

Université de Montréal

**ET SI ON NORMALISAIT LA FOLIE? : DÉMARCHE DE CONSCIENTISATION FACE
À LA STIGMATISATION PAR LE BIAIS D'UNE INTERVENTION DE GROUPE AVEC
DES INDIVIDUS VIVANT AVEC LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE**

Par

Geneviève Desjardins

École de service social

Faculté des arts et des sciences

Essai critique présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de M.Sc.
en service social

Juillet 2013

© Geneviève Desjardins, 2013

Université de Montréal

Faculté des arts et des sciences

Cet essai critique intitulé :

**ET SI ON NORMALISAIT LA FOLIE? : DÉMARCHE DE CONSCIENTISATION FACE
À LA STIGMATISATION PAR LE BIAIS D'UNE INTERVENTION DE GROUPE AVEC
DES INDIVIDUS VIVANT AVEC LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE**

présenté par

Geneviève Desjardins

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Annie Fontaine, professeure adjointe

Directeur de maîtrise

Marie-Laurence Poirer, professeure adjointe

Examinatrice externe

Préambule

Le présent essai critique fait suite au stage de pratique spécialisée et vise à remplir les exigences conduisant à l'obtention du grade de maîtrise en service social. Le stage a eu lieu à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal au sein du programme des troubles relationnels et de la personnalité sous la supervision de Monsieur Jean-François Cherrier, travailleur social et psychothérapeute. Le stage s'est déroulé d'octobre 2012 à la mi-mai 2013. La rédaction du présent essai a été effectuée sous la direction de Madame Annie Fontaine, professeure adjointe au département de service social de l'Université de Montréal.

Résumé

Le présent essai critique se veut une réflexion sur l'implantation et la réalisation d'un projet d'intervention de groupe, basé sur les principes de la conscientisation, s'adressant aux personnes présentant un trouble de la personnalité limite quant aux enjeux de la stigmatisation et ses conséquences en lien avec ce trouble. Ce projet d'intervention expérimenté au programme des troubles relationnels et de la personnalité de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal vise, chez les participants, le passage d'une lecture pessimiste de leur réalité à une lecture critique de celle-ci. De plus, grâce à la création d'un outil de sensibilisation en collaboration avec les participants, ce projet souhaite sensibiliser la population générale aux enjeux de la stigmatisation pour les personnes vivant avec un trouble de la personnalité limite ainsi que les professionnels de la santé rencontrant des personnes aux prises avec ce trouble dans leur pratique.

Table des matières

PRÉAMBULE

RÉSUMÉ

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS

REMERCIEMENTS

INTRODUCTION

CHAPITRE 1 : RECENSION DES ÉCRITS

1. Problématique.....	5
1.1 Le trouble de la personnalité limite.....	5
1.2 Étiologie du trouble de la personnalité limite.....	7
1.3 Intervenir auprès des personnes présentant un TPL : un défi pour les intervenants.....	8
1.4 Le processus de stigmatisation et la maladie mentale.....	11
1.5 La stigmatisation et ses conséquences chez les personnes vivant avec le TPL.....	13
2. Cadres d'analyse utilisés pour comprendre cette problématique.....	15
2.1 La théorie de l'attachement.....	15
2.2 Les théories psychodynamiques.....	16
2.2.1 Thérapie basée sur la mentalisation de Fonagy.....	16
2.2.2 Approche développementale, du soi et des relations d'objet de Masterson.....	18
2.3 Traitement cognitivo comportemental.....	19
2.3.1 Thérapie dialectique comportementale.....	19
3. Méthodologies d'intervention utilisées pour intervenir dans cette problématique.....	20
3.1 Traitement psychodynamique.....	20
3.1.1 Thérapie basée sur la mentalisation de Fonagy.....	20

3.1.2 Approche développementale, du soi et des relations d'objet de Masterson	21
3.2 Traitement cognitivo-comportemental	21
3.2.1 Thérapie dialectique comportementale	21
3.2.2 Approche centrée sur les schémas de Jeffrey Young.....	23

CHAPITRE 2: PRÉSENTATION DU PROJET D'INTERVENTION

1. Présentation du lieu où se déroule le projet d'intervention.....	25
1.1 Mission et valeurs	25
1.2 Mode de financement	26
1.3 L'approche par programmes spécifiques.....	26
2. Présentation du programme des troubles relationnels et de la personnalité	27
2.1 Clientèle et admissibilité au programme	27
2.2 Les buts du programme	28
2.3 Les volets du programme	28
2.3.1 L'accueil-liaison-évaluation	29
2.3.2 La clinique externe.....	29
2.3.3 L'hôpital de jour	29
3. Présentation du groupe visé.....	30
4. Présentation et justification de la méthodologie d'intervention retenue.....	31
4.1 Objectifs du projet d'intervention.....	31
4.2 Méthodologie mobilisée pour la réalisation de ces objectifs.....	32
4.3 Justification du choix de cette méthodologie	34
5. Présentation et justification du cadre d'analyse retenu	38
5.1 Fondements/postulats de l'interactionnisme symbolique.....	38
5.2 Conception de la personne	39
5.3 L'interaction	39
5.4 Les symboles	40

5.5 Les rôles	41
5.6 La Déviance.....	42
5.7 Justification du cadre théorique utilisé pour analyser la problématique	42
6. Présentation et justification des approches retenues.....	43
6.1 La conscientisation	43
6.1.1 Origine et définition de l’approche de conscientisation	43
6.1.2 Conception de la personne	44
6.1.3 Le processus de conscientisation	45
6.1.3.1 Les niveaux de conscience.....	45
6.1.3.2 Le dialogue.....	47
6.1.4 Le rôle de l’intervenant.....	48
6.2 Mentalisation	48
7. Description du processus d’élaboration du projet.....	49
8. Description du processus d’implantation du projet	50
CHAPITRE 3 : ANALYSE CRITIQUE	
1. Portrait des participants	52
2. Bilan de l’implantation du projet d’intervention	53
2.1 Éléments ayant favorisé et fait obstacle à l’implantation du projet.....	53
2.1.1 Au plan organisationnel	53
2.1.1.1 Vers une psychiatrie citoyenne	53
2.1.1.2 Éthique et autorisations.....	54
2.1.1.3 Le services des communications de l’I.U.S.M.M: une assistance préciseuse	55
2.1.2 Au plan professionnel	55
2.1.2.1 Intervenir auprès des patients de l’hôpital de jour: un préalable à la mise en place du projet d’intervention.....	55
2.1.2.2 Ouverture des professionnels du programme face au projet d’intervention.....	55

2.1.2.3 Un projet d'intervention complexifiant le recrutement	55
2.1.3 Au plan sociétal.....	56
2.1.3.1 La vidéo: une menace à l'identité sociale.....	56
3. Bilan de l'intervention du projet d'intervention	57
3.1 Des participants aux consciences éveillées	57
3.1.1 Le rôle des médias d'information : une image caricaturale du trouble de personnalité limite	58
3.1.2 La façade : dissimuler l'indésirable	58
3.1.3 L'automutilation : de l'incompréhension au dégoût.....	60
3.1.4 Une souffrance banalisée	60
3.1.5 Le cycle de la stigmatisation.....	61
3.2 Une démarche difficile aux retombées favorables	62
3.2.1 La conception : un partage de vécus exigeant	63
3.2.2 Briser l'isolement : l'aide mutuelle, une méthodologie efficace auprès des groupes marginalisés	64
3.2.3 L'absence de jugement : retrouver son humanité	65
3.2.4 Une réussite laissant place à une vision de soi moins déterminée par le TPL.....	66
3.2.5 Donner une voix : l'envie de combattre.....	67
3.2.6 Être conscientisé : une désolante et lourde vision de la réalité.....	67
3.3 Ce qui a favorisé et fait obstacle à l'intervention	67
3.3.1 Des rencontres difficiles à planifier	68
3.3.2 Les bienfaits de participer à toutes les étapes	68
3.3.3 Produire une vidéo : une activité ludique	68
3.4 Questionnements éthiques	69
 CONCLUSION	
Synthèse des analyses présentées.....	70
Questionnements demeurant sans réponse ou exigeant un stage plus approfondi.....	71
Suggestions/Recommandations	72

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

Annexe 1

Annexe 2

Annexe 3

Liste des abréviations

DG de l'HLHL	Direction générale de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine
DRH	Direction des ressources humaines
HdeJ	Hôpital de jour
I.U.S.M.M	Institut universitaire en santé mentale de Montréal
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
P.T.R.P	Programme des troubles relationnels et de la personnalité
TP	Trouble de la personnalité
TPL	Trouble de la personnalité limite

Remerciements

D'abord, merci papa, maman et Maxime pour vos encouragements et votre soutien inconditionnel. Merci de n'avoir jamais freiné ma curiosité et de m'avoir appris à persévérer. Merci maman d'avoir passé des heures à relire mes travaux et corriger mes erreurs. Surtout, merci à vous tous d'avoir enduré ma mauvaise humeur et mes crises de larmes. Sans vous, ce projet n'aurait certainement jamais vu le jour. Je suis choyée par votre présence, je vous aime plus que tout!

Merci à Patrick, l'homme dont je suis amoureuse depuis près de deux ans. Ta personnalité rafraichissante a su alléger ces journées où je ne croyais plus être en mesure d'y arriver. Merci de ne pas te prendre au sérieux et de rendre mon quotidien si savoureux! Ta compréhension et ton calme ont fait toute la différence.

Merci à mon amie Krystel d'avoir été d'une si généreuse écoute à travers ces années. Merci d'avoir cru en moi, tu m'as souvent rappelé, inconsciemment peut-être, les raisons pour lesquelles j'ai choisi cette profession. J'ai une amie en or!

Merci à Vanessa, fidèle acolyte, d'avoir partagé avec moi cette expérience. Ta présence a une valeur inestimable et m'a permis de poursuivre ce parcours jusqu'au bout. Non seulement je termine cette maîtrise avec un diplôme, mais également avec une amitié significative! Quelle chance de vous avoir dans ma vie maître!

Merci à Annie Fontaine, professeure adjointe au département de service social, de m'avoir guidée et soutenue tout au long de la rédaction de cet essai. Merci pour ton écoute, ton appui et ta flamme pour le travail social, tu auras su me maintenir motivée. Je n'aurais pu souhaiter meilleur encadrement.

Merci à mon superviseur, Jean-François Cherrier, j'en ai beaucoup appris à tes côtés et t'en suis infiniment reconnaissante. Tu as certes, enrichi ma pratique ainsi que ma vision du travail social.

Un merci tout particulier aux participants de ce projet qui m'ont fait suffisamment confiance pour se lancer, avec moi, dans cette démarche de création d'envergure. Vous avez enrichi ma pratique et ma vision du travail social. Cette expérience colorera mes interventions et je ne pourrais jamais suffisamment vous remercier pour cela. Je vous admire tous pour votre détermination!

Merci à mes collègues de la Maison Interlude pour les encouragements. Vous êtes des femmes d'exception!

Merci à Élise Badey, chef-clinico administrative au Programme des troubles relationnels et de la personnalité pour ton irremplaçable coup de main. Finalement, merci à Jean-François Lebel pour le montage de la vidéo et à Laurence Robichaud pour la diffusion. Une aide technique indispensable!

Introduction

« Des fois, je ne sais pas trop si on a le droit de dire qu'un homme est fou ou non. Des fois, je crois qu'il n'y a personne de complètement fou et personne de complètement sain tant que la majorité n'a pas décidé dans un sens ou dans l'autre. C'est pas tant la façon dont un homme agit que la façon dont la majorité le juge quand il agit ainsi. »

— William Faulkner, *Tandis que j'agonise*
Éditions Gallimard, 1966, p. 248

Dans une brochure élaborée par la Commission de la santé mentale du Canada (n.d), de l'initiative « Changer les mentalités », on peut lire que sept millions de Canadiens souffrent d'un problème de santé mentale chaque année. Les problèmes de santé mentale affectent une grande majorité de personnes, de près ou de loin, car bien qu'un individu n'en soit pas directement atteint, les probabilités qu'un membre de sa famille, un ami, un collègue ou encore un voisin le soit sont, elles, bien réelles. Au Canada, chaque individu a un risque sur quatre, au cours de sa vie, de souffrir d'un problème en lien avec sa santé mentale (Commission de la santé mentale du Canada, n.d). Ces statistiques, non négligeables, nous rappellent que la maladie mentale fait partie de notre quotidien. Or, nous entretenons tous des croyances face à cette dernière et aux personnes en souffrant. Ces croyances, fréquemment erronées ont un impact sur la vie de la personne atteinte. En effet, comme le rapporte la Commission de la santé mentale du Canada (n.d), les personnes présentant un problème de santé mentale affirment que la stigmatisation cause plus de tort que la maladie en soi. On peut également y lire que ce sont parfois les professionnels de la santé de première ligne qui font preuve de la stigmatisation ainsi que de la discrimination les plus blessantes (Commission de la santé mentale du Canada, n.d).

Évidemment, à la lumière de la littérature, on prend vite conscience que certains troubles mentaux sont particulièrement stigmatisés, telle que la schizophrénie. Bien que généralement toutes les personnes atteintes vivent la stigmatisation et ses conséquences, le degré auquel elles le vivent diffère et les effets varient également d'un trouble à l'autre. C'est d'ailleurs ce qu'illustrent Rüş, Hölzer, Herman, Schramm et leurs collègues (2006) en faisant référence au trouble de la personnalité limite (TPL) :

However people with different mental disorders may suffer from self-stigma to different degrees. Especially persons with a chronic and severe mental illness such as borderline personality disorder are likely to be affected by intense social labelling processes as being mentally ill, e.g., due to frequent hospitalizations and visible scars. [...] Self-stigma may be further reinforced in women with BPD because shame is considered to be a central emotion in BPD. (p.766)

Force est d'admettre que la stigmatisation envers les personnes atteintes du TPL est particulière. En effet, comme l'affirment Aviram, Brodsky et Stanley (2006), les personnes souffrant du TPL sont perçues très négativement par le public, mais également par le personnel soignant. De plus, comme l'écrivent Rüş, Lieb, Bohus et Corrigan (2006), dans une recherche auprès de femmes souffrant d'un problème de santé mentale :

Women with borderline personality disorder are particularly likely to frequently experience public stigma and discrimination, because their disorder usually begins in early adulthood, has a chronic course, and often leads to multiple labelling processes, such as repeated psychiatric hospitalizations and visible scars. (p.399)

En effectuant des recherches, je me suis alors interrogée quant à la manière de développer une intervention auprès de personnes vivant avec le TPL qui aborde la stigmatisation et ses multiples impacts. En choisissant l'interactionnisme symbolique comme cadre théorique pour porter un regard sur la stigmatisation auprès des personnes présentant un TPL, il fut évident pour moi que de multiples dynamiques sociales étaient en jeu pour expliquer cette stigmatisation et que comme travailleuse sociale, j'avais l'opportunité d'offrir aux personnes vivant avec le TPL la chance d'agir sur ses dynamiques et de regagner, ainsi, du pouvoir sur leur situation. J'ai donc fait le choix de créer et d'implanter une intervention de groupe visant la création d'un outil de sensibilisation à la stigmatisation vécue par les personnes présentant un TPL. Cette intervention a pour base les principes de la mentalisation et de la conscientisation.

Ce projet d'intervention s'inscrit dans le contexte du stage de la maîtrise en service social de l'Université de Montréal. Le stage a pour objectif le développement d'une intervention novatrice. Ceci étant dit, le stage a lieu à l'institut universitaire en santé mentale de Montréal (I.U.S.M.M). L'I.U.S.M.M est un centre hospitalier d'enseignement, affilié à l'Université de Montréal, se spécialisant en soins psychiatriques. Ce centre hospitalier dessert les territoires de Saint-Léonard, Saint-Michel, Lucille-Teasdale et de la Pointe de l'île. Il offre gratuitement des soins et des services de qualité grâce à sept programmes distincts, dont le programme des troubles

relationnels et de la personnalité (P.T.R.P) dans lequel le projet de stage s'articule plus spécifiquement. Ce programme s'adresse aux personnes présentant un TP de types limite, narcissique, antisociale et histrionique. Il s'agit d'un programme surspécialisé offrant des services de deuxième et troisième ligne.

Le projet d'intervention a pour objectif général de favoriser, chez les participants, le passage d'une lecture pessimiste de leur propre réalité à une lecture critique de celle-ci. Plus spécifiquement, ce projet vise la conscientisation des participants au processus de stigmatisation ainsi qu'à l'impact de ce dernier dans leur vie respective, la remise en question des normes, stéréotypes, etc., qui façonnent le vivre ensemble, la réduction de la souffrance associée à la stigmatisation, le développement d'une identité qui soit plus positive, l'amélioration de la régulation des émotions ainsi que le développement de nouveaux modes d'interaction et de communication. Enfin, il a également pour objectif la mise en commun et le développement de liens entre les membres du groupe ainsi que de permettre aux participants de prendre une distance critique afin de réaliser les possibilités de changements existantes.

Ce projet contribue à l'avancement des connaissances puisque jusqu'à présent, la stigmatisation envers les personnes présentant un TPL a reçu très peu d'attention comparativement à la stigmatisation en lien avec les autres troubles (Aviram et al., 2006). En effet, comme l'écrivent Aviram et ses collègues (2006, p.251), « little is known about the impact of stigmatization upon the course of treatment and upon clinical outcomes for individuals with BPD. ». La littérature documente, encore à ce jour, les impasses dans le traitement et les difficultés qu'un professionnel tend à rencontrer lorsqu'il intervient auprès d'une personne présentant un TPL (Aviram et al., 2006). Malheureusement, nous négligeons et omettons fréquemment de considérer les conséquences des perceptions négatives entretenues par les professionnels à l'égard du TPL sur la personne présentant ce diagnostic (Aviram et al., 2006).

De plus, ce projet de stage se justifie socialement puisque l'intervention qu'il met en place dépasse l'individualisation des problèmes en s'attaquant au processus de stigmatisation. La maladie mentale et, du fait même, le TPL, y seront considérés comme des problèmes sociaux, soit comme des produits d'un processus de définition collective et non pas un ensemble de conditions

sociales qui soient objectives (Blumer et Riot, 2004). Ce projet est donc également pertinent socialement puisque la stigmatisation comporte de nombreuses dimensions sociales qui découlent, notamment, du vivre ensemble et du fonctionnement normatif que l'on se doit d'adopter en société.

Cet essai critique se divise en trois chapitres. Le premier de ces chapitres fait l'état des connaissances en lien avec la problématique, les cadres d'analyse utilisés pour analyser cette problématique ainsi que les méthodologies et approches d'intervention mises de l'avant. Dans le deuxième chapitre, on retrouve une présentation du projet d'intervention. C'est dans ce chapitre que sont décrit le milieu de stage et le P.T.R.P, le groupe visé par le projet, la méthodologie ainsi que le cadre d'analyse choisis et finalement, la présentation de la démarche d'élaboration et d'implantation du projet. Finalement, le dernier chapitre est une analyse critique du projet d'intervention soit, un bilan de l'implantation et de l'intervention.

Chapitre 1 : État des connaissances

Ce premier chapitre se veut une synthèse des connaissances quant à la stigmatisation en lien avec le TPL. La littérature ayant nourri ma réflexion y est donc recensée.

1. Problématique

1.1 Le trouble de la personnalité limite

Le TPL s'inscrit sous l'axe II du DSM-IV-TR à l'intérieur des troubles de la personnalité (TP), au même titre que les troubles de la personnalité narcissique, antisociale, histrionique, paranoïde et schizoïde (Kring, Davison, Neale et Johnson, 2007). Ce trouble de la personnalité se caractérise par

... une instabilité dans divers domaines tels que les relations à autrui, l'expression des affects et l'image de soi, de même que par une fragilité des mécanismes de contrôle de l'angoisse et de la vie pulsionnelle. (Pelsser, 1989, p.404)

Le TPL apparaît généralement au début de l'âge adulte et affecterait environ 2 % de la population générale (Paris, 1996a). De plus, 10 % des personnes vivant avec une maladie mentale aurait un diagnostic de TPL (Skodoll, 2002 cité par Paré-Miron, 2010). Pour recevoir un diagnostic de TPL, la personne doit manifester cinq des neuf critères diagnostiques caractérisant le trouble. Selon le DSM-IV-TR (American Psychiatry Association (APA), 1996 cité par Mason et Kreger, 2010), le premier critère de ce trouble se traduit par des efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés. Comme l'écrit Linehan (2000), les personnes vivant avec un TPL présentent fréquemment une dysrégulation émotionnelle empreinte par des relations intenses et chaotiques. Malgré ces relations négatives, Linehan (2000, p.23) affirme qu'ils « trouvent extrêmement difficile de mettre un terme à ces relations; en lieu et place, ils cherchent de toutes leurs forces, parfois fanatiquement, à éviter que ces personnes ne les quittent. ». La personne vivant avec le TPL désire que les autres lui fournissent des soins ainsi qu'un amour et une compassion qui sauront remplir le vide immense ressenti et soulageront son désespoir. De plus, elle demeure à l'affût des indices qui pourraient lui confirmer que l'être aimé n'éprouve pas réellement d'amour pour elle ou encore qu'il se prépare à la quitter. Si ces doutes se confirment, la personne aux prises avec le TPL peut adopter des comportements autodestructeurs. D'ailleurs, les tendances

autodestructrices au sein de ce trouble sont très présentes (Kreisman et Strauss, 2010). Le second critère décrit un mode de relations interpersonnelles instable et intense, caractérisé par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation et de dévalorisation (APA, 1996 cité par Mason et al, 2010). De plus, Mason et Kreger (2010) affirment que le TPL se caractérise par des relations empreintes de clivage, par une perturbation de l'identité, c'est-à-dire, une instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi ainsi que des sentiments chroniques de vide. Le TPL se distingue également par une impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour la personne tels que la sexualité, la toxicomanie ou encore la boulimie. De plus, on retrouve chez les personnes présentant un TPL une répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires et/ou d'automutilation, une instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur, des colères intenses et inappropriées ou de la difficulté à contrôler sa colère et, finalement, une apparition, dans des situations de stress, d'une idéation de persécution ou de symptômes sévères de dissociation (APA, 1996 cité par Mason et al, 2010).

Au-delà des critères diagnostiques, d'autres caractéristiques apparaissent comme typiques de ce trouble. D'abord, comme le décrivent Kreisman et Strauss (2010, p.7) « inconsistency is the hallmark of BPD. Unable to tolerate paradox, borderlines are walking paradoxes, human catch-22s. ». De plus, la honte envahissante est très présente chez les personnes atteintes du TPL (Mason et al, 2010). Comme l'affirment Rüş, Lieb, Gottler, Hermann et leurs collègues (2007), la honte est l'émotion qui serait à l'origine, puisque fortement liée, des tentatives répétées de suicide ainsi que des comportements autodestructeurs, de rage et d'impulsivité. La honte vécue par ces derniers leur donne l'impression d'être sans valeur, vides et seuls (Mason et al, 2010). Aussi, ils présentent des difficultés à mettre en place ainsi qu'à maintenir des limites personnelles et à en imposer aux autres (Mason et al, 2010). Également, ils peuvent ressentir la nécessité d'exercer un certain pouvoir sur les autres puisqu'ils n'en possèdent pas sur eux-mêmes (Mason et al, 2010). Toujours selon Mason et Kreger (2010), les personnes atteintes du TPL possèdent également des compétences situationnelles, c'est-à-dire que dans certaines situations ils se montrent fort compétents et en pleine possession de leurs moyens. Ils peuvent également avoir des exigences narcissiques dont le but ultime est d'attirer l'attention sur eux (Mason et al, 2010). Finalement, ils peuvent sembler manipulateurs puisque les membres de leur entourage ont

souvent l'impression « d'être contrôlés ou exploités par des moyens qu'ils considèrent comme injustes : menaces, situations d'où ils ne peuvent sortir gagnants, longues périodes de silence ou accès de rage. » (Mason et al, 2010, p.42). Par contre, Mason et Kreger (2010) nous rappellent que ces moyens doivent plutôt être interprétés comme des tentatives désespérées pour faire face à des sentiments pénibles à vivre ou pour satisfaire des besoins, sans réelle intention de blesser l'autre.

1.2 Étiologie du trouble de la personnalité limite

Comme l'affirme Doucet (2006), on ne peut comprendre le développement du TPL en considérant un seul facteur. En effet, comme cette dernière l'expose, les facteurs étiologiques du TPL sont multiples et se répartissent en trois catégories, soit les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (Doucet, 2006). Puisque les traits de personnalité ont une importante composante génétique (Plomin, 1990 cité par Paris, 1996a) et que le TPL est, comme l'écrit Paris (1996a), une amplification de traits pathologiques de la personnalité, toute porte à croire que les facteurs biologiques ont une influence sur le développement du trouble. Doucet (2006) rapporte d'ailleurs les résultats d'études démontrant que les parents au premier degré de personnes vivant avec le TPL sont susceptibles de présenter eux-mêmes le trouble (Links, Steiner et Huxley, 1988; Lorange, Oldham et Tulis, 1982 cités par Gurvits, Koenigsberg et Siever, 2000 cités par Doucet, 2006). Par contre, ce n'est pas le TPL en soi qui s'avérerait héréditaire, mais bien les caractéristiques du trouble telles que l'impulsivité ou l'instabilité affective (Torgersen, 1992 cité par Doucet, 2006).

Quant aux facteurs psychologiques, ils semblent jouer un rôle important dans l'installation du trouble (Paris, 1996a). Selon Paris (1996a), il s'agirait d'expériences vécues durant l'enfance qu'il divise en trois catégories : les traumatismes, les séparations ou les deuils en bas âge et des anomalies dans les rapports parentaux. En effet, selon certaines études, les taux d'abus physiques ainsi que d'abus sexuels commis par un proche ou toute autre personne sont plus élevés dans les groupes de personnes présentant un TPL (Doucet, 2006; Paris, 2008). Zanari (2000 cité par Doucet, 2006) rapporte d'ailleurs qu'un quart des personnes présentant un TPL disent avoir été abusés sexuellement par un proche et Paris, Zweig-Frank et Gudzer (1994 cités par Doucet, 2006) affirment qu'un tiers dit avoir subi des formes sévères d'abus. Boucher, Drolet et

Villeneuve (2005) écrivent également qu'un tempérament impulsif et une hypersensibilité affective présents à la naissance peuvent contribuer au développement du TPL. Bref, comme l'écrit Paris (1996a, p.3) en rapportant l'hypothèse de Herman et van der Kolk (1987), « les expériences traumatiques sont la principale explication étiologique de la personnalité limite, qui est alors interprétée comme une forme chronique d'état de stress post-traumatique ». Par contre, bien que ce soit un important facteur de risque, Paris (1996a) nous rappelle que cela n'est pas une condition nécessaire ou suffisante pour l'installation du trouble. De plus, Paris (2008) affirme que les traumatismes sont des facteurs de risque pour plusieurs autres troubles mentaux et que certaines personnes développent des troubles mentaux sans historique de traumatismes. Bref, comme l'écrit Paris (2008, p.75), « the long term outcome of adversity in childhood depends on interactions between genes and environment. ».

