d'abord, comme pour les participants, ils considèrent que le nombre d'individus dans le groupe n'était pas suffisant. À plusieurs reprises, il n'y a que deux ou trois participants qui étaient présents pour la rencontre. La dynamique de groupe s'en ressentait beaucoup, tant au niveau de l'animation que de la participation. Les animateurs ont davantage eu besoin de périodes de ventilation où ils ont exprimé leur déception et leur sentiment de travailler plus fort que ne le faisaient les participants. Ils disent trouver dommage que ce ne soit pas tous les participants qui semblent reconnaître la valeur du

matériel enseigné. Selon eux, la période de l'année où s'est déroulé le deuxième module n'a rien aidé au niveau de la participation et de la motivation des participants. Ils suggèrent d'ailleurs que cette situation soit repensée pour une prochaine fois.

TABLEAU 13
Évaluation du deuxième module par les animateurs

Difficultés rencontrées	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de participants insuffisant dû aux absences • Sentiment de travailler plus fort que les participants • Période estivale peu propice aux rencontres de groupe
Implication des participants	<ul style="list-style-type: none"> • Cheminement variable
Partage de l'information	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorations prometteuses • Autres modifications à apporter
Structure des rencontres	<ul style="list-style-type: none"> • Durée adéquate pour maintenir l'attention • Contenu trop abondant pour la durée des rencontres • Restructuration adéquate de la première partie

Au niveau de l'implication des participants, les animateurs rapportent que le cheminement de ceux-ci est variable. En effet, pour ceux qui étaient régulièrement présents aux rencontres de groupe, certains changements étaient observables. Ils reconnaissaient plus facilement l'utilité et l'efficacité des méthodes enseignées et faisaient preuve d'une plus grande ouverture à apprendre de nouvelles choses. Par contre, pour ceux qui étaient souvent absents, l'implication était beaucoup plus mitigée.

Concernant les changements apportés, les animateurs ont mentionné que la nouvelle structure régissant la première partie des rencontres leur a semblé nettement plus satisfaisante pour les participants et beaucoup plus facile à encadrer pour eux. Au niveau de la durée, celle-ci est qualifiée comme adéquate quoi qu'ils leur arrivaient de se sentir

pressé dans le temps lorsque le contenu à transmettre était assez volumineux. Malgré cette nouvelle difficulté, ils considèrent que les participants profitent davantage d'une rencontre plus courte puisqu'ils demeurent attentifs jusqu'à la fin avec beaucoup plus de facilité. Enfin, bien qu'ils reconnaissent que la concertation entre intervenants ne soit pas encore parfaite, ils apprécient que les intervenants individuels prennent davantage le temps d'aller vers eux pour obtenir des renseignements concernant le cheminement de leurs clients.

4.2.2.4 Les autres difficultés rencontrées.

La très grande partie des difficultés rencontrées lors de ce module a été identifiée à l'aide des questionnaires remplis par les divers groupes d'intéressés. Le journal de bord n'a donc pas été d'une grande utilité quant à l'apport de nouvelles données. Il fut tout de même possible d'en répertorier quelques-unes. Le tableau 14 présente les principaux éléments de celles-ci.

TABLEAU 14
Éléments à améliorer ayant été notés au journal de bord

Difficultés de recrutement et de respect dans l'engagement	<ul style="list-style-type: none"> ● Non-respect des règles de recrutement par les organismes communautaires ● Non-respect de l'engagement à participer pour plusieurs participants
Signes de clivage	<ul style="list-style-type: none"> ● Demandes insistantes d'un participant pour changer d'intervenant individuel
Sortie durant les rencontres	<ul style="list-style-type: none"> ● Besoin de sortir possiblement renforcé par le fait d'être accompagné durant les sorties
Motivation des participants	<ul style="list-style-type: none"> ● Besoin de revoir les structures entourant le suivi de la clientèle

Les difficultés de recrutement et de respect dans l'engagement :

Le recrutement de participants, pour le module deux, a rencontré quelques difficultés. Afin de trouver un nombre intéressant de participants, nous avons entrepris d'élargir notre champ de sélection. Ainsi, les intervenants des autres équipes du CLSC ont été mis au courant du suivi de groupe et des critères de sélection. Il en fut de même pour les intervenants des organismes communautaires. Cette méthode a eu l'avantage de générer une banque plus importante de candidats possibles. Par contre, certains organismes communautaires n'ont pas respecté la règle à savoir qu'ils devaient nous transmettre les caractéristiques des personnes et attendre notre accord avant de leur offrir le suivi de groupe. Nous voulions éviter par cette règle que les intervenants communautaires offrent la possibilité de joindre le groupe à des personnes que nous aurions par la suite jugées comme non admissibles. De cette manière aucun faux espoir ne serait donné, ce qui ne fut malheureusement pas le cas.

Même une fois l'accord des participants donné pour joindre ou poursuivre avec le groupe, des difficultés dans l'engagement à réellement participer ont été rencontrées. Du nombre de sept participants retenus pour le deuxième module, seulement deux se sont présentés à la première rencontre. D'un commun accord, nous avons reporté cette rencontre à la semaine suivante. À la deuxième rencontre, cinq participants étaient présents. Un des absents avait appelé pour dire qu'il renonçait à joindre le groupe parce qu'il avait trouvé un emploi à temps partiel et qu'il serait donc trop occupé. L'autre absent avait donné pour raison qu'il n'avait plus le courage d'essayer car il ressentait trop de gêne en groupe. Enfin, un des participants a quitté en cours de route prétextant un manque de gardienne, une auto en panne et pour enfin nous laisser sur l'heure du midi un message comme quoi il quittait le groupe.

Les signes de clivage :

Ce phénomène s'est produit plus particulièrement avec un des participants. Celui-ci cherchait énormément à se rapprocher de l'un des animateurs, le contactant régulièrement entre les rencontres pour discuter d'autres choses que des éléments liés au groupe et pour se plaindre de l'incompétence de son intervenant en individuel. Le participant désirait

être suivi en individuel par l'animateur en question. La situation persistait malgré le fait que l'animateur refusait la demande et qu'il expliquait au participant les règles régissant le groupe ainsi que les rôles de chacun à l'intérieur du CLSC. Afin de bien régler le problème, l'animateur a dû rencontrer le participant à la suite d'une rencontre de groupe et lui a clairement expliqué que dorénavant il refuserait ses appels s'ils n'étaient pas en lien avec le groupe. À chaque fois que le participant tentait à nouveau sa chance, il était immédiatement redirigé vers son intervenant attitré. Cette situation fut aussi reprise lors des rencontres individuelles. Après quelques ajustements, la situation s'est replacée d'elle-même.

Les sorties durant les rencontres de groupe :

Étant donné que le deuxième module travaille dans le concret en proposant des moyens pour tolérer la détresse, il a semblé générer moins de souffrance chez les participants. Ce fut que dans de rares occasions que les participants ont demandé pour se retirer temporairement du groupe. Bien que les participants respectaient le fait d'essayer de tolérer leur détresse avant de quitter le groupe, il est tout de même arrivé que certains participants sortent pour quelques minutes. Le fait d'être suivi par un des animateurs qui offrait de les aider semblait devenir un renforçateur. Ce n'est ici qu'une hypothèse mais elle nous amène tout de même à nous questionner sur la pertinence de les accompagner lors de leurs sorties.

La motivation des participants :

Les participants au deuxième module ont démontré plus d'emphase pour la pratique du matériel enseigné et plus d'assiduité à compléter leur carte hebdomadaire. Cette implication aurait pu être plus grande mais l'amélioration était tout de même notable. La motivation des participants semblait tout de même fragile. Bien que ce ne soit plus tant leurs difficultés personnelles qui semblaient en être la cause, cette motivation était affectée par des facteurs comme le nombre de participants et la température extérieure. Encore une fois, il semble évident qu'un système doit être pensé de manière à encadrer davantage la participation des participants et ce avec pour objectif que ceux-ci retirent davantage de bénéfices à venir au groupe qu'en refusant d'y participer.

Bien que le programme d'entraînement aux habiletés n'est pas été expérimenté dans son ensemble, l'évaluation du processus d'implantation des deux modules enseignés à tout de même permis d'identifier certains éléments devant être modifiés. Le fait de procéder à une première évaluation à la fin du premier module a permis d'appliquer et d'expérimenter quelques modifications qui ont par la suite pu être évaluées. Dans la majeure partie des cas, ces modifications ont porté fruits. Évidemment, l'expérimentation du deuxième module à elle aussi permis d'identifier d'autres éléments pouvant être améliorés. Les changements devant être appliqués n'ont toutefois pas pu être expérimentés mais ils serviront lors de l'élaboration des recommandations en vue d'une future implantation. Celles-ci seront présentées dans le chapitre cinq du présent document.

4.3 L'évaluation partielle de l'impact de l'implantation du programme pour TPL en CLSC.

Afin de bien identifier l'orientation désirée lors de l'implantation d'une nouvelle approche de travail dans les CLSC, trois objectifs généraux avaient été retenus lors du processus de démarrage. Chacun de ces objectifs avait été divisé en un certain nombre d'objectifs plus spécifiques. Le tableau 15 présente l'ensemble de ces objectifs ainsi que l'évaluation du degré d'atteinte de chacun d'eux. Les prochaines lignes aborderont de manière plus détaillée l'évaluation de chacun des objectifs retenus.

Préalablement à la présentation de l'analyse de l'atteinte des objectifs visés par l'implantation de la nouvelle approche, un bref aperçu de certains commentaires recueillis auprès des intervenants en individuel sera abordé. Ces commentaires portent sur l'atteinte des objectifs que les intervenants s'étaient fixés par rapport à leurs clients qui devaient joindre le nouveau programme.

TABLEAU 15
ÉVALUATION DES OBJECTIFS RETENUS

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques	Interventions utilisées	Degré d'atteinte des objectifs	
			spécifiques	généraux
Offrir un traitement plus complet et plus efficace	Implanter une approche de travail qui amène des changements concrets et durables chez les clients	-Suivi de groupe : module 1, 2 -Poursuivre le suivi individuel	Partielle-ment atteint	Partielle-ment atteint
	Développer un suivi de groupe pour favoriser l'acquisition de matériel éducationnel chez les clients	-Suivi de groupe : module 1, 2	Atteint	
	Fournir aux intervenants des informations sur la dynamique relationnelle de leur client à l'intérieur du groupe	-Fiche évolutive -Réunion d'équipe -Rencontre avec intervenant individuel	Atteint	
Rendre le suivi des TPL plus agréable et valorisant	Diminuer la charge de travail tout en augmentant l'efficacité du traitement	-Suivi de groupe : module 1, 2 -Nombre limité de rencontres individuelles -Procédure entourant la demande d'aide	Atteint	Atteint
	Permettre aux intervenants d'acquérir de nouvelles connaissances et de nouvelles méthodes d'intervention	-Théorie de Lineham -Objectifs de travail hiérarchisés -Contrat thérapeutique clair	Atteint	
	Favoriser le développement du travail d'équipe et du soutien entre les intervenants qui suivent un TPL	-Projet d'équipe -Partage des responsabilités, informations et connaissances	Atteint	
Permettre l'acquisition de stratégies plus adaptées chez les clients	Augmenter et développer la maîtrise de soi par l'apprentissage et la mise en pratique de stratégies adaptées	-Suivi de groupe : module 1, 2 -Poursuivre le suivi individuel	Atteint	Atteint
	Augmenter la capacité d'introspection afin de permettre la reconnaissance de leur dynamique et du travail à effectuer sur celle-ci	-Suivi de groupe : module 1, 2 -Poursuivre le suivi individuel	Atteint	
	Augmenter l'efficacité dans la gestion des émotions et le contrôle de l'impulsivité en apprenant à tolérer la détresse.	-Suivi de groupe : module 1, 2 -Poursuivre le suivi individuel	Atteint	
	Augmenter l'efficacité interpersonnelle par une meilleure gestion des crises afin d'éviter les situations extrêmes et de permettre le développement des relations plus saines	-Suivi de groupe : module 1, 2 -Poursuivre le suivi individuel	Partielle-ment atteint	
	Augmenter l'autonomie tant sur le plan fonctionnel et affectif qu'au niveau de la gestion des crises	-Suivi de groupe : module 1, 2 -Poursuivre le suivi individuel -Procédure entourant la demande d'aide	Atteint	

4.3.1 L'atteinte des objectifs fixés par les intervenants en individuel.

Compte tenu des objectifs qu'ils avaient fixés, les intervenants évaluent entre 80% et 90% l'atteinte de ceux-ci. Comme éléments de succès, ils retiennent le fait que la relation thérapeutique a été maintenue, que leurs clients sont majoritairement restés dans le groupe et que pour plusieurs, il semble y avoir cheminement vers l'autonomie fonctionnelle. Ils reconnaissent aussi chez les participants une meilleure connaissance de soi, de leur dynamique personnelle et des implications qui en découlent. Le seul point qu'ils jugent comme ayant été moins bien atteint concerne la constance dans la motivation. Bien que la grande majorité des participants soit restée impliquée dans le suivi de groupe, les intervenants mentionnent que la motivation devait régulièrement être retravaillée. Il en est de même pour ce qui est de la mise en pratique des habiletés enseignées.

Les intervenants mentionnent aussi que concernant les changements observés, ceux-ci semblent moins importants et plus superficiels chez les nouveaux participants, c'est-à-dire chez les participants n'ayant terminé que le deuxième module. En effet, ils arrivent mieux à tolérer les crises mais semblent moins aptes que les anciens participants à les éviter ou à les atténuer. Les intervenants, dont les clients ont terminé les deux modules, rapportent que ces derniers ont fait des progrès remarquables compte tenu du nombre de mois écoulés depuis l'implantation du suivi de groupe. Ces progrès sont même au-delà de l'espérance de certains intervenants. De plus, tous les intervenants disent constater que, suite au deuxième module, leurs clients semblent davantage capables de se maîtriser, de reconnaître leurs limites ainsi que leurs forces et leurs réussites. Ils mentionnent tout de même qu'il serait probablement bon de voir à intervenir dans le milieu familial afin d'aider la progression de leurs clients tout en consolidant les acquis.

En terminant, les intervenants en individuels considèrent que bien qu'imparfaite, cette première expérience est un succès. Les résultats obtenus sont tels que tous démontrent de l'intérêt à poursuivre et à travailler à l'amélioration de l'implantation de cette nouvelle approche de travail auprès des TPL.