Finalement, les facteurs sociaux semblent également jouer un rôle. En effet, comme l'expose Paris (2008), c'est l'environnement qui détermine si un trait de personnalité devient problématique et évolue donc en un trouble. Il souligne également le rôle de la culture quant aux symptômes, puisque la manière dont on permet l'expression de la détresse varie d'une culture à l'autre (Paris, 2008). Bref, comme l'écrit Paris :

Linehan (1993) suggested that modern society makes emotional regulation more difficult because of the absence of consistent social supports. The context of modernity also promoted the identity diffusion seen in BPD. We live in a world that promotes radical individualism, social isolation, and personal angst. These trends may be particularly conducive to developing behaviors that are self destructive, such as cutting and overdosing (2008, p.82).

1.3 Intervenir auprès des personnes présentant un TPL : un défi pour les intervenants

Les écrits abondent sur le TPL et rares sont les auteurs faisant abstraction des difficultés se présentant dans l'intervention. En effet, l'intervention auprès des personnes vivant avec le TPL se révèle fréquemment et est reconnue pour être ardue (Doucet, 2006; Laporte, 2007). Cousineau (1996a) affirme qu'un nombre non négligeable de cliniciens estiment que les patients présentant ce trouble sont les plus difficiles à traiter, peu de traitements s'avérant d'ailleurs efficaces pour avoir un impact sur tous les aspects du TPL (Doucet, 2006). Paris (1996b) affirme que ces

patients sont parmi les plus bouleversants pour les intervenants et également ceux pour lesquels ils entretiennent le plus d'inquiétudes.

Plusieurs facteurs sont mis de l'avant pour expliquer leur titre de patients difficiles. En effet, les auteurs évoquent d'abord le fait que ces derniers jonglent sans cesse avec le suicide (Cousineau, 1996; Parent et Carrière, 2004; Doucet, 2006; Paris, 1996b), et ce autant en pensées qu'en gestes (Cousineau, 1996) et adoptent des comportements autodestructeurs tels que l'automutilation (Paris, 1996b). Cousineau (1996) écrit que le risque suicidaire provoque un important malaise chez les intervenants. Buie (1973 cité par Paris, 1996b) affirme même que certains intervenants se sentent si envahis par la problématique de suicide de leur patient qu'ils en viennent à souhaiter un passage à l'acte. De plus, Perseus, Kåver, Ekdahl, Åsberg et Samuelsson (2007 cités par Paré-Miron, 2010) affirment que les inquiétudes vécues par les intervenants quant aux conduites suicidaires de leur patient conduisent à davantage d'épuisements professionnels. Bref, bien que les menaces suicidaires doivent être saisies tels des efforts de communication (Paris, 1996b), force est d'admettre qu'elles semblent suffisantes pour rebuter certains intervenants à travailler avec ces patients. Comme l'écrivent si bien Parent et Carrière (2004, p.223), « il demeure très difficile pour les intervenants d'accompagner une personne qui se sent perdue, démunie, incapable de choisir et de donner un sens à sa vie ».

De plus, les personnes présentant un TPL sont impulsives et vacillent entre des positions d'idéalisation et de dévalorisation qui peuvent s'avérer difficiles à tolérer pour les intervenants (Cousineau, 1996; Doucet, 2006). Celles-ci peuvent d'ailleurs mettre en scène des réactions complexes de contre-transferts (Doucet, 2006; Betan et al, 2005 cités par Bouchard, 2010), allant de la pitié à la colère (Bouchard, 2010). Le contre-transfert est plus présent vis-à-vis le TPL qu'en lien avec les autres problèmes de santé mentale (Rossberg, Katerud, Perderson et Friis, 2007 cités par Paré-Miron, 2010). Ces réactions peuvent avoir pour conséquence de fausser la perception qu'ont les intervenants de leur patient (Laporte, 2007). S'ajoutent à ces deux facteurs explicatifs la violation du cadre d'intervention (Paris, 1996b) qui conduit l'intervenant à se voir dans l'incapacité de maintenir ses limites thérapeutiques (Gutheil, 1989 cité par Doucet, 2006). De plus, ces patients ont tendance, selon Krohn (1974 cité par Paris, 1996b), à percevoir les failles empathiques comme le reflet d'attitudes malveillantes de la part de l'intervenant. Leur

grande détresse les amène ainsi à présenter davantage d'hostilité et de méfiance (Laporte, 2007) et, comme le souligne Masterson (1992 cité par Paré-Miron, 2010) l'alliance thérapeutique est fortement mise à l'épreuve. Aussi, les personnes vivant avec un TPL ont l'habitude de faire beaucoup de demandes et a recherché de l'aide auprès des services de santé mentale (Laporte, 2007; Bouchard, 2010). De plus, ils sont reconnus pour générer des conflits au sein des équipes de professionnels (Bouchard, 2010), comme difficiles à engager dans la thérapie et répondant peu aux efforts thérapeutiques (Perseus et al, 2007 cités par Paré-Miron, 2010), comme ignorant les moyens qui leur sont proposés lorsqu'on tente de leur venir en aide (Parent et al, 2004), comme adoptant des conduites de mises en échec (Parent et al, 2004), comme ayant de la difficulté à respecter les ententes (Laporte, 2007), et comme ayant des distorsions cognitives (Parent et al, 2004). De plus, Zimmerman et Mattia (1999 cités par Paré-Miron, 2010) affirment que les personnes vivant avec le TPL sont deux fois plus à risque de recevoir trois diagnostics de troubles s'inscrivant sous l'axe I et quatre fois plus à risque d'obtenir quatre diagnostics de troubles mentaux, complexifiant ainsi leur situation et, du fait même, les interventions. Bref, les difficultés sont multiples et comme l'écrit Cousineau (1996, p.14) « les patients limites nous questionnent dans nos dimensions existentielle, philosophique et éthique. Il n'y a pas de réponses simples à de tels enjeux ».

À ces difficultés, les intervenants réagissent par de l'impuissance, un état d'épuisement, ainsi que des sentiments de peur, d'anxiété, de colère, d'incompétence, de culpabilité et de doute (Laporte, 2007). La tendance des personnes vivant avec le TPL à générer des impasses au sein de la relation d'aide a un impact négatif sur la mobilisation des intervenants (Laporte, 2007) qui se sentent dépassés et inadéquats (Linehan, 2000). D'ailleurs, Cousineau (1996) affirme que les intervenants adoptent parfois d'emblée des attitudes négatives qui les amènent à mal évaluer les patients et à leur offrir une aide qui s'avère inadéquate. Dawson (1988 cité par Briand Malenfant, 2012) questionne d'ailleurs si les comportements des personnes présentant un TPL sont, en fait, d'origine iatrogène, c'est-à-dire de simples reflets de la désorganisation des professionnels. En somme, il semble évident que ces enjeux et dynamiques complexes ont pour conséquence l'émergence d'une stigmatisation envers les personnes vivant avec le TPL. Les patients affirment d'ailleurs être incompris dans leur souffrance et pris en charge de manière inadéquate (Briand Malenfant, 2012). De plus, Nelhs (1999 cité par Briand Malenfant, 2012) affirme que les trois

éléments marquants du discours des personnes présentant un TPL sont le sentiment de vivre avec une étiquette, de vivre avec des comportements autodestructeurs considérés comme de la manipulation et d'avoir un accès limité aux ressources

1.4 Le processus de stigmatisation et la maladie mentale

La stigmatisation s'avère une notion peu simpliste comportant de multiples dimensions. Giordana (2010) la définit comme :

une attitude générale, de l'ordre du préjudice, induite par la méconnaissance ou l'ignorance d'une situation ou d'un état, et cette méconnaissance ou ignorance va générer des conduites et des comportements de discrimination. Il s'agit ainsi de toute parole ou toute action qui viserait à transformer le diagnostic d'une maladie, par exemple, en une marque négative pour la personne ayant cette affection. (p.8)

Force est d'admettre que la stigmatisation s'additionne à la souffrance déjà présente en lien avec le TPL. La stigmatisation est présente depuis fort longtemps et a, à travers l'histoire, touché plusieurs groupes marginalisés telles les personnes atteintes du sida. Aussi loin que la Grèce Antique, où les esclaves étaient marqués au fer brûlant sur la peau pour indiquer leur statut inférieur (Giordana, 2010), nous retrouvons des démonstrations de l'existence de la stigmatisation. Cette marque laissée au fer et associée aux esclaves est, dans la littérature, communément désignée par la notion de stigma. Le stigma est, selon Erving Goffman (1963), un attribut profondément discréditant qui empêche l'individu d'être pleinement accepté au sein de la société, qui l'étiquette comme étant différent. Le stigma peut se traduire par une trace visible à tous, mais peut également être moins apparent, tel qu'en est le cas de la maladie mentale. D'ailleurs, selon Henri Dorvil (1990), le stigma est plus fort sur la maladie mentale que sur la très grande majorité des autres maladies et hypothèque la carrière de la personne qui en est atteinte. Ainsi, la stigmatisation est le processus par lequel le stigma est accolé à une personne venant ainsi, comme l'affirme Goffman (1963), totaliser son identité sociale.

La stigmatisation repose, en fait, sur nos représentations sociales. Celles-ci se traduisent à travers nos opinions ou encore nos croyances sur divers faits, situations ou même personnes. Elles sont à la base, comme l'affirme Giordana (2010), des codes de vie en communauté puisqu'elles dictent les comportements tant collectifs qu'individuels. Giordana (2010) définit les représentations sociales comme étant

... des « élaborations groupales », des produits de la pensée qui reflètent, à un moment donné, le point de vue prévalant d'un groupe [...] il s'agit, en quelque sorte, d'une image, d'un préjugé qui s'impose à chacun avec une valeur prédictive ou prédicative [...] en grande partie inconscientes et véhiculées insidieusement par l'ensemble du corps social. (p.8)

Il existe trois niveaux à la stigmatisation, soit la stigmatisation publique, la stigmatisation structurelle et l'autostigmatisation (Ben-Zeev, Young et Corrigan, 2010 ; Corrigan, 2004 ; Corrigan et O'Shaughnessy, 2007 ; Corrigan et Larson, 2008 ; Corrigan, Larson et Rüşh, 2009). Dans le cas qui nous intéresse, la stigmatisation publique serait les croyances négatives, les réactions et comportements que l'on adopte envers les personnes présentant un TPL (Corrigan et al, 2008). Corrigan et O'Shaughnessy (2007), affirment que le processus de stigmatisation publique comprend quatre construits cognitifs : les indices, les stéréotypes, les préjugés et la discrimination. Les indices nous signalent qu'une personne fait partie d'un groupe stigmatisé et activent les stéréotypes (Corrigan et al, 2007). Les stéréotypes sont des connaissances qui sont apprises par la plupart des membres d'un groupe social concernant un autre groupe ou type d'individus (Corrigan et al., 2009). Cela nous permet de catégoriser rapidement l'information quant à un groupe d'individus. Par exemple, les individus sont portés à croire que les personnes souffrant de maladie mentale sont dangereuses, incompetentes ou encore faibles de caractère (Corrigan et al, 2008). Le préjugé, de son côté, se définit comme l'acceptation d'un stéréotype qui s'associe à des réponses émotionnelles (Corrigan et al, 2008). Ainsi, une personne acceptant le stéréotype du malade mental dangereux y répondra avec la peur. Finalement, la discrimination est la réaction comportementale au préjugé (Corrigan et al, 2008). L'individu ayant ainsi peur des personnes souffrant de maladie mentale risque de ne pas les embaucher.

La stigmatisation structurelle est pour sa part décrite par Crocker et Côté (2010, p.4) comme étant « une discrimination dans l'allocation de ressources ou dans les législations et ayant pour effet de désavantager les personnes ayant des problèmes de santé mentale ». Finalement, l'autostigmatisation suit le même parcours que la stigmatisation publique. Par contre, plutôt que d'appliquer le stéréotype à un groupe ou à un type d'individu, la personne l'applique à elle-même puisqu'elle fait partie du groupe stigmatisé (Corrigan et al, 2008). Elle intériorise donc la stigmatisation. L'autostigmatisation nécessite que la personne soit d'abord sensible aux stéréotypes, qu'elle y consente, et finalement, qu'elle les applique à sa personne (Corrigan et al.,

2009). En effet, la seule sensibilisation aux stéréotypes n'est pas suffisante, puisque la personne peut, par exemple, ne pas se percevoir ainsi et donc ne pas adhérer aux stéréotypes (Watson, Corrigan, Larson et Sells, 2007).

Plusieurs articles (Lysaker , Roe, Ringer, Gilmore et Yanos, 2012; Corrigan et Watson, 2002; Corrigan et al, 2007; Corrigan et al., 2009; Watson et al., 2007) rendent compte des stéréotypes ainsi que des préjugés véhiculés envers les personnes atteintes d'un problème de santé mentale. On peut y lire que la population générale croit que les personnes souffrant de maladie mentale sont violentes, incompetentes, responsables de leur maladie, dangereuses et incapables de prendre de bonnes décisions. De plus, ces auteurs (Lysaker et al., 2012; Corrigan et al, 2002; Corrigan et al, 2007; Corrigan et al, 2009; Watson et al., 2007) affirment que la population générale adopte des réactions de peur, de dégoût, de non-assistance lorsqu'ils sont dans le besoin, de distance sociale ainsi que de rejet envers les personnes présentant un trouble de santé mentale. De plus, ils ont davantage tendance à ne pas les embaucher ni leur louer de logement (Corrigan et al, 2007). Cela engendre évidemment de nombreuses conséquences sur la vie des personnes, familiarisées avec les stéréotypes et attitudes négatives véhiculés sur la maladie mentale depuis leur jeune âge, qui reçoivent, au cours de leur vie, un diagnostic psychiatrique. Lysaker et ses collègues (2012) affirment que la stigmatisation et plus spécifiquement, l'autostigmatisation, conduisent à un risque élevé de tentative de suicide, à des attitudes de déni, à des résistances face au traitement, à une aggravation des symptômes ainsi qu'au refus de traitement.

1.5 La stigmatisation et ses conséquences chez les personnes vivant avec le TPL

Les attitudes négatives entretenues envers le TPL s'ajoutent à la stigmatisation vécue en lien avec la maladie mentale. Les individus ont tendance à décrire les personnes aux prises avec un TPL comme étant manipulatrices, difficiles à gérer, n'éveillant pas la sympathie, irritantes et ne méritant pas les ressources mises à leur disposition (Aviram, Brodsky et Stanley, 2006). De plus, on perçoit leurs tentatives de suicide comme des quêtes d'attention et elles sont généralement considérées comme étant en mesure de contrôler leurs symptômes, ces derniers étant minimisés et leurs forces surestimées (Aviram et al., 2006). Aviram et ses collègues (2006) affirment que les

individus, dont le personnel soignant, ont généralement tendance à se distancier émotionnellement des personnes atteintes d'un TPL, ce qui est largement problématique considérant qu'ils sont très sensibles au rejet ainsi qu'à l'abandon. D'ailleurs, Bouchard (2010) rapporte les résultats de deux études, d'abord auprès de soixante-cinq infirmières en psychiatrie (Deans et Meocevic, 2006 cités par Bouchard, 2010) ainsi qu'auprès de deux cent vingt-six professionnels de la santé mentale (Cleary et al., 2002 cités par Bouchard, 2010) qui ont toutes deux illustré les attitudes négatives véhiculées à l'endroit des personnes vivant avec le TPL :

celles-ci perçoivent ces patients comme manipulateurs (89 % d'entre elles), qui usent de chantage émotif (51 %) et qui constituent une nuisance pour le département (38 %). Seulement 10,6 % du personnel infirmier déclarent avoir du plaisir à travailler avec cette clientèle et 44 % ont le sentiment de savoir comme s'y prendre avec eux. Une autre étude auprès de 226 professionnels de la santé mentale constate les mêmes tendances : 66 % croient que la prise en charge des TPL est inadéquate, 80 % estiment qu'il est modérément à très difficile de traiter le TPL et 84 % estiment qu'il s'agit de la clientèle la plus difficile. (p.68)

Ces attitudes négatives ont de lourdes conséquences. En effet, la stigmatisation a pour répercussion d'exacerber les comportements autodestructeurs tels que le suicide, l'automutilation ou la boulimie, l'abandon ou l'échec du traitement et provoquer de la honte et du dégoût (Aviram et al., 2006). De plus, la stigmatisation peut conduire à l'autoréalisation des prophéties. En effet, comme l'écrivent Aviram et ses collègues (2006, p.252), « one person's expectations and attitudes about another person can cause the former to behave in a manner that induces the latter to act in a way that confirms the former's false perception. ».

De plus, le sentiment de honte met les personnes aux prises avec un TPL à haut risque quant à l'intériorisation du stigma. En effet, ils gèrent difficilement le fait d'être stigmatisés et souffrent beaucoup plus de cette intériorisation due à la sévérité de leur condition, aux hospitalisations fréquentes, aux difficultés interpersonnelles ainsi qu'aux marques visibles, telles que les cicatrices (Rüsh, Bohus et Corrigan, 2006). De plus, leurs prédispositions à vivre de la honte les rendent plus vulnérables à la stigmatisation, comme l'écrivent Rüsh et ses collègues (2006, p.772), « shame proneness renders women with BPD more vulnerable to self-stigma in a vicious circle: shame proneness may stem from traumatic childhood experiences that are common in BPD and may be an emotional consequence of stigma ». La honte, chez le TPL, est également associée à la chronicité du suicide, aux comportements autodestructeurs, à la rage, à l'hostilité, à

l'impulsivité, à une faible estime de soi ainsi qu'à une diminution de la qualité de vie (Rüsh et al, 2007). Finalement, les personnes présentant un TPL se sentent, selon Paris (2008), très stigmatisés par le diagnostic. En effet, selon ce dernier, lors de l'annonce du diagnostic, les personnes croient qu'un TP signifie qu'elles ont une mauvaise personnalité.

2. Cadres d'analyse utilisés pour comprendre cette problématique

Pour comprendre le TPL et, du fait même, les difficultés liées à l'intervention auprès des personnes en souffrant, la théorie de l'attachement, les théories psychodynamiques et le traitement cognitivo-comportemental offrent tous un éclairage sur cette problématique.

2.1 La théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement est mise de l'avant par Leblanc, Renaud, Wahbi et Cloutier (2011) pour tenter de comprendre les difficultés rencontrées dans l'intervention ainsi que pour saisir des aspects de la symptomatologie de ce trouble. Bowlby (1988 cité par Leblanc et al, 2011) définit l'attachement comme :

un système de comportements activé lorsque l'enfant se sent en danger parce que son objet d'attachement s'éloigne. La réaction de l'enfant a pour but de faire revenir la figure d'attachement. Lorsque l'enfant redevient sécurisé, le système d'attachement cesse d'être activé et le travail d'exploration de son environnement est à nouveau possible (p.146).

L'enfant qui développe un attachement sécure bénéficierait, selon cette théorie, d'un lien stable, prévisible et fiable. Ainsi, cet enfant aurait accès à un adulte en mesure de répondre à ses besoins et de le rassurer lorsque ce dernier expérimente des inquiétudes (Leblanc et al, 2011). Selon Leblanc et ses collègues (2011), lorsque l'enfant n'a pas accès à un adulte sécurisant lors d'une situation de détresse, il peut désactiver son système d'attachement ou le maintenir activé. Le clivage ainsi que l'*acting out* des émotions sont des conséquences d'une désactivation du système tandis que le maintien stimule une hypersensibilité émotionnelle (Leblanc et al, 2011). Selon les théoriciens de l'attachement, il existe quatre types de relations d'attachement : autonome, insécure et détaché, insécure et préoccupé ainsi que désorganisé (Leblanc et al, 2011). Selon une étude de Bakermans-Kranenburg et van Ijzendoorn (2009 cités par Leblanc et al, 2011), les personnes vivant avec un TPL font davantage preuve d'un attachement insécure et préoccupé. Une personne manifestant ce type d'attachement a tendance à amplifier l'impact des expériences

vécues lorsqu'elle était enfant et demeure fortement affectée par ces dernières (Leblanc, 2011). De plus, elle n'arrive pas à les décrire de manière cohérente et réflexive et son discours est empreint de colère et de passivité (Leblanc et al, 2011).

Ainsi, les difficultés dans l'intervention auprès des personnes vivant avec le TPL peuvent être expliquées sous la loupe de la théorie de l'attachement puisque comme l'affirment Fonagy, Gergely, Jurist et Target (2002 cités par Leblanc et al, 2011, p.147), « on peut inférer que le discours en psychothérapie et la qualité du transfert sont des dérivés du type d'attachement envers ses parents et le thérapeute ». Comme l'écrivent Leblanc et ses collègues (2011), les relations qu'entretiennent les personnes présentant un TPL seraient caractérisées par une ambivalence quant au rapprochement et à l'évitement et se traduiraient par des interactions transférielles et contre-transférielles bouleversées. Leblanc et ses collègues (2011, p.147) en offrent d'ailleurs des exemples au sein de leur article soit, « des schèmes interpersonnels rigides, les mésinterprétations des intentions et des comportements d'autrui, les représentations d'autrui multiples, contradictoires et fragmentées, enfin les réponses émotives explosives et désorganisées ».

2.2 Les théories psychodynamiques

2.2.1 Thérapie basée sur la mentalisation de Fonagy

La mentalisation apporte un nouvel angle d'analyse aux difficultés vécues dans l'intervention auprès des personnes vivant avec le TPL. La mentalisation implique qu'une personne prenne en considération ses états mentaux, ainsi que ceux des autres (Bateman et Fonagy, 2006). En effet, la mentalisation sollicite la personne vivant avec un TPL à tenter d'imaginer ce que les autres peuvent penser et ressentir (Bateman et al, 2006). Comme l'affirment Bateman et Fonagy (2006), il y a peu d'homogénéité dans les observations que procurent les patients puisque l'histoire des personnes ainsi que leur capacité à imaginer varient, ce qui les conduit à des conclusions fort différentes (Bateman et al, 2006). Les théoriciens de cette approche expliquent les relations interpersonnelles des personnes présentant un TPL en se basant sur les stades de développement de soi chez l'enfant (Leblanc et al, 2011).

Selon cette approche, il existe cinq stades soit; physique, social, théologique, intentionnel et représentationnel (Leblanc et al, 2011). Les stades physique et social se caractérisent par les interactions de l'enfant avec son environnement (Leblanc et al, 2011). Au stade théologique, l'enfant commence à parvenir à faire la différence entre ses actions et les conséquences de ces dernières (Leblanc et al, 2011). Par contre, il ne possède pas la capacité à mentaliser à ce moment, se basant plutôt sur des preuves concrètes (Leblanc et al, 2011). C'est au stade intentionnel que l'enfant commence à saisir que ses actions sont les conséquences de son état mental et donc, qu'il existe une différence entre ses désirs et ceux des autres, et au stade représentationnel, qu'il comprend, entre autres, qu'il a un impact sur les gens qui l'entourent (Leblanc et al, 2011). Comme l'écrivent Leblanc et ses collègues (2011), un déficit de mentalisation chez un adulte est un retour au niveau théologique ou intentionnel. Ils affirment que ces modes ressurgissent plus facilement chez les personnes ayant un vécu d'abus ou de négligence durant l'enfant (Leblanc et al, 2011). Les personnes faisant un retour à ces modes de pensée le font surtout dans un contexte de lien d'attachement où ils se retrouvent incapables d'interpréter de manière adéquate les interactions avec les autres (Leblanc et al, 2011). Tel est le cas du TPL comme l'écrivent Bateman et Fonagy (2006);

individuals with borderline personality disorder are normal mentalizers except in the context of attachment relationships. They tend to misread minds, both their own and those of others, when emotionally aroused and as their relationship with another moves into the sphere of attachment the intensification of relationship means that their ability to think about the mental state of another can rapidly disappear. When this happens, prementalistic modes of organizing subjectivity emerge, which have the power to disorganize these relationships and destroy the coherence of self-experience that the narrative provided by normal mentalization generates. (p.13)

Lorsque les personnes présentant un TPL font un retour à ces modes de pensées, ils ont besoin de preuves tangibles de l'attachement du thérapeute ainsi que se sentir rassurés par ce dernier (Leblanc et al, 2011). Comme l'affirment Bateman et Fonagy (2006), les passages à l'acte peuvent être une manière de provoquer une confirmation de l'attachement. Ceci pourrait donc expliquer plusieurs impasses générées dans l'intervention auprès des personnes atteintes du TPL, puisque la perte de capacité à mentaliser rend difficile le développement de ressources internes d'apaisement ainsi que de sécurisation (Leblanc et al, 2011). Ainsi, comme l'écrivent Leblanc et ses collègues (2011), cela peut avoir pour conséquence chez l'intervenant, par exemple, l'émergence d'un sentiment d'impuissance ou de se sentir pris en otage devant la détresse de son

patient et son insistance à obtenir davantage de la relation, cette dernière n'étant jamais suffisamment satisfaisante.