4.3.2 Premier objectif général : offrir un traitement plus complet et plus efficace.

Afin d'être en mesure d'évaluer dans quelle mesure cet objectif a été atteint, il semble justifié d'évaluer les objectifs spécifiques qui le composent. Ainsi une brève évaluation de chacun sera faite.

Implanter une approche qui amène des changements concrets et durables chez les clients :

En tenant compte des données préalablement présentées, il semble juste de dire que l'implantation de la nouvelle approche d'intervention auprès des TPL a effectivement amené des changements concrètement observables chez les participants. Par contre, concernant le maintien à long terme des changements enclenchés, il est plus difficile d'avoir une position ferme sur le sujet. En effet, des discussions avec les intervenants en individuel, une fois le suivi de groupe terminé, ont permis de constater que certaines mauvaises habitudes des participants avaient tendance à refaire surface avec le temps. Bien que ce ne soit pas tous les acquis qui semblent faire preuve d'une certaine fragilité, il demeure néanmoins que cette réalité ne peut pas être ignorée. Selon une psychologue de la Clinique Régionale du Faubourg Saint-Jean, il se pourrait que certains acquis tendent à s'estomper parce que le programme éducatif n'a pas été présenté dans son ensemble et que le suivi de groupe n'ait pas duré une année entière, ce qui n'a pas permis de consolider tous les acquis. En effet, sur une période d'un an, les notions les plus importantes sont souvent reprises ou du moins rappelées aux participants de manière à favoriser une meilleure assimilation de celles-ci. De plus, le fait de présenter beaucoup de matériel d'enseignement en peu de temps amène possiblement des difficultés au niveau de l'application dans le quotidien et donc des problèmes de généralisation des acquis dans la vie de tous les jours. Compte tenu de ces éléments, cet objectif spécifique peut être considéré comme partiellement atteint.

Développer un suivi de groupe pour favoriser l'acquisition de matériel éducationnel chez les participants :

L'implantation de la nouvelle approche de travail en CLSC a bel et bien compris l'instauration d'un suivi de groupe. Celui-ci avait pour mission de combler le déficit éducationnel ressenti lorsque seule l'intervention individuelle était offerte. Les commentaires recueillis ainsi que les observations faites confirment que le suivi de groupe a bien répondu aux attentes qui avaient été fixées. Cet objectif spécifique peut certainement être considéré comme atteint.

Fournir aux intervenants en individuel des informations sur la dynamique relationnelle de leur client à l'intérieur du groupe :

Le suivi de groupe, tel que supposé, a permis de recueillir de précieuses informations au sujet des habitudes relationnelles des participants. Ces informations étaient soigneusement notées de manière à pouvoir être transmises à l'intervenant principal. Le problème rencontré n'a pas été au niveau de la cueillette de l'information mais bien au niveau de la transmission de celle-ci. Le processus de transmission établi n'a pas semblé totalement répondre aux attentes des intervenants en individuel. En effet, ceux-ci ne prenaient pas de manière régulière le temps de venir consulter le dossier du groupe où chaque participant disposait d'une fiche personnalisée. Malgré les modifications apportées au processus de transmission, celui-ci ne s'est toujours pas révélé comme étant parfaitement adéquat. Il semble donc préférable de considérer cet objectif spécifique comme n'étant que partiellement atteint.

En tenant compte des résultats qui viennent d'être présentés, l'objectif général consistant à offrir un traitement plus complet et efficace doit être considéré comme ayant été partiellement atteint. L'implantation de la nouvelle approche de travail a sensiblement amélioré le traitement qui était offert aux TPL mais certains éléments liés à la structure de l'implantation devraient tout de même être améliorés afin d'optimiser l'efficacité du suivi offert à cette clientèle.

4.3.3 Deuxième objectif général : rendre le suivi des TPL plus agréable et valorisant.

Tout comme le premier objectif général, le deuxième se divise aussi en trois objectifs spécifiques. Ici encore une brève analyse de chacun d'eux sera présentée afin de faciliter l'évaluation globale de l'atteinte du deuxième objectif général.

Diminuer la charge de travail des intervenants tout en augmentant l'efficacité du traitement :

Tous les intervenants ont rapporté que depuis que leurs clients bénéficient du nouveau programme offert par le CLSC, ceux-ci ont vu le temps et les énergies investis diminuer de manière significative. Ainsi, avant l'implantation du projet, la majeure partie des intervenants rapporte qu'ils rencontraient leur client une fois aux deux semaines en plus des situations de crise. Deux des intervenants ont mentionné, pour leur part, qu'ils avaient une rencontre toutes les semaines. De plus, tous les intervenants ont mentionné qu'ils recevaient des appels fréquents de la part de leurs clients. Ces appels pouvaient même aller jusqu'à un par jour. Par contre, depuis l'implantation du programme, la situation semble bien différente. Bien qu'une des règles du programme ait été que les participants avaient droit à deux rencontres individuelles par module (l'équivalent approximatif de deux rencontres par huit semaines), deux des intervenants rapportent avoir rencontré leur client à trois reprises. Pour ce qui est des autres intervenants, le nombre de rencontres individuelles a été que d'une ou deux. Au niveau des appels téléphoniques, les intervenants mentionnent que ceux-ci n'ont été qu'occasionnels, ce qu'ils considèrent comme un changement majeur. Il en va de même pour l'intervention de crise. Les demandes pour de telles interventions n'ont été que très rares et portaient sur des crises d'intensité importante.

Étant donné que les interventions individuelles étaient utilisées pour autre chose que la gestion de crises et que le suivi de groupe dispensait du matériel éducatif, l'efficacité du traitement s'est nettement améliorée. Les intervenants rapportent que leurs clients ont cheminé de manière surprenante depuis l'implantation de la nouvelle approche ce qui semble confirmer que l'efficacité du suivi nouvellement offert a accru son efficacité. En

considérant la tâche de chacun des intervenants, il apparaît que cette diminution des demandes venant des TPL permet une meilleure distribution du temps et des énergies pour le bonheur de tous, autres clients, intervenants, coordonnateur, etc. Le fait de ne plus se sentir "harcelé" par la personne souffrant d'un TPL risque aussi de rendre l'intervenant moins réactif face à ce dernier et de l'amener à faire preuve d'une plus grande ouverture ce qui accroît, ici encore, l'efficacité et la qualité du traitement offert. Considérant les éléments qui viennent d'être abordés, cet objectif spécifique peut être considéré comme étant atteint.

Permettre aux intervenants d'acquérir de nouvelles connaissances et de nouvelles méthodes d'intervention:

Les intervenants touchés par l'implantation du nouveau programme d'intervention auprès des TPL rapportent avoir développé un sentiment de confiance en eux ainsi que dans leurs interventions avec cette clientèle. Ils considèrent que cette nouvelle approche leur a permis de raffiner leurs techniques d'intervention. En premier lieu, ils mentionnent avoir pris de l'assurance dû à l'acquisition de nouvelles connaissances tant au niveau de la dynamique du TPL que des réalités et des pièges qui influencent l'intervention proprement dite. L'implantation d'une nouvelle approche de travail a aussi permis de structurer davantage leur intervention. En effet, les intervenants rapportent que cette approche aide beaucoup au niveau de l'orientation à donner au traitement dans son ensemble. Elle favorise aussi l'implantation d'un cadre thérapeutique clair et aidant pour le processus de traitement. Ainsi, l'efficacité même du traitement s'en est vue améliorée de même que leur satisfaction personnelle à offrir un suivi aux personnes souffrant de ce trouble de la personnalité.

Le développement d'une expertise n'est pas négligeable. En fait, celle-ci influence directement l'efficacité du traitement qui est offert. Par le fait même l'intervenant est en mesure de répondre plus adéquatement aux besoins et aux demandes du client tout en ne perdant pas de vue les objectifs qu'il se sera fixés. Le fait que l'intervenant se sente plus sûr de son intervention a aussi le mérite de réapproprier la part de travail de chacun (intervenant et client) face aux résultats espérés. De plus, en facilitant la vision

d'ensemble du processus de traitement l'intervenant est davantage à même de savoir où il s'en va, diminuant ainsi les pertes de temps et d'énergie. Ainsi, ici encore, il semble juste de considérer cet objectif spécifique comme ayant été atteint.

Favoriser le développement du travail d'équipe et du soutien entre les intervenants qui suivent un TPL :

L'intervention auprès des TPL étant devenue l'affaire de l'équipe dans son ensemble et non plus uniquement celle de l'intervenant assigné, les liens entre les intervenants s'en sont trouvés renforcés. En effet que ce soit au niveau du partage des connaissances, de la possibilité de ventiler ou de trouver du support, la notion de travail d'équipe reprend du sens. Ce sentiment est d'autant plus validé par le fait que la nouvelle approche inclut deux types de suivi, un en individuel et un en groupe. Les intervenants sont donc fortement encouragés à se parler afin de se transmettre les informations pertinentes et ainsi optimiser l'efficacité du traitement. Le renforcement des liens entre les intervenants et le partage de la charge liée à l'intervention auprès de TPL ont le mérite de favoriser la bonne «santé mentale» des intervenants les rendant ici encore moins réactifs et plus efficaces. Il en est de même pour le partage des informations qui favorise une meilleure connaissance du tableau du client et permet de prendre des décisions éclairées au niveau de l'orientation et du choix d'interventions qui constituent le plan de traitement. Considérant cet état de fait, ce troisième objectif spécifique est considéré comme atteint.

Étant donné que les trois objectifs spécifiques qui caractérisent le deuxième objectif général sont tous considérés comme ayant été atteints, il semble logique de conclure que l'objectif général, à savoir que le suivi de TPL devait être rendu plus agréable et valorisant, a lui aussi été atteint.

4.3.4 Troisième objectif général : permettre l'acquisition de stratégies plus adaptées chez les clients.

Le troisième objectif général se divisait en plusieurs objectifs spécifiques. Avant d'évaluer le degré d'atteinte de chacun, il est bon de rappeler que l'objectif était

d'augmenter certaines capacités chez les participants et non de les rendre experts dans la maîtrise de ces nouvelles capacités. Ainsi, l'observation d'un changement concret et positif sera considérée comme une amélioration justifiant l'atteinte de l'objectif.

Augmenter et développer la maîtrise de soi par l'apprentissage et la mise en pratique de stratégies adaptées.

L'amélioration du contrôle de soi chez les participants, tant au niveau de l'impulsivité que de la capacité à tolérer la détresse émotionnelle et relationnelle, est probablement le changement le plus apprécié de tous. Bien que ce contrôle ne soit pas parfait, il laisse place à l'espoir d'une continuité et a le mérite d'être vécu comme un succès, particulièrement pour les participants. En effet, ceux-ci sont à même de constater les changements et les conséquences positives qui y sont rattachés.

Bien évidemment, ce meilleur contrôle de soi se traduit aussi par une diminution au niveau des comportements suicidaires et parasuicidaires et donc une meilleure gestion de la crise. Ainsi, seuls deux intervenants rapportent que durant l'ensemble des deux modules un de leurs clients se soit présenté à l'urgence en état de crise. Pour tous les autres participants, il semble que le nombre d'hospitalisations ou de visites à l'urgence soit tombé à zéro. Bien que les intervenants ne disposaient pas des nombres exacts liés à ces types d'événements avant l'implantation du programme, la majeure partie d'entre eux rapporte que les hospitalisations étaient plutôt rares mais que les visites à l'urgence étaient fréquentes, particulièrement chez les participants de sexe féminin. Au niveau des gestes suicidaires, aucun intervenant ne rapporte, pour la période d'expérimentation, de tentatives de suicide chez leurs clients ayant eu accès au nouveau programme.

Concernant les gestes parasuicidaires, parmi les participants faisant régulièrement utilisation de ce moyen pour gérer la souffrance, seuls 2 d'entre eux ont rapporté avoir posé un geste d'automutilation à une reprise lors du premier module. Ces deux participants mentionnent ne pas avoir récidivé lors du deuxième module. Seul un des nouveaux participants au deuxième module a rapporté un épisode d'automutilation. Bien que ces résultats ne soient pas parfaits, ils dénotent, selon les intervenants individuels,

tout de même une forme d'amélioration. Le fait que les participants aient démontré les capacités à utiliser de manière adéquate la matière enseignée à l'intérieur du suivi de groupe est probablement lié à ce changement. Par contre, il est possible d'imaginer que si le programme avait été expérimenté dans son ensemble, c'est-à-dire que le contenu des quatre modules d'entraînement avait été enseigné aux participants, ces résultats auraient été encore plus appréciables. Un autre élément non négligeable vient nuancer ces résultats. En effet, nous ne connaissons pas le nombre exact de ces gestes avant l'implantation du programme. Lors d'une future expérience, afin de bien évaluer l'impact de celui-ci, il serait souhaitable de disposer de telles données.

Considérant les résultats obtenus, bien que la maîtrise de soi ne soit pas parfaite et que l'utilisation des stratégies enseignées ne soit pas toujours systématique, les participants ont fait preuve d'une amélioration assez satisfaisante pour justifier la décision de considérer ce premier objectif spécifique comme atteint.

Augmenter la capacité d'introspection afin de permettre la reconnaissance de leur dynamique et du travail à effectuer sur celle-ci :

Les intervenants rapportent avoir observé chez leurs clients une plus grande connaissance de soi, une meilleure compréhension de leur propre dynamique relationnelle et de leur problématique de manière plus générale ainsi que des conséquences qui en découlent. Ils notent aussi que les participants semblent davantage capables de faire des prises de conscience de leurs émotions et de l'impact qu'elles ont sur leur fonctionnement. De plus, il semble que ces derniers soient plus réalistes dans leurs perceptions, leurs interprétations ainsi que dans leurs demandes.

L'amélioration de la capacité de poser un regard critique sur eux-mêmes n'est pas un changement négligeable chez ce type de clientèle puisqu'elle favorise une meilleure reconnaissance de l'existence d'un problème. En identifiant de manière plus claire la nature même du problème, la personne réalise la première étape du processus nécessaire au changement. Sans cette reconnaissance du problème, l'intervenant et le client se retrouvent dans un cul-de-sac, où peu importe les efforts fournis, peu de résultats seront

observables et durables. Étant donné que les participants ont démontré une nette amélioration de leur capacité d'introspection, cet objectif est lui aussi considéré comme atteint

Augmenter l'efficacité dans la gestion des émotions et le contrôle de l'impulsivité en apprenant à tolérer la détresse.

Bien que la gestion des émotions n'ait pas été spécifiquement travaillée, le fait d'amener les participants à prendre le temps d'identifier ce qu'ils vivent et ressentent et de leur donner des moyens pour y faire face de manière adaptée semble tout de même avoir eu une certaine influence. En effet, les intervenants rapportent que leurs clients semblent être plus authentiques et tendent davantage à afficher l'émotion réellement ressentie tout en semblant moins agir sous le coup de celle-ci.

Ici encore, le changement observé revêt une certaine importance. En étant plus réaliste tant au niveau de ses perceptions, de ses interprétations que dans l'expression du matériel expérientiel, le client offre à l'intervenant du matériel de travail plus solide avec lequel l'intervention pourra être plus poussée et donc possiblement plus payante. Le fait d'être authentique diminue d'une certaine façon les pertes de temps dans le processus d'intervention même. Ainsi, bien que la gestion des émotions ne soit pas encore parfaite, ce qui est normal compte tenu de la matière enseignée, les participants semblent encore une fois avoir démontré des signes tangibles d'amélioration suggérant que cet objectif a lui aussi été atteint.

Augmenter l'efficacité interpersonnelle par une meilleure gestion des crises afin d'éviter les situations extrêmes et de permettre le développement des relations plus saines.

Le fait de reconnaître davantage leur problématique et les éléments qui y sont liés semble avoir créé chez les participants un désir de vivre des relations plus enrichissantes et satisfaisantes. Ce désir est légitime et les efforts déployés à cet effet n'en sont que plus appréciables surtout chez une clientèle comme les TPL. En étant prêt à déployer les efforts nécessaires à cette quête, la personne fait preuve d'un désir d'améliorer sa

condition et donc d'un désir de changement. Cette réalité n'est pas négligeable puisqu'elle fait partie intégrante du processus de changement.

Bien que ce changement soit intéressant, les résultats demeurent nuancés. En effet bien que les participants aient fait preuve d'efforts dans la recherche de relations plus saines ce qui est en tant que tel un succès, ils ont cependant démontré certaines difficultés à gérer les tensions émanant de relations conflictuelles déjà existantes. Ainsi, malgré le fait qu'une amélioration soit perceptible, celle-ci est tout de même modérée. En tenant compte de ce fait, cet objectif est considéré comme ayant été partiellement atteint.

Augmenter l'autonomie tant sur le plan fonctionnel et affectif qu'au niveau de la gestion des crises.

Concernant le développement de l'autonomie et de la gestion des crises, l'élément le plus intéressant rapporté par les intervenants concerne l'observation de meilleures capacités à s'auto-gérer face à la détresse rencontrée et une augmentation du sens des responsabilités et de la discipline personnelle. Les intervenants notent de plus une diminution accrue de l'impulsivité et des gestes suicidaires et parasuicidaires en mentionnant que les participants semblent davantage capables de réagir de manière adaptée face aux situations de crise.

Bien entendu, cette amélioration ne veut pas dire que les clients ont dorénavant un parfait contrôle d'eux-mêmes. En fait, les intervenants notent qu'en moment de forte détresse, il arrive que les participants aient tendance à revenir à leurs anciennes habitudes qui ne sont malheureusement pas toujours appropriées. Par contre, ils considèrent que tous les participants ont démontré leurs capacités à bien utiliser le matériel enseigné à l'intérieur du suivi de groupe et ils mentionnent que ces derniers ont tous, à des degrés divers, réalisé que ces nouveaux outils sont efficaces et que leur utilisation est payante d'où une tendance accrue à s'auto-gérer plutôt que de continuellement s'en remettre aux autres pour résoudre les difficultés rencontrées. Bien qu'ici encore il reste du chemin à faire, les changements observés semblent être significatifs selon les dires des intervenants. Ce dernier objectif se doit donc d'être considéré comme ayant été lui aussi atteint.

Considérant le degré d'atteinte de l'ensemble des objectifs spécifiques composant le troisième objectif général soit de permettre l'acquisition de stratégies plus adaptées chez les participants, ce dernier peut lui aussi être considéré comme ayant été atteint lors de l'expérience d'implantation du programme.

Bien que la mise en pratique de l'implantation de cette nouvelle approche de travail n'en était qu'à sa première expérience, en tenant compte des objectifs qui avaient été préalablement identifiés ainsi que leur degré d'atteinte, il est possible de conclure que cette première expérience reflète un certain succès. Bien entendu, certains éléments pourraient être améliorés afin d'optimiser l'efficacité d'une future expérimentation. La conclusion de ce travail présentera brièvement certaines recommandations pouvant être considérées lors d'une nouvelle tentative d'implantation de l'approche de travail tel que proposée par Linehan.

CONCLUSION GÉNÉRALE ET RECOMMANDATIONS

Le trouble de la personnalité limite est une problématique non négligeable. Constituant 2% de la population, les TPL ont pour caractéristiques un ensemble d'éléments qui ne peut être passé sous silence. Nous n'avons qu'à penser à l'impact monétaire de ce trouble qui est considérable puisque cette population est une grande utilisatrice des services de santé tant en santé mentale que physique. Les TPL constituent aussi une population particulièrement souffrante pour qui il n'est pas toujours facile de recevoir l'aide nécessaire. N'oublions pas que le traitement des TPL en est un des plus difficiles et exigeants ce qui représente souvent un défi de taille pour les intervenants. Leur tendance chronique au suicide, les gestes d'automutilation qu'ils posent, leur tendance à violer ou à tester de manière récurrente les limites qui leur sont imposées, le fait que l'alliance thérapeutique soit souvent fragile et qu'ils ont tendance à abandonner de manière précoce le traitement en cours sans parler des réactions contre-transférentielles qu'ils arrivent à provoquer font d'eux une clientèle qui ne passe pas inaperçue.

Devant la complexité de ce trouble de la personnalité, plusieurs intervenants admettent qu'un suivi individuel arrive rarement, à lui seul, à donner des résultats significatifs durables. En fait, selon la littérature scientifique, peu de preuves existe pour démontrer l'efficacité de certaines méthodes de traitement auprès de cette clientèle. Le programme d'intervention proposé par Marsha M. Linehan se démarque sur ce point. Cette approche complète, comprenant à la fois un suivi de groupe et un suivi individuel, a le mérite d'avoir démontré son efficacité à produire des résultats significatifs. En effet, l'approche de Linehan est la seule à bénéficier de solides appuis empiriques. De plus, cette approche de travail répond directement aux demandes de certains intervenants à savoir s'il existe une méthode d'intervention en groupe pouvant s'appliquer aux troubles de la personnalité limite.

Le but de ce mémoire consiste à habiliter de manière adéquate les intervenants des CLSC désireux de développer un suivi de groupe pour personnes ayant un trouble de la personnalité limite. L'approche proposée pour l'implantation d'un tel suivi repose sur le modèle proposé par Linehan. Afin de bien répondre aux exigences impliquées par cet objectif, deux phases de travail ont été nécessaires : l'analyse du processus d'implantation du programme et l'évaluation partielle de ce processus et de son impact. La première phase de travail a permis de délimiter les objectifs visés par l'implantation de cette nouvelle approche de travail dans le milieu des CLSC, d'identifier la population cible afin de sélectionner les participants en plus d'établir le type d'interventions à retenir pour faciliter l'atteinte des objectifs ainsi que la méthodologie nécessaire. Pour sa part, la deuxième phase de travail a rendu possible l'évaluation du processus d'implantation et l'application de certaines modifications au cours des deux temps d'expérimentation du programme. Cette évaluation de l'expérience d'implantation en tant que telle a porté à la fois sur les changements observés et sur l'atteinte des objectifs de travail qui avaient été retenus.

Les résultats obtenus lors de l'évaluation de l'expérience d'implantation du nouveau programme sont assez satisfaisants. Parmi les trois objectifs de travail retenus, deux ont été atteints alors que l'autre peut être considéré comme partiellement atteint. Ainsi, les objectifs généraux, à savoir que le suivi de TPL devait être rendu plus agréable et valorisant et que l'implantation du nouveau programme devrait permettre l'acquisition de stratégies plus adaptées chez les clients, ont été atteints. Pour ce qui est de l'objectif général consistant à offrir un traitement plus complet et efficace pour la clientèle des TPL, celui-ci doit être considéré comme ayant été partiellement atteint. En fait, bien que des changements positifs aient été notés, il semble que certains éléments liés à la structure de l'implantation devraient tout de même être améliorés et dans la mesure du possible le programme devrait être présenté entièrement. Afin de remédier à ce problème et en vue de faciliter l'atteinte de tous les objectifs retenus, certaines données doivent être considérées. Les lignes qui suivent présentent quelques recommandations pouvant aider dans ce cheminement.

Les recommandations qui suivent, basées sur des observations et sur des suggestions venant d'une psychologue de la Clinique du Faubourg Saint-Jean, visent à faciliter l'implantation d'un futur suivi de groupe pour TPL dans un CLSC ou autre organisme qui y trouverait de l'intérêt. Les éléments qui seront traités ont été regroupés autour de quatre grands thèmes.

Comme premier grand thème, on retrouve l'élément essentiel à une bonne implantation soit l'accord de tous les intervenants à travailler dans le sens du programme. Pour une première implantation, il semble indispensable qu'en premier lieu tous les intervenants impliqués prennent connaissance des grandes lignes du programme et des études démontrant son efficacité. De plus, il s'agit à cette étape que tous les intéressés démontrent au moins un minimum d'intérêt ainsi que le désir de tenter l'expérience. Ces deux éléments seront indispensables à la bonne implantation du programme puisque, ne l'oublions pas, dans la majeure partie des cas, les intervenants devront quelque peu changer la structure de leurs interventions.

Bien qu'indispensable dans le lieu d'implantation du suivi de groupe pour TPL, cet accord devrait idéalement s'étendre à tous les intervenants ayant un lien avec les possibles participants, par exemple en impliquant les ressources médicales et communautaires. De cette manière, ceux-ci pourraient aider tant au niveau de l'identification des individus pouvant bénéficier d'un tel service qu'au niveau de la poursuite de l'intervention dans le sens du programme. Un tel accord ouvrirait possiblement la porte à une certaine forme de concertation et de travail d'équipe optimisant ainsi l'efficacité du traitement.

Comme deuxième thème on retrouve l'élaboration d'un protocole d'intervention auprès des personnes ayant un TPL. L'élaboration d'un tel protocole orienterait tout le monde sur la marche à suivre lorsqu'il y a présence d'une dynamique de TPL et clarifierait auprès de la clientèle le type de services offerts par le CLSC. De cette manière, les clients n'auraient plus le choix entre deux types de suivis mais bien le choix entre le type de services offerts et l'absence de services. En effet, compte tenu des réalités de ce trouble,

il semble préférable d'éviter de leur donner le choix entre deux types de traitement. La mise en vigueur du protocole viendrait neutraliser cette difficulté et faciliterait par le fait même le recrutement de participant pour le suivi de groupe. De plus, étant donné que cette clientèle «aime» recevoir des services, il est possible d'imaginer que les participants démontreraient plus d'emphase à faire ce qui est attendu d'eux, par exemple pratiquer et remplir leur carte hebdomadaire, de manière à maintenir leur droit et ainsi continuer à recevoir des services.

En troisième lieu, certaines recommandations entourant le suivi de groupe dans son ensemble seront présentées. Tout d'abord concernant l'appellation utilisée pour définir les participants, le terme «hypersensible» avait été utilisé de manière à ne pas référer à une maladie mais à recadrer positivement en nommant la caractéristique principale de tous les participants soit l'hypersensibilité. Bien que discutable, cette appellation peut être justifiée voir même utile dans certains cas. Par contre, selon l'avis des intervenants de la Clinique du Faubourg Saint-Jean, il n'est pas mauvais de nommer les problématiques par leur nom afin que les participants l'intègrent complètement et décident de travailler sur ce qu'ils sont réellement. Ce point de vue est tout à fait sensé. C'est pourquoi le choix du terme utilisé pour définir les participants doit être réfléchi et la décision doit être prise en tenant compte des objectifs visés par ceux qui implantent le suivi de groupe.

Autre élément à considérer, l'assiduité aux rencontres de groupe est souvent beaucoup plus faible durant l'été. En contre partie, on constate que pour la majorité des clientèles dont les TPL, les gens continuent de demander des rencontres individuelles durant la période estivale. Il semble donc que ces personnes désirent maintenir une certaine forme de suivi mais qu'ils sont sélectifs dans le type de services désirés ainsi que dans le type d'efforts qu'ils désirent fournir. Le choix de maintenir ou non le suivi de groupe durant l'été revient aux responsables de celui-ci. Cette décision mérite cependant d'être bien réfléchi. Pour ceux qui désireraient maintenir le suivi de groupe, l'utilisation du protocole d'intervention pourrait s'avérer, ici, très utile. En effet, il faut rappeler qu'il est possible d'inclure au protocole que le traitement offert comprend à la fois un suivi individuel et de groupe et ce, pour toute la période de traitement.

Concernant la question, à savoir s'il faut offrir le programme dans son entier ou le «vendre» un module à la fois, les opinions sont partagées. Certains intervenants considèrent qu'offrir un suivi d'une durée approximative d'un an pourrait en apeurer plusieurs dû à leurs difficultés à s'engager à long terme. À la Clinique du Faubourg Saint-Jean, la question ne se pose pas et selon les intervenants, le fait de «vendre» le programme dans son entier ne semble pas créer de problème. Ainsi, il semble qu'ici encore il est possible pour les intervenants de choisir l'alternative avec laquelle ils se sentent le plus à l'aise. Pour ce qui est du CLSC Frontenac, lors d'une prochaine implantation les intervenants opteraient pour la «vente» du programme dans son entier et qui s'échelonne sur toute une année avec un court arrêt durant les vacances d'été et des fêtes. Cette nouvelle procédure serait, elle aussi, inscrite sur le protocole d'intervention.