2.2.2 Approche développementale, du soi et des relations d'objet de Masterson

L'approche de Masterson est une synthèse d'importants modèles psychanalytiques (Orcutt, 1997). En effet, Masterson, dans la construction de son approche, s'est basé sur les concepts de la théorie freudienne des pulsions tels que le transfert, la compulsion de répétition, la résistance, le conflit psychique, l'existence de l'inconscient et la perlaboration (Orcutt, 1997) ainsi que sur la psychologie du soi et la théorie des relations d'objet (Bessette, 2010). Masterson (cité par Orcutt, 1997) comprend le TPL par :

un arrêt du développement qui provient d'un important désajustement dans la relation mère-enfant, à la phase de séparation-individuation, de la prime croissance. L'arrêt [...] se caractérise par les défenses précoces et le clivage des relations d'objet [...] Afin d'écarter des sentiments insoutenables d'abandon, l'enfant mobilise des défenses primitives, qui forment chez lui une façon d'être fixée et répétitive. (p.71)

Ainsi, comme l'affirme Orcutt (1997), ces défenses primitives demeurent présentes à l'âge adulte et sont entretenues par les personnes vivant avec le TPL afin d'éviter le déclenchement des problèmes d'abandon qui s'avèrent non résolus. C'est ce que Masterson décrit comme le faux soi défensif (Bessette, 2010) qui se base sur un système de croyances automatiquement activé au sein de relations qui sont, pour la personne, significatives. Masterson amène le concept d'*acting out* transférentiel qu'il définit comme « un comportement qui tente de façon stéréotypée d'éviter à avoir à évoquer la désapprobation parentale ou la négligence durant les années de formation et qui devient par la suite chez le patient borderline, une partie intégrante de sa réponse fondamentale aux relations » (Orcutt, 1997, p.73). La personne présentant un TPL fait preuve de distorsion transférentielle (Orcutt, 1997). Cette dynamique peut l'amener à souhaiter d'éviter l'abandon en utilisant des défenses telles que le clivage, le passage à l'acte, l'évitement, le déni ou encore l'identification projective (Orcutt, 1997). Quant à l'intervenant, il peut se voir adopter des rôles du scénario pathologique du faux soi défensif du patient et ainsi faire preuve d'identification projective. De plus, l'intervenant peut se retrouver dans le même état affectif clivé que ce dernier, en ayant, par exemple, l'impression d'être sans valeur ou incapable d'aider (Bessette, 2010). L'intervenant peut également agir de manière impulsive, provoquer le rejet, avoir l'impression d'être la victime de son patient qui tente de le contrôler ou être blessé

narcissiquement et ne plus avoir suffisamment d'humilité pour obtenir davantage de formation ou des séances de supervision (Bessette, 2010). Bref, les conséquences sont nombreuses et, comme l'affirme Bessette (2010), produisent un malaise pour les deux parties qui peut, éventuellement détruire l'alliance.

2.3 Traitement cognitivo comportemental

2.3.1 Thérapie dialectique comportementale

Marsha Linehan s'intéressait aux idées parasuicides (Bloomgarden, 2005) et souhaitait comprendre pourquoi les personnes à qui elle venait en aide agissaient ainsi (Bloomgarden, 2005). Travaillant avec des personnes présentant un TPL, elle créa la thérapie dialectique comportementale (T.D.C). Le traitement qu'elle développa nous permet, aujourd'hui, de mieux comprendre ce trouble et d'intervenir de manière plus efficace. D'orientation cognitivo-comportementale et bouddhiste, la T.D.C diffère, par contre, de l'approche cognitivo-comportementale (Bloomgarden, 2005). En effet, comme l'écrit Bloomgarden (2005, p.50) : « This goes beyond a behavioral conceptualization that would propose that the behavior was reinforced in the past but is no longer useful. The dialectical view is that the behavior made sense in the context, and still makes sense right now ».

Pour Linehan, le développement du TPL a pour origine une dysfonction des mécanismes de régulation des émotions (Bloomgarden, 2005). Lorsque l'enfant présentant ce facteur biologique se retrouve dans un environnement invalidant, il en résulte une dysrégulation émotionnelle. En effet, l'environnement social invalidant :

des personnes souffrant du TPL inhiberait le développement d'habiletés adaptatives leur permettant de moduler adéquatement leurs émotions, *a priori*, « ... excessivement douloureuses, intenses, tenaces et présentant un faible seuil d'activation » (Robins, 1999). Typiquement, l'environnement invalidant requiert de l'enfant qu'il exprime de façon dramatique ses émotions avant qu'on ne lui prodigue l'aide et les soins dont il a besoin; cette attitude augmenterait la probabilité de passages à l'acte et de gestes parasuicides par la suite. (Bouchard, 2003, p. 214)

Ainsi, la dysrégulation émotionnelle se traduit par une hypersensibilité, une difficulté à gérer ses émotions et une persistance des émotions intenses, longtemps après l'évènement (Bloomgarden, 2005). Linehan (citée par Bloomgarden, 2005) énonce cette comparaison :

Burn victims surface skin is so sensitive that the slightest touch can be excruciating. The therapist can use the analogy to remember that when Linda acts angrily and impulsively, in truth, she is reacting with extreme sensitivity, as a burn victim might respond to the lightest touch. Her seemingly over-reactive behaviors make sense in the context of the pain she feels. (p.55)

Donc, pour Linehan, les comportements des personnes aux prises avec le TPL sont donc des tentatives de contrôle des émotions intenses ou des conséquences de la dysrégulation émotionnelle (Bouchard, 2003). Ainsi, selon Bouchard (2003, p.215) « un déficit (inné ou acquis) dans la capacité à moduler ses émotions serait la cause de la plupart des manifestations symptomatiques propres à ces personnes : comportements impulsifs, diffusion de l'identité, chaos interpersonnel, gestes parasuicidaires et suicidaires. ». Enfin, lorsque l'intervenant saisit la logique derrière les comportements difficiles des personnes présentant un TPL, la probabilité qu'il demeure empathique et qu'il évite les impasses dans le traitement se voit accrue (Bouchard, 2003).

3. Méthodologies d'intervention utilisées pour intervenir dans cette problématique

Il existe diverses méthodologies d'intervention pour intervenir auprès des personnes vivant avec le TPL et ainsi réduire les impasses dans la relation d'aide. Conséquents avec les cadres d'analyse mobilisés pour expliquer le trouble, les interventions privilégiées auprès des personnes qui le vivent se divisent sous deux grandes catégories, soit le traitement psychodynamique et le traitement cognitivo-comportemental.

3.1 Traitement psychodynamique

Le traitement psychodynamique met l'emphase sur le passé ainsi que sur le présent, dans le but de découvrir des modes de fonctionnement qui soient plus adaptés pour l'avenir (Kreisman et al., 2010).

3.1.1 Thérapie basée sur la mentalisation de Fonagy

En utilisant la mentalisation, la personne tente de comprendre pourquoi les autres, ainsi qu'elle-même, interagissent de la manière dont ils le font (Kreisman et al., 2010). La thérapie basée sur la mentalisation postule que les croyances, les motivations, les émotions ainsi que les désirs doivent être compris pour qu'une personne soit en mesure de bien fonctionner en relation avec les autres

(Kreisman et al., 2010). Les thérapeutes utilisent la psychothérapie individuelle, la thérapie de groupe, l'art thérapie ou encore la musique dans leur intervention avec les personnes présentant un TPL pour qu'ils développent la mentalisation.

3.1.2 Approche développementale, du soi et des relations d'objet de Masterson

Au sein de cette approche, les défenses primitives sont les principales cibles de l'intervention, pour faire émerger le sentiment d'abandon et ainsi permettre l'activation autonome. Ainsi, l'individu est amené à remplacer ses comportements impulsifs par de l'introspection (Orcutt, 1997). En effet, la confrontation des défenses est le principal moyen d'intervention utilisé auprès des personnes vivant avec le TPL (Institut Victoria, 2006). Orcutt (1997) résume bien le processus de l'intervention dans l'extrait suivant :

le thérapeute juxtapose les déclarations contradictoires faites par le patient à son insu. Le patient en vient lentement à identifier cet état interne conflictuel et les défenses utilisées de façon mal adaptée qui maintiennent cet état : clivage, *acting-out*, déni, etc. Le conflit devenant plus conscient, mieux toléré et mieux compris, les modes défensifs du faux soi du borderline sont moins requis : les défenses deviennent plus adaptatives, l'*acting-out* transférentiel se convertit en transfert névrotique et la perlaboration commence. (p.82)

3.2 Traitement cognitivo-comportemental

Le traitement cognitivo-comportemental, de son côté, met l'accent sur le changement des modes de pensées ainsi que sur les comportements répétitifs pouvant être handicapants dans le but de les remplacer par des réactions et des croyances plus adaptées (Kreisman et al, 2010). Les interventions s'inscrivant sous cette approche, comparativement à celles s'inscrivant sous l'approche psychodynamique, portent peu d'attention au passé, sont plus axées sur le problème et sont également souvent limitées dans le temps (Kreisman et al., 2010).

3.2.1 Thérapie dialectique comportementale

La T.D.C de Linehan se révèle comme l'une des approches les plus efficaces pour réduire la fréquence des comportements parasuicidaires, la fréquence des hospitalisations ainsi que le taux d'abandon (Linehan, 1993 cité par Bégin et Lefebvre, 1997). De plus, elle réduirait également les difficultés interpersonnelles (Linehan, 1993 et Nehls, 2000 cités par Osborne et McComish, 2006). Les principaux buts de cette thérapie sont l'amélioration des compétences interpersonnelles et du fonctionnement global ainsi que la diminution des comportements inadaptes (Osborne et al., 2006). De plus, on souhaite l'amélioration du contrôle des émotions en

ciblant l'intensité et l'instabilité de l'humeur (Paris, 2008). Selon les tenants de la T.D.C « dans chaque dysfonction, on retrouve une fonction; que dans chaque distorsion il y a une part de vérité. » (Bégin et al., 1997, p.48). Marsha Linehan favorise l'acceptation de la personne telle qu'elle est présentement tout en l'aidant à changer (Bégin et al., 1997).

La T.D.C. se divise en cinq étapes, soit le prétraitement où la personne reçoit de l'information quant à ce type de thérapie et aux objectifs de celle-ci; la stabilité, sécurité et alliance thérapeutique où le patient et le thérapeute bâtissent un lien de confiance en s'assurant de la sécurité physique du patient, entre autres, en diminuant la fréquence des comportements suicidaires et parasuicidaires ainsi que les comportements qui menacent le traitement et la qualité de vie de la personne souffrante; l'exposition et l'examen des émotions liées au passé et aux événements traumatiques où le thérapeute amène le patient à reconnaître et à accepter les divers traumatismes vécus, à diminuer le blâme ainsi que les réponses de stress et à faire la synthèse des représentations dichotomiques de l'abus; la synthèse des apprentissages et finalement le respect de soi et les objectifs personnels où le thérapeute aide la personne à développer sa capacité à ressentir de la joie sur une longue période (Bégin et al., 2007). La thérapie a quatre grandes composantes (Kreisman et al., 2010). En effet, les thérapeutes utilisent majoritairement la thérapie individuelle, mais également les groupes d'entraînement aux habiletés, la consultation téléphonique ainsi que des rencontres hebdomadaires (Kreisman et al, 2010). De plus, certaines stratégies d'intervention sont mises de l'avant par ce type de thérapie, dont les stratégies dialectiques, soit mettre en évidence les comportements et pensées contradictoires des patients, l'utilisation des métaphores, l'extrapolation, voir les comportements problématiques comme des opportunités pour pratiquer de nouvelles habiletés, jouer l'avocat du diable, permettre le changement de l'environnement thérapeutique, l'intégration de la raison et des émotions ainsi que l'évaluation dialectique (Bégin et al., 1997).

Cette thérapie comporte, par contre, certaines limites. En effet, les études de Linehan ont été effectuées auprès d'une population de femmes seulement. Ceci dit, nous pouvons nous questionner sur la généralisation de ces résultats à la population générale des personnes atteintes du TPL (Paris, 2008). De plus, Paris (2008) affirme que les clientes ayant participé aux études de Linehan ne sont pas nécessairement représentatives des clientes rencontrées réellement dans la

pratique courante auprès des TPL, d'abord car elles ont accepté de faire partie de cette étude, mais également, car le traitement était gratuit (Paris, 2008). De plus, les effets à long terme sont questionnables puisqu'aucune étude longitudinale n'a été effectuée (Paris, 2008). Aussi, Paris (2008) affirme que les listes d'attente pour ce type de thérapie sont très longues et que les consultations téléphoniques, composantes de la thérapie, peuvent promouvoir la régression ainsi que la dépendance des patients envers le thérapeute. Finalement, Cousineau et Young (1996) reprochent à cette approche de se concentrer seulement sur la dimension comportementale du TPL et donc, bien que les personnes présentant un TPL se comportent mieux, rien ne signifie qu'elles se sentent, par contre, mieux.

3.2.2 Approche centrée sur les schémas de Jeffrey Young

L'approche centrée sur les schémas combine des éléments des théories de la gestalt, cognitive ainsi que psychodynamique (Kreisman et al., 2010). Jeffrey Young, fondateur de cette approche, définit les schémas comme des « thèmes très envahissants pour une personne. Ils déterminent des niveaux précoces et profonds de croyances, d'émotions, de souvenirs. » (Cousineau et Young, 1996). Ces divers schémas se développent chez des enfants présentant une vulnérabilité biologique qui rencontrent, dans leur vie, de l'instabilité, de la négligence ou encore de l'abus (Kreisman et al., 2010). Ces schémas seraient, selon Kreisman et Strauss (2010), des mécanismes que l'enfant développe pour faire face aux défaillances parentales, mais qui deviennent, par contre, mal adaptés à l'âge adulte. L'objectif de cette approche est donc de diminuer l'emprise des modes inadaptés sur la personne vivant avec le TPL et de promouvoir un mode du soi sain, c'est-à-dire d'un adulte équilibré (Cousineau et al, 1996). Ainsi, en jouant le rôle de l'adulte sain, le thérapeute se montre d'abord empathique pour l'enfant abandonné, encourage le patient à contrecarrer le parent punitif, démontre à l'enfant en colère à exprimer ses besoins et émotions de façon plus adéquate et, finalement, réassure et remplace le protecteur détaché (Cousineau et al, 1996). Les jeux de rôles, les techniques de visualisation, l'entraînement dans le but de développer de l'assurance, etc., sont autant de moyens utilisés au cœur de cette approche.

Tout comme la T.D.C, cette approche présente des limites. En effet, Paris (2008) critique cette approche puisque, selon lui, les dangers de créer une dépendance chez le client ou encore qu'il régresse sont bien présents. De plus, Paris (2008) nous rappelle que peu importe l'amour ou la protection que nous fournissons au client lors de la thérapie, la réalité est que l'enfance est

terminée. Finalement, les intervenants utilisant cette approche doivent demeurer vigilants quant à la possibilité de transferts et de contre-transferts (Kreisman et al., 2010).

Enfin, bien que les écrits abondent sur les difficultés rencontrées dans l'intervention auprès des personnes présentant un TPL et que l'on nous suggère diverses techniques pour intervenir auprès de ces dernières de manière efficace, peu abordent la stigmatisation de manière plus générale ou s'intéressent à la part de l'intervenant dans ces impasses. Dès lors, on peut même se questionner quant à la contribution de ces écrits à la stigmatisation du TPL. Dans le cadre de ce projet d'intervention, un cadre théorique tout autre a été choisi pour analyser la stigmatisation ainsi que les difficultés vécues dans l'intervention auprès des TPL, soit l'interactionnisme symbolique. Comme nous le verrons plus loin, ce cadre permet de saisir des dynamiques plus larges pour comprendre la problématique. Non seulement il permet de saisir les dynamiques au sein des relations entre les patients et les intervenants, mais également les dynamiques sociétales qu'aucun des cadres d'analyse présentés précédemment n'aborde. De plus, la principale approche d'intervention choisie pour ce projet d'intervention, soit l'approche de conscientisation, semble avoir peu été utilisée auprès des personnes atteintes du TPL. Puisque les écrits démontrent généralement le point de vue des intervenants, cette approche s'avère intéressante puisqu'elle mettra plutôt de l'avant le point de vue des personnes vivant avec le TPL. Les approches présentées ci-haut ne sont pas mises de l'avant puisque le présent projet tend à dépasser l'individualisation des problèmes. De plus, il souhaite jeter un regard sur la stigmatisation et ses conséquences et non pas modifier des comportements jugés problématiques chez les personnes présentant un TPL ou analyser les impasses dans le traitement en analysant la symptomatologie du TPL. Par contre, les techniques de la mentalisation seront utilisées puisqu'elles s'inscrivent bien dans le cadre de l'interactionnisme symbolique, comme nous le verrons au chapitre suivant.

Le chapitre qui suit plonge au cœur du projet en y présentant la méthodologie d'intervention utilisée ainsi que le cadre théorie et les approches retenus. Une description du milieu de stage et du programme au sein duquel il s'insère amorce la présentation du projet d'intervention.

Chapitre 2 : Présentation du projet d'intervention

1. Présentation du lieu où se déroule le projet d'intervention

L'I.U.S.M.M est un centre hospitalier spécialisé en soins psychiatriques affilié à l'Université de Montréal. Étant désigné hôpital universitaire par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (Lebel, 2012), ce dernier remplit une mission à quatre volets, soit de soins, d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies et modes d'intervention (Lebel, 2012). L'I.U.S.M.M dispense des services spécialisés et surspécialisés à des personnes présentant des problèmes de santé mentale grâce une à programmation clinique coordonnée et concertée (Direction générale de l'Hôpital Louis-H.Lafontaine [DG de l'HLHL], 2005). La force de l'I.U.S.M.M « réside dans l'adhésion de ses médecins et de ses intervenants à quatre éléments fondamentaux : des valeurs communes, des services de qualité, une philosophie d'intervention partagée et une adhésion aux mêmes principes directeurs. » (DG de l'HLHL, 2005, p.12).

1.1 Mission et valeurs

L'institut a pour mission principale de voir au mieux-être des personnes. Ainsi, pour concrétiser et parfaire sa mission, l'institut s'efforce d'offrir les meilleurs soins et services spécialisés et surspécialisés dans le domaine de la santé mentale. De plus, l'I.U.S.M.M tend à repousser les limites de la maladie grâce à la recherche et l'évaluation des modes d'intervention. Finalement, cet établissement réalise sa mission en formant les intervenants par l'enseignement, en diffusant les savoirs et en collaborant avec ses divers partenaires (Direction de l'enseignement, 2012).

La philosophie de l'I.U.S.M.M se fonde sur l'appropriation du pouvoir par l'utilisateur, l'ouverture à la communauté et au réseau de la santé, la valorisation de la contribution ainsi que de la compétence et de la complémentarité de chacun, le souci constant d'amélioration des pratiques ainsi que sur le leadership et l'engagement public (Direction de l'enseignement, 2012).

De plus, l'I.U.S.M.M a formulé un énoncé de valeurs éthiques devant servir de guide aux personnes qui y œuvrent. Ainsi, cet énoncé complète les droits et obligations qui sont concédés aux usagers et aux intervenants à travers les diverses lois, règlements et politiques en place (Direction des ressources humaines [DRH], 2006). Ces valeurs éthiques sont au nombre de cinq

soit; le respect, la bienveillance/bienfaisance, l'autonomie, l'équité/intégrité et la sécurité. En effet, le respect occupe une place cruciale au sein des rapports humains et les personnes oeuvrant au sein de l'I.U.S.M.M doivent s'assurer de respecter la dignité, l'individualité ainsi que la confidentialité des personnes auprès desquelles elles travaillent. De plus, en étant bienveillante/bienfaisante, la personne s'engage à être attentive aux autres, à prioriser leurs intérêts ainsi qu'à offrir du support et de l'accompagnement. Elle assure également des services de qualité qui s'inscrivent dans la mission, maximise les bénéfices plutôt que les conséquences négatives et travaille en interdisciplinarité pour bien répondre aux besoins des usagers. L'autonomie est également une valeur mise de l'avant. Ainsi, chacun s'engage à reconnaître et encourager l'autonomie chez le patient, à viser son rétablissement ainsi qu'à l'informer et favoriser auprès de ce dernier la communication et l'éducation. De plus, en valorisant l'équité, l'institut garantit une répartition des ressources et de l'accessibilité aux services qui soient juste pour tous. Finalement, l'institut est désireux de protéger la personne ainsi que son environnement (DRH, 2006).

1.2 Mode de financement

Le financement des hôpitaux universitaires, dont fait partie I.U.S.M.M, provient de sources diverses. Le gouvernement provincial fournit, à travers le MSSS, le ministère de l'Éducation et des Loisirs ainsi que le ministère des Finances et de l'Économie, une partie du financement (Lebel, 2012). De plus, les hôpitaux universitaires reçoivent également du financement du gouvernement fédéral via des organismes subventionnaires (Lebel, 2012). Ce financement qualifié de public est la principale source de revenus de l'I.U.S.M.M (Hôpital Louis-H.Lafontaine, 2012). Dans le rapport annuel de 2011-2012 de l'institut, on constate que 92% des revenus de ce dernier proviennent du financement public, 6% des usagers et 2% d'autres sources tels que la vente de services (Hôpital Louis-H.Lafontaine, 2012).

1.3 L'approche par programmes spécifiques

En 2007 est implantée, au sein de l'institut, une nouvelle approche d'organisation des services, soit l'approche par programmes spécifiques (Direction des services cliniques [DSC], 2009). Cette approche a pour objectif d'offrir des services répondant, de manière plus appropriée, aux particularités des clientèles rencontrées. Elle se base sur divers principes dont une orientation vers la personne et ses proches, la recherche constante de résultats, la décentralisation des

ressources et de leur gestion, l'interdisciplinarité et l'amélioration continue (DSC, 2009). Dans cette perspective, l'I.U.S.M.M créa sept programmes distincts soit : l'évaluation et l'intervention brève, les troubles psychotiques, les troubles anxieux et de l'humeur, les troubles relationnels et de la personnalité, la gérontopsychiatrie, la déficience intellectuelle et la maladie psychiatrique ainsi que la toxicomanie et la maladie psychiatrique. Chacun de ces programmes s'adresse à une clientèle spécifique, poursuit des buts qui lui sont propres et offre des services cliniques adaptés.

2. Présentation du programme des troubles relationnels et de la personnalité

Le projet d'intervention s'insère au sein d'un de ces programmes, soit le P.T.R.P. Ce programme offre des soins et des services spécialisés de deuxième et de troisième ligne. Les services de deuxième ligne soutiennent les équipes de première ligne et offrent un traitement aux personnes pour qui les services offerts en première ligne ne sont pas suffisants (DG de l'HLHL, 2005). Ils nécessitent donc une expertise spécialisée. Les services de troisième ligne « dits surspécialisés s'adressent aux cas très complexes et graves dont la prévalence est faible, mais qui requiert un plateau technique particulier » (DG de l'HLHL, 2005, p.17). Les services de troisième ligne sont complémentaires aux services de première et deuxième ligne (DG de l'HLHL, 2005) Le P.T.R.P vise à ce que les soins et services offerts soient organisés de manière structurée, cohérente et efficace pour répondre aux besoins de la clientèle (DSC, 2009).

2.1 Clientèle et admissibilité au programme

Le P.T.R.P s'adresse aux personnes présentant un TP du sous-groupe B soit : limite, narcissique, antisociale et histrionique (DSC, 2009). Les personnes inscrites au sein du PT.R.P présentent des dysfonctionnements non négligeables dans de multiples sphères de leur vie, dont le fonctionnement interpersonnel, l'affectivité, la cognition, la perception de soi et des autres ainsi que le contrôle des impulsions (DSC, 2009). Ainsi, on observe chez les bénéficiaires du programme de l'instabilité aux plans émotionnel, relationnel, comportemental ainsi qu'identitaire, des comportements suicidaires, des difficultés à fonctionner au quotidien, une pauvre hygiène de vie, une autocritique variable de leur difficulté, un usage fréquent de défenses pathologiques, des difficultés à respecter le cadre et un usage répété et désorganisé des services de santé (DSC, 2009). Les problèmes que rencontrent les personnes vivant avec un TP sont

complexifiés par les composantes de dangerosité en lien avec ce trouble soit le suicide, l'automutilation et les menaces à l'intégrité. De plus, les diagnostics purs d'un seul TP étant rares, les personnes présentent également des composantes de l'axe 1 (troubles majeurs cliniques) et 2 (TP et le retard mental), tels que la dépression ou la toxicomanie et des problématiques sociales telles qu'un dysfonctionnement au travail ou des démêlés avec la justice (DSC, 2009). Outre les personnes vivant avec un TP, le programme offre également des services de soutien aux membres de leur famille ainsi qu'aux partenaires des réseaux locaux de service du territoire desservi par l'I.U.S.M.M (DSC, 2009).

Pour pouvoir bénéficier des services offerts par le programme, la personne ne doit pas présenter de déficits cognitifs importants ou un diagnostic de personnalité antisociale avec des composantes psychopathiques (DSC, 2009). Ainsi, la personne doit être âgée de 18 à 69 ans, avoir pour diagnostic principal un TP du sous-groupe B, pouvoir bénéficier du traitement offert par le programme et présenter une problématique à laquelle les services du programme pourront répondre. Enfin, la participation au programme est volontaire et la personne doit être en mesure de collaborer aux traitements qui lui sont proposés (DSC, 2009). Les demandes d'utilisateurs proviennent soit du programme d'évaluation et interventions brèves ou d'un autre programme de l'I.U.S.M.M (DSC, 2009).

2.2 Les buts du programme

S'inscrivant dans la mission de l'I.U.S.M.M, le programme poursuit divers buts. En effet, on souhaite, grâce à la programmation, améliorer et optimiser le fonctionnement des personnes, soutenir leur réinsertion sociale par l'accès à une gamme de services et favoriser ainsi que participer au développement d'une infrastructure d'évaluation, de recherche et d'enseignement (DSC, 2009).

2.3 Les volets du programme

Le secteur ambulatoire du programme comprend trois volets soit : l'accueil-évaluation-liaison, la clinique externe ainsi que l'hôpital de jour. La clinique externe et l'hôpital de jour combinent la thérapie de groupe, joignant des éléments de diverses approches dont la psychoéducation, la mentalisation et le traitement cognitivo-comportemental, à la thérapie individuelle structurée et intégrée au plan de traitement (DSC, 2009).

2.3.1 L'accueil-liaison-évaluation

Par l'accueil-liaison-évaluation, on assure la coordination ainsi que l'actualisation des diverses activités d'accueil, de liaison et d'évaluation du programme. Ce volet a entre autres pour objectif de recevoir les demandes de référence, de préciser le diagnostic, d'informer les personnes quant à la démarche thérapeutique et des choix s'offrant à eux et de recueillir de l'information sur la personne grâce à des évaluations professionnelles et des tests psychométriques (DSC, 2009).

2.3.2 La clinique externe

La clinique externe, quant à elle, offre des traitements spécialisés et intensifs, tant à court qu'à long terme. Ces traitements, pouvant s'étendre sur une à trois années, visent l'amélioration du fonctionnement général ainsi que des compétences personnelles, relationnelles et sociales. La clinique vise aussi la diminution de la souffrance vécue par la personne vivant avec un TP et par son entourage (DSC, 2009). Plus spécifiquement, on souhaite permettre aux patients inscrits de réduire leur symptomatologie invalidante, d'améliorer leur hygiène de vie, de diminuer leur comportement à risque, d'améliorer leur capacité à utiliser adéquatement les services de santé et les services sociaux, d'acquérir une meilleure connaissance d'eux-mêmes et d'améliorer leur habileté à mentaliser (DSC, 2009).