Au niveau de la fréquence des rencontres, il est difficile d'en déterminer une devant être appliquée. En effet, le choix concernant cet élément peut être variable et doit être déterminé selon les ressources disponibles. Par exemple, à la Clinique du Faubourg Saint-Jean les rencontres de groupe et individuelles alternent à chaque semaine. De plus les participants disposent de trois rencontres d'urgence par mois. Celles-ci n'ont pas lieu nécessairement avec leur intervenant individuel mais bien avec celui qui est de garde cette journée-là. Cette cédule est intéressante et a le mérite d'assurer un suivi plus serré et complet. Par contre, faut-il encore avoir les ressources nécessaires pour offrir un tel service. Autre élément intéressant, eux aussi misent sur la responsabilisation du participant c'est-à-dire : croire en sa capacité d'évaluer ses propres crises ainsi que le besoin de consulter. Il lui revient de gérer adéquatement ses rencontres d'urgence.

Un autre élément lié à la structure du suivi de groupe est l'utilisation du contrat thérapeutique. Il ne faut pas négliger l'importance d'un tel contrat. Celui-ci doit être clair et précis et contenir des informations concernant ce qui est attendu de la part du participant, concernant les règles qui régissent le groupe ainsi que sur les conséquences qui suivront le non-respect de celui-ci. Il doit aussi présenter ce que les intervenants

s'engagent à faire et ne pas faire. Enfin, tous les intervenants en lien avec le participant ainsi que le participant lui-même devraient le signer et une copie devrait être remise à chacun d'eux. De cette manière, il est toujours possible pour chacun de se référer à ce dernier lorsque le besoin s'en fait sentir. Afin que ce contrat soit pris au sérieux par les participants, les intervenants en lien avec ceux-ci doivent aussi en respecter toutes les clauses. Une dérogation à l'une des règles du contrat thérapeutique démontrerait aux participants que celui-ci n'a aucune valeur puisque les intervenants eux-mêmes ne le respectent pas.

Le suivi de personnes ayant un TPL doit être perçu comme un ensemble ou un tout. Il est donc primordial que les éléments qui forment ce tout soient étroitement liés et qu'ils travaillent en étroite collaboration. Ainsi, il devient primordial d'établir un système de concertation et de transmission de l'information qui soit efficace, il en va de la qualité du traitement offert. Plusieurs possibilités sont envisageables. Par exemple, il est possible d'utiliser un outil d'évaluation qui sera déposé dans la fiche de l'individu dans le dossier du groupe ou de photocopier cette fiche et d'en remettre la copie à l'intervenant individuel attribué. Il est aussi possible de faire le point sur le suivi de groupe lors des réunions d'équipe, en cas de besoin de rencontrer seul à seul l'intervenant individuel pour discuter de la situation d'un des participants, d'écrire une note résumée au dossier individuel de tous les participants ou bien de cédule systématiquement avec chacun des intervenants un «cinq minutes» par deux semaines afin de discuter du cheminement de leur client. Évidemment d'autres possibilités existent. Il s'agit de trouver celle qui convient le mieux à la réalité dans laquelle le groupe évolue.

La dernière recommandation entourant la structure du suivi de groupe concerne le développement d'un groupe pour les familles. Ici encore les ressources disponibles entrent en ligne de compte. Toutefois, si elles étaient disponibles, il pourrait être intéressant de voir à l'élaboration d'un suivi de groupe pour les membres des familles des personnes ayant un TPL. De cette manière, il serait possible de renseigner les familles sur la problématique complexe que représente le TPL, d'offrir une certaine forme de support et de peut-être favoriser la consolidation de ce que les participants apprennent lors des

rencontres de groupe tout en optimisant les chances que les réactions de la famille ne soient pas en contradiction avec la logique qui sous-tend le programme.

Le quatrième et dernier grand thème de recommandation porte sur les rencontres de groupe proprement dites. Ici encore plusieurs éléments y sont rattachés. En premier lieu on retrouve la durée des rencontres. Afin que les participants demeurent attentifs tout au long de la rencontre, il est préférable de voir à ne pas exagérer la durée de celle-ci. De manière générale, des rencontres d'une durée approximative d'une heure et demie sont l'idéal. Afin de respecter les délais souhaités, il est important de bien structurer le temps dont on dispose. Ainsi, durant la première partie les animateurs doivent encadrer les participants de manière à ce que le matériel partagé concerne exclusivement les situations où les habiletés enseignées ont été pratiquées ou auraient pu l'être. De cette manière, on réduit le temps de partage et on évite que les participants en ressortent inutilement bouleversés. Toutefois, il est important de mentionner aux participants les raisons justifiant cette restriction tout en leur rappelant que les éléments les plus difficiles peuvent être discutés lors des rencontres individuelles. Pour ce qui est de la présentation du matériel, celle-ci doit aussi être bien organisée. Les animateurs doivent tenter de livrer le contenu de manière claire, simple et précise. Pour y arriver, il peut être bon de revoir le contenu proposé par Linehan et de le réorganiser de manière à être plus à l'aise avec celui-ci. En fait, s'en tenir à l'essentiel, si celui-ci est bien présenté peut être aussi efficace que d'entrer davantage dans les détails.

Concernant le partage portant sur les idées et les gestes suicidaires, il semble que la mise en commun de tels éléments provoque beaucoup de détresse chez les autres participants. Ainsi, il serait bon de discuter de cette réalité avec les participants de manière à leur faire comprendre qu'il est souhaitable d'éviter de partager de telles idées avec les autres membres du groupe à l'intérieur ou à l'extérieur des rencontres. Ici encore, il demeure important de leur souligner que ces éléments peuvent toutefois être discutés avec leur intervenant individuel.

Au niveau des sorties durant les rencontres, en tenant compte des observations faites ainsi que des suggestions reçues, il semble qu'il est bon de les laisser quitter mais qu'il est préférable de ne pas les accompagner lors de leurs sorties. Ainsi on évite que la personne utilise ces sorties pour fuir le travail en groupe en bénéficiant d'un intervenant pour elle seule. Il s'agit de reconnaître que le travail en groupe peut parfois sembler menaçant, de respecter leur désir de quitter tout en évitant de le renforcer. Il serait aussi souhaitable de noter cette sortie ainsi que son contexte. De cette manière, si l'intervenant individuel en voit la nécessité, cette situation pourra être discutée lors de leur rencontre.

La dernière recommandation concerne les consultations à la fin des rencontres. Il semble très profitable pour les participants d'avoir la possibilité de rencontrer un des animateurs à la fin des rencontres. Ce temps de consultation peut être utile à plusieurs égards. Par exemple, pour obtenir des clarifications au sujet du contenu enseigné, pour exprimer certaines difficultés rencontrées, pour demander des informations concernant une rencontre manquée, etc. Cependant, il est préférable de bien encadrer ce temps de consultation de manière à éviter que les participants cherchent davantage à utiliser ce temps au lieu de s'impliquer dans le groupe. Ainsi, offrir un maximum de cinq minutes de consultation pourrait s'avérer être une durée raisonnable.

Bien entendu, les recommandations qui viennent d'être présentées ne sont pas exhaustives. Elles sont ici abordées parce qu'elles sont considérées comme des éléments essentiels à une bonne implantation. Évidemment, d'autres éléments peuvent être tout aussi importants et demander une certaine réflexion avant d'être appliqués. Planter un suivi de groupe pour TPL n'est pas une tâche à prendre à la légère. Chaque étape et chaque élément du processus doivent être pensés et discutés en équipe. Bien que les grandes lignes viennent ici d'être abordées, l'ensemble du projet devra tout de même être discuté, repensé et peut-être adapté selon les ressources et les réalités du milieu où les intervenants désirent l'implanter.

RÉFÉRENCES

- Akiskal, H. S., Chen, S. E., Davis, G. C. (1985). Borderline: an adjective in search of a noun. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46, 41-48.
- Allaire, D. (nov.1998). *L'évaluation du trouble de la personnalité limite*. Présentation faite pour le Regroupement des Psychologues Cliniciens de la région de Québec, Québec : Château Bonne Entente.
- American Psychiatric Association. (1991). *DSM-IV options book: Work in progress*. Washington, DC. Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (4 th edition). Washington, DC. Author.
- Andreoli, A., Burnand, Y., Mühlebach, A., Doglioti, G. (1991). Évolution clinique des patients borderline: indications à retenir pour le choix et la conduite du traitement. *Médecine et hygiène*, 49, 2368-2374.
- Apter, A., Kotler, M., Sevy, S., Plutchik, R., Brown, S. L., Foster, H., Hillbrand, M., Korn, M. L., Van Praag, H. M. (1991). Correlates of risk of suicide in violent and nonviolent psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 148, 883-887.
- Baber, J. P., Frank, A., Weiss, R. D., Blaine, J., Siqueland, L., Moras, K., Calvo, N., Chittams, J., Mercer, D., Salloum, I., M. (1996). Prevalence and correlates of personality disorder diagnoses among cocaine-dependent outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 10, 297-311.
- Beck, A. T., Freeman, A. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorder*, New York: Guilford Press.
- Bégin, C., et Lefebvre, D. (1997). La psychothérapie dialectique comportementale des personnalité limites. *Santé Mentale au Québec: Thérapies et patients borderlines*, 22, 43-68.
- Berg, A. B., et Sternberg, R. J. (1985). A triarchic theory of intellectuel development during adulthood. *Developmental Review*, 5, 334-370.
- Briere, J., Runtz, M. (1990). Differential adult symptomatology associated with three types of childhood abuse histories. *Child Abuse Negligence*, 14, 357-364.

- Brodsky, B. S., Malone, K. M., Ellis, S. P., Dulit, R. A., Mann, J. J. (1997). Characteristics of Borderline Personality Disorder Associated With Suicidal Behavior. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 1715-1719.
- Carpenter, W. T., Gunderson, J. G., Strauss, J. S. (1977). Considerations of the borderline syndrome: A longitudinal comparative study of borderline and schizophrenic patients. In P. Hartcollis (Ed.), *Borderline personality disorder: The concept, the syndrome, the patient* (pp. 231-253). New York: International Universities Press.
- Chabrol, H., Schmitt, L., Sztulman. (1996). Thérapie cognitive et psychothérapie analytique des personnalités limites: une réflexion critique. *Annales Médico-Psychologique*, *154*, 238-244.
- Cornelius, J. R., Soloff, P. H., Perel, J. M., Ulrich, R. F. (1993). Continuation pharmacotherapy of borderline personality disorder with halperidol and phenelzine. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 1843-1848.
- Corruble, E., Ginestet, D., Guelfi, J.D. (1996). Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression - a review. *Journal of Affective Disorders*, *37*, 157-170.
- Cousineau, P. (1997). Intervention auprès du patient limite: objectivité et subjectivité. *Santé Mentale au Québec: Thérapies et patients borderlines*, *22*, 5-15.
- Cousineau, P. (1993). *L'approche cognitive et les troubles de la personnalité*. Document présenté lors du 11^e congrès de l'ordre des psychologues du Québec, du 26 au 29 mai au Palais des Congrès, Montréal.
- Cousineau, P., et Young, J. E. (1997). Le traitement du trouble de la personnalité limite par l'approche centrée sur les schémas. *Santé Mentale au Québec: Thérapies et patients borderlines*, *22*, 87-105.
- Dawson, D., MacMillan, H. L. (1993). *Relationship Management of the borderline patients: From Understanding to Treatment*, New York: Brunner/Mazel.
- Dutton, D. G., Vanginkel, C., Landolt, M. A. (1996). Jealousy, intimate abusiveness, and intrusiveness. *Journal of Family Violence*, *11*, 411-423.
- Farber, E. W., Herbert, S. E., Reviere, S. L. (1996). Childhood abuse and suicidality in obstetrics patients in a hospital based urban prenatal clinic. *General Hospital of Psychiatry*, *18*, 56-60.
- Fine, M. A., Sansone, R. A. (1990). Dilemmas in the management of suicidal behavior in individuals with borderline personality disorder, *American Journal of Psychotherapy*, *44*, 160-171.

- Frances, A. (1988). In (Chair), *Alternative models and treatments of patients with borderline personality disorder*. Symposium conducted at the meeting of the Society for the Exploration for Psychotherapy Integration, Boston.
- Frank, A. F. (1992). The therapeutic alliances of borderline patients, dans Clarkin J. F., Marziali, E., Munroe-Blum, H., eds., *Borderline Personality Disorder: Clinical and Empirical Perspectives*, New York: Guilford Press, 220-247.
- Fyer, M. R., Frances, A. J., Sullivan, T., Hurt, S. W., Clarkin, J. (1988). Suicide attempts in patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145, 737- 739.
- Gabbard, G. O. (1994). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gabbard, G. O. (1989). *Sexual Exploitation in Professional Relationships*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gabbard, G. O., Wilkinson, S. M. (1994). *Management of Countertransference with Borderline Patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gabbard, G. O., Lazar, S. G., Hornberger, J., Spiegel, D. (1997). The economic impact of psychotherapy - a review, *American Journal of Psychiatry*, 154, 147-155.
- Golberg, C. (1980). The utilization and limitations of paradoxical intervention in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 30, 287-297.
- Grilo, C. M., Levy, K. N., Becker, D. F., Edell, W. S., McGlashan, T. H. (1996). Comorbidity of DSM-III axis II disorders among female inpatients with eating disorders. *Psychiatric Services*, 47, 426-429.
- Gunderson, J. G. (1996). The Borderline Patient's Intolerance of Aloneness: Insecure attachment and Therapist Availability. *American Journal of Psychiatry*, 153, 752-757.
- Gunderson, J. G. (1984). *Borderline Personality Disorder*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Gunderson, J. G., Lyoo, I. K. (1997). Family problems and relationships for adults with borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 272-278.
- Gunderson, J. G., Phillips, K. (1991). Borderline personality disorders and depression: A current overview of the interface. *American Journal of Psychiatry*, 148, 967-975.

- Gunderson, J. G., Frank, A. F., Ronningstam, E. F., Wahter, S., Lynch, V. J., Wolf, P. J. (1989). Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 38-42.
- Gunderson, J. G., Elliott, G. R. (1985). The interface between borderline personality disorder and affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 142, 277-288.
- Gutheil, T. G. (1989). Borderline personality disorder, boundary violations and patient-therapist sex: medicolegal pitfalls. *American Journal of Psychiatry*, 148, 967-975.
- Gutheil, T. G. (1985). Medicolegal pitfalls in the treatment of borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 142, 9-14.
- Gutheil, T. G., Gabbard, G. O. (1993). The concept of boundaries in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 150, 188-196.
- Hayashi, N. (1996). Obsessive-compulsive disorder comorbid with borderline personality disorder - a long-term case study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 50, 51-54.
- Herman, J. L., Perry, J. C., Van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 490-495.
- Horner, M. S., Diamond, D. (1996). Object relations development and psychotherapy dropout in borderline outpatients. *Psychoanalytic Psychology*, 13, 205-223.
- Hull, J., W., Yeomans, F., Clarkin, J., F., Li, C., Goodman, G. (1996) Factors associated with multiple hospitalizations of patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 47, 638-641.
- Jordan, B. K., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Caddell, J. M. (1996). Prevalence of Psychiatric Disorder among Incarcerated Women: Convicted Felons Entering Prison. *Archives of General Psychiatry*, 53, 513-519.
- Kernberg, O. F. (1984). *Les troubles graves de la personnalité: stratégies psychothérapeutiques*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe Personality Disorder: Psychotherapeutic Strategies*, New Haven, CT: Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, New York: Aronson.

- Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., Appelbaum, A. H. (1989). *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*. New York: Basic Books.
- Kreitman, N. (1977). *Parasuicide*. Chichester, England: Wiley.
- Krohn, A. (1974). Borderline « empathy » and differentiation of object representations. *International Journal of Psychoanalysis and Psychotherapy*, 3, 142-165.
- Kroll, J. (1993). *PTSD/Borderlines in Therapy*, New York: Norton Press.
- Layden, M. A., Newman, C. F., Freeman, A., Byers Morse, S. (1993). *Cognitive Therapy of Borderline Personality Disorder*, Boston: Allyn and Bacon.
- Levins, R., et Lewontin, R. (1985). *The dialectical biologist*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients, *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive Behavioral Treatment of borberline personality Disorder*, New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*, New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Heard, H. L., Armstrong, H. E. (1993c). Naturalistic follow-up of behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients, *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.
- Linehan, M. M., (1995). *Understanding Borderline Personality Disorder, the Dialectical Approach. Program Manuel*. New-York : Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1996). *Treatment Development, Validation and Dissemination*. Invited address at the Conference on drug abuse, American Psychological Association Meeting, August 9-13, Toronto, Canada.
- Maltsberger, J. T., Buie, D. (1973). Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Archives of General Psychiatry*, 30, 625-633.
- Marziali, F., Monroe-Blum, H. (1994). *Interpersonal Group Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*. New York: Basic Books.
- Masterson, J. (1983). *Countertransference and Psychotherapeutic Technique*. New York: Brunner/Mazel.

- Masterson, J. (1976). *Psychotherapy of the borderline Adult*, New York: Brunner/Mazel.
- Masterson, J. (1972). *Treatment of the Borderline Adolescent*, New York: John Wiley and Sons.
- Marx, K., et Engels, F. (1970). *Selected work* (vol.3). New-York : International.
- McGlashan, T. H. (1986a). The Chestnut Lodge follow-up study: III. Long-term outcome of borderline personalities. *Archives of General Psychiatry*, 43, 20-30.
- McGlashan, T. H. (1986b). Schizotypal personality disorder: The Chestnut Lodge follow-up study: IV. Long-term follow-up perspectives. *Archives of General Psychiatry*, 43, 329-334.
- McGlashan, T. H. (1987). Borderline personality disorder and unipolar affective disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 467-473.
- McGlashan, T. H. (1992). The longitudinal profile of borderline personality disorder: Contributions from the chestnut Lodge follow-up, in *Handbook of borderline Disorders*. Edited by Silver, D., Rosenbluth, M. Madison, Conn: International Universities Press. 53-58.
- McGlashan, T. H. (1993). Implications of outcome research for treatment of borderline personality disorder, in Paris, J., ed., *Borderline Personality Disorder: Etiology and Treatment*. Washington: American Psychiatric Press, 235-260.
- Morgenstern, J., Lagenbucher, J., Labouvie, E., Miller, K. J. (1997). The comorbidity of alcoholism and personality disorder in a clinical population - prevalence rates and relation to alcohol typology variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 74-84.
- Morissette, L., et Parisien, M. (1997). Contribution de l'hôpital au traitement du patient borderline. *Santé Mentale au Québec: Thérapies et patients borderlines*, 22, 30-42.
- Orcutt, C. (1997). Le trouble limite du soi: l'approche de Masterson. *Santé Mentale au Québec: Thérapies et patients borderlines*, 22, 69-86.
- Paris, J. (1997). Succès et échecs dans le traitement de patients souffrant de troubles de la personnalité limite. *Santé Mentale au Québec: Thérapies et patients borderlines*, 22, 16-29.
- Paris, J. (1994). *Borderline Personality Disorder: A Multidimensional Approach*, American, Washington: Psychiatric Press.

- Paris, J. (1993). The treatment of borderline personality disorder in light of the research on its long-term outcome, *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 528-534.
- Paris, J., Braveman, S. (1995). Successful and unsuccessful marriages in borderline patients. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 23, 153-166.
- Paris, J., Nowlis, D., Brown, R. (1989). Predictors of suicide in borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 8-9.
- Paris, J., Brown, R., Nowlis, D. (1987). Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital, *Comprehensive Psychiatry*, 40, 530-535.
- Parloff, M. B., Waskow, I. E., Wolfe, B. E. (1978). Research on therapist variables in relation to process and outcome. In S. L. Garfield et A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change : An empirical analysis* (2 nd ed., pp. 233-282). New-York : Wiley.
- Pope, H. G., Jonas, J. M., Hudson, J. I., Cohen, B. M., Gunderson, J. G. (1983). The validity of DSM-III borderline personality disorder: A phenomenologic, family history, treatment response, and long-term follow-up study. *Archives of General Psychiatry*, 40, 23-30.
- Pretzer, J. (1990). Borderline personality disorder. Dans *Cognitive therapy of Personality Disorders*. Beck, A. T. et Freeman, A., éditeurs. New York: Guilford Press. 176-207.
- Pretzer, J. L., Beck, A. T. (1996). A cognitive theory of personality disorder, in Clarkin, J. F., Lenzenweger, M. F., eds., *Major Theories of Personality Disorders*, New York: Guilford. 36-105.
- Richard, H. (1989). Les leçons de Cléopâtre ou réflexions sur le contre-transfert et les états-limites. *Santé mentale au Québec*, 1, 46-59.
- Rinsley, D. B. (1990). The severely disturbed adolescent: indications for hospital and residential treatment. *Bulletin of Menninger Clinic*, 54, 3-12.
- Runeson, B., Beskow, J. (1991). Borderline personality disorder in young Swedish suicides. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 153-156.
- Sabo, A. N., Gunderson, J., Najavits, L. M., Chauncey, D., Kiesel, C. (1995). Changes in self-destructiveness of borderline patients in psychotherapy: a prospective follow up, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 370-376.
- Sack, A., Sperling, M. B., Fagen, G., Foelsh, P. (1996). Attachment Style, History and Behavioral Contrasts for a Borderline and Normal Sample. *Journal of Personality Disorders*, 10, 88-102.

- Sansone, R. A., Sansone, L. A., Wiederman, M. W. (1996). Borderline personality disorder and health care utilization, *Southern Medical Journal*, 89, 1162-1165.
- Shearer, S. L., Peters, C. P., Quaytman, M. S., Wadman, B. E. (1988). Intent and lethality of suicide attempts among female borderline inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1424-1427.
- Showers, C., et Cantor, N. (1985). Social Cognition : A look at motivated strategies. *Annual Review of Psychology*, 36, 275-305.
- Silver, D., Cardish, R. (1991). *BPD outcome studies: psychotherapy implications*, presented at the American Psychiatric Association, New Orleans, LA.
- Simon, H. E. (1990). Invariants of human behavior. *Annual Review of Psychology*, 41, 1-20.
- Simon, R. I. (1989). Sexual exploitation of patients: how it begins before it happens. *Psychiatric Annals*, 19, 104-122.
- Skodol, A. E., Buckley, P., Charles, E. (1983). Is there a characteristic pattern in the treatment history of clinic outpatients with borderline personality? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 405-410.
- Smith, S. (1977). The golden fantasy: a regressive reaction to separation anxiety. *International Journal of Psychoanalysis*, 58, 311-324.
- Smith, T. E., Koenisberg, H. W., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F. (1995). Predictors of dropout in psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder, *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 4, 205-213.
- Soloff, P. H., Lis, J. A., Kelly, T., Cornelius, J., Ulrich, R. (1994). Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1316-1323.
- Steinert, T., Shidmichel, P. O., Kaschka, W. P. (1996). Considerable improvement in a case of obsessive-compulsive disorder in a emotionally unstable personality disorder, borderline type under treatment with clozapine. *Pharmacopsychiatry*, 29, 111-114.
- Stevenson, J., Meares, R. (1992). An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder, *American Journal of Psychiatry*, 149, 358-362.
- Stone, M. H., Stone, D. K., Hurt, S. W. (1987). Natural history of borderline patients treated by intensive hospitalization. *Psychiatry Clinical of North America*, 10, 185-206.

- Stone, M. H. (1990). *The Fate of Borderline Patients*, New York: Guilford
- Stone, M. H. (1980). *The borderline syndromes: Constitution, personality, and adaptation*. New York: McGraw-Hill.
- Stone, M. H. (1981). Psychiatrically ill relatives of borderline patients: A family study. *Psychiatric Quarterly*, 58, 71-83.
- Stone, M. H. (1976). Boundary violations between therapist and patient. *Psychiatric Annals*, 6, 670-677.
- Tremblay, N. (1996). *Clivage: mère-grand ou loup*. (Prix AMPQ / Bristol-Myers Squibb 1996).
- Turkat, I. D. (1990). *The personality disorder: a psychological approach to clinical management*, Elmsford, New York: Pergamon Press.
- Van Der Kolk, B. A., Perry, J. C., Herman J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1665-1671.
- Wagner, A. W., Linehan, M. M., Wasson, E. J. (1989). *Parasuicide: Characteristics and relationship to childhood sexual abuse*. Poster presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.
- Wagner, A. W., Linehan, M. M. (1994). Relationship between childhood sexual abuse and topography of parasuicide among women with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 8, 1-9.
- Waldinger, R. J. (1987). Intensive psychodynamic therapy with borderline patients: an overview. *American Journal of Psychiatry*, 144, 267-274.
- Widiger, T. A., Frances, A. J. (1989). Epidemiology, diagnosis, and comorbidity of borderline personality disorder. In A. Tasman, R. E. Hales, A. J. Frances (Eds.), *Review of Psychiatry* (vol. 8, pp. 8-24). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Yeomans, F. (1993). When a therapist Overindulges a Demanding Borderline Patient. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 334-336.
- Young, J. E. (1993a). *Overview Outline for Schema focused Cognitive Therapy for Borderline Personality Disorder*. Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J. E. (1993b). *Treatment Outline: Schema-Focused Cognitive Therapy for Borderline Personality Disorder*. Cognitive Therapy Center of New York.

Young, J. E., Klosko, J. S. (1995). *Je réinvente ma vie*, Montréal: Les éditions de l'Homme.

Zanarini, M. E., Frankenburg, F. R. (1994). Emotional hypochondriasis, hyperbole, and the borderline patient. *Journal of Psychotherapy Practice and research*, 3, 25-36.

ANNEXE A

**Questionnaire : Les raisons d'être du groupe d'entraînement
à la maîtrise de soi**

Les raisons d'être du «Groupe d'entraînement à la maîtrise de soi»

Selon vous, quelles sont les réalités des besoins d'un tel groupe?

Quel est votre intérêt personnel face à ce groupe?

Quel(s) objectif(s) souhaiteriez-vous voir atteint(s) par les participants?

Selon vous, quelles difficultés seront rencontrées? (participants, animateurs, structures, contenu)

ANNEXE B

Document : Rencontre préparatoire avec le participant

Rencontre préparatoire avec le participant

Voici une liste des éléments importants qui devraient être abordés avec le participant avant son «acceptation» dans le groupe de maîtrise de soi. Cette rencontre devrait aussi permettre au participant de prendre une décision éclairée quant à son désir de rejoindre le groupe.

1. Entrevue diagnostic:
 - Vérifiez avec le participant à combien de critères celui-ci répond.
2. Brève présentation de la problématique des TPL selon le modèle biosocial.
 - Ce qui caractérise le plus les TPL est un problème de régulation des émotions. Ce problème résulte de l'influence multiple de différents facteurs lors du développement: une prédisposition biologique (vulnérabilité émotionnelle et modulation des émotions qui est non-adaptative et inadéquate) et le contexte environnemental (environnement invalidant).
3. Présentation des caractéristiques du programme d'entraînement aux habiletés.
 - Ce programme est supportant, repose sur une approche cognitive et comportementale, est tourné vers l'apprentissage, mise sur l'acceptation du participant tout en stimulant le changement et implique un travail d'équipe et de collaboration où le participant joue un rôle actif.
4. Structure du programme
 - Une à deux semaines d'introduction et huit semaines d'entraînement à la maîtrise de soi. Les sessions sont divisées en deux parties: 1h00 pour un retour sur les devoirs de la semaine précédente et 1h00 pour la présentation de nouveau matériel.
5. Présentation de ce qui est attendu de la part du participant et des animateurs.
 - Discutez et présentez les règlements et les clauses du contrat (réduire les comportements suicidaires, présence aux rencontres, collaboration avec les animateurs, faire des efforts raisonnables afin d'avancer, être respectueux des autres, respecter la confidentialité, règle d'utilisation du téléphone, etc.)
 - Présentez ce que les animateurs offriront en échange (efforts afin d'être le plus efficace possible, agir de manière éthique, être disponible et respectueux envers le participant, maintenir la confidentialité, etc.)
6. Obtention de l'engagement du participant face à son implication dans le programme.
7. Évaluer les éléments qui pourraient interférer avec le programme.
 - Modifiez les croyances ou attentes du participant concernant le suivi de groupe qui pourraient nuire au suivi et même conduire à une décision précoce d'abandonner.