La clinique externe offre un suivi régulier intégré et intensif dans lequel les personnes participent à des groupes psychoéducatifs et/ou de mentalisation et rencontrent, mensuellement, leur intervenant pivot et le médecin traitant. Ce suivi adapté intégré et intensif permet aussi aux personnes vivant avec un TP de bénéficier de rencontres individuelles structurées, de participer à des groupes de médiatisation, psychoéducatifs, motivationnels et expérientiels, et de s'impliquer activement dans une activité de réinsertion. Finalement, la clinique offre également un suivi individuel médical (DSC, 2009).

2.3.3 L'hôpital de jour

L'hôpital de jour (HdeJ) du P.T.R.P priorise une vision de la personne dite holistique, c'est-à-dire une vision qui prend en considération diverses facettes de la personne. De plus, on accorde énormément d'importance au respect du patient en tant que personne. Les interventions prennent en considération le réseau de soutien, l'environnement social et l'importance des interrelations qu'ont les personnes avec ces derniers. L'HdeJ offre également un environnement accueillant

dans lequel la personne s'implique, de manière soutenue, dans une démarche thérapeutique. L'intervention de courte durée de l'HdeJ a une visée éducative ainsi que préventive. Finalement, on y retrouve des professionnels provenant de divers champs d'expertise travaillant en interdisciplinarité et offrant des services diversifiés et adaptés (DSC, 2009).

L'HdeJ a pour objectif général d'offrir une alternative à l'hospitalisation ou d'en limiter la durée en fournissant des modalités thérapeutiques très intensives et à court terme. L'HdeJ souhaite stabiliser l'état clinique du patient, améliorer son fonctionnement et son hygiène de vie, préciser le ou les diagnostics et exposer au participant les diverses orientations qui s'avèrent, pour ce dernier, appropriées (DSC, 2009). De plus, il vise une réduction de la symptomatologie aigüe invalidante et une diminution des comportements à risque tels que les gestes suicidaires et les conduites parasuicidaires. On tend à ce que la personne soit en mesure d'acquérir une meilleure connaissance d'elle-même en reconnaissant, entre autres, son ou ses diagnostics, ses fragilités ainsi que ses forces. On vise également l'amélioration des habiletés sociales, plus précisément relationnelles, et des habiletés à identifier et à gérer les stressors ainsi qu'à identifier les états affectifs et les motivations (DSC, 2009).

Les patients de l'HdeJ bénéficient d'un suivi de groupe de type interactif. Ce suivi est d'une durée de six à huit semaines. Ces derniers doivent se présenter à l'institut pour participer aux groupes quatre matinées par semaine pour une durée de trois heures. Ainsi, ils participent à des groupes ayant pour thème l'introspection et la résolution de problèmes, la créativité, la psychoéducation, la conscience de soi et des autres ainsi que la fixation d'objectifs (DSC, 2009). De plus, ils bénéficient d'un suivi individuel avec leur intervenant pivot et le médecin traitant.

3. Présentation du groupe visé

Les participants ciblés par le projet d'intervention sont des personnes vivant avec un TP du sous-groupe B, plus spécifiquement limite/borderline. Les participants choisis sont inscrits au P.T.R.P et bénéficient donc d'un suivi soit à l'HdeJ ou à la clinique externe. La clientèle desservie est composée majoritairement de femmes âgées dans la vingtaine et la trentaine, francophones et d'origine québécoise. Elles demeurent principalement dans le quartier Hochelaga Maisonneuve et dans l'Est de Montréal en appartement. Généralement, elles bénéficient de l'aide sociale, ayant

une scolarité de niveau secondaire ou des études secondaires non complétées. Certaines sont également en arrêt de travail. De plus, bon nombre d'entre elles sont des mères monoparentales. La direction de la protection de la jeunesse est souvent impliquée auprès de ces dernières et de leurs enfants. Quant aux hommes inscrits au P.T.R.P, ils présentent une insertion plus maintenue sur le marché du travail et davantage de démêlés avec la justice (Fadel, n.d).

Outre les personnes vivant avec un TPL, le projet d'intervention considère également le personnel soignant et le public en général puisqu'il vise à les sensibiliser. En effet, les interactions entre les participants ciblés et ces derniers s'avèrent parfois difficiles, puisque teintées par les préjugés. C'est donc dans le but d'améliorer ces interactions en diminuant la stigmatisation que le projet s'inscrit.

4. Présentation et justification de la méthodologie d'intervention retenue

4.1 Objectifs du projet d'intervention

Avant tout, ce projet a pour objectif général de favoriser, chez les participants, le passage d'une lecture pessimiste de leur propre réalité à une lecture critique de celle-ci.

Dans cette perspective, ce projet vise, plus spécifiquement, à conscientiser les participants au processus de stigmatisation ainsi qu'à l'impact de ce dernier dans leur vie respective. De plus, ce projet aspire à ce que les participants soient en mesure de s'interroger sur le processus de socialisation (normes, stéréotypes, etc.) façonnant le vivre ensemble. Il a également pour objectif spécifique de réduire la souffrance associée à la stigmatisation chez la personne présentant un TPL. Il vise en ce sens le développement d'une identité qui soit plus positive, la régulation des émotions ainsi que le développement de nouveaux modes d'interaction et de communication. Il convoite aussi la mise en commun et le développement de liens entre les membres du groupe dans le but de collectiviser la problématique de la stigmatisation ainsi que la souffrance vécue. Ce projet vise également à ce que les participants parviennent à nommer la stigmatisation possiblement vécue, à en articuler collectivement les éléments ainsi qu'à prendre une distance critique, entre autres, en stimulant les nuances, afin de réaliser les possibilités de changement.

En parallèle, le projet d'intervention souhaite également intervenir auprès des membres du personnel qui rencontrent dans leur pratique des personnes présentant un TPL. L'objectif est de les sensibiliser à la stigmatisation et aux conséquences de celles-ci dans le quotidien des personnes vivant avec le TPL. Enfin, à plus grande échelle, le projet d'intervention vise à sensibiliser la population générale aux conséquences de la stigmatisation vécue chez les personnes présentant un TPL.

4.2 Méthodologie mobilisée pour la réalisation de ces objectifs

La méthodologie privilégiée dans le cadre de ce projet d'intervention est l'intervention de groupe. Cette méthode est un processus d'aide ayant l'avantage d'engager le groupe comme un tout (Toseland et Rivas, 1995 cités par Berteau, 2011) et qui a pour sources de changements le processus de groupe ainsi que l'aide mutuelle (Berteau, 2011). Cette méthode a une vision de l'homme comme étant en constante interaction avec les autres (Benson, 2001 cité par Berteau, 2011). Berteau (2011) définit cette dernière comme étant :

un processus d'aide auprès d'un groupe restreint (5 à 20 personnes) qui s'appuie sur les propriétés actives présentes à l'intérieur du groupe comme élément de stimulation du changement personnel, de groupe et social. C'est une action consciente et volontaire animée par un professionnel utilisant une démarche structurée ou non qui vise à aider les membres et le groupe à satisfaire leurs besoins socio-émotifs, à réaliser leurs buts et à acquérir du pouvoir dans le respect des droits et responsabilités de chacun. (p.25)

Le groupe possède trois caractéristiques fondamentales (Turcotte et Lindsay, 2008) qui s'avèrent fort pertinentes dans le cadre de ce projet d'intervention. D'abord, le groupe permet aux membres d'être en interaction directe les uns avec les autres et d'être interdépendants dans la réalisation de leur projet tant individuel que collectif (Turcotte et al., 2008). De plus, le groupe est une structure faisant émerger, chez les membres, un sentiment d'appartenance (Turcotte et al., 2008).

Selon Turcotte et Lindsay (2008), il existe différents types de groupes selon leur origine, leur niveau de fonctionnement, leur durée de vie et leur composition. Dans le cadre du projet d'intervention, il s'agit d'un groupe formé, c'est-à-dire mis en place par une intervention extérieure et pour répondre à des objectifs établis (Turcotte et al, 2008). Il s'agit également à la fois d'un psychogroupe, où les membres ressentent un besoin commun, et un sociogroupe, où les

membres sont réunis pour résoudre des problèmes communs ou pour modifier des situations similaires (Turcotte et al., 2008). Finalement, il s'agit d'un groupe temporaire et fermé, puisque sa durée dans le temps est, d'emblée, déterminée et qu'il est composé de membres qui débutent et terminent ensemble leur expérience (Turcotte et al., 2008).

Toseland et Rivas (1984 cités par Berteau, 2011) et Lindsay (1988 cité par Berteau, 2011) regroupent les pratiques d'intervention de groupe au Québec en deux catégories, soit les groupes orientés vers le développement socioémotif des membres et du groupe ainsi que les groupes axés sur la tâche. Dans le cadre du présent projet d'intervention, l'intervention de groupe développée se retrouve au sein des deux catégories puisqu'il s'agit à la fois d'un groupe d'aide mutuelle, s'inscrivant dans la première catégorie, et d'un groupe axé sur la tâche, soit la création d'un outil de sensibilisation. Cela répond à l'objectif général de ce projet, soit le passage d'une lecture pessimiste de la réalité à une lecture critique de celle-ci. En effet, pour y arriver les participants doivent d'abord, partager leur vécu et développer un sentiment d'appartenance au groupe pour ensuite, créer tous ensemble dans une visée commune.

L'aide mutuelle est un concept depuis longtemps reconnu comme central au sein de l'intervention de groupe en travail social (Steinberg, 2004). Steinberg (2004) distingue les groupes d'aide mutuelle ainsi :

When a group comes together as a force of advocacy or change, that is mutual aid.
When members talk about issues considered taboo in other groups, that is mutual aid.
When a group provides a safe haven for its members to explore differences and to try new ways of thinking, being or doing, that too reflects mutual aid. (p.15)

Au sein du groupe d'aide mutuelle, l'intervenant n'est pas seul à offrir son expertise puisque chaque personne au sein du groupe est perçue comme un membre actif du processus, partageant ses connaissances au groupe (Berteau, 2011). De plus, l'autonomie du groupe est visée, c'est-à-dire que bien que le fonctionnement du groupe soit d'abord géré par l'intervenant, ce dernier doit amener le groupe à éventuellement se gérer seul (Berteau, 2011). Berteau définit le groupe d'aide mutuelle comme « une forme d'organisation de services professionnels permettant d'allier les connaissances et les habiletés de l'intervenant aux échanges entre membres du groupe partageant

le problème » (2011, p.26). Ainsi, l'approche de conscientisation étant mise de l'avant dans ce projet d'intervention, le groupe d'aide mutuelle s'avère essentiel.

De plus, il s'agit également d'un groupe axé sur la tâche puisqu'il vise la création, en groupe, d'un outil de sensibilisation. Ce type de groupe vise, entre autres, à modifier des structures sociales lézant le développement d'une communauté ou encore à trouver des solutions à des enjeux collectifs (Berteau, 2011). L'intervenant y joue le rôle d'une personne ressource (Berteau, 2011). Finalement, il s'agira d'un groupe restreint défini selon par Berteau (2011), à la suite de nombreuses lectures comme :

Un système psychosocial [...] (Landry, 1995, p.53) constitué de cinq à vingt personnes se réunissant de façon régulière autour d'une situation d'existence commune ou d'un sort collectif (Leclerc, 1999, p.30) et [...] ayant la possibilité de se percevoir, de communiquer et d'interagir au niveau interpersonnel et intragroupal (De Visscher, 1991, p.51) leur permettant ainsi de reconnaître [...] l'interdépendance de leurs sorts individuels (Leclerc, 1999, p.30). (p.28)

Ainsi, dans le cadre du projet d'intervention, les membres sont d'abord appelés à participer à la création de l'outil de sensibilisation, dans le but de travailler ensemble. Par contre, comme l'affirme Berteau (2011), pour que les membres demeurent actifs et tirent avantage de cette participation, ils doivent tisser des liens affectifs entre eux et ressentir du plaisir à être ensemble, d'où la pertinence d'une intervention de groupe s'inscrivant au sein des deux catégories mentionnées précédemment.

4.3 Justification du choix de cette méthodologie

Bien des éléments motivent le choix de cette méthodologie. D'abord, l'intervention de groupe me semble la plus adaptée puisqu'elle permet de réunir des personnes aux prises avec une même problématique, soit le TPL, mais également des personnes souffrant de la stigmatisation et de ses conséquences. La mise en commun des expériences permet de collectiviser les difficultés vécues et de mettre, en quelque sorte, fin à l'individualisation de ce problème social qu'est la stigmatisation. Le groupe ne traite ainsi pas seulement la personne individuellement, mais également la situation sociale (Forte, 2004b). C'est d'ailleurs ce qu'écrivent Paradis et Sorel (2010) :

Quelle que soit la problématique à l'origine de la création du groupe, le but de cette intervention est toujours le même : la mise en commun. C'est-à-dire le partage des

vécus, des émotions, des connaissances, des questionnements, des rêves, des perceptions, des valeurs, etc. Le groupe est un moyen d'intervention redoutable pour une exploration concrète, vivante, riche et stimulante de la vie en société. (p.1)

Berteau (2011) soulève huit ressources présentes au sein d'un groupe dont le besoin d'appartenance, le soutien mutuel, l'universalisation de l'expérience, l'apprentissage par l'interaction, la force collective, le partage d'informations, la réappropriation d'émotions difficiles et la mise à l'épreuve de la réalité. Ces ressources émergentes du groupe s'avèrent cruciales pour le projet d'intervention ainsi que pour agir autour de la problématique. En effet, le groupe permet d'abord de répondre à notre besoin d'appartenance (Berteau, 2011). De plus, comme l'écrit Shulman (1999, cité par Steinberg, 2008, p.44), « Découvrir que d'autres membres dans le groupe partagent les mêmes sentiments que soi peut souvent permettre une première expression de son pouvoir et devenir l'une des forces de changement les plus puissantes de l'aide mutuelle ». Le soutien mutuel retrouvé au sein du groupe est également important. Ainsi, le participant retire du groupe du soutien, de l'acceptation, et de la compréhension (Berteau, 2011) ainsi que de la compassion et de l'empathie (Steinberg, 2008). Ceci étant dit, l'attitude non-jugeante du groupe peut avoir pour conséquence d'atténuer l'image de soi perçue comme déviante et permettre au participant de croire en son potentiel (Berteau, 2011). Ainsi, le participant peut ressentir du réconfort puisqu'il est entouré de personnes qui l'acceptent et le comprennent (Steinberg, 2008), ce qui me semble fondamental pour le partage des vécus en lien avec la stigmatisation. Le groupe permet également aux participants de prendre conscience qu'ils ne sont pas seuls à vivre une certaine situation, ce qui peut les conduire vers une certaine dédramatisation de leur situation (Berteau, 2011). Bref, comme l'écrit Steinberg (2008) les membres s'engagent dans un

processus collectif de résolution de problèmes [...] ils jettent un regard sur leur expériences personnelles (autoréflexion) pour tenter d'approfondir leur introspection, de développer leur empathie et, en bout de ligne, d'être aidants pour les autres et pour eux-mêmes et de partager leurs histoires personnelles (autoréférence). (p.50)

Quant à l'apprentissage par l'interaction, Berteau affirme que « comparer sa perception des situations, des faits, des expériences vécues à celles des autres réduit les risques de déformer la réalité sur soi, sur les autres et sur les situations qu'on vit. » (2011, p.38). L'apprentissage par l'interaction permet également la confrontation des idées alors que les participants peuvent

s'exprimer et affronter les autres librement et en toute sécurité ainsi que discuter et explorer différents points de vue (Steinberg, 2008). Les réalités étant variées, le groupe nous offre la possibilité de bien saisir cette multiplicité.

De plus, la force collective prenant naissance grâce au groupe s'avère, pour ce projet d'intervention, essentielle. Comme l'affirme Berteau (2011), les participants du groupe peuvent prendre conscience qu'ensemble ils peuvent s'engager dans une action ayant pour but d'influencer leur environnement ou d'entamer un changement social. En effet, lorsque les personnes se sentent liées à d'autres personnes avec lesquelles elles partagent leurs besoins, leurs espoirs et leurs préoccupations, elles gagnent en force, en courage et prennent de nouvelles résolutions (Steinberg, 2008).

Aussi, le partage d'informations permet aux membres de contribuer à la mise en commun et d'enrichir l'expérience de groupe (Steinberg, 2008). La liberté d'expression ainsi que le climat d'acceptation que nous retrouvons au sein d'un groupe permettent aux membres de se réapproprier des émotions difficiles et de discuter de sujets tabous (Berteau, 2011), ce qui peut s'avérer réparateur, selon Steinberg (2008).

Enfin, la mise à l'épreuve de la réalité, possible grâce au groupe, contribue à faire prendre conscience de la responsabilité qu'a la personne dans sa situation, mais également de la part des conditions sociales qui influencent sa réalité (Berteau, 2011).

Ainsi, dans le cas qui nous intéresse, une personne stigmatisée peut se joindre à un groupe d'individus vivant également les conséquences négatives de la stigmatisation et partager avec eux son expérience. En somme, la personne peut retrouver dans ce groupe du soutien et ainsi se redéfinir, non plus sur la seule base de l'étiquette et de l'attribut social qui lui sont associés par le processus de stigmatisation, mais aussi développer une identité plus positive (Watson, Corrigan, Larson et Sells, 2007). La personne peut en venir à prendre conscience que l'étiquette qui lui est assignée par la structure sociale ne fait pas nécessairement partie de sa personnalité et de son identité si elle en choisit ainsi. De plus, selon Ogien (1995), la personne stigmatisée a la capacité de contester, résister et rejeter le jugement, l'image dévalorisante et le regard que l'on porte sur

elle. En se joignant ainsi à un groupe, il est plus facile pour la personne de revendiquer une image et un statut social dans lesquels elle se reconnaît comme être humain à part entière, possédant des caractéristiques autres que celles associées à l'étiquette. Le groupe peut ainsi se rassembler et l'étiquette revêtir la forme d'une force mobilisatrice visant une modification de la définition sociale quant à ce qui est sanctionné ou non, dans la norme ou hors norme, pathologique ou sain.

Cette méthodologie est pertinente pour agir auprès du groupe visé car, comme l'affirme Linehan (1996, cité par Cherrier, n.d), l'intervention de groupe offre, aux personnes présentant un TP la possibilité d'observer et d'expérimenter les comportements interpersonnels se manifestant dans le cadre des relations entre pairs. Ainsi, les membres peuvent expérimenter l'apprentissage par modèle, le groupe représentant un cadre sécuritaire pour risquer de nouveaux comportements et de nouvelles manières de communiquer (Berteau, 2011). En effet, comme l'écrit Steinberg (2008), le participant peut prendre des risques et utiliser le groupe pour mettre en scène ses comportements et en examiner les conséquences. De plus, toujours selon Linehan (1996, cité par Cherrier, n.d), le groupe permet aux personnes vivant avec un TP d'interagir avec des personnes leur ressemblant et ainsi bénéficier de soutien et de validation. Cherrier (n.d) écrit également que le groupe incite le participant à développer sa capacité à gérer son anxiété dans des situations chargées d'émotions et à réguler son état affectif, alors que les interactions sociales causent généralement de l'anxiété et des incompréhensions chez les personnes présentant un TP. Ceci étant dit, le groupe favorise le contrôle mutuel et ainsi, permet un meilleur contrôle de soi grâce à la rétroaction procurée par les autres membres (Berteau, 2011). Aussi, le groupe permet aux participants de développer leur capacité à mentaliser puisqu'ils peuvent tenter de comprendre l'état d'âme des autres participants du groupe (Cherrier, n.d). Finalement, l'intensité des relations interpersonnelles entre les participants et avec les intervenants se voit réduite au sein d'un groupe, puisque l'attention des interventions est partagée (Linehan, 1996 cité par Cherrier, n.d).

De plus, cette méthodologie est privilégiée car on observe des résultats positifs chez les personnes stigmatisées suite à leur participation à un groupe. L'Lic, Reinecke, Bohner, Röttgers, Drissen, Frommberger et Corrigan (2011) affirment que les personnes qui participent aux groupes et qui portent un regard positif sur ses membres en leur attribuant des attributs favorables, jouissent d'une meilleure santé mentale. De plus, les personnes présentant un trouble

de santé mentale grave qui s'identifient au groupe font moins preuve d'intériorisation de la stigmatisation et étendent leur réseau social (Corrigan, Sokol et Rüş, 2011). Aussi, comme l'écrivent Corrigan, Larson et Rüş (2009), les personnes participant au groupe sont plus enclines à développer des perceptions d'elles-mêmes plus positives et ainsi moins expérimenter une baisse d'estime de soi et d'efficacité. Elles en retirent également du support qui leur est fort bénéfique (Perlick, Rosenheck, Clarkin, Sirey, Salahi, Struening et Link, 2001).

Enfin, la méthodologie de groupe adoptée s'inscrit dans le cadre théorique de l'interactionnisme symbolique dont il sera maintenant question puisque, comme l'écrit Forte (2004a), par l'intervention de groupe nous touchons à des concepts cruciaux de l'interactionnisme symbolique tels que l'identité, les rôles, la communication, les interactions, les processus sociaux, etc.

5. Présentation et justification du cadre d'analyse retenu

Le cadre théorique de l'interactionnisme symbolique est, tel que mentionné précédemment, privilégié au sein de ce projet, pour l'exploration ainsi que l'analyse de la problématique de la stigmatisation des personnes aux prises avec un trouble de la personnalité limite.

5.1 Fondements/postulats de l'interactionnisme symbolique

L'interactionnisme symbolique s'intéresse, avant tout, à l'étude du comportement humain ainsi qu'aux rapports qu'entretiennent les individus entre eux et avec ce qui les entoure. En effet, comme l'écrit Le Breton, l'interactionnisme symbolique émerge lors d'une période de crise de la sociologie où l'on commence à se soucier du « point de vue de l'acteur, la construction du sens dans le moment de l'interaction, la capacité pour l'acteur de se comprendre et de rendre compte de son action et de constituer ainsi la réalité, de renégocier en permanence son rapport au monde » (2008, p.46).

L'interactionnisme symbolique a pour fondement trois grandes prémisses pour porter un regard sur la réalité (Blumer, 1986). Selon Blumer (1986), cette approche repose d'abord sur le fait que les individus se comportent face aux objets qui les entourent en fonction des significations qu'ont ces derniers pour eux. De plus, ces mêmes significations proviennent, et sont le produit, des interactions sociales. Finalement, les significations que donne l'individu aux objets sont traitées

et modifiées à travers un processus d'interprétation que la personne met en œuvre pour interagir avec les objets et individus rencontrés ainsi que pour saisir la réalité (Blumer, 1986). Bref, comme le résume James A. Forte (2004) l'interactionnisme symbolique;

... examines the symbolic and the interactive together as they are experienced and organized in the worlds of everyday lives. It looks at how meanings emerge, are negotiated, stabilized and transformed; at how people do things together through joint action; and at how interaction strategies organize such meanings at all levels of collective life. (p.392)

5.2 Conception de la personne

Les théoriciens de l'interactionnisme symbolique conçoivent l'être humain comme interagissant avec les éléments sociaux et non comme étant passif (Le Breton, 2008). Pour ces derniers, « le comportement humain individuel n'est ni tout à fait déterminé, ni tout à fait libre, il s'inscrit dans un débat permanent qui autorise justement l'innovation » (Le Breton, 2008, p.47). En effet, pour Blumer (1986), l'individu n'est pas seulement un organisme qui répond aux autres à un niveau non symbolique ou qui réagit passivement aux actions des autres et aux objets qui l'entourent. Au contraire, la personne interprète et détermine ses actions ainsi que celles des autres. En effet, comme l'affirme Blumer (1986), la personne est en mesure de désigner des objets, de leur donner des significations, de juger de leur pertinence quant à l'action qu'elle souhaite réaliser et de prendre des décisions en se basant sur son jugement. De plus, l'individu est perçu comme étant en interaction. En effet, il fait des indications aux autres et interprète les indications que les autres lui font, leur donne du sens et se réajuste parfois pour répondre, par exemple, à ce qu'il pense que l'on s'attend de lui dans son rôle social. Bref, l'individu a des raisons d'agir et c'est à ces dernières que les interactionnistes s'intéressent (Le Breton, 2008). Le lien avec la mentalisation, qui sera davantage décrite à ce chapitre, est ici évident, puisqu'au sein de la mentalisation, nous nous intéressons également à ce qui se passe dans l'interaction en lien avec les interprétations de chacun, au sens que l'on donne aux événements ainsi qu'à nos états mentaux et ceux des individus qui nous entourent.

5.3 L'interaction

Les interactions sont essentielles pour les interactionnistes symboliques. En effet, tout ce que nous faisons, nous le faisons en relation avec les autres et devenons ainsi des objets sociaux (Charon, 2004). Comme l'indique Charon (2004), plutôt que de s'intéresser aux individus et leurs caractéristiques personnelles ou encore à la manière dont la société et les situations sociales

entraînent et causent les comportements humains, les théoriciens de l'interactionnisme symbolique se préoccupent davantage de la nature de l'interaction sociale. Pour ces derniers, l'interaction sociale est importante puisqu'elle « creates our qualities as human beings [...] is an important cause of what the individual does in situations [...] forms our identity [...] creates society. » (Charon, 2004, p. 143). L'interaction se définit comme un champ mutuel d'influence comprenant des acteurs de diverses positions sociales dans un contexte particulier (Le Breton, 2008). Comme l'illustrent bien Massé et Brault (1979) :

... il se produit un échange constant de comportements et d'attitudes d'une part, et d'attentes de l'autre et vice-versa, à travers lesquels un continuel ajustement se produit. Il faut bien comprendre que cet échange s'effectue sur la base commune des normes et valeurs [...] constituée non seulement des expériences quotidiennes, mais aussi d'un corpus socioculturel qui a un caractère symbolique puisque même en l'absence d'un stimulus concret, il agit sur les perceptions et comportements. (p.73)

L'interaction a également un impact non négligeable sur notre identité, car c'est au sein de celle-ci qu'elle se façonne, se maintient et se transforme. En effet,

We define who others are and what they want as we interact. We attribute identities to them, and these identities become important for how we act in relation to them. We label them on the basis of what they do or say or how they are dressed or what we have heard. We label them according to what they announce their identity to be. (Charon, 2004, p.149)

De ces interactions découlent, comme l'écrit Charon (2004, p.139), « social objects, symbols, self, mind, decisions, change in our stream of action, perspectives, reality, definitions of the situation, and role taking. ».

5.4 Les symboles

La dimension symbolique est également au cœur de l'interactionnisme symbolique puisqu'elle conditionne notre rapport au monde (Le Breton, 2008). Le symbole, comme le mentionne Charon (2004, p.50), est un « social object used for communication to self or for communication to others and to self. It is an object used to represent something else. It is intentionally used. ». En effet, le symbole est social puisque défini par l'interaction (Charon, 2004). Les individus les conçoivent et s'entendent sur ce qu'ils représentent et signifient. Un symbole a donc une signification pour celui qui l'utilise, de même que pour celui qui le reçoit (Charon, 2004). Ce qui est, par contre, essentiel à la communication est que la signification du symbole soit la même pour les deux parties (Charon, 2004). Ainsi, « The person who uses symbols does so for the

purpose of giving off meaning that he or she believes will make sense to the others. » (Charon, 2004, p.49). Donc, les mots, nos actions, lorsqu'elles ont une signification pour nous ainsi que pour les autres, et certains objectifs sont des symboles (Charon, 2004). Les symboles sont dynamiques et se transforment à travers les interactions (Charon, 2004). Ils permettent de saisir le monde qui est, selon Le Breton (2008, p.49), « toujours le fait d'une interprétation d'un acteur, puisant dans la boîte à outils de ses références sociales et culturelles », bref son monde symbolique. Comme l'écrit Charon (2004), les symboles sont fondamentaux pour les êtres humains car :

The human being, because of the symbol, does not respond passively to a reality that imposes itself but actively creates and re-creates the world acted in. Humans name, remember, categorize, perceive, think, deliberate, problem solve, transcend space and time, transcend themselves, create abstractions, create new ideas, and direct themselves – all through the symbol. (p.69)

5.5 Les rôles

Lorsqu'un individu entre en interaction, généralement, il tâche de maîtriser les impressions (Le Breton, 2008). En effet, comme l'affirme Le Breton (2008) :

Des règles innombrables régissent le bon déroulement des interactions, les manières de se vêtir, de s'adresser à l'autre, de l'écouter, de le regarder, de le toucher, de prendre son tour de parole, de s'inscrire dans une file d'attente, de se croiser sur le trottoir ou face à une porte sans se heurter... (p.108)

Le rôle est donc cet ensemble de normes régissant les relations entre les individus (Le Breton, 2008). Il réfère à la manière dont les hommes, au quotidien, construisent des :

Images of how they expect others to act in given positions (role-taking), evolving notions of how they themselves expect to act in a given position (role-making) and also imaginatively viewing themselves as they like to think of themselves being and acting in a given position (role identity). (Plummer, 1975, p.18)

Ainsi, la personne adopte une ligne de conduite pour offrir une représentation s'avérant conforme aux attentes des autres, en évitant de manifester des éléments qui pourraient la placer dans l'embarras (Le Breton, 2008). Cette mise en scène de la vie quotidienne, comme la baptise Goffman (1959), nous permet de manipuler l'information que nous souhaitons présenter (Goffman, 1975). Cela s'avère d'autant plus facile lorsque la différence n'est ni immédiatement apparente ou connue (Goffman, 1975), comme en est le cas de la maladie mentale. Par contre, lorsque l'on découvre un élément discréditant et hors-norme chez un individu, notre vision de ce

dernier se voit bouleversée et l'individu peut se voir accoler une étiquette et basculer dans la déviance.

5.6 La Déviance

Aux origines de la déviance, on retrouve un processus social de désignation (Le Breton, 2008) qui conduit les individus à définir certains comportements comme étant déviants et à agir, envers les individus les manifestant, de manière stigmatisante (Plummer, 1975). C'est ce qu'explique d'ailleurs Howard S. Becker (1985) dans cet extrait lorsqu'il écrit que :

ce que je veux dire, c'est que les groupes sociaux créent la déviance en instituant des normes dont la transgression constitue la déviance, en appliquant ces normes à certains individus et en les étiquetant comme des déviants. De ce point de vue, la déviance n'est pas une qualité de l'acte commis par une personne, mais plutôt une conséquence de l'application, par les autres, de normes et de sanctions à un transgresseur. (p.32)

La déviance est donc subjective puisque comme l'affirment Blumer et Riot (2004), elle existe de par la manière dont la société la définit et la conçoit plutôt que comme étant une condition objective et définitive. La déviance et, du fait même, le problème social, n'existent donc pas tant et aussi longtemps que la société ne les a pas reconnus comme tels. Pour qu'un problème social soit considéré comme tel et que la société mette sur pied des actions dans le but d'agir sur ce dernier, il doit, comme l'affirment Blumer et Riot (2004), acquérir une forme de légitimité sociale, c'est-à-dire une reconnaissance spécifique, ainsi qu'un certain degré de respectabilité dans les arènes de la discussion publique. En effet, un problème social peut être reconnu par certaines personnes, mais être considéré comme négligeable par la majorité de la société n'en faisant pas, ainsi, un sujet d'intérêt sur lequel nous devons agir et nous mobiliser.

5.7 Justification du cadre théorique utilisé pour analyser la problématique

Ce cadre d'analyse est pertinent pour donner un éclairage à la problématique puisque, selon moi, la société perçoit la maladie mentale telle une déviance. Au Québec, nous la prenons en charge grâce à des mécanismes sociaux et ainsi, en quelque sorte, exerçons un certain contrôle social sur cette problématique. En effet, on ne conçoit pas la maladie mentale de cette façon partout dans le monde. Un comportement jugé dérangeant dans notre société, tels que ceux caractérisant le TPL, peut être associé à la maladie mentale tandis qu'il est ailleurs perçu comme moins problématique. Par exemple :

On a souvent avancé que la maladie connue sous le nom de schizophrénie était de nature différente d'un endroit à l'autre, voire à l'intérieur d'un même pays. Récemment, certaines preuves objectives ont été apportées de ce que les psychiatres de pays différents ne donnent pas au concept de schizophrénie le même sens [...] le concept de schizophrénie est beaucoup plus large aux États-Unis qu'en Grande-Bretagne. Aux États-Unis en effet, la schizophrénie englobe une grande partie de ce que les psychiatres britanniques considéreraient comme des dépressions, des névroses ou des troubles de la personnalité et pratiquement tout ce qu'ils considèrent comme des états maniaques. (Organisation mondiale de la santé, 1977)

Au même titre, le contexte dans lequel il a lieu est également capital. Si j'ai un comportement hors norme seule dans mon salon, cela ne risque pas d'avoir les mêmes conséquences que si j'avais ce même comportement en public, d'où l'importance de la relation avec l'autre et de l'interaction. En effet, comme l'écrit Dorvil (1990),

il existe des normes et des valeurs qui régissent la construction de l'anormalité dans une collectivité. Un acte relevant de la « maladie mentale » est un acte qui transgresse la norme acceptée dans la société. Un acte qui fait problème, un acte qui ne poserait pas ou ne devrait pas poser un individu appartenant à ladite culture. (p.49)

L'interactionnisme symbolique nous permet donc de jeter un regard sur les dynamiques sous-jacentes à la stigmatisation ainsi qu'à ce qu'on définit comme un trouble mental et de bien en saisir le processus. De plus, elle nous permet de comprendre davantage les conséquences de la stigmatisation dans la vie quotidienne des personnes présentant un TPL puisqu'elle met l'accent sur les interactions, la perception, l'interprétation ainsi que la signification que donne la personne au monde qui l'entoure et à ses états mentaux.

6. Présentation et justification des approches retenues

Dans le cadre du projet d'intervention, l'approche de conscientisation est privilégiée pour agir sur la problématique en cohérence avec l'interactionnisme symbolique. De plus, en parallèle, la mentalisation est mise de l'avant pour intervenir auprès du groupe visé par le projet.

6.1 La conscientisation

6.1.1 Origine et définition de l'approche de conscientisation

L'approche de conscientisation puise ses origines au sein de la pratique d'alphabétisation du pédagogue Paulo Freire (Humbert, 1994 citée par Desgagnés, 2012). Cette pratique fut

expérimentée et appliquée pour la première fois en 1962 au Nordeste, région pauvre du Brésil (Freire, 1983), dans un contexte sociopolitique où émergeait un « “mouvement populaire, nationaliste et anti-impérialiste” en réaction à la mainmise des capitaux étrangers sur les richesses du pays. » (Humbert, 1976 citée par Desgagnés, 2012, p.16). À cette époque, Freire, intervenant dans le domaine de l’alphabétisation, s’interroge quant à l’éducation dite bancaire, c’est-à-dire celle où l’on « dépose une somme de savoir dans la tête de l’étudiant de façon tout à fait verticale, en modelant son esprit, ou plutôt en le formant à l’image du système qu’il sera appelé à servir. » (Arsenault, 1990, p.36). Pour Freire, cette méthode est aliénante et infantilisante (Desgagnés, 2012). En opposition à cette dernière, il suggère une éducation libératrice se basant sur la méthode d’alphabétisation-conscientisation (Desgagnés, 2012). Cette méthode repose sur l’interprétation du vécu et de l’expérience de l’individu qui joue un rôle actif dans son processus d’apprentissage (Desgagnés, 2012). Paulo Freire (1970, cité par Ampleman, Doré, Gaudreau, Larose, Leboeuf et Ventelou, 1983) définit la conscientisation comme un :

... processus dans lequel des hommes, en tant que sujets connaissants, et non en tant que bénéficiaires, approfondissent la conscience qu’ils ont à la fois de la réalité socioculturelle qui modèle leur vie et de leur capacité de transformer cette réalité. (p.257)

De plus, elle implique, selon Humbert (1987 citée par Desgagnés, 2012, p.13), « une réflexion indissociable d’une action de transformation du monde. ». L’approche de conscientisation implique donc des rapports horizontaux et dialogiques entre les personnes engagées au sein du processus (Arsenault, 1990). En effet, comme l’écrit Freire (1983) :

Éducateurs et éduqués (leaders et masses), orientés ensemble vers la réalité, se rencontrent dans une tâche dans laquelle les deux sont sujets agissants non seulement pour déchiffrer cette réalité et donc la connaître avec un esprit critique, mais aussi pour la recréer (p.48)

6.1.2 Conception de la personne

La personne est conçue tel un sujet créateur de l’histoire (Ampleman et al., 1994). En effet, comme l’écrivent Ampleman et ses collègues (1994, p.4), ce qui est à la base de la conscientisation est « la conviction profonde de la capacité de chaque être humain d’être acteur autonome de sa vie et de participer pleinement à la transformation du monde. ». Ainsi, on voit la personne comme étant en mesure de percevoir les possibilités de changements, à croire en ses capacités et à s’impliquer activement, et ce, malgré qu’elle soit aliénée et dominée (Ampleman et al., 1994). Pour Freire, ce qui caractérise l’être humain est sa capacité de distance et d’analyse critique (Ampleman et al., 1994). De plus, toujours selon ce dernier, exercer cette capacité et

devenir conscient, en se percevant comme étant en mesure de participer à la transformation sociale, sont fondamentales pour que la personne se réalise pleinement (Ampleman et al., 1994).

6.1.3 Le processus de conscientisation

Pour Freire, la conscientisation est un processus social dans lequel les sujets acquièrent une connaissance, qui se veut plus globale, de la réalité socioculturelle les influençant ainsi que des habiletés pour la modifier (Arriola-Socol, 1989). Le défi du processus de conscientisation est, selon Gélinau (2001), triple. En effet, par ce processus on doit susciter une prise de conscience, susciter le passage à l'action et, enfin, encadrer et vivre l'action (Gélinau, 2001). Le processus comprend, selon Freire (1983 cité par Arriola-Socol, 1989), trois niveaux de conscience soit; magique, primaire et critique. Ainsi, pour Freire (1967 cité par Ampleman, Doré, Gaudreau, Larose, Leboeuf et Ventelou, 1994), la conscientisation est le passage d'une conscience magique ou primaire à une conscience critique.

6.1.3.1 Les niveaux de conscience

En effet, la conscientisation se produit, comme l'écrit Cherrier (2000), grâce à la prise de conscience de divers éléments par les personnes tels que leur situation, leur environnement, leur intérêt, leur capacité ou encore leur force collective. Ainsi, la pensée évolue selon le degré d'immersion dans la réalité et l'éveil de la conscience (Arriola-Socol, 1989). Au stade de la conscience magique, aussi appelée précritique (Humbert, 1976 citée par Ampleman et al, 1994), les personnes se conforment à la réalité qu'elles ne tentent pas de modifier (Arriola-Socol, 1989). Ainsi, selon Freire (1983 cité par Arsenault, 1990), la personne saisit les faits :

... simplement en leur attribuant un pouvoir supérieur qui la domine de l'extérieur et auquel elle doit se soumettre docilement. Et le fatalisme, précise-t-il, typique de ce niveau de conscience, conduit aux bras croisés, à l'impossibilité d'agir face au pouvoir des faits, devant lesquelles l'homme reste vaincu (p.44)

Bref, selon Colette Humbert (1976 citée par Ampleman et al, 1983), la conscience pré-critique peut être révoltée et alertée, mais demeure, malgré tout, déterminée par le système établi. Pour que la personne passe au niveau suivant, elle doit, entre autres, avoir le sentiment de sa dignité, avoir l'envie de parler, remettre en question l'idéologie dominante et voir émerger, en elle, une conception du monde où les choses peuvent changer (Denis, Dubeau et Duchesne, 2012). L'interactionnisme symbolique, peut à cette étape, jouer un rôle puisqu'il permet de jeter un regard sur les dynamiques sociétales sous-jacentes au processus de stigmatisation. Dès lors, les

participants risquent de ne plus se voir comme seul responsable de leur situation, mais considérer l'idéologie dominante et les normes sociales. Ainsi, leur conception du monde et de la maladie mentale risque de se voir modifiée.

À ce cheminement, Ampleman et ses collègues (1983/1994) ajoutent la conscience révoltée, se situant entre la conscience précritique et la conscience critique intégratrice. En effet, ils affirment qu'il s'agit d'un niveau de conscience dans lequel « entrent les masses populaires sans organisation politique, quand elles atteignent le seuil de saturation face à l'exploitation et la domination dont elles sont les victimes. » (Ampleman et al, 1983, p.272 et 1994, p.9). Ainsi, les individus identifient les injustices, en analysent sommairement les causes, ont le goût de l'action ou souhaitent briser le système (Denis et al, 2012). Pour passer au niveau suivant, ils se doivent d'organiser le changement social et de planifier davantage leur action (Denis et al., 2012).

De cette conscience révoltée, l'individu chemine vers une conscience critique intégratrice (Humbert 1976 citée par Ampleman et al, 1994) ou réformiste (Denis et al., 2012). À ce niveau, les individus ont pour projet d'améliorer le système en place (Denis et al., 2012). Ainsi, ils développent une solidarité avec un groupe d'appartenance, interviennent pour résoudre des problèmes et défendre des droits, mettent en place des solutions alternatives et souhaitent qu'une place soit faite aux catégories sociales en marge (Denis et al., 2012).

Le passage à la conscience critique libératrice (Humbert, 1976 citée par Ampleman et al., 1994) nécessite que les individus dépassent les limites du système établi et s'organisent de manière autonome en analysant ses structures de manière critique (Denis et al., 2012). Comme l'écrit Humbert (1976 citée par Ampleman et al., 1994, p.9), ce niveau s'inscrit dans « une recherche de nouvelles relations interpersonnelles et de nouveaux rapports sociaux ». De plus, à ce niveau, les individus s'engagent dans un processus permanent de libération, puisque « la conscience critique n'est jamais acquise une fois pour toutes et la réalité sociale se modifie sans cesse. » (Ampleman et al, 1994, p.8). De plus, ils expriment une volonté de maîtriser le devenir collectif (Denis et al, 2012). Bref, comme l'écrit Freire (1983 cité par Arsenault, 1990, p.45), la conscience critique se définit comme « la perception des choses et des faits, tels qu'ils existent concrètement dans leurs relations logiques et circonstanciées. ».

6.1.3.2 Le dialogue

Les individus opprimés ont rarement la possibilité de parler et d'exposer ce qu'ils vivent au sein de notre société. Ceci étant dit, comme l'écrivent Ampleman et ses collègues (1983),

individuellement, les opprimés sont amenés à intérioriser le discours dominant qui les contraint à considérer leur situation comme fatale et à assumer la marginalisation qu'on leur fait subir. Il en résulte un sentiment d'infériorité et d'impuissance qui les amène à s'en remettre continuellement aux dominants pour agir dans la société (p.264)

Ainsi, pour surpasser cette situation où une conscience dite magique est dominante chez l'individu, nous devons libérer la parole en nommant l'oppression et en articulant les éléments collectivement. De plus, il faut prendre une distance critique quant à notre situation d'oppression vécue pour y voir les possibilités de changement (Ampleman et al, 1983). La prise de parole entreprend donc le processus de prise de conscience et permet le dialogue (Ampleman et al, 1983), concept fondamental de cette approche, puisqu'elle en est l'essence (Freire, 1983). Le dialogue est, selon Ampleman et ses collègues (1994), un

... échange égalitaire entre les individus sur leur perception du monde. C'est une façon différente de concevoir l'acquisition des connaissances : au lieu d'emmagasiner un savoir préparé à l'avance par un expert, les individus sont invités à acquérir des connaissances en analysant ensemble la réalité vécue. (p.6)

De plus, grâce au dialogue,

chaque personne découvre la réalité de l'autre et prend peu à peu conscience qu'elle n'est plus seule à vivre telle ou telle situation. Ce partage qui donne la parole à qui veut la prendre et qui permet l'écoute fait également prendre conscience à chacun qu'il est possesseur d'un certain savoir en même temps que d'un certain pouvoir. (Arsenault, 1991, p.57)

À la lumière de cela, au cœur du dialogue, l'interactionnisme symbolique permet de porter un nouveau regard sur la réalité et de prendre une distance critique pour que débute une prise de conscience. Conséquemment, comme l'écrivent Ampleman et ses collègues, en se référant aux propos de Freire « personne ne s'éduque seul, personne n'éduque autrui, mais que nous nous nous éduquons tous ensemble » (1994, p.6). L'aspect collectif de la conscientisation est donc important, puisque la confrontation de multiples perceptions s'avère indispensable (Ampleman et al, 1994). Le dialogue est également perçu comme un échange réparateur pour les théoriciens de l'interactionnisme symbolique. En effet, comme l'écrit Le Breton (2008) :

C'est un travail de restauration de la face de ceux qui sont affectés. Une remise symbolique à niveau efface le sentiment pour la victime d'avoir été abaissée. Elle lui restitue ce dont

elle a été privée, elle présente une surenchère de confirmation de soi comme pour compenser ce qu'on a pu lui soustraire. (p.127)

6.1.4 Le rôle de l'intervenant

L'intervenant, au sein d'une démarche conscientisante, se détache de son rôle habituel, soit celui dans lequel il vient en aide et assiste des individus dans le besoin. En effet, plutôt que de travailler pour les personnes, il travaille avec elles. En effet, comme l'affirme Arsenault (1990), il devient un acteur de la démarche au même titre que tous les participants. Ceci étant dit, l'intervenant qui, d'emblée, risque d'être perçu en tant qu'expert se doit de déconstruire cette vision pour favoriser plutôt une démarche où « chacun est sujet agissant à la transformation de sa réalité et non plus objet exécutant les décisions prises par un expert. » (Arsenault, 1990, p.42).

6.2 Mentalisation

En parallèle, une seconde approche est mise de l'avant au sein du projet d'intervention, soit la mentalisation, approche décrite au premier chapitre de cet essai. Tout comme pour l'interactionnisme symbolique, la mentalisation implique que l'on s'intéresse à nos états mentaux ainsi qu'à ceux des autres, en particulier lorsque l'on tente de comprendre certains comportements (Bateman et Fonagy, 2006). En effet, nous mentalisons en relation avec les autres (Allen, Bleiberg et Haslam-Hopwood, 2003). Il s'agit de la capacité humaine qui nous permet d'appréhender notre propre pensée ainsi que celle des autres (Bateman et Fonagy, 2012), capacité jouant un rôle clé au sein de l'interactionnisme symbolique. Elle est une construction sociale profonde (Bateman et Fonagy, 2010) dans le sens où « it is an imaginative mental activity that enables us to perceive and interpret human behavior in terms of intentional mental state. » (Bateman et al., 2012, p.4). En effet, nous devons nous imaginer ce que les gens peuvent penser ou ressentir (Bateman et al, 2006), ce qui s'avère également nécessaire au sein de l'interactionnisme symbolique. En effet, comme l'écrit Le Breton (2008, p.49), l'interaction est « commandée par l'autoréflexion de l'individu et sa capacité de se mettre à la place d'autrui pour le comprendre ». De plus, la mentalisation est à la base de la conscience de soi et de l'identité (Allen et al, 2003), dynamiques également étudiées au sein de l'interactionnisme symbolique. Finalement, la mentalisation est une approche favorisée auprès d'une clientèle présentant un TPL puisque « Patients with BPD show reduced capacities to mentalize, which leads to problems with emotional regulation and difficulties in managing impulsivity, especially in the context of interpersonal interactions. » (Bateman et al, 2010, p.11).

Le choix du cadre théorique ainsi que des approches présentés ci-haut découle du processus ayant mené à l'élaboration du projet d'intervention dont il sera à présent question.

7. Description du processus d'élaboration du projet

Le présent projet d'intervention est le résultat d'une démarche de longue haleine comportant de multiples étapes. D'abord, travaillant depuis trois ans auprès de femmes victimes de violence conjugale et ayant effectué mon stage de l'année préparatoire à la maîtrise en service social au sein d'une communauté thérapeutique pour personnes aux prises avec des problèmes de consommation, j'ai toujours observé les répercussions des normes sociales sur ces personnes. La femme demeurant avec son mari violent pour conserver l'image d'une famille parfaite ou encore l'alcoolique qui boit, car il n'arrive pas à répondre aux standards d'une société valorisant la productivité. J'ai aussi toujours observé les préjugés qu'entretiennent les personnes quant aux victimes de violence et aux personnes présentant une dépendance. Certains croient que les femmes sont responsables de cette violence et d'autres sont convaincus que les toxicomanes sont tous des manipulateurs. J'ai surtout été témoin des conséquences de ces préjugés sur l'identité des personnes qu'ils atteignent. J'ai donc, à ce moment, développé un intérêt pour la stigmatisation et ses conséquences et une envie de combattre les préjugés qui sont une souffrance additionnelle à celle déjà bien présente. De plus, la comorbidité avec les troubles de santé mentale étant présente au sein de ces groupes, je suis toujours intervenue auprès de personnes présentant des problématiques de santé mentale. J'ai alors remarqué que la stigmatisation en lien avec la maladie mentale était encore plus courante et persistante et qu'elle s'avérait souvent très souffrante pour les personnes vivant quotidiennement les préjugés et la discrimination en découlant. Ceci étant dit, lorsque vint le moment de choisir la problématique qui déterminerait mon projet d'intervention et la rédaction de cet essai, je fus immédiatement interpellée par la stigmatisation en lien avec la maladie mentale et ses conséquences chez les personnes en souffrant. S'ensuit une revue de la littérature visant l'approfondissement de cette problématique pour bien cerner, entre autres, ce qu'est le processus de stigmatisation ainsi que son ampleur, ses conséquences et les interventions privilégiées dans le champ de cette problématique. À la lumière de la littérature, j'ai constaté rapidement que la stigmatisation des personnes présentant un TPL était particulière puisqu'elles étaient non seulement stigmatisées par la population en générale, mais également par les professionnels de la santé. Les préjugés circulant à leur égard les

dépeignent très négativement et peuvent facilement anéantir l'envie d'intervenir auprès de ces dernières. Cela m'apparut donc comme un défi intéressant et j'eus envie d'en apprendre davantage sur cette problématique et d'agir sur celle-ci. Je souhaitais, à ce moment, développer un outil de sensibilisation qui devait, au départ, être une formation auprès des intervenants de première ligne. Le P.T.R.P de l'I.U.S.M.M fût alors contacté et un travailleur social du programme, Monsieur Jean-François Cherrier, s'avéra intéressé par le projet et accepta de me superviser pour l'année à venir. Je fis la rencontre des membres de l'équipe clinique du P.T.R.P peu de temps après et l'idée de créer une vidéo comme outil de sensibilisation plutôt qu'une formation auprès d'intervenants de première ligne émergea.

Avant de débiter mon stage, je pris une période pour préciser ma problématique et faire certains choix quant à l'exploration de cette dernière. J'ai d'abord choisi un cadre théorique, celui de l'interactionnisme symbolique pour déterminer l'angle d'analyse et le regard que j'allais porter sur la problématique. Ce choix fut une démarche davantage personnelle, puisque le regard que portent les théoriciens de cette approche m'interpelle vivement et correspond à ma vision du monde. De plus, j'ai fait le choix de l'intervention de groupe, comme méthodologie et de l'approche narrative et la T.D.C, comme approches principales. J'ai choisi l'approche narrative puisque, comme l'écrivent Blanc-Sahnoun et Dameron (2009, p.8), elle offre aux individus l'opportunité de « reconstruire leur histoire d'une façon qui corresponde mieux à leurs valeurs et à leurs rêves, et d'adopter ainsi des relations interpersonnelles plus conformes à leurs désirs. ». Ainsi, cette approche permet aux personnes de se détacher des histoires ou encore définitions identitaires imposées par l'extérieur et d'être les auteurs de leur propre vie (Blanc-Sahnoun et Dameron, 2009). De plus, j'ai choisi, à ce moment, la T.D.C puisque cette approche avait fait ses preuves auprès des personnes présentant un TPL. Ayant cela en tête, j'entrepris donc mon stage en octobre 2012.

8. Description du processus d'implantation du projet

L'implantation du projet d'intervention résulte de multiples étapes et s'étala d'octobre 2012 à mars 2013. Une période d'observation et d'intervention à l'HdJ du programme s'avéra d'abord nécessaire à l'implantation d'un tel projet. Pendant cette période, j'ai pu me familiariser avec les personnes présentant un TPL ainsi qu'avec les approches mises de l'avant par le P.T.R.P. C'est

également durant cette période que l'objectif général de mon stage se précisa, soit conscientiser les personnes présentant un TPL à la stigmatisation vécue et ses conséquences. Suite à mon expérience à l'HdJ et aux discussions avec mon superviseur, je pris la décision de modifier mes approches et choisis plutôt la conscientisation et la mentalisation. En effet, ayant le souci de bien saisir la réalité des participants et de favoriser leur conscientisation à ce qu'ils vivent en lien avec la stigmatisation, ces approches se sont avérées plus adéquates pour agir sur la problématique ainsi qu'avec les personnes vivant avec le TPL.

Lorsque le projet fut élaboré, j'ai préparé de la documentation présentant le projet d'intervention pour la direction clinique du P.T.R.P. Une rencontre fut par la suite organisée entre mon superviseur, la chef clinico-administrative du programme, Madame Elise Badey, et moi pour organiser la suite du projet. Suite à cette rencontre, Madame Badey dut s'informer quant aux conditions d'un tel projet à la direction de l'I.U.S.M.M. J'ai ensuite présenté le projet d'intervention à l'équipe clinique du programme lors d'une réunion administrative. Après quelques semaines, le projet fût autorisé et j'ai rencontré le responsable des communications de l'institut, pour obtenir de l'information quant à la création d'une vidéo et à ce que ce type de démarche impliquait. J'ai, par la suite, préparé un court document décrivant le projet et des formulaires pour le recrutement des participants (voir Annexe 1). J'ai, à nouveau, présenté le projet lors d'une réunion administrative à l'équipe clinique et leur remis des formulaires pour qu'ils soient en mesure de recruter auprès des personnes qu'ils rencontrent à la clinique externe. Je fis également la présentation du projet aux participants de l'HdJ et dans certains groupes de la clinique externe et mis des affiches dans les salles d'attente et de groupe. Le recrutement débuta le 24 janvier 2013 et prit fin le 19 février 2013. J'ai ensuite téléphoné aux participants intéressés et leur donna rendez-vous le 7 mars 2013 pour une première rencontre. Avant cette première rencontre, j'ai rencontré Monsieur Jean-François Lebel de l'équipe de l'audiovisuel de l'institut pour obtenir plus d'informations quant aux consentements et au tournage de la vidéo. De plus, je fis l'élaboration d'un tableau planifiant ma démarche de conscientisation (voir annexe 2). Le 7 mars 2013, j'étais donc fin prête à débiter le projet d'intervention.

Chapitre 3 : Analyse critique

Le présent chapitre pose un regard critique sur le projet d'intervention, suite à son expérimentation. D'abord, le portrait des participants y est dressé. Par la suite, les éléments ayant favorisé et fait obstacle à l'implantation du projet d'intervention y sont abordés. Subséquemment, je fais le bilan de l'intervention en mettant en lumière mes observations ainsi que ce que les participants ont rapporté tout au long de cette démarche de création quant à la stigmatisation vécue en lien avec le TPL et j'aborde, ensuite, les retombées de ce projet pour les participants. Finalement, quelques questionnements éthiques sont soulevés.

1. Portrait des participants

Les participants du projet d'intervention sont au nombre de cinq, soit deux hommes et trois femmes. Ils sont âgés de 25 à 36 ans et bénéficient tous de services offerts par le P.T.R.P. Ils présentent tous un diagnostic de TPL. Deux d'entre eux sont en couple alors que les autres sont célibataires. La majorité vit seule en appartement dans les quartiers d'Hochelaga-Maisonneuve et Pointe-aux-Trembles, mis à part un homme qui partage un appartement avec sa conjointe. Ils sont tous francophones et ont complété leurs études secondaires. Un d'entre eux a également obtenu un diplôme d'études professionnelles alors qu'une autre poursuit actuellement des études de niveau collégial en soins infirmiers. Deux des participants ont un emploi, alors que les trois autres ont pour source de revenus des prestations d'aide sociale ou des prestations provenant de l'assurance emploi pour individus dans l'incapacité de travailler en raison d'une maladie. Un seul d'entre eux a un enfant.

Les contextes familiaux desquels proviennent les participants sont variés, bien que l'on retrouve, dans la plupart des situations, une non-reconnaissance par les proches de la souffrance émotionnelle vécue, et ce, dès l'adolescence. Trois des participants semblent entretenir une relation significative et positive avec un des parents ou les deux. Dans le cas de trois participants, on retrouve des antécédents familiaux de maladie mentale tels que des troubles anxieux, des idées suicidaires et un diagnostic de schizophrénie. Une des participantes affirme avoir avec ses parents, divorcés depuis plusieurs années, une relation sans profondeur émotionnelle. De plus, ayant résidé avec sa mère et son nouveau conjoint à l'adolescence, cette participante dit avoir été

victime de violence verbale et physique de la part du conjoint de sa mère, violence que la mère semble nier. Finalement, une seule des participantes provient d'un milieu dysfonctionnel profondément invalidant caractérisé par des abus physiques et sexuels ainsi qu'une interdiction d'exprimer ce qui est ressenti sur le plan affectif.

La plupart des participants au projet d'intervention est isolée et présente un réseau social se réduisant à très peu de personnes qu'ils considèrent significatives. Ils ont peu d'amis et leur réseau social est surtout constitué des membres de leur famille.

Bien que les caractéristiques du TPL observées chez les participants varient, ils présentent tous un sentiment chronique de vide, des idées suicidaires, des comportements autodestructeurs, de l'impulsivité, des difficultés au plan identitaire, une faible estime personnelle et une sensibilité accrue au rejet. Tous présentent également un historique de suivis en psychiatrie et d'hospitalisations. Finalement, aucun des participants n'a que pour seul diagnostic le TPL. En effet, on observe également chez les participants de la dysthymie, des traits obsessionnels compulsifs, des troubles alimentaires tels que l'anorexie, la boulimie et l'hyperphagie, des troubles anxieux, de la phobie sociale ainsi que des traits antisociaux et narcissiques.

2. Bilan de l'implantation du projet d'intervention

Lors de l'implantation du projet d'intervention, des facteurs favorisant et faisant obstacle à cette dernière furent rencontrés tant aux plans organisationnel, professionnel que sociétal.

2.1 Éléments ayant favorisé et fait obstacle à l'implantation du projet

2.1.1 Au plan organisationnel

Tout d'abord, certains éléments vinrent accélérer ainsi que ralentir le processus d'implantation du projet d'intervention au plan organisationnel. En effet, le milieu, sa structure et les approches y étant préconisées ont eu un impact non négligeable.

2.1.1.1 Vers une psychiatrie citoyenne

D'abord, comme il nous est possible de le lire sur le site WEB du Mouvement international citoyenneté et santé mentale (2013, n.d), l'I.U.S.M.M a, lors des dernières années, « élaboré une

vision clinique de la psychiatrie centrée sur la pleine citoyenneté pour guider le sens de ses actions et appuyer ses décisions cliniques et administratives ». Jean-François Pelletier (2010) définit la psychiatrie citoyenne, lors d'une présentation du forum citoyen en santé mentale, comme une démarche;

consistant à mettre l'utilisateur au centre du système de soins, de le rendre présent partout où il doit être partie prenante, de construire autour de ses besoins le dispositif qui permette de le suivre dans tous ses états, dans toutes ses étapes. [...]Ce n'est qu'à ce prix que les réformes avancées ici pourront avoir un sens et réussir, mais, surtout, que pourra être combattue victorieusement la stigmatisation qui constitue encore aujourd'hui le facteur bloquant qui empêche celui qui souffre de maladie mentale de prendre toute sa place dans la cité. (p.31-32)

Ainsi, l'implantation du projet a été favorisée par la volonté de l'I.U.S.M.M de mettre de l'avant une vision clinique au sein de laquelle l'accès aux opportunités sociales permet à la personne vivant avec un problème de santé mentale de se considérer comme un citoyen à part entière, mettant ainsi fin au processus d'exclusion. En effet, comme le projet d'intervention s'inscrit dans cette vision, puisqu'il favorise le pouvoir d'agir des personnes sur la stigmatisation vécue envers leur TPL, la démarche fût accueillie avec beaucoup d'intérêt et d'ouverture. Le projet d'intervention fut alors encouragé et autorisé sans obstacle majeur.

2.1.1.2 Éthique et autorisations

Dans un autre ordre d'idée, l'implantation fut, dès le départ, complexifiée puisque le projet d'intervention impliquait des sujets humains. À l'I.U.S.M.M, lorsqu'une recherche implique la participation de patients, elle doit obligatoirement être soumise au comité d'éthique de la recherche qui s'assure que les droits légaux de ces derniers sont respectés. Ainsi, la chef clinico-administrative du programme dû s'informer quant à l'obligation pour le projet d'intervention d'être évalué avant de débiter le recrutement des participants. De mon côté, je fis la préparation de divers documents destinés au comité d'éthique de la recherche et mis donc en suspens, la préparation du recrutement et la planification de mes premières séances de groupe. L'attente fût longue avant l'obtention d'une réponse et le recrutement débuta plusieurs semaines après la date prévue. Il s'avéra que le projet ne nécessitait aucune évaluation du comité d'éthique de la recherche. Nous avons, par contre, dû informer le comité de direction ainsi que le département des services cliniques de l'I.U.S.M.M qu'un tel projet d'intervention aurait lieu de février à mai.

2.1.1.3 Le service des communications de l'I.U.S.M.M : Une assistance précieuse

Puisque, dès le départ, je souhaitais créer un outil de sensibilisation sous la forme d'une vidéo qui serait diffusée sur le site web de l'I.U.S.M.M, j'ai du rencontrer un conseiller aux communications ainsi qu'une agente d'information du service des communications de l'I.U.S.M.M. Cette rencontre favorisa l'implantation du projet d'intervention puisqu'elle me permit d'obtenir de l'information sur les diverses étapes de la création d'une vidéo et sur ce qu'impliquait la réalisation d'un tel projet au sein de l'I.U.S.M.M. J'obtins également des renseignements quant au matériel nécessaire, au montage, à la durée de la vidéo, aux éléments de confidentialité, etc., ce qui m'aida à informer davantage les patients lors du recrutement et à les guider tout au long de la création de l'outil de sensibilisation.

2.1.2 Au plan professionnel

Aux éléments favorisant et faisant obstacle à l'implantation du projet d'intervention au plan organisationnel, s'ajoutent ceux rencontrés au plan professionnel.

2.1.2.1 Intervenir auprès des patients de l'hôpital de jour : un préalable à la mise en place du projet d'intervention

D'abord, l'implantation du projet d'intervention fut précédée d'une période d'observation et d'intervention effectuée à l'hôpital de jour du P.T.R.P. Cette période me permit d'approfondir ma connaissance des personnes vivant avec le TPL ainsi que mes compétences d'intervention auprès de ces dernières, ce qui s'avéra facilitant pour l'implantation du projet d'intervention et pertinent lors de la réalisation de ce dernier.

2.1.2.2 Ouverture des professionnels du programme face au projet d'intervention

De plus, l'ouverture des professionnels du P.T.R.P au projet d'intervention fut un facteur facilitant. Ces derniers contribuèrent au recrutement des participants en leur exposant le projet d'intervention au sein des groupes qu'ils animaient à la clinique externe du programme ainsi que lors de leurs rencontres individuelles. Grâce à ce précieux coup de main, je fus en mesure de recruter suffisamment de participants pour démarrer le projet d'intervention.

2.1.2.3 Un projet d'intervention complexifiant le recrutement

Par contre, le recrutement de participants pour le projet d'intervention s'avéra ardu de par la nature de ce dernier. En effet, puisqu'il s'agissait d'un projet de création se basant sur une démarche de conscientisation, l'implication des participants ainsi que le contenu des séances

étaient peu déterminés à l'avance. De plus, le projet d'intervention n'était pas de même nature que les groupes offerts au P.T.R.P soit, d'offrir un traitement. Ceci étant dit, bien qu'explicité sur le formulaire et lors des présentations en début de groupe, il est clair que ce projet d'intervention suscitait beaucoup d'interrogations chez les patients qui pouvaient ainsi, ne pas se voir tentés par un tel projet. Habitues de recevoir un traitement où les règles sont claires et le cadre établi, ce projet pouvait, certes, s'avérer insécurisant pour les personnes présentant un TPL inscrites au programme. D'ailleurs, lors de la première rencontre de groupe, les participants posèrent plusieurs questions dans le but d'éclaircir la démarche. De plus, ils affirmèrent avoir ressenti de l'insécurité et de l'anxiété en lien avec le projet avant cette première rencontre puisque plusieurs aspects demeuraient en suspens, tels que le contenu des diverses étapes et ce qu'impliquait leur participation à ce projet. Le recrutement fut donc plus long que prévu puisque le nombre de participants n'était pas suffisant.

2.1.3 Au plan sociétal

Enfin, un élément compliqua l'implantation du projet d'intervention au plan sociétal.

2.1.3.1 La vidéo : une menace à l'identité sociale

En effet, l'implantation fut complexifiée par le sujet même du projet d'intervention. En effet, la stigmatisation des personnes vivant avec un problème de santé mentale est si forte au sein des sociétés occidentales que peu de patients désiraient s'investir dans un tel projet et ainsi risquer d'être associés au TPL. En effet, certains patients tentent de dissimuler à leur entourage qu'ils sont aux prises avec un diagnostic de TPL, pour protéger leur identité sociale. Pour certains, participer à la création d'un outil de sensibilisation à la stigmatisation, sous forme d'une vidéo, représente une menace à leur identité sociale. Bien qu'il ait été mentionné, lors du recrutement, que les participants avaient le choix quant à la manière dont ils souhaitaient s'investir dans ce projet d'intervention et que, du fait même, il n'y avait aucune obligation d'apparaître dans la vidéo, cela a certainement découragé certains patients à soumettre leur candidature. D'ailleurs, dès le premier contact téléphonique, certains participants ont verbalisé leur souhait de ne pas apparaître dans la vidéo puisqu'ils ne désiraient pas dévoiler publiquement qu'ils vivaient avec un TPL et vivre avec les préjugés y étant associés.

En somme, le projet prit plus de temps que convenu à s'implanter au sein du P.T.R.P, mais réussit tout de même à voir le jour. Suite à l'implantation, le projet pu donc prendre forme et se réaliser, en traversant les diverses étapes prévues. D'autres obstacles et éléments facilitants furent évidemment rencontrés tout au long de la réalisation du projet d'intervention. Ils seront d'ailleurs présentés dans la prochaine partie de ce chapitre soit, le bilan de l'intervention. Toutefois, avant d'aborder ces éléments, je rends compte de mes observations ainsi que celles des participants en lien avec la stigmatisation du TPL. À la toute fin de ce chapitre, certains questionnements éthiques soulevés en cours de projet seront mis en relief.

3. Bilan de l'intervention du projet d'intervention

Cette première partie vise donc à mettre en lumière mes observations ainsi que ce que les participants ont rapporté tout au long de cette démarche de création quant à la stigmatisation vécue en lien avec le TPL.

3.1 Des participants aux consciences éveillées

Dès le premier groupe, il fut frappant de constater que la conscience précritique à laquelle fait référence Freire (1983) était absente. En effet, les participants avaient envie de parler de la stigmatisation, remettaient en question l'idéologie dominante et avaient une conception du monde dans laquelle les choses peuvent changer. Ces aspects sont, selon Denis et ses collègues (2012), peu présents à la conscience dite précritique. Ils émergent plutôt pour permettre le passage de la conscience précritique à la conscience critique intégratrice (Humbert, 1976 citée par Ampleman et al, 1994). L'absence d'une conscience précritique peut certainement s'expliquer par le fait que les participants du projet avaient déjà un intérêt pour la stigmatisation du TPL puisqu'ils se sont inscrits sur une base volontaire au projet d'intervention. Ils étaient donc, certes, préalablement conscientisés à cette problématique et avaient envie de poser un geste pour sensibiliser les professionnels et le public en général à la stigmatisation vécue.

Les discussions quant à la stigmatisation du TPL avec les participants du groupe furent très enrichissantes pour moi, tant au niveau professionnel que personnel. La littérature, abordant majoritairement le point de vue de professionnels, nous donne peu accès à ce que les personnes vivant avec le TPL vivent au quotidien en lien avec cette stigmatisation. De plus, nous ne

connaissions pas leur analyse et la manière dont ils tentent de comprendre cette problématique qui les touche. Ce projet a permis de susciter la discussion et de faire ressortir, grâce à une mappe de concepts (voir annexe 3) entamée dès la première rencontre, le point de vue des personnes vivant avec le TPL; je tiens donc, dans un premier temps, à rendre compte de ce qu'ils ont dit et observé.

3.1.1 Le rôle des médias d'information : une image caricaturale du trouble de personnalité limite

Lors de la première rencontre, les participants du groupe dénoncèrent rapidement l'image du TPL véhiculée dans les films et sur internet. En effet, selon eux, une seule image du TPL est mise de l'avant, celle d'un individu à éviter comme partenaire amoureux, ayant eu une enfance caractérisée par l'abus, présentant des problèmes de consommation, semant la zizanie partout où il met les pieds, bref, une personne que l'on se doit de tenir à distance. Un participant affirme « Souvent on dit que les TPL ont eu une enfance difficile, ce n'est pas vrai pour tous, je me sens comme si je dois justifier à chaque fois que ce n'est pas mon cas ». Les participants du groupe ne s'identifiant pas à cette image affirment qu'il y a un travail d'éducation à réaliser pour que les personnes soient renseignées correctement sur le TPL. Les participants du groupe ont également mentionné qu'il est difficile d'accepter un tel diagnostic ou de croire qu'ils pourraient présenter un TPL et ainsi, aller chercher l'aide adéquate, puisqu'ils ne se reconnaissent pas dans l'information facilement accessible dans les médias d'information décrivant le TPL. Un participant affirme d'ailleurs « La personne ne va pas se dire j'ai un TPL, mais plutôt je suis en dépression. ». Somme toute, cette fausse représentation les forces à dissimuler aux autres qu'ils vivent avec un TPL lorsque le diagnostic est confirmé.

3.1.2 La façade : dissimuler l'indésirable

Erving Goffman (1975) dans son ouvrage intitulé stigmata, affirme que les personnes aux prises avec un attribut discréditant se sentent, fréquemment, dans l'obligation de surveiller et contrôler l'impression qu'ils produisent chez les autres. Ainsi, selon Goffman (1975),

lorsque la différence n'est ni immédiatement apparente ni déjà connue, lorsque, en deux mots, l'individu n'est pas discrédité, mais bien discréditable, c'est alors qu'apparaît la seconde éventualité. Le problème n'est plus tant de savoir manier la tension qu'engendrent les rapports sociaux que de savoir manipuler l'information concernant une déficience : l'exposer ou ne pas l'exposer; la dire ou ne pas la dire;

feindre ou ne pas feindre, mentir ou ne pas mentir; et, dans chaque cas, à qui, comment, où et quand. (p.57)

Cet enjeu semble bien présent chez les participants du projet d'intervention qui affirment devoir quotidiennement manipuler l'information quant à leur diagnostic. Ils expriment mettre un « masque » pour dissimuler l'existence du TPL à leurs collègues de travail, leur employeur, leurs amis et même, pour certains, les membres de leur famille. Une des participantes raconte : « Quand j'ai fait mon stage en psychiatrie, à l'urgence on nous a dit que les TPL c'était les clients les plus difficiles, qu'ils veulent toujours quelque chose de plus [...] je faisais l'autruche, je voulais me cacher ». Elle ajoute également, en faisant référence à la possibilité que les gens découvrent qu'ils sont atteints d'un TPL s'ils témoignent dans la vidéo : « On fait la vidéo pour ça, mais c'est aussi exactement pour ça que je n'ai pas envie de témoigner dans la vidéo ». Ainsi, à la lumière de mes observations, cela les force à adopter des rôles, tels qu'ils sont définis par Le Breton (2008) au deuxième chapitre de cet essai, pour éviter que les gens découvrent qu'ils ont reçu un diagnostic de TPL.

Dans le même ordre d'idées, tout porte à croire, selon mes observations, que cet enjeu n'améliore pas l'état de confusion en lien avec l'identité vécu par les personnes présentant un TPL. La perturbation de l'identité, critère diagnostique du TPL (Mason et al, 2010), se manifeste, selon Erikson (1968 cités par Wilkinson-Ryan et Westen, 2000) de diverses manières, par exemple :

1) in a subjective sense of incoherence; 2) in difficulty committing to roles and occupational choices; and 3) in a tendency to confuse one's own attributes, feelings, and desires with those of another person in intimate relationships and hence to fear a loss of personal identity when a relationship dissolves. Some individuals escape this state by choosing a "negative identity" (i.e., a role that is inappropriate or unusual given the individual's attributes, such as race or socioeconomic status) that often constitutes a role or group identification negatively viewed by the broader culture. (p. 529)

Kernberg (1984 cité par Wilkinson-Ryan et al, 2000) affirme que chez la personne aux prises avec un TPL, la diffusion de l'identité se traduit par une incapacité à intégrer une représentation de soi et des autres qui soit juste. Il en résulterait, selon ce dernier, des changements rapides de rôles et de perception de soi (Kernberg, 2000). Dans cette optique, force est d'admettre, selon mes observations lors des séances en lien avec le projet d'intervention, que la stigmatisation a

certes, un impact non négligeable sur la diffusion de l'identité présente chez la personne vivant avec le TPL.

3.1.3 L'automutilation : de l'incompréhension au dégoût

L'automutilation est, pour les participants, le comportement le plus stigmatisé par les professionnels de la santé ainsi que par la population en général. Une participante affirme « On dirait que les gens ont peur d'être contaminés [...] ils disent avec dégoût "regarde ses bras, pourquoi elle fait ça, elle veut se montrer?" ». Une autre des participantes dit également « ils regardent tes bras et savent que t'es TPL [...] à l'hôpital, l'infirmière qui faisait mes points m'a dit tu me fais perdre mon temps ». L'incompréhension et le dégoût rencontrés mènent les personnes présentant un TPL vers une remise en question et l'intériorisation des attitudes négatives véhiculées à leur égard. En effet, une participante mentionne « On se sent anormaux et on se demande est-ce seulement moi qui m'automutile? ». Un autre des participants exprime, quant à lui, se sentir comme un monstre et dit « Je ressens du dégoût envers moi quand je regarde mes bras, je vais mourir avec ça ».

L'automutilation s'explique différemment d'un participant à l'autre. Néanmoins, dans le cas de ces derniers, elle a pour but commun d'alléger la souffrance vécue et pour certains, de communiquer cette souffrance dans le but d'obtenir de l'aide comme en témoigne un des participants : « c'est une manière, pour moi, de communiquer, je n'étais pas capable de dire comment je me sentais alors voilà ma carte de la douleur ». Malheureusement, les participants rapportent que leur souffrance en lien avec l'automutilation est peu explorée lorsqu'ils demandent de l'aide et que l'automutilation est considérée comme de la manipulation. Une participante affirme « ils ne vont pas chercher ce qu'il y a en dessous alors tu te sens encore plus coupable de l'avoir fait. Ils questionnent avec quoi on l'a fait, la longueur, la profondeur, mais jamais pourquoi tu l'as fait ou comment tu te sentais lorsque tu l'as fait ». En somme, les attitudes négatives en lien avec l'automutilation sont, en fait, qu'un élément d'un thème beaucoup plus présent soit celui de la banalisation de la souffrance vécue.

3.1.4 Une souffrance banalisée

Nelhs (1999 cité par Briand Malenfant, 2012) affirme, tel que mentionné précédemment, que trois éléments marquent le discours des personnes présentant un TPL soit; le sentiment de vivre

avec une étiquette, de vivre avec des comportements autodestructeurs considérés comme de la manipulation et d'avoir un accès limité aux ressources. Ces éléments, aussi mentionnés par les participants du projet d'intervention, découlent, selon ces derniers, de la tendance des professionnels et de la population générale à banaliser la souffrance vécue. En effet, les participants ont mentionné, à de nombreuses reprises, que leur souffrance était banalisée par les professionnels qu'ils rencontraient pour obtenir de l'aide ou par les membres de leur entourage. Une des participantes affirme « On banalise ce que l'on vit, on se fait dire "c'est encore un de tes up and down, tu verras ton thérapeute lundi" ». Un autre des participants témoigne : « le psychiatre m'a dit que j'abusais du système en faisant ça, que je voulais des vacances payées [...] à la vue de mon diagnostic il m'a dit "Ah! Vous faites des crises quand ça ne fait pas votre affaire" ». Cette banalisation, analysée dans son contexte plus large, peut nous permettre de comprendre davantage le cycle de la stigmatisation dont il sera maintenant question.

3.1.5 Le cycle de la stigmatisation

Aviram, Brodsky et Stanley (2006) examinent, dans leur article, la stigmatisation vécue par les personnes présentant un TPL et la manière dont cette dernière influence le traitement. Ils reconnaissent la présence d'un cycle de stigmatisation. Ils expliquent ce dernier ainsi :

Stigma may play a role during psychotherapy by establishing preconceptions about patients with BPD, and may establish a priori negative expectations about the course of treatment. Therapists may defend against certain patient characteristics and emotional demands frequently encountered during work with individuals with BPD. The stigma seems to be confirmed by the actual behavior exhibited by the patient, but what has not been taken into account is the influence of the therapist – which may itself have been shaped by the stigma (Aviram et al, 2006, p.252)

Ce cycle confirmerait la stigmatisation et provoquerait un dérèglement émotionnel chez la personne vivant avec le TPL. Ce cycle fût, à maintes reprises, illustré par les participants du projet d'intervention. Par exemple, une des participantes explique :

Ils pensent qu'on est des manipulateurs parce que l'on fait des tentatives de suicide. Ils pensent que c'est pour attirer l'attention [...] dans ce temps-là on en parle pas et on se renferme [...] on sent qu'on leur fait perdre leur temps [...] j'attends d'être en crise pour aller à l'hôpital [...] quand j'y vais c'est pour attirer l'attention, quand j'attends on me dit pourquoi tu n'es pas venu avant!

Cela illustre bien ce dont rendent compte Aviram et ses collègues (2006) dans leur article. Dans la situation de cette participante, on pourrait interpréter que certains professionnels entretiennent

le stéréotype que les personnes vivant avec le TPL manipulent et tentent d'attirer l'attention lorsqu'elles se présentent à l'urgence avec des idées suicidaires. Adhérant à ce stéréotype, le professionnel y associera une réponse émotionnelle ainsi qu'une réaction comportementale (Corrigan et al, 2008), par exemple, en banalisant le risque suicidaire et en prenant une distance face à la personne présentant un TPL. Ainsi, dans le cas de cette participante, elle a intériorisé qu'il était préférable de gérer sa détresse seule, en s'automutilant, par exemple, jusqu'à ce qu'elle vive une crise qui l'oblige à se rendre à l'urgence. Se présentant à l'urgence en état de crise, tout porte à croire qu'elle confirme le stéréotype du patient difficile et manipulateur chez les professionnels, ce qui perpétue le cycle à nouveau. Aviram et ses collègues (2006) offrent également un exemple semblable de ce cycle dans leur article :

a treater's expectation that a particular case will be difficult could lead to a perception that a patient is manipulative. The therapist may emotionally withdraw so as to avoid feeling manipulated, and interpret the behavior as being within the patient's control. Unintentionally, this stance may exacerbate self-destructive behavior; the therapist's unresponsiveness, or unconscious retaliation, can activate the patient's self-critical tendencies and cycle that involves self-loathing and self-injury, followed, in turn by the therapist's confirmation of the stigma and his or her own emotional withdrawal from the patient (p.252)

La mentalisation s'avéra nécessaire pour faire prendre conscience aux patients de l'existence de ce cycle. En effet, cette approche leur permet de nuancer et de prendre en considération l'impact de leur comportement sur les autres et vice versa. Sans la mentalisation, il aurait été facile, tout au long de cette démarche, de jeter le blâme sur les professionnels de la santé et de basculer au sein d'une conscience révoltée, telle que définie au chapitre deux de cet essai.

À la lumière de ce qu'ont rapporté les participants, nous nous sommes donc tous engagés dans la création d'un outil de sensibilisation abordant la stigmatisation vécue.

3.2 Une démarche difficile aux retombées favorables

Pour procéder à l'appréciation du projet d'intervention, les participants furent appelés à répondre à des questions, par écrit, visant l'approfondissement des retombées de leur participation à la création d'un outil de sensibilisation à la stigmatisation des personnes vivant un TPL. Ces questions, au nombre de huit, sont les suivantes;

1. Quels sont, selon moi, les points positifs de ma participation à ce projet?
2. Quels sont, selon moi, les points négatifs de ma participation à ce projet?
3. Quel impact a eu ce projet sur ma vision de la stigmatisation?

4. Quel impact a eu ce projet sur ma vision du TPL?
5. Quel impact a eu ce projet sur moi, au plan personnel et social?
6. Qu'est-ce que ce projet m'a permis d'apprendre?
7. Ce qu'il me reste à apprendre?
8. En quoi ce que j'ai appris m'aidera à l'avenir?

Les participants furent également invités à un groupe visant le visionnement de la vidéo finale et la conclusion du projet d'intervention. Lors de ce dernier groupe, un bilan de la participation au projet d'intervention fût complété. Quatre des cinq participants ont rempli le questionnaire et participé au bilan, le cinquième n'ayant plus de disponibilités suite à un retour à l'emploi. Du questionnaire et de la discussion de groupe, il nous est maintenant permis de faire ressortir les éléments marquants de la retombée du projet d'intervention chez les participants.

3.2.1 La conception : un partage de vécus exigeant

Tous s'accordent pour dire que de partager leur vécu en lien avec la stigmatisation fût une expérience éprouvante, au plan affectif. En effet, les discussions abordant les préjugés qui circulent sur la maladie mentale et le TPL ont fait ressurgir des situations vécues dans le passé, avec les membres de leur famille, des professionnels de la santé ou encore des collègues de travail, qui furent éprouvantes et blessantes pour les participants. Lors des discussions de groupe, prendre conscience que l'accumulation d'épisodes de stigmatisation avait un impact sur la vision que le participant avait de lui-même aujourd'hui et des opportunités qui se sont offertes à lui fut une expérience difficile puisqu'elle faisait ressortir l'injustice vécue et la non-reconnaissance de la souffrance expérimentée par les participants. Une participante affirme que le partage de vécu « remontait aussi beaucoup de sentiments négatifs, les sujets étaient parfois lourds à porter ». Un autre des participants affirme, quant à lui avoir « vécu quelques crises d'automutilation [...] pensé à abandonner le projet à quelques reprises ».

Par contre, tous reconnaissent que le partage de vécu fût essentiel au sein de ce projet et eu également des retombées positives telles que briser l'isolement et normaliser la situation vécue. En effet, une participante rapporte que, grâce au partage de vécus, elle a « appris que j'étais moins seule et bizarre/complexe que je le pensais et j'ai découvert les bienfaits de s'ouvrir aux autres et de leur donner la chance de voir derrière mon masque ». De plus, pour certains, prendre conscience que les autres membres vivaient des situations semblables aux leurs à permis de dédramatiser et de nuancer davantage. Une participante écrit : « je me suis rendu compte que la

stigmatisation touchait plus de personnes que je le pensais [...] cela m'a aidée à nuancer sur le fait qu'il n'y a pas juste moi donc je ne suis pas seule dans cette situation. ». Le partage de vécu, bien que difficile, a permis l'atteinte d'un des objectifs de départ soit, la mise en commun et le développement de liens entre les membres du groupe dans le but de collectiviser la problématique.

De plus, les participants ont affirmé que le passage à l'action, grâce à l'étape du tournage, fût pour eux une occasion de sublimer ses émotions négatives en une création qui leur tenait à cœur et leur apportait beaucoup de plaisir. Finalement, cette démarche fut ardue, puisque les participants affirment que pendant près de trois mois, ils furent constamment « plongés dans le trouble ». En effet, étant inscrits aux divers groupes de la clinique externe du P.T.R.P, ils passaient plusieurs moments, dans une semaine et parfois dans la même journée, à discuter du TPL et des impacts de ce dernier sur leur quotidien.

3.2.2 Briser l'isolement : l'aide mutuelle, une méthodologie efficace auprès des groupes marginalisés

Lorsque questionnés sur les impacts du projet d'intervention au plan social, les participants affirment que de se joindre à un groupe ayant un but commun leur a permis de socialiser et ainsi, de briser l'isolement au sein duquel ils se trouvaient, parfois depuis quelques années. En effet, une participante écrit : « Devoir me réhabituer à socialiser avec des personnes semblables et partager mon expérience avec le TPL, m'a permis de savoir comment parler et m'ouvrir aux autres, sans craindre le jugement. Ça m'a aidée à retrouver l'envie d'avoir une vie sociale et d'éviter de m'isoler. »

De plus, en développant des liens avec les autres participants du groupe, ils ont pu, comme mentionné précédemment normaliser et collectiviser leur situation, mais également se percevoir autrement. Se joignant à des personnes présentant un TPL dont ils appréciaient la présence et auxquelles ils se sont attachés, leur a permis de porter un regard nouveau sur le TPL et sur les personnes diagnostiquées, dont elles font partie. En effet, une participante affirme : « Ça m'a appris qu'il y a beaucoup plus de TPL que je le croyais et que n'importe qui, peu importe la manière pour chacun de le vivre, peut en être touché et que malgré le négatif montré dans les

films ou les descriptions disponibles sur internet ou autre, il y a beaucoup de bons côtés et de belles qualités venant des personnes diagnostiquées. »

Le groupe leur a aussi permis d'améliorer leur régulation des émotions ainsi que de développer des modes d'interaction et de communication plus positifs. Les participants affirment qu'ils ont pu, au sein de ce groupe, mettre en pratique des habiletés relationnelles, telle que l'affirmation de soi. Cela a également permis à certains d'entre eux de développer des moyens de gestion de stress dans des situations où ils sont en contact avec les autres et à prendre leur place au sein d'un groupe. Cela fait certes référence à une des ressources présentes au sein d'un groupe répertoriées par Berteau (2011) soit, l'apprentissage par l'interaction. Une participante exprime que le projet l'a « aidé à m'ouvrir aux autres et à mieux gérer mon stress quand je dois parler en public. J'ai également moins peur de donner mon opinion, même si mon opinion est différente des autres. » Certes, le groupe leur a permis de se sentir acceptés et compris, puisqu'il était exempt de jugement ce qui justifie la pertinence d'une intervention de groupe au sein d'un tel projet.

3.2.3 L'absence de jugement : retrouver son humanité

L'absence de jugement au sein du groupe fut pour tous les participants une occasion de s'exprimer librement et de se sentir comme une personne à part entière à nouveau. Les participants affirment que dans la plupart des situations quotidiennes, ils s'abstiennent de donner leur opinion par peur que les personnes n'en prennent pas compte puisqu'ils ont reçu un diagnostic de TPL. Ils ont mentionné, à plusieurs reprises, se sentir déshumanisés et avoir l'impression de n'être qu'une personne vivant avec un TPL dont l'opinion n'a aucune valeur. Le projet d'intervention a eu pour répercussion de leur permettre d'oser donner à nouveau leur avis et de croire en leur esprit d'analyse. Une participante affirme, quant aux points positifs de son implication dans le projet : « Le fait que l'on ait pu dire ce que l'on pense réellement du TPL. Ne pas m'être sentie jugée pour la première fois depuis que j'ai eu le diagnostic. » Une autre des participantes affirme également être « gênée et nerveuse lorsqu'il faut que je parle en public, car j'ai peur du jugement des autres et j'ai de la difficulté à avoir toute l'attention sur moi. D'habitude j'essaie de disparaître, mais dans ce projet je me suis sentie à l'aise et très calme car je me sentais respectée dans ce que je suis et je ne me sentais pas jugée négativement. »

À la lumière de ce qu'expriment les participants, il nous semble évident qu'une approche de type conscientisation prédispose à un climat où le jugement est absent. En ayant la conviction que chaque être humain a la capacité d'être un acteur autonome (Ampleman et al., 1994) et en se basant sur des rapports horizontaux et dialogiques (Arsenault, 1990), nous permettons à l'individu de se percevoir autrement et d'exercer sa capacité de distance et d'analyse critique (Ampleman et al., 1994).

3.2.4 Une réussite laissant place à une vision de soi moins déterminée par le TPL.

En faisant l'acquisition de nouvelles habiletés, en normalisant et collectivisant leur problématique et en participant à un groupe formé de membres présentant également un TPL, la vision de soi se transforme. Les participants du groupe affirment que le projet d'intervention leur a permis de concéder moins de place au diagnostic dans la description de leur identité personnelle, ce qui répond à l'objectif de départ qui était de développer une identité qui soit plus positive. Bien que le diagnostic fasse toujours partie de leur identité, ils ont pu considérer, grâce à la réalisation de ce projet, d'autres caractéristiques plus positives dans leur conception d'eux-mêmes. Cette nouvelle conception leur a permis de croire à nouveau en leur capacité. Une des participantes répond, en lien avec ce que ce projet lui permettra pour l'avenir : « de voir que je suis capable d'avoir des réussites et gérer le stress sans que ça m'empêche d'avancer et de continuer un projet jusqu'à la fin. Tout ça me donne confiance en l'avenir. » D'autres affirment également avoir perçu qu'il pouvait avoir des qualités et plus d'idées qu'ils ne le croyaient. Un seul des participants affirme que ce projet ne lui a pas nécessairement permis de se voir plus positivement et qu'il doit poursuivre son cheminement pour s'accepter tel qu'il est.

Corrigan et Matthews (2003) illustrent parfaitement, à mon sens, ce changement dans l'identité chez les participants s'étant impliqués au sein de ce projet :

During the first two stages – *identity confusion* and *comparison*- people begin to question their sanity. They are aware of their psychiatric symptoms and feel alienated from the seemingly "normal" population. Slowly, people in this situation learn to tolerate this new identity and seek out other with mental illness. At the *identity acceptance* stage of identity development, people decide to disclose to trusted others, Concern and fear about one's mental illness may be replaced by acceptance and pride. [...] Moreover, there is a rejection of values in the dominant culture [...] Finally, [...] is replaced by identity synthesis such that the person's identity as mentally ill becomes only one aspect of their identity. (p.239)

Bref, les théoriciens de l'interactionnisme symbolique n'ont pas tort lorsqu'ils affirment que l'interaction a un impact non négligeable sur notre identité puisque c'est au sein de cette dernière qu'elle se façonne, se maintient et se transforme (Charron, 2004), ce projet en est un bel exemple.

3.2.5 Donner une voix : l'envie de combattre

Pour les participants, ce fut également une occasion de s'interroger quant au processus de socialisation et aux normes qui façonnent le vivre ensemble et de prendre une distance critique afin de considérer les possibilités de changement. Une des participantes écrit

ça m'a permis de découvrir une passion pour l'entraide et la sensibilisation [...] le projet a renforcé mon envie de briser la stigmatisation autour de moi [...] je me suis permise de m'impliquer à mettre la lumière sur la stigmatisation et sur le TPL en parlant du projet et de la maladie autour de moi et sur les réseaux sociaux pour sensibiliser les gens à notre cause [...] j'ai fait beaucoup de lectures en lien avec le projet et j'ai découvert le problème de la stigmatisation et ça m'a donné envie de tout faire pour minimiser les impacts négatifs.

Dans ce cas, l'étiquette semble revêtir, entre autres, la forme d'une force mobilisatrice visant une modification de la définition sociale, telle qu'il en fût question au chapitre deux de cet essai.

3.2.6 Être conscientisé : une désolante et lourde vision de la réalité

Finalement, à la lumière des évaluations et du bilan du projet d'intervention, les participants affirment que la démarche ne semble pas avoir diminué la souffrance en lien avec la stigmatisation vécue. Au contraire, être davantage conscient de cette stigmatisation semble augmenter la détresse expérimentée. Une des participantes écrit : « : J'ai pris conscience de la gravité des conséquences que la stigmatisation peut avoir sur les personnes touchées, autant par les paroles que les gestes. J'ai réalisé qu'il y avait beaucoup plus de préjugés et fausses croyances en circulation que je le croyais et même autour de moi. ». Bref, comme le résumait si bien Corrigan, River, Lundin, Penn, Uphoff-Wasowki, Campion et leurs collègues (2001, p.188); « Namely, persons who are ordered to suppress negative stereotypes tend to be more sensitized to them; this sensitization leads to unwanted recollections about the stigmatized group. »

3.3 Ce qui a favorisé et fait obstacle à l'intervention

Tout comme il en fût question précédemment quant à l'implantation du projet, des éléments favorisant et faisant obstacle furent également rencontrés lors de la réalisation de l'intervention.

3.3.1 Des rencontres difficiles à planifier

Tout au long du projet d'intervention, il fut difficile de planifier des plages horaires pour les rencontres où tous les participants pouvaient être présents. En effet, les participants faisant partie de différents groupes offerts par la clinique externe du P.T.R.P se donnant à divers moments, il était ardu de rassembler tous les membres du groupe en même temps. Cela fut également un obstacle à l'implantation du projet, puisque certaines des personnes ayant démontré un intérêt pour le projet n'ont pu se présenter aux premières rencontres puisqu'elles devaient se rendre aux groupes de thérapie offerts par la clinique. Bref, arrimer les disponibilités de tous pour planifier un calendrier ne s'avéra pas une tâche simple et certains des participants ne purent participer à toutes les rencontres planifiées.

3.3.2 Les bienfaits de participer à toutes les étapes

Lors du recrutement, j'ai offert aux personnes démontrant un intérêt pour le projet, la liberté de participer aux étapes de la création de la vidéo qu'elles préféraient. Ainsi, deux des participants se sont impliqués seulement au niveau de la conception de la vidéo, alors que les trois autres ont contribué tant à la conception, qu'au tournage. Ceci étant dit, il y avait, à mes yeux, une différence quant à l'évolution de leur pensée et, du fait même, leur niveau de conscience. Les participants s'étant impliqués dans toutes les étapes démontraient une conscience critique libératrice tandis que la participante s'étant impliquée qu'à la conception de la vidéo faisait surtout preuve d'une conscience critique intégratrice, telles que défini au deuxième chapitre de cet essai. En ce qui concerne le deuxième participant qui ne s'est impliqué qu'au niveau de la conception, il est malheureusement impossible de se positionner quant au niveau atteint puisqu'il n'a pu se présenter à la dernière rencontre et n'a pas rempli le questionnaire d'évaluation du projet.

3.3.3 Produire une vidéo : une activité ludique

Bien qu'utiliser une caméra, un éclairage ainsi qu'un micro pour produire une vidéo fût tout un apprentissage pour le groupe, cela s'avéra une expérience très plaisante. Le climat, lors des tournages, se caractérisait par le plaisir, malgré le fait que les participants vivaient du stress quant à témoigner devant la caméra. Les fous rires et l'entraide étaient au rendez-vous, ce qui a favorisé l'installation d'un climat caractérisé par les échanges et la solidité des liens entre les participants.

3.4 Questionnements éthiques

En cours de route, quelques questionnements éthiques furent soulevés. D'abord, la réalisation du projet d'intervention à la clinique du P.T.R.P fut questionnée. En effet, le P.T.R.P offre un traitement et établit un cadre d'intervention rigide et clair pour ses bénéficiaires. Bien que le projet s'insérait au sein du P.T.R.P et respectait ce même cadre, il se basait sur une approche fort différente et n'offrait pas un traitement, bien qu'il comportait un aspect thérapeutique. Cela créa beaucoup de confusion chez les intervenants qui souhaitaient que les participants se rendent à la clinique uniquement pour recevoir un traitement et non pas pour participer à un projet d'intervention se fondant sur une approche différente. Ils souhaitaient que le cadre établi demeure intact. Ceci dit, à la lumière de cela, un prochain projet qui s'avérerait semblable à celui-ci s'inscrivant au sein du P.T.R.P pourrait préférablement se dérouler à un autre endroit physique qu'à la clinique.

De plus, lors du projet, je me suis questionnée quant au tutoiement et au vouvoiement. En effet, à la clinique, le vouvoiement est impératif pour que demeure une distance entre l'intervenant et le patient. Cela réduit également les risques de contre-transfert ou d'attachement problématique du patient à l'intervenant. Par contre, au sein de mon projet, nous formions une équipe de travail au sein de laquelle les rapports horizontaux étaient encouragés et il devint, à un moment, plus pertinent de tutoyer les participants. Bien que critiquée, il m'apparaît clair que cette manière d'interagir dans ce projet collectif créa un climat familier, mais que la relation, elle, demeura professionnelle.

Enfin, quelques obstacles furent rencontrés tout au long de cette démarche. Bien que le processus ne s'est pas toujours avéré une partie de plaisir pour les participants puisqu'il ravivait d'intenses émotions, plus de retombées positives que négatives sont observées. De plus, la majorité des objectifs ont été atteints. Il demeure, selon moi, que la richesse de ce projet repose sur le fait qu'il a permis de relever la vision des personnes vivant avec un TPL face à la stigmatisation et, grâce à la diffusion de l'outil créé sur le WEB, de donner la parole, tel que le valorise Freire (1983), à des participants qui, mieux que n'importe qui, nous en apprennent sur le TPL et les conséquences de la stigmatisation au quotidien.

Conclusion

Synthèse des analyses présentées

Selon l'Association canadienne pour la santé mentale (2010), plus de la moitié des personnes vivant avec un problème de santé mentale ont l'impression d'avoir été victimes de discrimination et considèrent leur trouble mental comme une source d'embarras. La stigmatisation vécue ainsi que la honte réduisent les possibilités, pour les personnes atteintes d'un trouble mental, d'obtenir un logement, un emploi, des soins de santé adéquats, d'avoir une bonne estime personnelle, etc. (Association canadienne pour la santé mentale, 2010). Pour agir sur le fléau qu'est la stigmatisation, l'Association canadienne pour la santé mentale (2010) propose :

Nous devons encourager et habiliter les personnes souffrant d'un problème de santé mentale à être les principaux acteurs des initiatives de sensibilisation, comme des programmes de lutte contre la stigmatisation et des recherches. Cela inclut notamment leur offrir un soutien et les jumeler à des pairs. Lorsque les gens se reconnaissent dans les batailles qu'ils mènent et qu'ils veulent voir des changements, ils sont plus portés à partager leurs histoires et à protester lorsqu'ils sont témoins d'injustices. (p.1)

Cet essai critique est un bel exemple d'une application de cette proposition. Il avait pour objectif de présenter la réflexion entourant la réalisation d'un projet d'intervention de groupe se basant sur les principes de la conscientisation, dans le cadre de la maîtrise en service social de l'Université de Montréal, abordant la stigmatisation et ses conséquences chez les personnes vivant avec un TPL sous la loupe de l'interactionnisme symbolique. Le stage en lien avec ce projet d'intervention a permis de mettre en lumière le point de vue des personnes vivant avec un TPL quant à la stigmatisation vécue et de conscientiser ces dernières. De ce projet ressort également un outil de sensibilisation s'adressant à la population générale ainsi qu'aux professionnels de la santé, sous la forme d'une capsule vidéo. Cette capsule fût réalisée de concert avec un groupe de patients du P.T.R.P de l'I.U.S.M.M qui s'impliquèrent au sein de ce projet et peut être visionnée sur la page WEB du P.T.R.P du site Internet de l'I.U.S.M.M au : <http://www.iusmm.ca/hopital/soins-et-services/organisation-par-programme-clienteles/troubles-de-la-personnalite.html>.

La première partie de cet essai a abordé l'état des connaissances quant à la problématique, soit la stigmatisation chez les personnes présentant un TPL. Cette dernière est décrite et on y approfondit les cadres d'analyse, les approches ainsi que les méthodologies d'intervention utilisées pour comprendre et intervenir sur celle-ci. La seconde partie de cet essai a dressé la présentation du projet d'intervention. Les objectifs du projet d'intervention, le milieu de stage, le programme au sein duquel il s'insère et le public ciblé y ont été d'abord présentés. On y retrouve ensuite une description du cadre d'analyse retenu soit l'interactionnisme symbolique ainsi que des approches choisies, la conscientisation et la mentalisation. La méthodologie d'intervention, l'intervention de groupe, y a également été décrite. Les choix du cadre d'analyse, des approches ainsi que de la méthodologie d'intervention ont aussi été justifiés, au sein de ce chapitre. Finalement, les processus d'élaboration et d'implantation du projet d'intervention ont été explicités. La dernière partie de cet essai a offert une analyse et une réflexion critique, à la lumière de ce qui fût expérimenté tout au long du stage, quant à la démarche et la réalisation du projet d'intervention.

Questionnements demeurant sans réponse ou exigeant un stage plus approfondi

Arrivée à la conclusion de ce projet d'intervention, quelques questionnements demeurent en suspens quant au choix du médium au sein de la démarche de conscientisation. Le choix du médium soit, la vidéo, fut imposée dès le départ aux participants, au moment de la phase de recrutement. Ceci étant dit, je me questionne donc quant à l'impact de ce choix sur le nombre de participants recrutés. En effet, y aurait-il eu davantage de personnes intéressées par le projet d'intervention si le choix du médium leur était revenu ou s'il avait s'agit d'un médium autre? De plus, s'ils avaient été autorisés à sélectionner le médium de leur choix, se seraient-ils davantage approprié la démarche? Y aurait-il eu plus de retombées positives du projet pour les participants? Se seraient-ils sentis plus en mesure de modifier leurs conditions sociales? Bref, plusieurs questionnements demeurent, à ce jour, puisqu'un éventail de médiums aurait pu être mis de l'avant au sein de ce projet, bien que les objectifs initiaux subsistent.

De plus, il se serait avéré très intéressant et pertinent de poursuivre la démarche de conscientisation en utilisant l'outil de sensibilisation produit à des fins éducatives. Les participants auraient pu présenter la vidéo, exposer leur point de vue quant à la stigmatisation et témoigner des conséquences de cette dernière dans leur quotidien au sein de conférences auprès de professionnels de la santé par exemple ou encore lors de formations abordant le TPL. Ils auraient ainsi pu poursuivre leur processus de conscientisation en faisant l'utilisation de l'outil créé.

Suggestions/Recommandations

Finalement, créer et me joindre à un groupe de personnes vivant avec un TPL ainsi que travailler avec ces dernières à la réalisation d'un projet commun fut, sans équivoque, une expérience d'une remarquable richesse tant au plan personnel, que professionnel. Cette expérience m'en a largement appris quant au savoir-être au sein de la relation d'aide. En effet, tout au long de ce projet, mes opinions, mes valeurs, mes croyances, mes sentiments ainsi que mes perceptions furent remis en question. En ce sens, je me suis interrogée quant à mon identité professionnelle ainsi qu'au rôle du travail social auprès des personnes stigmatisées, exclues et marginalisées. Ce projet a profondément renforcé ma vision du travail social comme créateur, promoteur et restaurateur du lien social. Comme l'écrivent si bien Dartiguenave et Garnier (2008) :

C'est au nom de la nécessité de créer ou de restaurer le lien social que les travailleurs sociaux s'emploient, « à se faire rencontrer les gens », « à faire en sorte qu'ils se connaissent, se parlent et dialoguent entre eux », « qu'ils s'ouvrent aux autres » « qu'ils se mobilisent sur un projet commun » « qu'ils s'organisent entre eux afin de créer des liens ». (p.76)

Il m'apparaît donc dorénavant clair qu'il s'agit d'une spécificité du travail social que nous nous devons de renforcer. Le travailleur social a, incontestablement, un rôle à jouer quant à la nécessité de retisser le lien social, soit « le désir de vivre ensemble, la volonté de relier les individus dispersés, l'ambition d'une cohésion plus profonde de la société dans son ensemble » (Paugam, 2008, p.4).

Posée une vision teintée par l'interactionnisme symbolique sur la stigmatisation vécue par les personnes vivant avec un TPL m'a également fait prendre davantage conscience que nous sommes constamment en interaction et que les problèmes sociaux avec lesquels nous travaillons

sont, en fait, déterminés et construits socialement. En ce sens, je crois qu'il est primordial qu'un travailleur social, lorsqu'il intervient auprès de personnes dont le fonctionnement social est évalué comme non optimal et nécessitant une aide professionnelle, garde cela en tête pour analyser et comprendre les difficultés de la personne qui se trouve devant lui. En effet, lorsque l'on aide une personne, nous sommes en relation avec elle (Garbarini, 1999). Lorsque nous l'écoutons et tentons de la comprendre, une multitude de dynamiques entrent en jeu. Par exemple, la personne devant nous peut se comporter différemment pour tenter de répondre aux attentes sociales qu'elle croit que nous entretenons face à elle ou encore, un symbole, tel que défini au chapitre 2 de cet essai, peut avoir une signification différente pour la personne à laquelle nous venons en aide. Il devient, dans ce cas, crucial pour le travailleur social de faire l'analyse de cette interaction pour nommer ces dynamiques sous-jacentes et se rapprocher, le plus possible, de la réalité de la personne qu'il tient à aider et se connecter à sa souffrance. Il sera plus évident, ainsi, de comprendre les raisons pour lesquelles la personne qui se tient devant lui agit comme elle le fait et ce qu'elle souhaite réellement. Dans le même sens, il m'apparaît important que le travailleur social soit conscient de ce qu'il dégage et de la manière dont il se comporte, lui-même, lorsqu'il se retrouve en interaction et l'impact qu'il peut avoir sur la manière dont agit les personnes auprès desquelles il œuvre.

De plus, je crois qu'il est important que le travailleur social s'interroge quant à la manière dont il a intériorisé les normes et les valeurs de la société au sein de laquelle il évolue (Le Bot, 2010). Il doit, selon moi, requestionner constamment ses croyances, ses préjugés, ses valeurs, etc. Comme l'écrit Garbarini (1999, p.16), la relation d'aide c'est « entendre autrui à travers le filtre de ses propres affects ». Le travailleur social doit donc reconnaître que le regard qu'il pose sur les problématiques des gens qu'ils rencontrent dans sa pratique ne sera jamais neutre puisqu'il reçoit, comme l'affirme Durkheim (1963 cité par Le Bot, 2010) des déterminations de son environnement et de son milieu social. Comme l'invoque si bien Durkheim (1963 cité par Le Bot, 2010, p.47) : « si l'on retire à l'homme tout ce qui lui vient de la société, il ne reste qu'un être réduit à la sensation, et plus ou moins indistinct de l'animal ». Avoir cela en tête, permettra, selon moi, au travailleur social d'éviter de juger et de généraliser et ainsi stigmatiser la personne qui se trouve devant lui. Cela lui permettra de la voir comme une personne à part entière, dans

toute son humanité plutôt qu'au sein d'une catégorie socialement déterminée. Comme l'écrivent Dartiguenave et Garnier (2008) :

Ainsi, le regard « jugeant » ou « dévalorisant » est banni au projet d'une approche qui entend veiller scrupuleusement au respect des différences, de la personne, à l'intégrité de son être [...] il s'agit de s'appuyer sur le « positif de la personne », sur ses capacités, sur son dynamisme, afin de lui renvoyer une image valorisante d'elle-même, sans empiéter sur sa liberté individuelle, sans décider à sa place. (p.104)

Dans le même ordre d'idées, le travailleur social doit, selon moi, toujours s'interroger quant à la prise en charge des problématiques sociales avec lesquelles il travaille et le regard que pose la société sur ces dernières. Il doit considérer la stigmatisation que peuvent vivre les personnes auprès desquelles il travaille et éviter de reproduire des comportements renvoyant à la personne qu'elle est déviante. Il me semble primordial, à la suite de cette expérience, que le travailleur social conscientise les personnes auprès desquelles il travaille au processus de socialisation et de stigmatisation.

Aussi, à la lumière de ce projet d'intervention auprès de personnes présentant un TPL, il m'apparaît évident qu'en tant que futur professionnel, la manière la plus efficace pour ne pas adhérer aux multiples préjugés circulant à l'égard des personnes présentant un problème de santé mentale est le contact. Corrigan et Gelb (2006), affirment d'ailleurs qu'être directement en interactions avec une personne présentant un problème de santé mentale s'est avérée être une des approches les plus efficaces pour réduire la stigmatisation ainsi que les attitudes négatives.

Enfin, cette expérience m'a également appris qu'il faut innover et oser utiliser les nouvelles technologies de l'information et de la communication, telle qu'Internet, puisqu'elles sont très présentes dans le quotidien des Québécois et à l'échelle mondiale. Il s'agit, selon moi, d'une excellente passerelle, entre autres, pour sensibiliser la population aux problématiques vécues par les personnes marginalisées et donner une voix aux populations trop souvent ignorées. Lorsque notre vidéo fut diffusée, nous avons atteint plus de 500 visionnements sur le site WEB YouTube en trois jours, preuve qu'il s'agit d'un moyen très efficace pour toucher le plus de gens possible, et ce, en peu de temps.

Pour conclure, je me permets de terminer cet essai avec le passage d'un article, rédigé par Beckers (1979), qui à la suite de ce projet d'intervention prend, pour moi, tout son sens :

La pierre angulaire de la mise en œuvre du travail social reste encore la relation fonctionnelle de collaboration, à l'intérieur de laquelle les valeurs de base doivent se transformer en principes de travail. Ces valeurs de base sont les suivantes : l'homme est unique et a une valeur propre; il a le droit d'avoir les possibilités de s'épanouir selon ses capacités; il a le droit de définir ses besoins selon sa propre volonté et il est capable de porter ses responsabilités sociales et morales. (p.265)

Références bibliographiques

- Allen, J. G., Bleiberg, E., & Haslam-Hopwood, T. (2003). Mentalizing as a compass for treatment. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67, 1-11.
- Ampleman, G., Doré, G., Gaudreau, L., Larose, C., Leboeuf, L., & Ventelou, D. (1983). *Pratiques de conscientisation, Expériences d'éducation populaire au Québec*. Montréal : Nouvelle Optique.
- Ampleman, G., Doré, G., Gaudreau, L., Larose, C., Leboeuf, L., & Ventelou, D. (1994). La conscientisation: définition et principes d'action. *Les cahiers de la conscientisation (1)*. Collectif québécois d'édition populaire.
- Ampleman, G., Denis, L., & Desgagnés, J.-Y. (2012). *Théorie et pratique de conscientisation au Québec*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Arriola-Socol., M. (1989). *Intervention, prise de la parole et transformation du quotidien*. Cahiers de recherche du GREMF ; cahier 24. Québec : Groupe de recherche multidisciplinaire féministe, Université Laval
- Arsenault, R. (1990). *Conscientisation et santé mentale : expériences, théorie, pratique : présentation de trois expériences réalisées avec des psychiatrisés, un groupe de parents ayant un enfant souffrant de troubles mentaux sévères et un groupe de personnes désireuses de partager leur vécu face à la dépression*. Maria, Québec : Service de santé mentale, Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs
- Arsenault, R. (1991). Conscientisation et santé mentale: une pratique en région. *Service social*, 40(3), 53-67.
- Association canadienne pour la santé mentale (2010). *La discrimination et la stigmatisation associées aux problèmes de santé mentale*. Récupéré le 27 juin 2013 du site de l'Association canadienne pour la santé mentale: <http://cause.bell.ca/pdf/fr/fact-sheets/cmha/stigmatisation.pdf>
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard review of psychiatry*, 14(5), 249-256.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder : a practical guide*. Oxford ; Toronto : Oxford University Press
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9(1), 11-15.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Publishing

- Becker, H. S. (1985). *Outsiders, Études de sociologie de la déviance*. Paris : Métailié.
- Beckers, J. (1979). Le travailleur social et sa pratique. *Déviance et société*, 3(3), 265-278.
- Bégin, C., & Lefebvre, D. (1997). La psychothérapie dialectique comportementale des personnalités limites. *Santé mentale au Québec*, 22(1), 43-68.
- Ben-Zeev, D., Young, M. A., & Corrigan, P. W. (2010). DSM-V and stigma of mental illness. *Journal of mental health*, 19(4), 318-327.
- Berteau, G. (2011). *La pratique de l'intervention de groupe*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Bessette, M. (2010). Psychothérapie des troubles de la personnalité: quand l'impasse n'est pas du côté du client. *Santé mentale au Québec*, XXXV(2), 87-116.
- Blanc-Sahnoun, P., & Dameron, B. (2009). *Comprendre et pratiquer l'approche narrative, Concepts fondamentaux et cas expliqués*. Paris : InterEditions.
- Bloomgarden, A. (2012). Dialectical behavior therapy. Dans Springer Pub (Ed.), *Comparative treatments for borderline personality disorder*(pp. 49-74). New York.
- Blumer, H. (1986). *Symbolic Interactionism, Perspective and Method*. Californie :University of California Press.
- Blumer, H., Riot, L. (2004). Les problèmes sociaux comme comportements collectifs. *Politix*, 17(67), 185-199.
- Bouchard, L., & Ducharme, M.-N. (2000). Les défis posés au travail social à l'ère des technologies de l'information. *Nouvelles pratiques sociales*, 13(1), 119-136.
- Bouchard, S. (2003). Approche cognitive du trouble de personnalité limite: intérêt et limites actuelles. *Revue québécoise de psychologie*, 24(2), 211-227.
- Bouchard, S. (2010). Impasses et opportunités dans le traitement des personnes souffrant d'un trouble sévère de la personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 61-85.
- Boucher, F., Drolet, S., & Villeneuve, É. (2005). *Guide à l'intention des familles. Au coeur du trouble de personnalité limite*. Récupéré le 9 mars 2013 de : www.rgiffard.qc.ca
- Briand-Malenfant, R. (2012). *Exploration qualitative de l'expérience de tristesse pour des patients souffrant d'un trouble de personnalité limite*. (Thèse de doctorat) Université de Montréal, Montréal.

- Charron, J. M. (2004). *Symbolic Interactionism. An introduction, an interpretation, an integration.* (Eight Edition ed.). Upper Saddle River, N.J. : Pearson Prentice Hall
- Cherrier, J-F. (2000). *La conscientisation et l'enquête conscientisante. Définition, principes d'action et leurs caractéristiques.* (Mémoire de maîtrise) Université Laval, Québec
- Cherrier, J.-F. (n.d). *L'utilisation du groupe au programme des troubles relationnels et de la personnalité.*
- Commission de la santé mentale du Canada. (n.d). *Changer les mentalités, Changer notre perception de la maladie mentale.* Récupéré le 12 mai 2012 du site de la commission de la santé mentale du Canada : http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/opening%20minds/MHCC_Opening_Minds_Brochure_new_FRE.pdf
- Corrigan, P. W, River, L. P., Lunidin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., . . . Kuba, M. A. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia bulletin, 27*(2), 187-195.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical psychology : Science and practice, 9*(1), 35-53.
- Corrigan, P. W., & Matthews, A. K. (2003). Stigma and disclosure: implications for coming out of the closet. *Journal of mental health, 12*(3), 235-248.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist Association, 59*(7), 614-625.
- Corrigan, P., & Gelb, B. (2006). Three programs that use mass approaches to challenge the stigma of mental illness. *Psychiatric services, 57*(3), 393-398.
- Corrigan, P. W., & O'Shaughnessy, J. R. (2007). Changing mental illness stigma as it exists in the real world. *Australian Psychologist, 42*(2), 90-97.
- Corrigan, P. W., & Larson, J. E. (2008). Stigma. Dans Guilford Press (Ed.), *Clinical handbook of Schizophrenia* (pp. 533-540). New York.
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rüş, N. (2009). Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practice. *World psychiatry, 8*, 75-81.
- Corrigan, P. W., Sokol, K. A., & Rüş, N. (2011). The impact of self-stigma and mutual help programs on the quality of life of people with serious mental illnesses. *Community of mental health journal.*
- Cousineau, P. (1996). Intervention auprès du patient limite: Objectivité et subjectivité. *Santé mentale au Québec, XXII*(1), 5-15.

- Cousineau, P., & Young, J. E. (1996). Le traitement du trouble de la personnalité limite par l'approche centrée sur les schémas. *Santé mentale au Québec*, 22(1), 87-105.
- Crocker, A. G., & Côté, G. (2010). Violence et maladie mentale : vaincre la stigmatisation sans souffrir du syndrome de l'autruche. *Le partenaire*, 19(1), 4-11.
- Dartiguenave, J.-Y., & Garnier, J.-F. (2008). *Un savoir de référence pour le travail social*. Ramonville-Saint-Agne Haute-Garonne : Érès.
- Denis, L., Dubeau, R., & Duchesne, M.-è. (2012). Visée, contenu, processus et niveaux de conscience. Dans Presses de l'Université du Québec (Ed.), *Théorie et pratique de conscientisation au Québec* (pp.195-256). Québec.
- Desgagnés, J.-Y. (2012). La conscientisation : une pratique antioppressive. Dans Presses de l'Université du Québec (Ed.), *Théorie et pratique de conscientisation au Québec* (pp. 11-28). Québec.
- Direction de l'enseignement. (2012). Hôpital *Louis-H.Lafontaine*, *Accueil du stagiaire*. Document présenté en septembre 2012.
- Direction des ressources humaines. (2006). *Énoncé des valeurs éthiques*. Hôpital *Louis-H.Lafontaine*.
- Direction des services cliniques. (2009). *Programme des troubles relationnels et de la personnalité, programmation clinique*. Distribué par le Centre de documentation de l'I.U.S.M.M
- Direction générale de l'Hôpital Louis-H.Lafontaine (2005). *L'organisation des soins et services cliniques : Cadre de référence*. Récupéré le 10 juin 2013 du site de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal: <http://www.iusmm.ca/Documents/pdf/Hopital/Publications/DG-Cadre-reference.pdf>
- Doucet, P. (2006). *Analyse du processus visant l'intégration sociale des personnes présentant un trouble sévère de la personnalité limite à l'intérieur d'un programme de réadaptation individualisée dans le milieu*. (Mémoire de maîtrise) Université Laval, Québec
- Dorvil, H. (1990). La maladie mentale comme problème social. *Service social*, 39(2), 44-58.
- Fadel, P. (n.d). *Section II : Informations générales sur votre pratique actuelle*.
- Forte, J. A. (2004a). Symbolic interactionism and social work : A forgotten legacy, Part 1. *Families in society*, 85(3), 391-400.
- Forte, J. A. (2004b). Symbolic Interactionism and social work: A forgotten legacy, Part 2. *Families in society*, 85(4), 521-530.

- Freire, P. (1983). *Pédagogie des opprimés: suivi de conscientisation et révolution*. Paris : la Découverte/Maspero
- Garbarini, J. (1999). *Relation d'aide et travail social*. Paris : ESF.
- Gélineau, L. (2001) *Fondements pour une « théorie ancrée » de la conscientisation dans le cadre de la recherche-action participative et de l'éducation dans une perspective mondiale*. (Thèse de doctorat) Université de Montréal, Montréal.
- Giordana, J.-Y. (2010). *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. France : Masson.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. New York: Anchor Books.
- Goffman, E. (1963). *Stigma, Notes on the management of spoiled identity*. New York, NY : First Touchstone Edition.
- Goffman, E. (1975). *Stigmate / traduit de l'anglais par Alain Kihm*. Paris: Éditions de minuit.
- Hôpital Louis-H.Lafontaine (2012). *Résultats de l'exercice financier*. Récupéré le 20 juin 2013 du site de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal: <http://www.iusmm.ca/documents/pdf/Hopital/Publications/Rapports%20annuels/Rapp-31-32.pdf>
- Institut Victoria (2006). *Introduction à l'intervention auprès de la clientèle présentant un trouble de personnalité. Approche développementale, du Soi et des relations d'objet de Materson*. Communication présentée dans le cadre de ses journées de perfectionnement sur le traitement des troubles de la personnalité.
- Kreisman, J. J., & Strauss, H. (2010). *I hate you, don't leave me*. New York, NY: Perigee.
- Kring, A. M., C.Davison, G., Neale, J. M., & Johnson, S. L. (2007). *Abnormal Psychology 10th edition*. U.S.A : Wiley.
- Laporte, L. (2007). Un défi de taille pour les centres jeunesse. Intervenir auprès des parents ayant un trouble de personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 32(2), 97-114.
- Le Bot, J.-M. (2010). *Le lien social et la personne: pour une sociologie clinique*. Rennes : Les presses de l'Université de Rennes.
- Lebel, L. (2012). *Document de réflexion sur la mission des hôpitaux universitaires : son potentiel et ses enjeux*. Récupéré le 10 juin 2013 du site l'association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux : http://www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/document/Documents_deposes/reflexion_mission_universitaire_2012.pdf

- Leblanc, J.-S., Renaud, S., Wahbi, A., & Cloutier, J. (2011). Attachement insécure/désorganisé et trouble de personnalité limite: peut-on sortir de l'impasse thérapeutique? *Santé mentale au Québec*, 36(2), 145-159.
- Le Breton, D. (2008). *L'interactionnisme symbolique*. Paris : Quadrige Manuels.
- Linehan, M. (2000). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de la personnalité état-limite*. Chêne Bourg, Genève: Médecine et Hygiène.
- LLic, M., Reinecke, J., Bohner, G., Röttgers, H.-O., Beblo, T., Driessen, M. . . Corrigan, P. W. (2011). Protecting self-esteem from stigma: A test of different strategies for coping with the stigma of mental illness. *International journal of social psychiatry*, 1-12.
- Lysaker, P. H., Roe, D., Ringer, J., Gilmore, E. M., & Yanos, P. T. (2012). Change in self-stigma among persons with schizophrenia enrolled in rehabilitation: associations with self-esteem and positive and emotional discomfort symptoms. *Psychological services*, 1-8.
- Mason, P. T., & Kreger, R. (2010). *Ces gens qui sont borderline, Apprenez à composer avec les personnalités limites*. Montréal, Québec : Les éditions de l'homme.
- Massé, J. C., & T.-Brault, M.-M. (1979). Maladie mentale et stigmatisation ou Comment on devient un malade mental pour la vie. *Santé mentale au Québec*, 4(1), 73-83.
- Mouvement international citoyenneté et santé mentale. (2013). *La psychiatrie citoyenne*. Récupéré le 10 mai 2013 de : <http://pleinecitoyennete.com/pleinecitoyennete/la-psychiatrie-citoyenne/>
- Ogien, A. (1995). Les théories de la désignation. Dans Colin (Éd.), *Sociologie de la déviance* (pp. 103-122). Paris.
- Orcutt, C. (1997). Le trouble limite du soi: l'approche de Materson. *Santé mentale au Québec*, 22(1), 69-86.
- Organisation mondiale de la santé. (1977). *La schizophrénie : Étude multinationale*. Récupéré le 30 juin 2013 de: http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_63_fre.pdf
- Osborne, L. L., & McComish, J. F. (2006). Working with borderline personality disorder, Nursing interventions using dialectical behavioral therapy. *Journal of psychosocial nursing*, 44(6), 40-47.
- Paradis, M., & Sorel, P. (2010). *Intervention et animation de groupe*. Montréal, Québec : Guérin.
- Paré-Miron, V. (2010). *La perception des thérapeutes sur les difficultés d'intervenir auprès des adolescents atteints d'un trouble de personnalité limite (TPL) avec conduites suicidaires*. (Mémoire de maîtrise), Université de Montréal, Montréal.

- Parent, I., & Carrière, M. (2004). Chercher la solution au coeur du problème: faire face à l'intentionnalité des personnes souffrant d'un trouble de personnalité limite (TPL). *Santé mentale au Québec*, 29(2), 221-240.
- Paris, J. (1996a). Traumatisme et trouble de la personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, XXI(1), 1-10
- Paris, J. (1996b). Succès et échec dans le traitement de patients souffrant de troubles de la personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, XXII(1), 16-29.
- Paris, J. (2008). *Treatment of borderline personality disorder, A guide to evidence-based practice*. New York, NY : The Guilford Press.
- Paugam, S. (2008). *Le lien social*. Paris: Presses de l'Université de France.
- Pelletier, J-F. (2010). *Mise en contexte et liens entre la psychiatrie citoyenne et le rétablissement : le Forum Citoyen*. Récupéré le 10 mai 2013 de: <http://www.iusmm.ca/documents/pdf/Hopital/Colloques/JFPelletier.pdf>
- Pelsser, R. (1989). L'état limite et les troubles narcissiques. Dans Gaëtan Morin (Éd.), *Manuel de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 402-426). Paris.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Clarkin, J. F., Sirey, J. A., Salahi, J., Struening, E. L., & Link, B. G. (2001). Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatric services*, 52(12), 1627-1632.
- Plummer., K. (1975). *Sexual stigma : an interactionist account*. Londres : Routledge and Kegan Paul.
- Rüsh, N., Hölzer, A., Hermann, C., Schramm, E., Jacob, G. A., Bohus, M., . . . Corrigan, P. (2006). Selg-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *The journal of nervous and mental disease*, 194(10), 766-773.
- Rüsh, N., Lieb, K., Bohus, M., & Corrigan, P. W. (2006). Self-stigma, empowerment, and perceived legitimacy of discrimination among women with mental illness. *Psychiatric services*, 57(3), 399-402.
- Rüsh, N., Lieb, K., Gottler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H. . . Bohus, M. (2007). Shame and implicit self concept in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(3), 500-508.
- Steinberg, D. M. (2004). *The mutual-aid approach to working with groups, Helping people help one another, Second edition*. New York : The Haworth Press.
- Steinberg, D. M. (2008). *Le travail social de groupe : un modèle axé sur l'aide mutuelle pour aider les personnes à s'entraider*. Québec : Les presses de l'Université Laval.

- Turcotte, D., & Lindsay, J. (2008). *L'intervention sociale auprès des groupes, 2e édition*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Watson, A. C., Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia bulletin*, 33(6), 1312-1318.
- Wilkinson-Ryan, T., & Westen, D. (2000). Identity disturbance un borderline personality disorder: an empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 528-541.

ANNEXES

Annexe 1

Création d'un outil de sensibilisation

La stigmatisation et ses conséquences chez les personnes vivant avec le trouble de personnalité limite

Bonjour,

Je me nomme Geneviève Desjardins et je suis étudiante à la maîtrise en service social de l'Université de Montréal. Je fais mon stage au Programme des troubles relationnels et de la personnalité de l'hôpital Louis-H. Lafontaine, institut universitaire en santé mentale.

Dans le cadre de mon stage, je m'intéresse à la problématique de la stigmatisation et ses conséquences chez les personnes présentant un trouble de personnalité limite et je souhaite développer un outil de sensibilisation. Cet outil prendra la forme d'une vidéo, qui sera diffusée sur le site web de l'hôpital Louis-H. Lafontaine.

Dans la démarche de création de cette vidéo, vous seriez appelé, avec d'autres participants, à participer activement à la préparation et/ou la réalisation de cet outil. Ainsi, vous pourriez participer en vous impliquant soit dans la conception, la réalisation, le tournage ou encore le montage de la vidéo. Si vous le souhaitez, vous seriez également invités à vous impliquer dans plus d'une étape ou encore dans toutes les étapes du processus de création de la vidéo. Il vous sera également possible, si vous le désirez, de témoigner dans cette vidéo pour faire part de votre expérience en lien avec la stigmatisation et ses conséquences. Bref, ce sera votre création, votre vidéo.

Le projet s'étend jusqu'à la fin du mois d'avril et pourra impliquer quelques minutes pour un témoignage à un certain nombre d'heures pour le montage. En somme, la durée de votre implication au sein du projet dépendra du rôle que vous souhaiterez y jouer.

Si vous souhaitez participer, remplissez la partie suivante;

Oui, je souhaite participer à ce projet.

Nom :

Numéros où nous pouvons vous joindre :

Si vous souhaitez obtenir de plus amples informations, vous pouvez me téléphoner au numéro suivant : **514-251-4000** poste 2555.

Merci de votre attention!

Annexe 2

Conception de la vidéo	Étape 1	<p>Développer la solidarité Créer des liens entre les participants Sentiment d'appartenance (JE ➔ NOUS)</p> <p>Appropriation du vécu en lien avec la stigmatisation</p> <p>Enclencher le dialogue entre les participants</p> <p>Observer où se situe le groupe par rapport aux particularités de chacun</p> <p>Prise de conscience de la dimension collective de leur réalité</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Présentation de la stagiaire et des participants (Activité brise-glace) ➤ Signature du consentement pour l'enregistrement audio. ➤ Présentation du déroulement de la rencontre. ➤ Présentation du projet d'intervention. <i>La démarche et les étapes</i> <i>Ce que cela implique pour les participants (Rôles qu'ils peuvent y jouer)</i> <i>La durée du projet d'intervention</i> <i>L'outil : La vidéo (durée maximale et concept)</i> <i>Contrat en lien avec la participation au projet</i> <i>Clarification du mon rôle</i>
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Questionnement quant à leur intérêt et leur idée par rapport à ce projet et le rôle qu'ils aimeraient potentiellement y jouer. ➤ Période de questions en lien avec le projet d'intervention. ➤ Discussion thématique sur la stigmatisation 	
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conception d'une carte heuristique (mind mapping) collective (remue-méninges) 	

	<p style="text-align: center;"><i>Étape 2</i></p> <p style="text-align: center;">Recherche de thèmes générateurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Inscrire la stigmatisation au centre d'un grand carton.</i> ✓ <i>Autour du thème, dessinez des branches menant à divers termes génériques. exemples : Qui? Quoi? Quand? Comment? Où? Pourquoi? Problèmes? Solutions? Avantages/Inconvénients? Divers?</i> ✓ <i>À partir des termes génériques, écrire tous les mots clés nous venant en tête.</i> ✓ <i>Tracez d'autres lignes se rapportant aux mots clés. Y ajouter des illustrations, etc.</i> ✓ <i>Quels sont les enjeux cruciaux? Quels thèmes émergent? Quelles dimensions sont significatives?</i> <p>Matériel nécessaire : Carton, crayons de couleur, colle, magazines. Le prendre en photo pour ensuite en faire un fichier p.d.f et en donner une copie à tous les participants du groupe.</p> <p>À la fin de la rencontre, leur demander de débiter leur réflexion pour trouver des idées de concept.</p>
	<p style="text-align: center;"><i>Étape 3</i></p> <p style="text-align: center;">Recherche d'un concept pour la vidéo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Développer un concept original pour la vidéo. ➤ Élaboration du scénario ➤ Signature des consentements, si nécessaire.
	<p style="text-align: center;"><i>Étape 4</i></p> <p style="text-align: center;">Planification des étapes (calendrier) et distribution des rôles</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Définir les rôles de chacun/ Division du groupe en équipes. ➤ Planifier un calendrier/ un plan de travail. ➤ Décider d'un endroit où tourner. ➤ Planifier le matériel nécessaire.

	<p style="text-align: center;"><i>Étape 1</i></p> <p style="text-align: center;">Rencontre avec Jean-</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Obtenir de l'information quant au fonctionnement du matériel utilisé.
--	---	--

Tournage	François Lebel	
	<i>Étape 2</i> Préparation du tournage	➤ Planifier des essais où l'on se filme et l'on se réajuste.
	<i>Étape 3</i> Tournage	➤ Planifier une demi-journée avec Jean-François Lebel pour le tournage lorsque nous serons prêts.

Montage	<i>Étape 1</i> Choix des séquences	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disponibilité des séquences sur Intranet <i>Monsieur Lebel rendra disponibles les séquences de la vidéo sur Intranet. Les séquences seront chronométrées.</i> ➤ Faire le choix des séquences <i>Via Intranet, visionner les séquences que l'on souhaite voir apparaître dans la vidéo. Choisir l'ordre des séquences. Inscrire sur une feuille les séquences dans l'ordre ainsi le minutage. Remettre la feuille à Monsieur Lebel.</i>
	<i>Étape 2</i> Montage de la vidéo	➤ Monsieur Lebel fera, par la suite, seul un premier montage de la vidéo tel qu'indiqué. Ensuite, nous réajusterons jusqu'à ce qu'elle soit d'une durée de 5 minutes.
Visionnement	<i>Étape 1</i> Visionnement de la vidéo en groupe	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Organiser une rencontre, plus informelle, pour faire le visionnement de la vidéo. ➤ Questionner les participants quant à leur expérience et comment ils comprennent la stigmatisation suite à celle-ci. (Bilan de l'intervention)



Annexe 3