ANNEXE C

Questionnaire : Caractéristiques de la clientèle

Caractéristiques de la clientèle

Renseignements généraux:

Âge: _____

Sexe: _____

État civil: Célibataire: _____ Marié: _____ Divorcé: _____
Séparé: _____ Veuf: _____

Enfant(s): Non _____ Oui _____

Si oui: Nombre: _____

À la charge du participant: Non _____ Oui _____

Situation professionnelle: _____

Source de revenu: _____

Renseignements reliés à la santé mentale:

Diagnostic (si en possède un): _____

Répond à combien de critères (voir la feuille suivante)

Écrire les numéros correspondants: _____

Comportements suicidaires:

Nombre de fois depuis les cinq dernières années: _____

Dans quel contexte: _____

Comportements parasuicidaires:

Sévérité du comportement: _____

Fréquence dans les cinq dernières années: _____

À quand remonte le dernier comportement? _____

Dans quel contexte: _____

Renseignements sur les objectifs et la motivation:

Objectifs du participant: _____

Degré de motivation du participant

1	2	3	4	5
Faible		Bonne		Excellente

Objectifs de l'intervenant:

Énumération des critères diagnostics:

Mode général d'instabilité de l'humeur, des relations interpersonnelles et de l'image de soi-même, apparaissant au début de l'âge adulte et présent dans des contextes divers comme en témoignent au moins **cinq** des manifestations suivantes:

1. Instabilité et excès dans le mode des relations interpersonnelles exprimés avec intensité et caractérisés par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation et de dévalorisation.
2. Impulsivité dans au moins deux domaines qui sont potentiellement dommageables pour la personne. Par exemple: dépenses, sexualité, toxicomanie, vol à l'étalage, conduite automobile dangereuse, excès boulimique (ne pas inclure les comportements suicidaires et d'automutilation).
3. Instabilité affective caractérisée par des changements marqués d'humeur avec passage de l'humeur de base à la dépression, à l'irritabilité ou à l'anxiété, durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours.
4. Colères intenses et non appropriées ou manque de contrôle de la colère, par exemple fréquents excès de mauvaise humeur, colère permanente, bagarres répétées.
5. Menaces, comportements ou gestes suicidaires ou comportements répétés d'automutilation.
6. Perturbation marquée et persistante de l'identité caractérisée par une incertitude dans au moins deux secteurs suivants: image de soi-même, orientation sexuelle, objectifs à long terme ou choix de carrière, type d'amis recherchés, choix de valeurs.
7. Sentiments permanents de vide et d'ennui.
8. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés (ne pas inclure les comportements suicidaires ou d'automutilation).
9. Idées paranoïdes transitoires reliées au stress ou symptômes sévères de dissociation.

ANNEXE D

Consentement ou refus de l'utilisateur

Nom : _____
 Dossier # : _____

Consentement ou refus de l'utilisateur

Je, soussigné-e, _____ reconnais que les examens et services m'ont été expliqués.

Consentement :

J'autorise les intervenants-es du CLSC Frontenac à poser les interventions nécessaires à ma demande de services.

<input type="checkbox"/> J'accepte <input type="checkbox"/> Je refuse Signature de l'utilisateur : _____ Date : _____	Ce consentement est valide du : _____ au _____ pour les services : _____ Signature du témoin : _____ Date : _____
--	---

<input type="checkbox"/> J'accepte <input type="checkbox"/> Je refuse Signature de l'utilisateur : _____ Date : _____	Ce consentement est valide du : _____ au _____ pour les services : _____ Signature du témoin : _____ Date : _____
--	---

<input type="checkbox"/> J'accepte <input type="checkbox"/> Je refuse Signature de l'utilisateur : _____ Date : _____	Ce consentement est valide du : _____ au _____ pour les services : _____ Signature du témoin : _____ Date : _____
--	---

<input type="checkbox"/> J'accepte <input type="checkbox"/> Je refuse Signature de l'utilisateur : _____ Date : _____	Ce consentement est valide du : _____ au _____ pour les services : _____ Signature du témoin : _____ Date : _____
--	---

Consentement ou refus de la personne autorisée

Je, soussigné-e, _____ reconnais que les examens et services m'ont été expliqués

Consentement :

J'autorise en ma qualité de personne autorisée, les intervenants-es du CLSC Frontenac à poser les interventions nécessaires à la demande de services.

<input type="checkbox"/> J'accepte <input type="checkbox"/> Je refuse Signature de la personne autorisée : _____ Date : _____	Ce consentement est valide du : _____ au _____ pour les services : _____ Signature du témoin : _____ Date : _____
---	--

<input type="checkbox"/> J'accepte <input type="checkbox"/> Je refuse Signature de la personne autorisée : _____ Date : _____	Ce consentement est valide du : _____ au _____ pour les services : _____ Signature du témoin : _____ Date : _____
---	--

ANNEXE E

Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je, soussigné-e, _____, accepte librement de participer au groupe d'entraînement à la maîtrise de soi. On m'a expliqué que:

1. Le CLSC Frontenac offre, pour la première fois, ce suivi de groupe dans le but de vérifier si une telle approche peut répondre aux besoins de la clientèle qu'il dessert.
2. Moyennant une implication active dans ce suivi de groupe, je développerai des habiletés qui me permettront d'améliorer ma qualité de vie.
3. Je ne cours aucun risque ou danger en participant à ce groupe. Je devrai cependant me présenter au CLSC une après-midi par semaine pour une durée maximum de dix semaines afin d'assister aux rencontres du groupe. Le reste de la semaine, je devrai pratiquer les habiletés enseignées et remplir une fiche hebdomadaire.
4. Je peux me retirer du groupe en tout temps sans avoir à subir de conséquences négatives. Je n'ai qu'à contacter les animateurs du groupe ainsi que mon intervenant individuel afin de leur faire part de ma décision.
5. L'anonymat de ma participation ainsi que la confidentialité de mes propos seront préservés de la façon suivante:
 - 5.1. les animateurs s'engagent à respecter la confidentialité, c'est-à-dire à ne pas rapporter les noms et les propos des participants.
 - 5.2. les participants doivent s'engager à faire de même afin d'avoir le droit de se joindre au groupe.
 - 5.3. le présent formulaire de consentement sera conservé dans un endroit où seuls les animateurs du groupe et mon intervenant individuel auront accès.
6. L'implantation de ce suivi de groupe est approuvée par le CLSC Frontenac. Elle est également faite sous la direction de M. Jérôme Guay (docteur en psychologie), professeur à l'École de psychologie de l'Université Laval. Toutes plaintes, critiques ou demande d'informations pourra être acheminée à Hélène Busque (tél.: 338-3511).

Entente lue et signée ce _____ 1998.

Intervenant attitré: _____ Participant: _____

Animateurs: _____

ANNEXE F

Contrat thérapeutique

Groupe d'entraînement à la maîtrise de soi

Contrat thérapeutique

L'utilisateur:

- Attendu que vous vous engagez volontairement à travailler sur vous-même en entrant en thérapie;
- Attendu que cet engagement nécessite que vous soyez motivé(e); c'est-à-dire que vous êtes disposés à pratiquer quotidiennement et à remplir les feuilles appropriées;
- Attendu qu'il s'agit d'une période fructueuse pour amorcer des changements;
- Attendu que vous favoriserez le développement d'un climat d'entraide. Nous entendons par entraide, un contexte favorisant les relations réciproques d'échange de services ou d'aide. L'entraide repose sur le principe suivant: tous reconnaissent que leurs expériences leur donnent un avantage pour aider les autres et qu'eux-mêmes peuvent bénéficier de l'expérience des autres. L'entraide ou le travail d'équipe devient un outil garant de succès.
- Attendu que l'amélioration de votre état peut être partiellement ou complètement compromise par des dérogations aux règles sur lesquelles nous nous sommes entendus dès le départ;

Nous mettons en priorité le respect des règles suivantes:

- Maintenir le lien thérapeutique avec votre thérapeute principal (d'ici la fin du module, 2 rencontres que vous devrez gérer selon vos besoins). Pour ce qui est des demandes d'aide par téléphone, les participants s'engagent d'abord à faire appel aux autres membres du groupe ou aux autres ressources existantes (Onde-Amitié, Le Havre, Info-Santé, etc.);
- Mettre en oeuvre tous les efforts possibles afin de pratiquer consciemment et quotidiennement les habiletés enseignées et de remplir quotidiennement les feuilles appropriées;
- Mettre en oeuvre tous les efforts possibles afin d'améliorer le contrôle des gestes parasuicidaires et suicidaires;
- Mettre en oeuvre tous les efforts possibles afin d'améliorer le contrôle des attitudes et comportements incompatibles avec le suivi régulier de la thérapie;
 - drogues, alcool, surmédication, etc.,
 - ne pas manquer plus de deux séances et ne pas assister aux séances de thérapie sous influence de drogues, alcool ou en intoxication médicamenteuse.
- Mettre en oeuvre tous les efforts possibles afin d'améliorer le contrôle des attitudes et comportements perturbant le climat thérapeutique du groupe (menaces, autoagressivité, agressivité, violence, critiques excessives, etc.);
- Éviter en tout temps, toutes les attitudes et comportements mettant en danger l'intégrité ou la sécurité des autres (autres participants, employés et thérapeutes);
- S'engager à respecter les règles de fonctionnement du groupe.

Si vous ne respectez pas ces règles, nous comprenons en cela que le moment n'est pas propice pour vous de poursuivre cette thérapie, ou que votre motivation est actuellement insuffisante. Il s'en suivra conséquemment une suspension du traitement actif à moins que suite à votre demande, le groupe accepte que vous continuiez le traitement.

Signature:

Intervenant attitré: _____ Participant: _____

Animateurs: _____

ANNEXE G

Liste des règlements

DOCUMENT GÉNÉRAL NO 2

Les grandes lignes de l'entraînement à la maîtrise de soi

1. Un participant qui manque deux rencontres doit se retirer définitivement du groupe. Il pourra réintégrer le programme seulement s'il en a fait la demande au groupe et que ce dernier accepte de l'accueillir de nouveau.
2. Chaque participant doit, parallèlement au groupe, avoir un suivi individuel.
3. Les participants ne doivent pas se présenter aux rencontres sous l'influence d'alcool ou de drogues.
4. Les participants doivent éviter de discuter de leurs comportements parasuicidaires et de leurs idées suicidaires (passés ou présents) avec les autres participants.
5. Un participant qui en appelle un autre pour avoir de l'aide lors de pensées suicidaires doit être capable de recevoir l'aide demandée. Il doit aussi être capable d'accepter la possibilité que la personne appelée ne se sente pas la capacité de l'aider.
6. Les informations dévoilées durant les rencontres ainsi que les noms des participants doivent demeurer confidentiels.
7. Un participant qui pense qu'il sera en retard ou qu'il manquera une rencontre devrait appeler d'avance le responsable afin de l'en informer.
8. Les participants ne doivent pas, en dehors du groupe, établir de relations privées avec d'autres participants.
9. Des partenaires sexuels ne devraient pas faire partie du même groupe.

Autres règlements pour le groupe/notes:

ANNEXE H

**Document : Comment agir face aux comportements
suicidaires ou parasuicidaires**

Comment agir face aux comportements suicidaires ou parasuicidaires

Pour l'intervenant qui suit en individuel

1- Lorsque que le client a eu une crise suicidaire ou parasuicidaire:

T¹ n'a pas de contact téléphonique avec C dans les 24 heures suivant l'incident (sauf si urgence médicale). Le comportement sera discuté dans la prochaine rencontre individuelle.

Lors de la prochaine rencontre individuelle :

T évalue la fréquence, l'intensité et la sévérité du comportement.

T fait l'analyse en chaîne du comportement (voir le protocole d'analyse du comportement suicidaire ou parasuicidaire).

T discute des solutions de rechange (voir le protocole d'analyse du comportement suicidaire ou parasuicidaire).

T met l'emphase sur les conséquences négatives du comportement.

T renforce les réponses non-suicidaires.

T aide C à s'engager dans un plan de comportements non-suicidaires.

T valide la douleur de C.

2- Lorsque les risques de passage à l'acte sont réels:

T évalue les risques de comportements suicidaires ou parasuicidaires

- T utilise la liste des facteurs de risque liés au suicide pour prédire les risques à long terme.
- T utilise la liste des facteurs de risque liés au suicide imminent pour prédire les risques à court terme.
- T élabore, rend disponible et utilise un plan d'intervention en cas de crise.
- T est au courant des méthodes qui pourraient être utilisées pour les comportements suicidaires ou parasuicidaires.
- T vérifie (si nécessaire) auprès de personnes ressources les risques réels des méthodes annoncées.

¹ T = Thérapeute (intervenant) qui suit le client en individuel.

C = Client.

Tg = Thérapeute (animateur) du groupe.

T élimine ou amène C à se débarrasser des éléments qui pourraient être utilisés.

T dirige fortement C à ne pas commettre de gestes suicidaires ou parasuicidaires.

T maintient sa position à savoir que les comportements suicidaires ou parasuicidaires ne sont pas une bonne solution.

T présente des arguments et des solutions afin de créer de l'espoir chez C.

T garde un contact étroit et suit le plan de traitement lorsque les risques suicidaires sont imminents et importants.

- T est plus actif dans de telles circonstances.
- Généralement T n'intervient pas directement pour prévenir les comportements parasuicidaires sauf si les risques médicaux sont importants.
- T est plus conservateur avec les nouveaux C.
- T comprend que C parle par le biais de ses comportements.
 - ⇒ T tente d'éliminer de tels comportements.
 - ⇒ T enseigne à C comment prévenir de tels comportements dans le futur.
- T comprend que les comportements suicidaires sont des comportements opérants.
 - ⇒ T cherche des réponses qui vont à la fois dans le sens de son plan de traitement et qui de toute manière seront bénéfiques pour C.
 - ⇒ T agit de manière à avoir un effet aversif - une réponse thérapeutique qui ne renforcerait pas de tels comportements.
- T cherche des réponses optimales, naturelles et qui diminueraient les facteurs de risques (comportement répondant) tout en minimalisant le renforcement (comportement opérant ou bénéfiques secondaires).
- T cherche à stimuler les capacités de C avant de faire une intervention active.
- T reste flexible devant les options envisagées.
- Si T envisage des interventions avec lesquelles C est en désaccord, T est honnête dans les raisons justifiant de telles actions.

T anticipe la récurrence.

T communique à C les conséquences que ses comportements suicidaires peuvent avoir sur les autres personnes de son réseau.

3- Lorsqu'un comportement parasuicidaire se produit durant le contact avec le client ou lorsqu'il vient juste d'être fait.

T évalue les risques médicaux potentiels du comportement en consultant d'autres ressources au besoin.

- T évalue les capacités de T à demander de l'aide médicale par lui-même.
- T cherche à identifier les personnes qui sont significatives pour C et qui pourraient lui venir en aide.

Si l'urgence médicale est réelle, T alerte l'entourage de C et communique avec les services d'urgence (911).

- T et C gardent contact jusqu'à l'arrivée de l'aide.

S'il n'y a pas d'urgence médicale, T amène C à obtenir de l'aide médicale par lui-même.

- T amène C à téléphoner et à se présenter à l'urgence.

S'il n'y a pas d'urgence médicale et que C n'est pas disposé à demander de l'aide par lui-même, T utilise la stratégie de résolution de problème.

- T ne prend pas un «non» comme étant une réponse.
- T intervient sur les peurs de C face à une hospitalisation involontaire.
- T oriente C sur comment agir avec les professionnels de la santé.
- T informe le milieu hospitalier de suivre les procédures habituelles.
- T intervient, si nécessaire, pour prévenir une hospitalisation involontaire.

S'il est clair qu'une intervention médicale n'est pas nécessaire, T suit la règle des 24 heures.

Pour l'intervenant qui suit en groupe

Tg garde C en sécurité.

- Tg aide C à utiliser les stratégies enseignées jusqu'au moment où T aura été contacté.
- C peut contacter son docteur pour une possible réajustation de sa médication jusqu'au moment où T aura été contacté.
- Les autres intervenants utilisent l'intervention de crise, les stratégies de résolution de problèmes ou les autres stratégies du programme jusqu'au moment où C pourra rencontrer T ou bénéficier d'une rencontre supplémentaire si encore disponible.

Tg réfère C à T.

ANNEXE I

Protocole d'analyse du comportement suicidaire ou parasuicidaire

GROUPE D'ENTRAÎNEMENT À LA MAÎTRISE DE SOI

Protocole d'analyse du comportement suicidaire ou parasuicidaire¹

Préambule:

Compte tenu de notre position du choix de la vie par rapport à la mort par suicide, compte tenu de votre engagement à travailler sur vous-même en entrant en thérapie, compte tenu qu'une crise est une période propice pour des changements, compte tenu que votre cheminement peut être partiellement ou complètement compromis par des comportements suicidaires ou parasuicidaires, nous plaçons en priorité au-delà de tout, le contrôle du comportement suicidaire ou parasuicidaire.

Si vous vous engagez dans tout comportement suicidaire ou parasuicidaire, donc de désirez vous tuer ou vous infliger des blessures, nous attendons de vous que vous vous impliquiez immédiatement dans ce protocole concernant le comportement suicidaire et parasuicidaire et ceci, avant de poursuivre votre thérapie. Ce protocole comporte 3 étapes.

Étape 1: Analyse de votre comportement et analyse de solutions

Vous travaillerez seul(e) à compléter une série de questions en regard de votre comportement. Travailler seul(e) à cette étape vous aidera à ne pas être distrait(e) et de pouvoir ainsi mettre le focus sur vos propres pensées. C'est aussi un modèle à acquérir pour la vie en dehors au-delà de cet épisode, où vous êtes laissés à vous-mêmes.

Étape 2: Implication de vos pairs et du personnel

À cette étape, vous recevrez des commentaires de vos pairs. Ceci vous donne la chance de recevoir des opinions et des suggestions valables de leur part, et réciproquement, cela leur procure la chance d'apprendre de votre expérience. Cette étape 2 se termine par la révision avec votre intervenant, vous déciderez de ce qui doit être fait à l'étape 3.

Étape 3: Réparation

Vous avez l'opportunité de réparer tout dommage encouru par votre épisode de comportement suicidaire ou parasuicidaire. Nous entendons par cela, les effets négatifs que votre comportement a entraînés à vos pairs, à des membres du personnel, à des membres de votre famille ou à toute autre personne.

¹ Comportement parasuicidaire:

1. Comportement d'automutilation non fatal, résultant en des dommages physiques, une maladie ou un risque de mort.

2. Tout ingestion de médicaments ou d'autres substances non prescrites ou en excès de votre prescription, avec l'intention de vous causer des dommages ou de mourir.

Exemple: Vous couper, mordre, égratigner, vous priver dangereusement de nourriture ou vous engager dans des épisodes sévères de boulimie.

Fonctionnement des trois étapes

Étape 1: Analyse de votre comportement et analyse de solutions

1. Commencez immédiatement après l'incident ou l'intention imminente.
2. Si l'incident se produit tard dans la soirée, la nuit ou lors d'une fin de semaine, l'analyse et les étapes subséquentes doivent se dérouler aussitôt que vous avez réintégré le programme.
3. Complétez la série de questions du protocole.
4. Travaillez seul(e) pour une période d'une heure.
5. Lorsque vous aurez complété le protocole à votre satisfaction, après au moins une heure, informez-en intervenant social et débutez l'étape 2.

Étape 2: Rencontre avec votre intervenant social

1. Prévoyez avec un des animateurs du groupe, une période où vous pourrez revenir en groupe sur le contenu de votre chaîne d'analyse.
2. Le partage concernant votre analyse doit mettre l'emphase sur les points 3 et 4 du protocole. Le but est ici de partager des éléments de manière constructive et non de manière à faire revivre la souffrance éprouvée.
3. Dans la rencontre de groupe, revoyez votre analyse comportementale de l'incident et obtenez des commentaires (feed-back) du groupe ainsi que leurs suggestions.
4. Prenez en notes les suggestions du groupe.
5. À la fin de cette étape, organisez une rencontre avec votre intervenant social et revoyez votre protocole avec lui.

Étape 3: Réparation

1. Lors de votre analyse comportementale vous avez identifié certaines personnes que votre comportement suicidaire ou parasuicidaire a pu blesser ou déranger. Cette étape est le moment où vous prenez contact avec ces personnes pour discuter de ce qui s'est passé, vous procurant l'opportunité de réparer tout dommage possible.
2. Cette étape ce termine par un retour sur l'ensemble du protocole lors de votre prochaine rencontre avec votre intervenant social.

Après ce point, votre protocole est complété.

Protocole d'analyse du comportement suicidaire ou parasuicidaire

1. Comportement suicidaire ou parasuicidaire

Décrivez **en détail** votre comportement suicidaire ou parasuicidaire

Quel a été ce comportement?

Où et quand cela s'est-il passé?

Qui d'autre était impliqué?

Qu'est-il arrivé avec les moyens utilisés pour ce suicide ou parasuicide?

Protocole d'analyse du comportement suicidaire ou parasuicidaire (suite)

2. Antécédents

Identifiez les **comportements**, les **événements**, les **pensées**, les **émotions** et les **sensations physiques** qui ont pu mener à ce geste.

Soyez spécifique et très détaillé.

Quels sont les événements antérieurs les plus importants qui ont pu contribuer à ce geste?

Protocole d'analyse du comportement suicidaire ou parasuicidaire (suite)

3. Conséquences

Identifiez ce que votre geste a entraîné comme **conséquences**, ceci inclut vos propres sentiments, pensées, comportements, les événements autour de vous et les réactions des autres.

Protocole d'analyse du comportement suicidaire ou parasuicidaire (suite)

4. Analyse de Solutions

Maintenant regardez à nouveau l'analyse que vous avez faite et identifiez ce que vous auriez pu faire qui aurait été plus **adapté** et plus **efficace**, pour ainsi éviter le comportement suicidaire.

Indiquer les habiletés que vous avez utilisées, celles qui auraient pu l'être et que vous utiliseriez la prochaine fois.

Qu'est-ce qui vous a empêché d'utiliser ces habiletés cette fois-ci?

Quelles sortes de conséquences à un tel comportement pourraient vous aider à conserver le contrôle la prochaine fois?

Protocole d'analyse du comportement suicidaire ou parasuicidaire (suite)

5. Résumé

Sur cette page, résumez l'analyse de votre comportement et des solutions, des antécédents et des conséquences que vous avez identifiés.

Soulignez particulièrement les **moyens plus adaptés** que vous avez trouvés.

Cette page vous servira de repère rapide en cas de besoin.

ANNEXE J

Document général no 1 : Listes des objectifs

DOCUMENT GÉNÉRAL NO 1

Les objectifs de l'entraînement à la maîtrise de soi

OBJECTIFS GÉNÉRAUX

Apprendre ou raffiner des techniques qui permettront de changer des patrons de comportements, d'émotions et de pensées qui amènent des problèmes dans la vie de tous les jours et qui causent de la souffrance et de la détresse.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Comportements à changer

1. Confusion concernant l'identité et dérégulation cognitive.
2. Impulsivité.
3. Émotions et humeurs labiles.
4. Relations interpersonnelles chaotiques.

Comportements à développer

1. La sagesse interne, avoir une pensée intégrée (ni trop émotive ni trop rationnelle)
2. Apprendre à observer
3. Apprendre à décrire
4. Participer
5. Éviter de juger
6. Faire une chose à la fois
7. Être efficace

DOCUMENT GÉNÉRAL NO 1

Les objectifs de l'entraînement à la maîtrise de soi

OBJECTIFS GÉNÉRAUX

Apprendre ou raffiner des techniques qui permettront de changer des patrons de comportements, d'émotions et de pensées qui amènent des problèmes dans la vie de tous les jours et qui causent de la souffrance et de la détresse.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Comportements à changer

1. Confusion concernant l'identité et dérégulation cognitive.
2. Impulsivité.
3. Émotions et humeurs labiles.
4. Relations interpersonnelles chaotiques.

Comportements à développer

1. Développer la capacité de tolérer et d'accepter la détresse.
2. Apprendre certaines stratégies de survies aux crises.
3. Développer les aptitudes nécessaires pour reconnaître les moments difficiles et composer avec ces derniers.

ANNEXE K

Carte hebdomadaire

GROUPE DE MAÎTRISE DE SOI

CARTE HEBDOMADAIRE

Nom: _____

Semaine du: _____

Jour	Alcool		Médicaments		Drogues illégales		Idées suicidaires (0 - 5)	Détresse émotionnelle (0 - 5)	Comportements parasuicidaires		Crise		Stratégies enseignées (0 - 7)
	Nb	Nature	Nb	Nature	Nb	Nature			Pulsion (0 - 5)	Acte (O/N)	Événement	Solution	
Lundi													
Mardi													
Mercredi													
Jeudi													
Vendredi													
Samedi													
Dimanche													

* 0 = Je n'ai pas pensé à les utiliser

1 = J'y ai pensé mais je n'ai pas voulu les utiliser

2 = J'y ai pensé, je voulais les utiliser mais je ne l'ai pas fait

3 = J'ai essayé mais je n'arrivais pas à les exécuter

4 = J'ai essayé, j'arrivais à les exécuter mais elles n'ont pas aidé

5 = J'ai essayé, j'arrivais à les exécuter et elles ont aidé

6 = Je les ai utilisées sans y penser mais elles n'ont pas aidé

7 = Je les ai utilisées sans y penser et elles ont aidé

CARTE HEBDOMADAIRE
STRATÉGIES UTILISÉES

Instruction: Encerlez la journée où vous avez utilisé la stratégie et codez le degré d'utilisation.

1. Sagesse interne	Lundi	Mardi	Mercredi	Judi	Vendredi	Samedi	Dimanche
2. Observer	Lundi	Mardi	Mercredi	Judi	Vendredi	Samedi	Dimanche
3. Décire	Lundi	Mardi	Mercredi	Judi	Vendredi	Samedi	Dimanche
4. Participer	Lundi	Mardi	Mercredi	Judi	Vendredi	Samedi	Dimanche
5. Eviter de juger	Lundi	Mardi	Mercredi	Judi	Vendredi	Samedi	Dimanche
6. Une chose à la fois	Lundi	Mardi	Mercredi	Judi	Vendredi	Samedi	Dimanche
7. Etre efficace	Lundi	Mardi	Mercredi	Judi	Vendredi	Samedi	Dimanche
8. Se distraire	Lundi	Mardi	Mercredi	Judi	Vendredi	Samedi	Dimanche
9. Stimuler nos cinq sens	Lundi	Mardi	Mercredi	Judi	Vendredi	Samedi	Dimanche
10. Améliorer le moment	Lundi	Mardi	Mercredi	Judi	Vendredi	Samedi	Dimanche
11. Les pous et les contres	Lundi	Mardi	Mercredi	Judi	Vendredi	Samedi	Dimanche
12. Accepter complètement	Lundi	Mardi	Mercredi	Judi	Vendredi	Samedi	Dimanche
13. Ouverture d'esprit	Lundi	Mardi	Mercredi	Judi	Vendredi	Samedi	Dimanche
14. La bonne volonté	Lundi	Mardi	Mercredi	Judi	Vendredi	Samedi	Dimanche

- 0 = Je n'ai pas pensé à les utiliser
 1 = J'y ai pensé mais je n'ai pas voulu les utiliser
 2 = J'y ai pensé, je voulais les utiliser mais je ne l'ai pas fait
 3 = J'ai essayé mais je n'arrivais pas à les exécuter
 4 = J'ai essayé, j'arrivais à les exécuter mais elles n'ont pas aidé
 5 = J'ai essayé, j'arrivais à les exécuter et elles ont aidé
 6 = Je les ai utilisées sans y penser mais elles n'ont pas aidé
 7 = Je les ai utilisées sans y penser et elles ont aidé

ANNEXE L

Feuilles d'autoévaluation

Groupe d'entraînement à la maîtrise de soi**Feuille d'autoévaluation de certaines de mes habiletés**

Nom: _____

Date: _____

Utilisez l'échelle suivante pour évaluer jusqu'à quel point vous êtes en accord avec les énoncés suivants:

1	2	3	4	5
tout à fait en désaccord		neutre		tout à fait en accord

La sagesse interne:

J'arrive à avoir une pensée intégrée (ni trop émotive, ni trop raisonnée mais un équilibre entre les deux). _____

J'arrive à prendre un peu de recul avant d'agir afin d'être moins impulsif dans mes actions ou mes paroles. _____

Je ne laisse pas mes émotions gérer mes pensées et mes actions. _____

Observer:

Je suis capable de prendre conscience d'une situation sans pour autant y réagir. _____

J'arrive à laisser entrer et sortir de ma pensée les situations, les émotions et les idées sans essayer de les repousser ou de les retenir. _____

J'arrive à prendre conscience de ce que je suis en train de faire et aussi de ce qui stimule mes sens sans y mettre une étiquette. _____

Décrire:

J'arrive à décrire ce que j'ai observé en ne rapportant que les faits et non mon interprétation de ce que j'ai observé. _____

Je suis capable de faire la différence entre une pensée et un fait. _____

J'arrive à décrire quelque chose sans le juger. _____

Participer:

Afin de mieux m'impliquer dans ce que je fais, je prends le temps de bien observer et de décrire ce qui doit être fait. _____

J'arrive à m'impliquer dans l'instant présent et à laisser tomber les grands questionnements. _____

Éviter de juger:

J'arrive à faire la différence entre juger quelque chose et en rapporter les conséquences. _____

Je sais que le jugement est parfois nécessaire mais j'arrive à ne pas «trop juger». _____

Je suis capable de prendre une attitude de non jugement. _____

Une chose à la fois:

Je suis capable de faire une seule chose à la fois en y portant toute mon attention. _____

Je suis capable de laisser partir les émotions et les pensées qui viennent me distraire dans mes occupations. _____

Être efficace:

J'arrive à faire ce qui doit être fait sans me laisser influencer par les «juste, pas juste», les «correct, pas correct» ou les «devrais, devrais pas». _____

Je suis capable de répondre aux besoins de la situation dans laquelle je me trouve et non de celle où j'aimerais me trouver. _____

J'arrive à me fixer des objectifs réalistes et à faire ce qu'il faut pour les atteindre tout en restant respectueux. _____

Groupe d'entraînement à la maîtrise de soi

Feuille d'autoévaluation de certaines de mes habiletés

Nom: _____

Date: _____

Utilisez l'échelle suivante pour évaluer jusqu'à quel point vous êtes en accord avec les énoncés suivants:

1	2	3	4	5
tout à fait en désaccord		neutre		tout à fait en accord

Tolérer la détresse:

J'arrive à tolérer ma détresse émotionnelle de manière satisfaisante. _____

Je suis capable d'identifier les moments difficiles que je rencontre et je les gère bien.

Je dispose de certains trucs pour faire face aux crises et je les utilise bien. _____

Lors de moments difficiles, j'arrive à contrôler mon impulsivité et à ne pas empirer la situation dans laquelle je me trouve. _____

Se distraire:

Je suis capable de me changer les idées lorsque je me sens trop envahie par des émotions ou des pensées douloureuses. _____

Je dispose de trucs concrets et efficaces pour me distraire lors de moments difficiles.

J'arrive à contrôler mon attention et à décider de la porter sur autre chose que mes tracas lors de situations souffrantes. _____

Me changer les idées est pour moi une bonne solution temporaire pour tolérer les moments douloureux. _____

Se soulager:

Je ne me sens pas coupable lorsque je me fais du bien dans des périodes difficiles car je sais que j'y ai droit. _____

Je connais des moyens efficaces et adaptatifs que j'utilise pour me soulager lors de moments douloureux. _____

J'arrive à me soulager efficacement lorsque je vis des périodes de crise ou de douleur. _____

Améliorer le moment présent:

Je suis capable de trouver un côté positif dans les difficultés que je rencontre. _____

Lorsque je me sens envahie par la détresse, je ne me laisse pas abattre et je m'encourage à poursuivre, à faire face à la réalité. _____

J'arrive à rendre les moments douloureux moins pénibles à tolérer et ce de manière efficace et contrôlée. _____

Peser les pour et les contre:

J'arrive à identifier les points positifs et négatifs de tolérer la détresse. _____

Après réflexion, il m'arrive souvent de constater qu'il est plus payant de tolérer la détresse que d'agir de manière impulsive. _____

Je suis capable de venir à bout de la souffrance en la tolérant et non en ayant des réactions impulsives. _____

Lors des moments de grande douleur, j'arrive à me contrôler et à évaluer les conséquences de tolérer et de fuir la détresse. _____

Contrôler mes pensées, mes émotions et mon corps par ma respiration:

Je suis capable de contrôler mes pensées, mon impulsivité et mes émotions en me concentrant sur ma respiration. _____

J'arrive à mieux m'accepter et à mieux accepter la réalité telle qu'elle est lorsque je me centre sur ma respiration. _____

Me concentrer sur ma respiration est, pour moi, un moyen efficace pour mieux tolérer les crises et les moments douloureux. _____

Contrôler mes pensées, mes émotions et mon corps en affichant un demi-sourire:

Je sais que mon corps communique avec mon esprit et qu'il peut m'aider à mieux accepter les difficultés que je rencontre. _____

Je suis capable d'adopter une expression faciale sereine et détendue et de me concentrer sur cette dernière afin de mieux tolérer les moments difficiles. _____

Je suis capable de faire un demi-sourire paisible même lorsque je me retrouve dans des situations qui m'amènent de la détresse ou de la colère. _____

Contrôler mes pensées, mes émotions et mon corps par des prises de conscience:

J'arrive à porter toute mon attention sur ce que je suis en train de faire même lorsque je vis des moments difficiles. _____

Lorsque je suis envahie par des émotions ou des pensées négatives, je suis capable de prendre conscience de ce qui m'entoure ou de ce que je suis en train de faire afin de laisser de côté ce qui me bouleverse. _____

Prendre conscience de ce qui m'entoure ou de ce que je fais est un moyen efficace qui me permet de mieux tolérer les situations difficiles. _____

Accepter radicalement et complètement:

Je suis capable d'accepter la détresse émotionnelle sans pour autant l'approuver.

Je suis capable d'accepter la réalité telle qu'elle est et de tolérer le moment présent.

Je suis d'accord avec l'idée que si je refuse d'accepter la douleur, elle se transformera en souffrance. _____

Pour moi, accepter la douleur correspond à devenir passif et à cesser d'avancer vers mes objectifs. _____

Ouvrir son esprit:

Lorsque je rencontre des difficultés, je suis capable de choisir d'accepter plutôt que de lutter contre la réalité. _____

Je sais que l'acceptation ne dure pas toujours mais j'arrive à refaire le choix de continuer à accepter lorsque les moments difficiles tardent à s'atténuer. _____

Choisir d'accepter les choses lorsque je ne peux rien changer où que ce n'est pas le bon moment pour essayer est une méthode qui m'aide à mieux tolérer la détresse.

Faire preuve de bonne volonté et non d'entêtement:

J'arrive à ne pas imposer ma volonté à la réalité et je fais ce qui doit être fait dans la situation où je me trouve. _____

Lorsque j'ai des difficultés, je n'ai pas tendance à devenir passif ou à tout abandonner. Je me concentre sur ce qui fonctionne et je le fais. _____

Dans les moments difficiles, je fais preuve de bonne volonté en mettant à exécution les conseils dictés par ma sagesse interne. _____

ANNEXE M

Feuille de bilan de la rencontre

Groupe d'entraînement à la maîtrise de soi

Bilan de la rencontre

Nom: _____

Date: _____

Aujourd'hui j'ai appris:

Cette semaine, j'ai décidé de pratiquer la ou les stratégie(s) suivante(s):

Mon implication dans la rencontre a été:

Durant la rencontre je me suis senti:

Suite à la rencontre, je me sens:

Afin de me sentir encore mieux la prochaine fois je pourrais:

Commentaires:

ANNEXE N

Fiches évolutives

Fiche évolutive: intervention de groupe

Date: _____

Nom du participant: _____

No. de dossier: _____

Rencontre no. _____ du module _____ .

Évaluation au niveau pratique:

1- Retour sur les exercices de la semaine:

Évaluation du degré de pratique des nouvelles stratégies:

- | | |
|------------------------------|--|
| 1. Sagesse interne | a) N'a pas pensé à les utiliser |
| 2. Observer | b) Y a pensé mais n'a pas voulu les utiliser |
| 3. Décrire | c) Y a pensé, voulait les utiliser mais ne l'a pas fait |
| 4. Participer | d) A essayé mais n'arrivait pas à les exécuter |
| 5. Éviter de juger | e) A essayé, arrivait à les exécuter mais elles n'ont pas aidé |
| 6. Une seule chose à la fois | f) A essayé, arrivait à les exécuter et elles ont aidé |
| 7. Être efficace | g) Les a utilisées sans y penser mais elles n'ont pas aidé |
| | h) Les a utilisées sans y penser et elles ont aidé |

Le participant avait ciblé les habiletés suivantes: _____

Implication dans le partage: 1 2 3 4 5
 peu bien trop

Intérêt pour la pratique: 1 2 3 4 5
 faible bon excellent

Intérêt à poursuivre la pratique:
 1 2 3 4 5
 faible bon excellent

2- Présentation du nouveau matériel:

Intérêt face au nouveau matériel:
 1 2 3 4 5
 faible bon excellent

Compréhension du nouveau matériel:

1	2	3	4	5
faible		bon		excellent

Capacité à exécuter le nouveau matériel:

1	2	3	4	5
faible		bon		excellent

Engagement à pratiquer le nouveau matériel:

1	2	3	4	5
faible		bon		excellent

Évaluation de l'attitude du participant:

Intégration dans le groupe:

1	2	3	4	5
faible		bon		excellent

Écoute des autres:

1	2	3	4	5
faible		bon		excellent

Respect d'autrui:

1	2	3	4	5
faible		bon		excellent

Support offert aux autres:

1	2	3	4	5
faible		bon		excellent

Humeur:

1	2	3	4	5
faible		bon		excellent

Attitude générale:

1	2	3	4	5
faible		bon		excellent

Favorise l'entraide:

1	2	3	4	5
faible		bon		excellent

Degré de verbalisation:

1	2	3	4	5
peu		bien		trop

Commentaires:

Fiche évolutive: intervention de groupe

Date: _____

Nom du participant: _____

No. de dossier: _____

Rencontre no. _____ du module _____ .

Évaluation au niveau pratique:

1- Retour sur les exercices de la semaine:

Évaluation du degré de pratique des nouvelles stratégies:

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 1. Attitude de la sagesse interne | a) N'a pas pensé à les utiliser |
| 2. Se distraire | b) Y a pensé mais n'a pas voulu les utiliser |
| 3. Stimuler les cinq sens | c) Y a pensé, voulait les utiliser mais ne l'a pas fait |
| 4. Améliorer le moment présent | d) A essayé mais n'arrivait pas à les exécuter |
| 5. Les pous et les contres | e) A essayé, arrivait à les exécuter mais elles n'ont pas aidé |
| 6. Exercices d'acceptation | f) A essayé, arrivait à les exécuter et elles ont aidé |
| 7. Acceptation radicale | g) Les a utilisées sans y penser mais elles n'ont pas aidé |
| 8. Ouverture d'esprit | h) Les a utilisées sans y penser et elles ont aidé |
| 9. La bonne volonté | |

Le participant avait ciblé les habiletés suivantes: _____

Implication dans le partage: 1 2 3 4 5
 peu bien trop

Intérêt pour la pratique: 1 2 3 4 5
 faible bon excellent

Intérêt à poursuivre la pratique:
1 2 3 4 5
faible bon excellent

2- Présentation du nouveau matériel:

Intérêt face au nouveau matériel:
1 2 3 4 5
faible bon excellent

Compréhension du nouveau matériel:

1	2	3	4	5
faible		bon		excellent

Capacité à exécuter le nouveau matériel:

1	2	3	4	5
faible		bon		excellent

Engagement à pratiquer le nouveau matériel:

1	2	3	4	5
faible		bon		excellent

Évaluation de l'attitude du participant:

Intégration dans le groupe:

1	2	3	4	5
faible		bon		excellent

Écoute des autres:

1	2	3	4	5
faible		bon		excellent

Respect d'autrui:

1	2	3	4	5
faible		bon		excellent

Support offert aux autres:

1	2	3	4	5
faible		bon		excellent

Humeur:

1	2	3	4	5
faible		bon		excellent

Attitude générale:

1	2	3	4	5
faible		bon		excellent

Favorise l'entraide:

1	2	3	4	5
faible		bon		excellent

Degré de verbalisation:

1	2	3	4	5
peu		bien		trop

Commentaires:

ANNEXE O

**Feuille d'évaluation du «Groupe d'entraînement à la maîtrise de soi»
par le participant**

Évaluation du «Groupe d'entraînement à la maîtrise de soi» par le participant

Êtes-vous désireux de poursuivre avec le groupe d'entraînement à la maîtrise de soi? _____

Qu'est-ce que vous avez particulièrement aimé et moins aimé dans les rencontres de groupe?

Qu'avez-vous retiré de votre participation au groupe d'entraînement à la maîtrise de soi?

Qu'auriez-vous pu faire afin de retirer davantage de votre participation au groupe?

Qu'est-ce que les animateurs auraient pu faire pour que vous s'en retiriez davantage?

Autres suggestions et commentaires:

ANNEXE P

**Feuille d'évaluation du «Groupe d'entraînement à la maîtrise de soi»
par l'intervenant individuel**

**Évaluation du «Groupe d'entraînement à la maîtrise de soi»
par l'intervenant en individuel**

À quelle fréquence rencontriez-vous votre client avant son entrée dans le groupe?

Combien de rencontres avez-vous eu avec votre client durant sa participation? _____

Avez-vous noté des changements chez votre client depuis son entrée dans le groupe?

Lesquels?

Quel est le degré d'atteinte des objectifs que vous (ceux du client et les vôtres) aviez fixés?

Qu'est-ce qui aurait pu être fait pour que votre client retire davantage de sa participation?

Autres suggestions et commentaires:

ANNEXE Q

**Feuille d'évaluation du «Groupe d'entraînement à la maîtrise de soi»
par les animateurs**

Évaluation du «Groupe d'entraînement à la maîtrise de soi» par l'animateur

Qu'avez-vous personnellement trouvé difficile dans votre participation au groupe?

Qu'est-ce que vous avez particulièrement aimé et moins aimé dans les rencontres de groupe?

Qu'avez-vous retiré de votre participation au groupe?

Qu'est-ce que vous aimeriez voir améliorer dans un prochain suivi de groupe?

Autres suggestions et commentaires:
