

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉVALUATION DU PROGRAMME D'INTERVENTION DE PROTECTION DE SOI  
AUPRÈS DE JEUNES AYANT FAIT DE MULTIPLES TENTATIVES DE SUICIDE

ESSAI

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (PSY.D)

PAR

PATRICK BERTRAND

AOÛT 2014

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

*À mes parents,  
Odette et Jean-Marie,  
pour les nombreux encouragements*

*À ma femme,  
Nathalie,  
pour sa patience et ses précieux conseils*

*À mes filles,  
Amélie et Alexia,  
pour vous transmettre l'importance de l'éducation, l'engagement et la persévérance*

## Remerciements

Il est essentiel pour moi de débiter mes remerciements en soulignant la participation de ma directrice d'essai, docteure Monique Séguin Ph.D., professeure au département de psychologie de l'Université du Québec en Outaouais. Ce projet n'aurait pu se réaliser sans sa contribution. Avec son expertise, ses encouragements et sa grande patience, elle m'a guidé, conseillé, m'a soutenu et surtout, m'a encouragé à persévérer dans les moments les plus difficiles.

Je remercie également docteur Marc-Simon Drouin, Ph.D., et docteure Geneviève Tardif, Ph.D., qui ont été membres du comité d'évaluation du projet de recherche. Leurs précieux commentaires m'ont permis de m'instruire, de comparer, d'améliorer la qualité et de pousser ma réflexion sur certains aspects de cet essai.

Un grand merci à l'hôpital Pierre-Janet du CSSS Gatineau, particulièrement le programme d'adopsychiatrie qui a cru en ce projet et qui a été l'hôte des groupes pendant toutes ces années. Un remerciement spécial à Mélanie Di Mambro pour son importante contribution sur le plan des statistiques.

Sur une note plus personnelle, je ne peux passer sous silence ma gratitude envers les membres de ma famille. Mes parents, Odette et Jean-Marie, méritent d'être soulignés puisqu'ils m'ont transmis leurs valeurs : persévérance, dépassement de soi et accomplissement. Leurs encouragements et leur soutien financier m'ont permis d'accomplir mes études. Je désire également remercier ma femme Nathalie pour sa générosité, sa patience, son écoute et pour ses précieux conseils pendant les dernières années de ce projet. Enfin, la présence de mes filles, Améliane et Alexia, qui par un simple sourire réussissent à dissiper les moments de découragement.

## TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	iii
Résumé.....	1
CHAPITRE I : Introduction générale	
1.1 Sommaire de l'essai.....	2
1.2 Épidémiologie .....	3
1.2.1 Évolution du taux de suicide au Québec.....	3
1.2.2 Évolution du taux de tentatives de suicide au Québec .....	5
1.3 Variables associées aux conduites suicidaires .....	7
1.3.1 Difficultés dans l'histoire de vie .....	7
1.3.2 Difficultés personnelles .....	8
1.3.3 Présence de troubles mentaux et le trouble de la personnalité limite : .....	10
1.4 Cadre conceptuel .....	14
1.4.1 Contribution des théories de l'attachement .....	14
1.4.2 Le processus de mentalisation .....	17
1.5 Traitements disponibles actuellement .....	18
2. Objectifs de l'étude et devis .....	23
3. Méthodologie	
3.1 Contexte de l'étude .....	24

3.2 Participants.....	24
3.3 Déroulement du groupe de traitement de « protection de soi » .....	25
3.4 Variables cibles et évaluation .....	28
3.5 Instruments de mesure et analyses statistiques. ....	29
3.6 Enjeux Éthique .....	32
CHAPITRE II : article	
2.1) Présentation de l'article .....	35
CHAPITRE III : Conclusion générale .....	62
Références .....	72
Appendice A	
Figure 1. Taux ajustés selon la structure par âge, sexe réunis, de la population du Québec en 2001 .....	86
Figure 2. Proportion des décès par suicide dans l'ensemble des décès chez les hommes selon les groupes d'âge .....	87
Figure 3. Proportion des décès par suicide dans l'ensemble des décès chez les femmes selon les groupes d'âge .....	87
Figure 4. Hospitalisations pour tentatives de suicide selon le sexe et l'âge .....	88
Figure 5. Hospitalisations pour tentatives de suicide selon le sexe et l'âge, 2001-2002 .....	88
Appendice B Formulaires de consentement .....	89
Appendice C Programme .....	92
Appendice D Questionnaires de recherche (Y-OQ-2, TAS-20, BIS, BHS, IRP, BDI, Questionnaire perception) .....	188

## Résumé

L'évolution du taux de suicide et du taux de tentatives de suicide fait état d'une diminution générale, mais évoque un risque élevé chez les jeunes. Les jeunes filles sont plus à risque d'adopter des comportements d'auto-agressions. La présence de maladies mentales comme le trouble de la personnalité limite est mis de l'avant et est en lien avec les comportements d'autoagressions. Une explication développementale des conduites suicidaires est présentée. Les interventions existantes pour cette clientèle sont présentés et il en ressort la nécessité de développer davantage ces dernières. L'intervention de groupe qui vise la protection de soi s'avère une option intéressante. L'objectif consiste à vérifier l'efficacité de l'intervention auprès d'une clientèle adolescente suicidaire et d'identifier les cibles les plus propices aux changements.

*Mots clés : suicide, adolescent, personnalité limite, attachement, intervention*

## CHAPITRE I

### INTRODUCTION GÉNÉRALE

#### 1.1 Sommaire de l'essai

L'adolescence constitue la période de transition entre l'enfance et la vie adulte. Elle s'accompagne d'une multitude de changements physiques et psychologiques. Au moment de l'adolescence, de nombreux jeunes adoptent des conduites où la prise de risque est élevée, majoritairement dans le but de tester leurs propres limites et celles de leur entourage. Ainsi, les adolescents constituent une clientèle vulnérable au développement de conduites autodestructrices étant donné leurs vulnérabilités et les perturbations émotionnelles vécues dans cette étape mouvementée de la vie. L'adolescent fait des gestes et organise ses pensées en fonction de ce qu'il a appris et acquis depuis son plus jeune âge. Ainsi, le parcours de vie, les caractéristiques personnelles, l'environnement et les premières relations interpersonnelles forgent le style d'attachement qui, à l'adolescence, est déjà bien ancré.

La souffrance des adolescents qui adoptent des conduites autodestructives répétitives et de leurs proches est très intense. Les cliniciens qui travaillent auprès de cette clientèle constatent souvent l'inefficacité des interventions traditionnelles, ce qui procure un sentiment d'impuissance. Ce sentiment d'impuissance amène parfois une perte d'intérêt pour le travail avec cette clientèle qui pourtant, se retrouve en grand besoin.

Le programme d'intervention de protection de soi, développé par l'hôpital Pierre-Janet, vise une clientèle vulnérable, soit les jeunes filles de 14 à 18 ans ayant fait de multiples tentatives de suicide. Des variables cibles sont définies à partir des difficultés personnelles des adolescents

adoptant des conduites suicidaires répétitives (régulation des émotions, impulsivité, capacité de résolution de problèmes, symptômes de désespoir et de dépression).

Cet essai vise à évaluer l'efficacité du programme, et d'identifier les variables cibles ayant contribué au changement. Il se divise en 3 parties, la première partie est une introduction générale portant sur l'épidémiologie, les variables associées aux conduites suicidaires, le cadre conceptuel et le contexte clinique de l'intervention. La deuxième partie présente un article scientifique sur le sujet, présentement soumis à des fins de publications. Quant à la troisième partie de cet essai, les observations et compte rendus par l'auteur y sont exposés en guise de conclusion. Les limites de l'étude sont également abordées ainsi que d'éventuel piste de sujets que d'autres chercheurs pourront mener dans le but d'améliorer les services de santé auprès de cette clientèle vulnérable.

## **1.2 Épidémiologie**

### *1.2.1 Évolution du taux de suicide au Québec*

Le suicide constitue un problème de santé publique majeur. Les impacts d'un tel geste, tant sur le plan individuel que familial, sont tragiques. Le suicide est un drame personnel et familial avant d'être une statistique (Chabot, 1997). Si l'augmentation soutenue du taux de suicide au Québec est le constat des dernières décennies (Mercier & St-Laurent, 1998), on note actuellement une baisse de la mortalité par suicide depuis le début des années 2000 (St-Laurent & Gagné, 2011). En 2001, 14 % des décès par suicide provenaient de jeunes de moins de 20 ans (Bureau du Coroner, 2003; voir figure 2 et 3). Les données de l'Institut national de santé publique du Québec de 2011 rapportent un taux de décès par suicide de 13,7 personnes par 100 000 habitants. Plus spécifiquement, il y a 1105 personnes qui sont décédées par suicide au Québec lors de cette année

(852 hommes et 253 femmes). Ce taux est le plus bas enregistré dans la province au cours des 25 dernières années (St-Laurent & Gagné, 2011). Même si cette baisse s'observe également chez les femmes (9,1 en 1999 et 6,2 en 2011), elle est plus marquée chez les hommes ce qui explique principalement l'évolution à la baisse du taux de mortalité par suicide. Le taux catastrophique de 35,8 observé chez les hommes en 1999 a chuté de 35 % pour se situer à 21,3 en 2011 (St-Laurent & Gagné, 2011; voir figure 1). Cette diminution des taux de mortalité par suicide s'observe d'une manière plus marquée chez les adolescents et les jeunes adultes. En effet, chez les adolescents de 15-19 ans, la mortalité par suicide s'est abaissée de plus des deux tiers entre 1999 et 2011 (St-Laurent & Gagné, 2011). Cette baisse touche surtout les jeunes garçons (St-Laurent & Gagné, 2011). Chez les jeunes adultes de 20 à 34 ans, la diminution est également spectaculaire puisque les taux ont chuté de 43 %. Même si la baisse est moins impressionnante dans le groupe des 35-49 ans que dans le groupe des adolescents et des jeunes adultes, elle est environ du tiers. Avec ces nouvelles données, le suicide devient la seconde cause de mortalité chez les 15-19 ans, mais demeure la première cause de mortalité chez les 20-34 ans (St-Laurent & Bouchard, 2004).

Malgré les signes encourageants, le Québec affiche toujours un taux de suicide élevé. Cependant, les écarts observés entre le Québec et le reste du Canada tendent à s'amoinrir depuis 2000. Comparativement aux pays de l'Organisation de coopération et de développement (OCDE), le Québec se situe encore parmi les populations qui présentent les taux de mortalité par suicide les plus élevés (St-Laurent & Gagné, 2008). La baisse spectaculaire des suicides dans les groupes les plus jeunes dans les dernières années ne doit pas mettre dans l'ombre le fait que c'est dans la population active (adolescents et adultes) que les suicides sont encore les plus nombreux. En effet, les deux tiers des suicides surviennent chez des personnes âgées de moins de 50 ans, malgré la diminution de l'importance relative du suicide parmi les décès chez les adolescents et

les jeunes adultes (St-Laurent & Gagné, 2011). Le suicide d'une personne est un événement tragique, et entraîne des difficultés importantes à court, moyen et long terme chez les proches du suicidé. Ainsi, la grande souffrance associée à un suicide suscite un engagement et une volonté d'action de la part de l'ensemble de la communauté (Mercier & St-Laurent, 1998).

### *1.2.2 Évolution du taux de tentatives de suicide au Québec*

Si le taux de suicide complété au Québec demeure un enjeu social inquiétant, les données sur les tentatives de suicide sont également à considérer. En 2011, 1105 personnes se sont enlevées la vie au Québec. En plus de ces pertes de vie évitables, quelque 28 000 tentatives de suicide sont réalisées chaque année, ce qui témoigne encore d'un réel problème (Association Québécoise de la Prévention du Suicide, 2011). Pour chaque décès par suicide, il y a un nombre important de tentatives de suicide (Mercier & St-Laurent, 1998). En 2001, le Canada a enregistré 3 688 décès par suicide et plus de 23 112 hospitalisations pour tentatives de suicide et blessures auto-infligées. Ce nombre représente 7,4 hospitalisations par 10 000 personnes et correspond à 169 235 journées d'hospitalisation en soins de courte durée où la moyenne d'hospitalisation est d'une semaine (Langlois & Morrison, 2002).

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes réalisée par l'Institut de la statistique du Québec révèle que près de 869 000 (14 %) des Québécois âgés de 15 ans et plus ont rapporté avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie, alors que près de 229 000 (3,8 %) ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze mois précédant l'enquête (Kairouz, Boyerm, Nadeau, Perreault, & Fiset-Laniel, 2008). Chez les 15 ans et plus, 3,5 % ont déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie et les femmes représentent une plus grande proportion que les hommes. Les données d'hospitalisation en soins de courte durée confirment que la prévalence des tentatives est plus élevée chez les femmes que pour le suicide. De plus, ces

dernières sont plus nombreuses à être hospitalisées pour tentative de suicide que les hommes (voir figure 4).

Quant aux variables de nature sociodémographiques, l'âge est la seule variable associée au fait d'avoir tenté de se suicider, et ce, tant au cours de leur vie que sur douze mois. Par exemple, les 15-24 ans ont une probabilité 5 fois plus élevée que les 25 à 64 ans de rapporter une tentative de suicide sur une période de 12 mois (Kairouz et al., 2008). Langlois et Morrison (2002) confirment cette tendance en rapportant que la proportion la plus élevée des patients ayant tenté de se suicider est dans la catégorie des 15-19 ans (14 %;  $n = 3\ 158$ ). Il est impossible de faire abstraction du risque élevé de récurrence suite à une première tentative. Les individus qui font des tentatives suicidaires récurrentes augmentent de plus de 100 fois le risque de décès par suicide comparativement à la population générale (Hawton & Fagg, 1988). De plus, les études démontrent qu'approximativement 15 % des personnes ayant fait une tentative de suicide récidiveront au cours des 12 mois suivants (Schmidtke et al., 1996; Van der Sande, Buskens, Allart, van der Graaf, & van Engeland, 1997).

Il est connu que les personnes qui font de multiples tentatives suicidaires ont un pronostic beaucoup plus négatif que ceux ayant fait une seule tentative (Laget et al., 2006). Puisque les statistiques démontrent une prévalence élevée des adolescents aux multiples tentatives de suicide et que le risque associé à cette dernière est grandement accentué, il s'avère essentiel de développer des services spécifiques aux personnes ayant un historique de tentatives suicidaires récurrentes. Une revue de l'ensemble des traitements disponibles pour cette clientèle permet d'avancer des possibilités de traitement à développer, dont des interventions soutenues dans le temps et des interventions mises en place immédiatement après la tentative de suicide (Brent et al., 2013).

### 1.3 Variables associés aux conduites suicidaires

L'étude des variables associés aux conduites suicidaires s'avère essentielle au développement d'un plan d'intervention pour venir en aide aux personnes ayant fait de multiples tentatives de suicide. Malgré la quantité impressionnante d'articles sur le suicide publiés dans les revues scientifiques, aucune théorie étiologique du suicide n'est acceptée par la majorité des chercheurs et des intervenants. Par contre, la majorité des chercheurs s'entendent sur le fait qu'on peut cibler un nombre important de facteurs prédisposant aux comportements suicidaires (Mercier & St-Laurent, 1998). Il existe, ainsi, une variété de facteurs, dont les difficultés dans l'histoire de vie et les difficultés personnelles qui caractérisent les adolescents aux conduites suicidaires.

#### 1.3.1 Difficultés dans l'histoire de vie

Plusieurs facteurs développementaux peuvent prédisposer un individu à effectuer une tentative de suicide. Les études sur le développement montrent que des événements traumatiques à l'enfance peuvent conduire certains jeunes à adopter des comportements suicidaires (Sabo, Gunderson, Najavits, Chauncey, & Kisiel, 1995). Belsky, Rosenberg et Crnic (1995) décrivent les événements traumatiques vécus par ces jeunes en faisant référence à l'agression physique, sexuelle ou émotionnelle ainsi qu'à des situations sévères d'abandon ou de négligence à l'enfance. Chez les victimes d'agressions sexuelles, le risque de comportements suicidaires est augmenté ainsi que la présence de désespoir et de dépression (Brodsky et al., 2001).

D'autres facteurs dans le milieu familial peuvent influencer l'adoption d'un comportement suicidaire comme la présence d'abus ou de négligence, la présence d'une maladie mentale chez l'un des parents ou encore la présence d'antécédents suicidaires dans la famille (Brent et al., 1988; Garfinkel, Froese & Hood, 1982; Lester, 1992; Pfeffer, 1990; Spirito, Brown, Overholser, & Fritz, 1989). Effectivement, il existe un fort lien entre l'abus ou la négligence parentale et les

comportements autodestructeurs chez les adolescents (Adams-Tucker, 1982; Green, 1978). Lorsque l'environnement familial est caractérisé par l'instabilité, il est fréquent de constater la présence de conflits familiaux (Adler, 1994). Les recherches démontrent que les conflits familiaux perturbent le jeune. Ce dernier se sent très souvent rejeté par les membres de sa famille (Brent et al., 1988; Graham & Burvill, 1992; Hoberman & Garfinkel, 1988). L'adolescent qui a des problèmes chroniques dans ses relations avec les membres de sa famille est considéré à risque de comportements suicidaires (Marttunen, Aro, Henriksson, & Lonnqvist, 1991; Shafii, Carrigan, Whittinghill, & Derrick, 1985). Il y a donc une absence ou une insuffisance au niveau des expériences de vie propre au développement de la confiance privant l'adolescent d'un sentiment de protection. Cette lacune fait en sorte que les adolescents ont de la difficulté à se protéger eux-mêmes (Chastang et al., 1998).

Parmi les facteurs familiaux pouvant augmenter le risque éventuel d'un comportement suicidaire chez un adolescent, il y a le décès ou la séparation des parents. La dynamique familiale suite à un décès ou une séparation est perturbée et le jeune a souvent de la difficulté à gérer ses émotions. L'apparition d'un sentiment d'échec peut se manifester après un événement de cette ampleur (Brent et al., 1988).

### *1.3.2 Difficultés personnelles*

Parmi les difficultés individuels, le désespoir apparaît comme une variable essentielle à la compréhension des tentatives suicidaires et du suicide complété chez les adolescents (Fritsch, Donaldson, Spirito, & Plummer, 2000). La raison la plus souvent évoquée à l'origine d'une tentative suicidaire est de pouvoir échapper aux situations causant une détresse extrême. Les individus qui ont commis plusieurs tentatives de suicide ne veulent pas nécessairement s'enlever

la vie. Ils cherchent par l'intermédiaire des tentatives de suicide à communiquer leurs émotions comme la détresse, le désespoir et la colère (Laget et al., 2006).

Plusieurs déficits au niveau du développement et du maintien des relations interpersonnelles sont aussi identifiés. Livesley (2000) rapporte des difficultés dans la capacité à créer des relations intimes et à maintenir un attachement mature chez les personnes à risque suicidaire. D'autres auteurs abordent ces manifestations dans le même sens. L'adolescent qui a des problèmes chroniques dans ses relations avec ses pairs ou des problèmes pathologiques d'attachement à ses parents est à haut risque suicidaire (Marttunen, Aro, & Lonnqvist, 1992; Shafii et al., 1985). Le rejet par les pairs et la perte d'une relation significative sont également rapportés dans d'autres études comme étant des facteurs de risque d'une éventuelle tentative de suicide (Brent et al., 1988; Davidson, Rosenberg, Mercy, Franklin, & Simmons, 1989; Hoberman & Garfinkel, 1988).

Par ailleurs, la difficulté à résoudre des problèmes est un facteur individuel à considérer (Asarnow, Carlson, & Guthrie, 1987; Levenson & Neuringer, 1971; Orbach, Rosenheim, & Hary, 1987). Cette difficulté se traduit pour certains auteurs par la rigidité cognitive des individus lors d'une crise suicidaire (Fredrickson & Joiner, 2002). Cette rigidité cognitive s'explique par un manque de confiance en soi dans la résolution de problèmes dans différentes situations conflictuelles. Il importe d'outiller et de développer les habiletés de résolution de problèmes chez les adolescents de manière à prévenir les tentatives subséquentes (Asarnow et al., 1987; Clum, Patsiokas, & Luscomb, 1979; Curry, Miller, & Anderson, 1992; Hawton & Kirk, 1998b; Rotheram-Borus, Piacentini, Miller, Graham, & Castro-Blanco, 1994; Spirito et al., 1989). Les problèmes d'apprentissage et d'impulsivité chez les individus augmentent aussi le risque de suicide (Hoberman & Garfinkel, 1988; Rourke, Young, & Leenaars, 1989). Kjellander, Bongar et King (1998) avancent que 90 % des patients ayant adopté des conduites suicidaires ont des

antécédents de comportements impulsifs et d'instabilité affective. Ils ont une limitation dans leur capacité à tolérer les sentiments négatifs (Kjellander et al., 1998). La présence d'une grande impulsivité chez ces patients engendre des réactions excessives et polarisées qui se manifestent par de l'ambivalence au niveau affectif, du clivage et des ruptures relationnelles brusques avec leur entourage (Adler, 1994).

### *1.3.3 Présence de troubles mentaux et le trouble de la personnalité limite*

La présence de maladies mentales est un autre facteur influençant l'adoption de comportements suicidaires. Certains adolescents ont une plus grande prévalence au développement de maladies mentales. La présence de maladies mentales chez l'un ou l'autre des parents augmente les probabilités que l'enfant soit atteint d'une quelconque maladie mentale. Plusieurs études confirment le lien entre les psychopathologies et les tentatives de suicide récurrentes (Brent et al., 1988; Lester, 1992; Pfeffer, 1990). Les données recueillies dans divers pays estiment qu'entre 90 et 97 % des personnes qui décèdent par suicide avaient un problème de santé mentale au moment de leur décès (Brent et al., 1988; Marttunen et al., 1992; Séguin et al., 2003; Shaffer et al., 1996). Certains auteurs observent la présence de désordres psychiatriques associés à la dépression, à une conduite antisociale ou à l'abus de certaines substances pour représenter les psychopathologies (Brent et al., 1988; Lesage et al., 1994). D'autres observent la présence des troubles de l'humeur, des troubles de la conduite ainsi que du trouble de la personnalité limite (Andrews & Lewinsohn, 1992; Brent et al., 1993; Brent et al., 1994; Fergusson & Lynskey, 1995; Marttunen et al., 1992; Marttunen et al., 1991; Shaffer et al., 1996).

La présence du trouble de la personnalité limite comme facteur de risque dans les conduites suicidaires est importante. Près de 40 % des personnes décédées par suicide auraient reçu un diagnostic de trouble de la personnalité limite à un moment de leur vie (Isometa et al., 1996;

Murphy & Wetzel, 1982; Séguin et al., 2003). La relation entre les comportements suicidaires et le trouble de la personnalité limite chez les adolescents est reconnue depuis plusieurs décennies (Brent et al., 1994; Crumley, 1979; Isometa et al., 1996; Séguin et al., 2003). Selon Pfeffer (1990) et Brent et collaborateurs (1993), il y a une association positive entre le comportement suicidaire chez les adolescents et le trouble de la personnalité limite. Selon quatre études portant sur les diagnostics psychiatriques de suicide chez les jeunes, environ le tiers de ces jeunes répondaient aux critères de la personnalité limite (Lesage et al., 1994; Martunnen et al., 1992; Runeson & Beskow, 1991). De plus, les individus qui ont un trouble de la personnalité limite et qui ont une histoire d'automutilation sont encore plus à risque de décès par suicide (Stanley & Brodsky, 2005). Paris (2002) avance que le risque de suicide chez les individus qui ont un trouble de personnalité limite est de 10 %. Le trouble de la personnalité limite représente donc un facteur de risque individuel important concernant l'adoption de comportements suicidaires.

Le trouble de la personnalité limite se définit par un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée. Ce trouble apparaît au début de l'âge adulte et se manifeste dans des contextes divers (American Psychiatric Association, 2003). La personnalité limite est un diagnostic psychiatrique caractérisé par l'impulsivité, l'instabilité affective et la présence de relations interpersonnelles instables (American Psychiatric Association, 2003). La prévalence élevée de ce trouble, soit 2 % de la population générale, se traduit à environ 150 000 personnes pour une province comme le Québec. En institution psychiatrique, cette clientèle compte pour 15 % des admissions et pour 50 % des patients présentant un trouble de la personnalité (Barlow & Durant, 2002). De plus, elle est très commune chez les jeunes femmes. Des observations cliniques suggèrent que la prévalence de la personnalité limite pourrait être en augmentation (Paris, 2002). Certains facteurs cliniques ont

contribué à l'augmentation de l'intérêt pour le trouble de personnalité limite comme la sévérité des symptômes. Les symptômes les plus communs sont les menaces suicidaires et les comportements d'automutilations, comportements qui font généralement leur apparition à l'adolescence (Zanarini, Gunderson, Frankenburg, & Chauncey, 1990).

Le diagnostic et le traitement du trouble de personnalité limite occupent une place prépondérante dans les préoccupations des psychiatres et autres cliniciens. La tendance en psychiatrie de l'adolescent est d'éviter de poser un diagnostic de trouble de personnalité limite. L'objectif est d'éviter la stigmatisation ou le rejet de l'adolescent. Même si la personnalité de l'adolescent est toujours en développement à cette étape de la vie, il demeure essentiel de reconnaître le développement pathologique afin d'intervenir le plus rapidement possible et d'éviter la cristallisation de la personnalité pathologique. En évitant de poser un diagnostic précis, les adolescents peuvent recevoir un diagnostic inadéquat et par le fait même un traitement inadapté à leur problématique. La position décrite à ce sujet dans le DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) stipule que les désordres de la personnalité peuvent être diagnostiqués dès l'enfance ou à l'adolescence. Toutefois, le sujet doit démontrer une stabilité dans les manifestations mésadaptées, et ce, pour une période d'au moins une année. Si plusieurs modifications concernant le diagnostic du trouble de la personnalité limite furent apportées dans le DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), la présence de stabilité dans les manifestations mésadaptées demeure. Par manifestations mésadaptées, il est question du fonctionnement cognitif, du registre émotionnel, du fonctionnement dans les relations interpersonnelles ainsi que dans le contrôle de soi. Ainsi, en omettant un diagnostic précoce et le traitement adéquat qui en découle, l'adolescent se retrouve dans une position où il risque de développer plus sévèrement les modèles mésadaptés qui l'affectent déjà. Dans une perspective développementale, il serait surprenant qu'un historique de désordre depuis l'enfance n'apparaisse

qu'à l'âge de 18 ans (Braun-Scharm, 1996). Néanmoins, selon l'auteur, le trouble de la personnalité limite peut être présent à l'adolescence s'il est possible d'exclure les autres diagnostics possibles. La première ligne directrice dont il faut se souvenir est l'importance de diagnostiquer tôt le trouble de la personnalité limite.

Alors que l'on constate la grande variété de facteurs pouvant être impliqués dans l'étiologie des tentatives suicidaires chroniques, il importe de remarquer la présence de facteurs similaires pour le trouble de la personnalité limite. Par définition, la répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires constitue un critère diagnostique du trouble de la personnalité limite. Aux fins de cet essai, il sera question des conduites suicidaires répétitives. Il est tout de même préférable de garder en mémoire le fort lien entre les conduites suicidaires répétitives et le trouble de la personnalité limite.

Il importe maintenant de comprendre comment une personne qui vit des difficultés aux niveaux de l'histoire de vie (conflits sérieux avec un membre de la famille, perception d'être rejetée par la famille, perte d'une relation significative, abus, négligence ou antécédents de maladie mentale dans le milieu familial) en arrive à développer une série de difficultés personnelles qui s'apparentent aux symptômes que l'on retrouve chez les personnes qui souffrent d'un trouble de la personnalité limite (symptômes de dépression et de désespoir, difficulté à exprimer et à identifier leurs émotions, relations interpersonnelles instables, lacune dans la capacité à résoudre des problèmes, impulsivité, tentatives de suicide) ? L'enfant n'a pas la capacité et les ressources pour se protéger lui-même. Il apprend à construire cette habileté par ses interactions avec un environnement sécuritaire, protecteur et constant. Des lacunes au niveau des premières relations significatives de l'enfant pourraient le rendre vulnérable face à son environnement. Ainsi, dans la prochaine section de cet essai, le lien entre les théories de l'attachement qui indique l'importance de la première relation significative dans l'organisation

des relations futures, et les conséquences d'un attachement peu sécurisant sur le développement des difficultés que l'on retrouve comme variables associées aux conduites suicidaires.

## **1.4 Cadre conceptuel**

### *1.4.1 Contribution des théories de l'attachement*

John Bowlby (1973) propose un modèle développemental de la personnalité pouvant avoir des impacts sur le développement ultérieur de la psychopathologie et des troubles de la personnalité. Selon ce modèle, le développement d'un attachement sécuritaire vis-à-vis l'objet primaire est une tâche développementale centrale qui influence les représentations que l'enfant a de lui-même et des autres, ainsi que les stratégies pour traiter les pensées et les émotions relatives à l'attachement (Pionnié & Atger, 2003). La sécurité de l'attachement mère-enfant a des implications à long terme au niveau du développement et du maintien des relations intimes, de la capacité à se connaître soi-même et au niveau des désordres psychologiques (Fonagy, 2001). Ainsi, Bowlby (1973) avance que les expériences des premières années de vie mettent en place un style d'attachement et que ce dernier est relativement stable tout au long de la vie.

La recherche sur la théorie de l'attachement fait ressortir les différences individuelles dans les comportements de recherche de sécurité chez les enfants comme chez les adultes. Plusieurs instruments de mesure sont disponibles afin de classifier les différents styles d'attachement. La terminologie utilisée découle des travaux de Ainsworth et de Main. Elle prend forme à partir de la « situation étrange ». La situation étrange implique la présence de deux épisodes de séparation brève entre l'enfant et sa mère. Les comportements de l'enfant pendant la séparation et au retour de la mère sont classifiés en quatre catégories distinctes : l'attachement sécuritaire, l'attachement anxieux-évitant, l'attachement anxieux-ambivalent et l'attachement désorganisé-désorienté. Le

style d'attachement désorganisé-désorienté décrit par Mary Main (1986) fait état de tentatives de proximité avec la mère. Cependant, ces tentatives se présentent comme une série de comportements étranges et désorganisés. Les parents figurent à la fois comme source de peur et de réconfort (Main, Kaplan, & Cassidy, 1985). Les enfants désorganisés se montrent très vigilants au comportement du soignant, mais n'arrivent pas à intégrer cette compréhension à leur monde interne. La prévalence de l'attachement désorganisé-désorienté est fortement associée avec la présence de facteurs de risque familiaux et le développement d'une psychopathologie (Carlson, 1998). Les travaux de Belsky, Campbell, Cohn, & Moore (1996) font une mise en garde quant à l'utilisation de cette classification. Ils rapportent que moins de 50 % des enfants évalués étaient classifiés dans la même catégorie lors d'un même test trois mois après l'évaluation initiale pour le style d'attachement sécuritaire, anxieux-évitant et anxieux-ambivalent. Ainsi, en contradiction avec les prédictions de Bowlby, les styles d'attachement sécuritaire, anxieux-évitant et anxieux-ambivalent ne démontrent pas de lien sans équivoque avec de futures mesures de mésadaptation (Belsky et al., 1996). Cependant, le style d'attachement désorganisé-désorienté semble être une variable prédictive de trouble psychologique futur (Carlson, 1998). Le style d'attachement désorganisé-désorienté montre une bonne stabilité et une bonne capacité à prédire la mésadaptation ultérieure (Lyons-Ruth, Repacholi, McLeod, & Silver, 1991). Il semble être en relation avec le développement et le maintien de certaines difficultés qu'il est possible d'observer chez les individus adoptants des conduites suicidaires récurrentes (Bateman & Fonagy, 2006).

L'attachement sécuritaire semble être un bon prédicteur des capacités cognitives dans le domaine de la mémoire, la compréhension et la communication (Moss, Parent, & Gosselin, 1995). L'étude de Cassidy (1988) avance que les enfants qui montrent un attachement sécuritaire se décrivent eux-mêmes de façon plus positive et réaliste. Ces enfants peuvent à la fois évoquer

leurs qualités tout en admettant qu'ils ne sont pas parfaits. À l'opposée, les enfants qui ont un style d'attachement insécurisé tendent à se décrire de façon plus négative et ils sont plus enclins à amplifier leurs défauts. Ainsi, il semble que la capacité à s'aimer, à prendre soin de soi-même et à se protéger est acquise en petite enfance, et serait en lien avec la qualité des soins qu'ils reçoivent (Van der Velde, 1985). Van Ijzendoorn (1995) fait état de 14 études qui démontrent que l'administration auprès des parents d'un questionnaire développé pour catégoriser l'attachement adulte (AAI) permet de prédire la catégorie d'attachement que son enfant manifestera lors du test de la « situation étrange ». Un parent sécurisant est en mesure de comprendre l'enfant à partir du point de vue de ce dernier et de répondre aux besoins d'attachement par la proximité et la qualité des soins qu'il lui confère. Ces réactions empathiques permettent éventuellement le développement de la fonction réflexive de l'enfant. L'enfant peut ainsi répondre de façon adaptée à une variété de situations en contexte de relation interpersonnelle (Fonagy & Target, 1997). Une présence insuffisante ou inconsistante, des séparations soudaines, le rejet et le manque de responsabilités dans la satisfaction des besoins de l'enfant, de la part de la figure d'attachement, sont à la base de l'établissement d'un style d'attachement insécurisé, ce qui inclut le développement de l'impulsivité, la représentation irréaliste de soi, la faible estime de soi et la présence de psychopathologies à plus long terme (Fonagy & Target, 1997). Les jeunes qui ont vécu plusieurs types de rejets ou d'abandon en petite enfance sont à risque de développer un style d'attachement insécurisant qui ne leur permet pas d'affronter les difficultés quotidiennes.

L'impact du style d'attachement désorganisé-désorienté sur la représentation de soi est primordial pour comprendre les conduites suicidaires répétitives. L'attachement désorganisé-désorienté à l'enfance est généralement associé avec des comportements autodestructeurs, agressifs et potentiellement violents à l'adolescence ou à l'âge adulte (Bateman & Fonagy, 2006). D'autres auteurs mentionnent qu'une proportion élevée d'individus manifestant des problèmes de

conduite montrent un style d'attachement désorganisé-désorienté à l'enfance (Lyons-Ruth & Jacobovitz, 1999). Ainsi, les travaux qui traitent du lien entre les tentatives de suicide récurrentes et les théories de l'attachement font ressortir l'association entre les styles d'attachement insécurisant et les tentatives de suicide récurrente. Plus spécifiquement, ils démontrent le lien entre le style désorganisé-désorienté et la récurrence de conduites suicidaires (Gunderson, 1996).

#### *1.4.2 Le processus de mentalisation*

S'il est évident que l'on ne peut revenir en arrière et refaire l'attachement, il importe de trouver une façon d'aider cette clientèle vulnérable. Le développement du processus de mentalisation est considéré comme une avenue intéressante. La mentalisation est une activité cognitive qui permet à l'individu de prendre conscience, de reconnaître et de différencier ses propres pensées de celles des autres. Elle permet de comprendre les comportements des autres en choisissant parmi les multiples représentations internes celle qui est la plus adaptée à un contexte donné (Fonagy, 1999).

Lorsque développé, la mentalisation facilite la régulation des émotions, le contrôle de l'impulsivité et permet la flexibilité nécessaire pour s'adapter à une diversité de situations (Fonagy, 1999). Par contre, l'échec du processus de mentalisation met en place un mode où les représentations internes et externes sont indifférenciées et où la protection de soi est déficitaire (Fonagy, Gergery, Jurist et Target, 2002). Ainsi, une intervention pourrait réactiver le développement et l'acquisition de la mentalisation, et avoir un impact clinique sur la diminution des tentatives de suicides répétitive (Fonagy, Gergery, Jurist et Target, 2002).

### **1.5 Traitements disponibles actuellement**

Les patients qui ont des difficultés importantes d'attachement représentent un défi pour les thérapeutes. Jusqu'à maintenant, peu de méthodes établies du traitement des conduites suicidaires chroniques se sont avérées efficaces auprès des adolescents. Des revues systématiques (Lorillard, Schmitt, & Andreoli, 2011; Zanarini., 2009) de l'ensemble des traitements randomisés auprès d'adultes rapportent quelques modèles théoriques ayant démontré une certaine efficacité de traitement. Ces interventions de psychothérapies sont basées soit sur des approches cognitives et comportementales, des approches dialectiques comportementales, des approches basées sur la mentalisation (Bateman & Fonagy, 2008) ou des thérapies focalisées sur le transfert (Clarkin, Levy, Lenzenweger, & Kernberg 2007). Même si certaines interventions thérapeutiques s'avèrent encourageantes, des preuves empiriques solides sur l'efficacité de ces traitements manque toujours en ce qui concerne la clientèle à l'étude.

Les services offerts pour les jeunes adoptant des conduites suicidaires répétitives sont variées, allant de programmes de prévention, d'intervention à des programmes de post intervention. On définit la prévention par les mesures qui visent à prévenir l'apparition même des crises suicidaires en agissant sur certains risques et en réduisant les conditions sociales défavorables. On désigne les services d'intervention par les initiatives axées sur une prise en charge immédiate des crises suicidaires et par les suivis à plus long terme auprès des sujets à risque. La post intervention englobe les mesures de soutien offertes aux personnes, familles, milieux de vie et intervenants à la suite d'un décès par suicide. Avec une clientèle qui adopte des comportements autodestructeurs et des tentatives de suicide récurrentes, les programmes d'intervention doivent être mis priorisés.

Il y a un besoin urgent de développement de programmes d'intervention visant à diminuer le risque de suicide ou le nombre de comportements et tentatives de suicide. Ainsi, il est essentiel de faire état des interventions existantes jusqu'à présent.

C'est dans cette optique que Hawton et ses collaborateurs (1998) ont complétés une recension de l'ensemble des traitements randomisés visant à prévenir la répétition de comportements d'automutilations ou tentatives de suicide chez les individus qui ont adopté ce genre de comportement peu de temps avant la participation à la recherche. Les études répertoriées sont regroupées en fonction des stratégies thérapeutiques qu'elles présentent. Trois différentes approches sont évaluées. La première approche compare les recherches qui évaluent les programmes visant la résolution de problèmes, avec les soins régulier après une tentative de suicide. En comparant ces deux types d'intervention, la première se distingue par son degré d'efficacité dans la réduction des symptômes dépressifs et de désespoir. Toutefois, les auteurs n'ont pas obtenu de différence significative avec le groupe témoin (soin régulier) en ce qui concerne la prévention de la récurrence des comportements dommageables (Townsend et al., 2001). Les études dans le second groupe offrent un meilleur soutien par l'entremise d'un accès amélioré à un thérapeute. Ces études sont également comparées avec des groupes obtenant des soins réguliers après une tentative de suicide. Cette comparaison ne permet pas de constater d'amélioration significative en ce qui a trait à la réduction du taux de récurrence des comportements suicidaires (Townsend et al., 2001). Le troisième regroupement d'études comprend un soutien psychiatrique immédiat de 24 heures. Ici encore, les groupes d'intervention offrant un accès constant aux services psychiatriques pendant 24 heures ne se sont pas avérés significativement plus efficaces que les groupes de contrôle pour le taux de récurrence des comportements suicidaires. Une étude suggère même que l'accès facile aux services d'urgence a

augmenté la répétition des comportements dommageables comparativement au groupe recevant les soins de base (Hawton et al., 1998a). Les mêmes conclusions s'appliquent encore aujourd'hui ou peu de programmes sont disponibles, d'autant plus lorsqu'on s'adresse à une clientèle de moins de 18 ans, ayant une grande vulnérabilité.

Certains auteurs adoptent une opinion comparable en mentionnant que l'hospitalisation peut renforcer les comportements suicidaires. D'ailleurs, Linehan (1993) décourage fortement ces admissions, bien qu'elle tolère un séjour d'une nuit. Pour Dawson et MacMillan (1993), le thérapeute ne doit jamais hospitaliser le patient qui adopte des comportements dommageables. Selon eux, l'admission mène à une escalade de la tendance chronique au suicide en renforçant ces conduites par une attention clinique accrue. Peu de résultats probants informent quant à la pertinence de l'hospitalisation dans le traitement des conduites suicidaires et du trouble de la personnalité limite. Il n'y a pas d'évidence que l'hospitalisation prévient le suicide (Paris, 2002).

Les généralistes de première ligne sont préparés à traiter des personnes souffrant de troubles mentaux graves. Ils vont référer à un psychiatre les personnes qui font des menaces ou qui ont un comportement suicidaire récurrent afin que le psychiatre décide de la pertinence d'une hospitalisation (Labrosse & Leclerc, 2007). L'hospitalisation demeure souvent la solution adoptée car le risque suicidaire devient intolérable pour la famille et les professionnels de la santé. Il y a un manque de solutions alternatives à l'hospitalisation dans le traitement du trouble de la personnalité limite et principalement lors d'une situation de crise suicidaire récurrente. Selon Villeneuve et Roux (1995), l'intervention de type familiale est souhaitable. Toutefois, la réalité clinique fait en sorte qu'elle est souvent impossible. L'environnement familial est également souvent instable (Goldman, D'angelo, & DeMaso, 1993). Plusieurs jeunes patients

montrant des traits de personnalité limite n'habitent plus avec leurs parents biologiques et, dans plusieurs cas, la réinsertion familiale est à éviter en raison d'une sévère pathologie familiale.

La valeur de la pharmacothérapie est tout au plus marginale (Soloff, 1993). Les études sur l'utilisation d'antipsychotiques dans le traitement des troubles de la personnalité et des conduites suicidaires n'offrent pas de résultat constant (Soloff, 1993). Les antidépresseurs sont souvent utilisés dans le traitement des troubles de la personnalité, mais les résultats demeurent difficilement interprétables. Il y a tout de même une évidence qu'ils sont efficaces dans la réduction des comportements impulsifs (Bateman & Fonagy, 2006). Les stabilisateurs de l'humeur sont également utilisés dans le traitement du trouble de la personnalité limite et semblent améliorer le contrôle émotionnel et l'impulsivité. Jusqu'à maintenant, les résultats sont inconsistants et comportent aussi un risque d'effets secondaires, dont la dépendance, le gain de poids, un niveau élevé de cholestérol, la fatigue, les problèmes de mémoire et de concentration (Vita, De Peri, & Sacchetti, 2011).

Les conclusions de Hawton et collaborateurs (1998) rapportent un programme d'intervention qui s'est avéré significativement efficace pour réduire la répétition des conduites suicidaires comparativement au groupe témoin. La thérapie dialectique comportementale (TDC ; Linehan, 1993) s'avère plus efficace que le groupe témoin (soins réguliers suite à une tentative de suicide). Toutefois, il existe plusieurs limites propres à ce modèle comme les modalités d'intervention qui nécessitent un encadrement important en milieu hospitalier. Les autres limites rapportées sont le temps que l'intervenant doit consacrer pour le protocole de longue durée et la complexité du modèle qui n'est pas adaptée aux patients ayant un niveau de scolarisation limitée. La recherche empirique confirme que la thérapie dialectique comportementale est l'intervention psychosociale qui s'avère la plus efficace dans le traitement des patients aux prises avec des conduites

suicidaires répétitives. Toutefois, peu de données existent quant à la mise en place d'une intervention de cette envergure dans un contexte clinique où le temps et les coûts associés doivent être considérés. De plus, le ratio coût-bénéfice de cette approche devrait être comparé avec d'autres interventions disponibles (Gunderson & Links, 2008). Ainsi, les conclusions de Hawton et collaborateurs (1998) font état du besoin de développer des interventions efficaces, facilement applicables dans divers contextes et rapportant d'autres variables que la récurrence des comportements dommageables.

Il semble que la thérapie de groupe offre des résultats prometteurs pour cette clientèle (Wood, Trainor, Rothwell, Moore, & Harrington, 2001). Effectivement, le groupe semble un contexte prometteur pour l'intervention auprès d'une clientèle présentant des difficultés marquées sur le fonctionnement interpersonnel. Une étude effectuée par Wilberg et collaborateurs (1998) auprès de personnes ayant un trouble de la personnalité limite a démontré l'efficacité de la thérapie de groupe afin de réduire le taux de décès par suicide. Comme l'apprentissage du fonctionnement social se fait principalement en observant les interactions des autres (Bandura, 1989), le groupe constitue un environnement sécurisant nécessaire à l'établissement d'un fonctionnement interpersonnel mieux adapté. Également, la thérapie permet une certaine régulation des émotions en rompant le sentiment de solitude et en améliorant le contrôle de l'impulsivité. Il importe de se centrer sur le soulagement des symptômes et des difficultés qui augmentent les pensées et les comportements suicidaires plutôt que d'accorder de l'importance aux inquiétudes associées au risque suicidaire (Labrosse & Leclerc, 2007).

En résumé, il n'existe actuellement aucune étude randomisée qui démontre une efficacité de traitement auprès des adolescents avec conduites suicidaires (Stanley et al., 2009). Bien qu'il s'avère difficile d'établir des études randomisées, il demeure néanmoins essentiel de maintenir

les efforts pour développer des interventions auprès des adolescents, qui permettraient l'identification de variables spécifiques qui pourront être des moteurs de changements lors de psychothérapies. Ainsi l'évaluation de variables cibles, catalyseur de changement et son maintien dans le temps, devient tout aussi important que d'évaluer l'effet (la diminution des tentatives de suicides et le nombre d'hospitalisation) de la psychothérapie. Les approches psychothérapeutiques qui ciblent non seulement la diminution des tentatives de suicides mais également la diminution des conduites à risques, dont la consommation de substances et une meilleure régulation des conduites impulsives permettraient d'améliorer la capacité qu'ont les adolescents suicidaires de se protéger eux-mêmes (Lambert, 2003).

## **2. Objectifs de l'étude et devis**

L'objectif de cette étude consiste à évaluer l'efficacité du programme de «protection de soi» auprès d'une clientèle adolescente suicidaire et d'identifier quelles sont les variables cibles ayant contribué aux changements. Cette étude est un devis pré expérimental de type pré test post test. Ce devis est le plus adapté au contexte de l'étude qui se prête difficilement à un contrôle expérimental. Ainsi, il n'y a pas de groupe contrôle dans le cadre de cet essai. Plus précisément, une comparaison entre les moyennes et pré-test et en post test sera effectuée afin de vérifier si le groupe de protection de soi contribue à un certain changement et s'il y a des variables cibles qui sont plus propices aux changements. Les variables cibles sont les suivantes : Régulation des émotions, impulsivité, capacité de résolution de problèmes et symptômes de désespoir et de dépression.

### **3. Méthodologie**

#### *3.1 Contexte de l'étude*

Le programme est développé en lien avec la réalité terrain de l'Hôpital Pierre-Janet et de la région de l'Outaouais. L'Hôpital Pierre-Janet reçoit l'ensemble des demandes de services pour cette clientèle et ce, pour l'ensemble de la région car il est le seul établissement à voir le mandat d'offrir des services spécialisés en psychiatrie pour les adolescents. L'augmentation et le nombre élevé des demandes amène l'hôpital à se questionner sur le type de service à offrir à cette clientèle. À ce moment (2002), l'approche dialectique comportementale en était à ses débuts et le protocole n'était pas adapté à la clientèle adolescente. De plus, l'Hôpital avait le souci de développer une approche simple et conviviale afin de faire vivre première expérience de thérapie agréable à ces jeunes clientes. C'est ainsi qu'est développée une approche mixte de psychoéducation et de psychothérapie qui agit sur quatre variables cibles; la régulation des émotions, l'impulsivité, la capacité de résolution de problèmes et les symptômes de désespoir et d'impulsivité. Ancré sur une approche positiviste, basé sur la conceptualisation de la théorie de l'attachement, ce programme d'intervention vise à augmenter chez les adolescents suicidaires leur propre capacité de se protéger, de faire les choix nécessaires pour être en sécurité et d'établir des frontières interpersonnelles sécuritaires.

#### *3.2 Participantes*

Le groupe est mis en place pour des jeunes de 14 à 18 ans qui ont fait de multiples tentatives de suicide et qui adoptent des comportements d'automutilations. Le critère d'inclusion pour faire partie du groupe est un historique d'au moins deux tentatives de suicide ou d'épisodes d'auto-

agressions. Comme de multiples définitions de ce critère existent, une définition précise et opérationnelle de ces concepts s'impose. Le fait que le geste soit intentionnel et dangereux ne cerne pas complètement l'ampleur de la problématique chez les adolescents. De plus, les intentions ne sont pas toujours bien définies et la dangerosité de certains gestes est souvent minimisée. Ainsi, aux fins de cette recherche, les termes tentative de suicide et autoagression sont définis par une mise en danger consciente ou inconsciente de soi.

Les participantes sont référées par les équipes de professionnels en santé mentale de la région de l'Outaouais, par les psychiatres traitants ou par les intervenants en situation de crise, suite à une récente tentative de suicide. Une liste de participantes potentielles est créée à partir de l'ensemble des références reçues. Un intervenant du groupe communique avec chaque participante potentielle afin de leur présenter brièvement l'intervention et de vérifier l'intérêt de participer à un tel groupe. Celles qui maintiennent leur intérêt à participer sont ensuite invitées à une rencontre individuelle où le programme d'intervention est présenté de façon plus élaborée. Les aspects éthiques de la recherche sont également abordés. Un formulaire de consentement est rempli par les participantes qui désirent toujours se joindre à l'intervention de groupe.

### *3.3 Déroulement du groupe de protection de soi*

Le groupe reçoit une intervention psychoéducatrice de 20 semaines à raison d'une rencontre de 90 minutes par semaine. Le groupe a lieu à la clinique externe de l'Hôpital Pierre-Janet et est formé de 6 à 10 participants. L'animation des séances se fait conjointement par trois professionnels de la santé de discipline différente. Il y a un psychiatre, un psychologue et un psychoéducateur. Cette animation à trois offre aux participants plusieurs perspectives différentes.

De plus, elle vise un encadrement stable et sécurisant pour les participants et cherche à limiter le clivage entre le « bon » et le « mauvais » thérapeute.

L'intervention psychoéducative vise la réduction de l'intensité, la durée et la fréquence des épisodes d'auto-agressions et de crises suicidaires par le développement de la capacité à se protéger. Il met l'accent sur la capacité de comprendre, contrôler et exprimer les émotions. Le programme d'intervention est constitué de 4 modules de compétences en lien avec les variables cibles de l'étude, soit la régulation des émotions, l'impulsivité, la capacité de résolution de problèmes et le travail sur les symptômes de désespoir et de dépression.

Chaque rencontre est divisée en deux sections. Il y a le contenu éducatif qui permet l'enseignement de nouvelles stratégies et la discussion de groupe qui permet l'élaboration des difficultés rencontrées par les participants. Ainsi, les premières minutes sont consacrées à un retour sur les concepts présentés la semaine précédente, à leur utilisation au courant de la semaine et à la présentation de nouveaux concepts, habiletés ou stratégies. En regard au contenu éducatif, les jeunes reçoivent des documents papier résumant l'information abordée lors de cette partie de l'intervention. Ceci leur permet d'avoir un appui visuel tout au long de la discussion. De plus, les participants amènent l'information à la maison afin de pouvoir la consulter au besoin. Dans le cadre de certaines rencontres, le contenu éducatif peut être transmis par des jeux de rôle. Ceci permet aux jeunes de mettre en pratique certains concepts et permet aux intervenants de faire du modelage. Ces apprentissages permettent aux jeunes de mieux comprendre ce qu'ils vivent et d'arriver à exprimer plus facilement leurs émotions.

La deuxième partie des rencontres est destinée à une discussion permettant aux jeunes de constater à quel point ils utilisent une multitude de stratégies. Il est important pour les

participants de comprendre qu'ils ont le droit de se sentir en sécurité à tout moment. Ils doivent comprendre qu'avec ce droit vient aussi la responsabilité de s'assurer que les autres qui les entourent se sentent également en sécurité. Les jeunes sont appelés à raconter un défi qu'ils ont vécu au cours de la semaine précédente et les stratégies qu'ils ont utilisées afin de résoudre la situation difficile avec succès. Cet exercice permet aux jeunes de réaliser qu'ils utilisent des stratégies alors qu'il est difficile pour eux d'en être conscients. Les discussions entre participants et thérapeutes sont encouragées afin de créer un esprit de collaboration et de soutien parmi les participants. Le fait de partager les expériences en groupe permet de voir les stratégies permettant de faire des choix plus sains en matière de protection de soi lors de situations de crise. Plusieurs jeunes disent être méfiants face aux suggestions amenées lors de contenu éducatif alors que le même contenu amené par un pair a un impact beaucoup plus puissant. Cette technique d'intervention permet aux jeunes de réaliser les progrès qu'ils accomplissent constamment en appliquant de nombreuses stratégies de protection dans leur vie de tous les jours.

L'espace physique des rencontres consiste en un local aménagé pour les rencontres de groupe. Les chaises sont comptées et placées de façon à ce que les participants soient près les uns des autres. La proximité entre les membres du groupe permet d'éviter l'isolement d'un membre ou qu'un jeune s'égaré dans ses pensées. La proximité favorise un niveau de participation et de concentration adéquat. De plus, chaque participant reçoit un journal, un bloc note ainsi que des crayons. Une collation légère est servie à chacune des sessions (jus, fruits frais, biscuits). À la fin des 20 séances, les thérapeutes rencontrent individuellement chaque participant et font état de sa progression en ce qui a trait à sa capacité de se protéger. Un certificat de participation est également remis à la fin du processus.

### 3.4 Variables cibles et évaluation

Les variables cibles de l'étude sont issues des variables associées aux conduites suicidaires et cadre conceptuel de l'attachement et du processus de mentalisation. Comme il est impossible de revenir en arrière et de refaire l'attachement, il importe de définir des variables accessibles et propices au changement. Ainsi, les difficultés personnelles propres à notre clientèle (difficultés de régulation des émotions, l'impulsivité, les difficultés à résoudre des problèmes, les symptômes d'impulsivité et de désespoir) servent de variables cibles et sont associés à des objectifs spécifiques en lien avec le développement du processus de mentalisation. Le tableau suivant met en lien ces variables cibles avec l'objectif visé et l'instrument de mesure utilisé.

	Objectifs	Instruments	Caractéristiques de l'instrument
Régulation des émotions	Favoriser la reconnaissance, la différenciation et l'expression des émotions	Échelle d'Alexithymie de Toronto (TAS-20)	20 énoncés Score entre 20-100
Symptômes d'impulsivité	Acquérir un meilleur contrôle de l'impulsivité	Échelle d'impulsivité de Barratt (BIS)	30 énoncés Score entre 30 et 120
Capacité à résoudre des problèmes	Apprendre de nouvelles stratégies de résolution de problèmes	Inventaire de résolution de problèmes (PSI)	35 énoncés, Score entre 1 et 6
Symptômes de dépression et de désespoir	Améliorer les habiletés à se protéger, à se calmer ou à se distraire lors de situations stressantes	Échelle de dépression de Beck (BDI-II) Échelle de désespoir de Beck (BHS) Mesure d'impact pour adolescents (Y-OQ-2.0)	21 énoncés Score entre 21 et 63  20 énoncés Score entre 0 et 20 64 énoncés Score entre -16 et 240
Style d'attachement	Identifier le style d'attachement dominant	Questionnaire sur l'attachement de Bartholomew	4 énoncés

### *3.5 Instruments de mesure et analyses statistiques*

L'évaluation consiste en une série de questionnaires auto administrés que les participants complètent avant et après le programme d'intervention. Les questionnaires permettent de mesurer les différentes variables cibles de l'étude, soit la régulation des émotions, l'impulsivité, la capacité à résoudre des problèmes et la présence de symptômes de désespoir et de dépression. Les questionnaires sont déterminés en fonction des objectifs du programme d'intervention et des caractéristiques propres de la clientèle qui adoptent des conduites suicidaires répétitives.

Premièrement, un outil mesurant l'évolution générale des participants à l'égard de l'intervention s'avère essentiel. La mesure d'impact pour adolescents (Y-OQ 2.0) est une mesure auto-révélee pour les adolescents de 12 à 18 ans. Elle évalue le progrès des adolescents suite à une intervention en santé mentale. Le questionnaire est composé de 64 items répartis en 6 sous-échelles qui évaluent divers comportements chez les adolescents démontrant des difficultés. Aux fins de cet essai, l'échelle globale et trois sous-échelles seront retenues. L'échelle globale reflète le portrait général des difficultés qu'éprouve l'adolescent. L'échelle de détresse interne comprend l'anxiété, la dépression, le désespoir et les comportements d'auto agressions. L'échelle des relations interpersonnelles évalue les relations que l'adolescent entretient avec son entourage. Pour sa part, l'échelle des items critiques comprend une variété d'éléments retrouvés fréquemment chez les adolescents en état de crise comme les pensées suicidaires. Le score total de l'échelle globale est calculé à partir de la sommation des 64 items. Le résultat se situe entre -16 et 240. Un score élevé indique un haut niveau de difficulté. Un score de 46 et plus indique un niveau de difficulté significatif. Pour les sous-échelles, le score est calculé à partir de la sommation d'items précis (Détresse interne (-4 à 68), difficulté significative à 16; relations

interpersonnelles (-6 à 34), difficulté significative à 4; Items critiques (0 à 36), difficulté significative à 5).

L'échelle d'Alexithymie de Toronto (TAS-20) est une mesure auto-révélee, utilisée pour évaluer la régulation des émotions. Elle considère l'identification, la description, l'extériorisation et la gestion des émotions. Le questionnaire est composé de 20 items de type Likert (1-5) répartis en 3 sous-échelles qui évaluent l'expérience émotionnelle. Les sous-échelles visent à identifier les difficultés à décrire et à identifier les émotions ainsi qu'à faire ressortir la tendance à minimiser les émotions. Le score total de l'échelle globale est calculé à partir de la sommation des 20 items où 5 items sont inversés. Le résultat se situe entre 20 et 100. Un score élevé révèle des difficultés marquées (60 et plus) alors qu'un résultat entre 52 et 60 fait état de difficultés moyennes.

L'inventaire de résolution de problème (PSI) permet d'évaluer les processus cognitifs, affectifs et comportementaux utilisés pour générer une variété de solutions ou de réponses potentielles à un problème. Une version abrégée est utilisée et contient 35 items (Dugas, Freeston & Ladouceur, 1996). Cette version est une adaptation de l'inventaire de résolution de problèmes sociaux (IRPS) qui comporte 70 items. Cette version abrégée comprend deux dimensions principales qui sont les habiletés de résolutions de problèmes (20 items) et l'orientation au problème (15 items). Les 35 items de type Likert (1 = tout à fait en accord et 6 = tout à fait en désaccord) reflètent une attitude positive ou négative en situation de résolution de problème. Les réponses aux items négatifs sont inversées. Le score total est obtenu à partir de la sommation des 35 items qu'il faut diviser ensuite par le nombre total d'items. Plus le résultat obtenu est élevé, plus l'individu fait preuve de bonnes habiletés de résolution de problème.

L'échelle de dépression de Beck (BDI-II) mesure la sévérité de la dépression des adultes et des adolescents âgés de 13 ans et plus. Le questionnaire auto-administré comprend 21 items scorés de 0 à 3. Il concerne principalement les aspects cognitifs de la dépression (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961). Il n'y a pas de sous-test ou score séparé. Les résultats sont donnés par l'addition des scores à chacun des items. Le score total est calculé à partir de la sommation des 21 items. Le résultat se situe entre 0 et 63. Un score se situant entre 29 et 63 indique une dépression sévère, alors qu'un score entre 20 et 28 indique une symptomatologie dépressive modérée.

L'échelle de désespoir de Beck (BHS) mesure la sévérité du désespoir. Cet instrument est utilisé pour évaluer la projection négative du patient dans le futur et indirectement le risque suicidaire (Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974). Le questionnaire auto-administré comporte 20 items vrai/faux. Il ne comporte pas de sous-test ou score séparé. Chaque item est codifié par un score de 0 ou 1 (équivalent à une réponse pessimiste) et les résultats sont donnés par l'addition des scores à chacun des items. Les scores vont de 0 à 20 et sont obtenus à partir de la sommation des items identifiés. Plus le résultat est élevé, plus le pessimisme est grand et, par conséquent, plus le risque suicidaire est élevé.

Les déficits au niveau comportemental sont mesurés à partir de l'échelle d'impulsivité de Barratt (BIS). Cet instrument auto-révéle comporte 30 items qui mesurent les traits de personnalité impulsive (Barratt, 1993). Il comporte un score total ainsi qu'une classification de facteurs de premier (6) et de deuxième ordre (3). Chaque item est codifié par un score de 1, 2, 3, 4 et le score total est donné par l'addition des scores à chacun des items. Il est à noter dans la correction que certains items sont inversés (1,5,6,7,8,10,11,13,19,22,30). Le score total varie entre 30 et 120. Un résultat élevé indique un niveau d'impulsivité important.

Enfin, le questionnaire de perception de Bartholomew donne un bref aperçu du style d'attachement qui domine chez un individu. Le questionnaire comprend deux items. Le premier consiste en quatre énoncés qui réfèrent tous à un style d'attachement dominant. Le second comprend quatre questions de type Likert (1 = fortement en désaccord, 7 = fortement en accord). Chaque énoncé réfère aussi à un style d'attachement dominant. Une réponse similaire aux deux items met en valeur un style d'attachement dominant chez le répondant. Ce questionnaire est utilisé à titre informatif seulement. Le style d'attachement désorganisé est fréquent chez les jeunes qui font de multiples tentatives de suicide.

Des tests T sont effectués sur les six variables reliées aux tentatives de suicide récurrentes afin de comparer les moyennes en pré-test et en post test. De cette façon, il est possible de vérifier si le programme d'intervention s'avère efficace auprès d'une clientèle qui adopte des conduites suicidaires répétitives.

### *3.6 Enjeux éthique*

Dans le cadre du groupe de protection de soi, la confidentialité des participants est un aspect important. Il est possible que certains jeunes fréquentent la même école ou aient des connaissances communes. Il est donc primordial pour les jeunes de comprendre que l'information discutée dans le cadre du groupe reste entre les membres du groupe. Lors de la première rencontre, les règles de fonctionnement du groupe sont précisées. Il est demandé aux participants de respecter la confidentialité de leurs pairs.

Avant d'intégrer le groupe de protection de soi, une rencontre individuelle est prévue pour chaque participant. Lors de cette rencontre, les objectifs et le déroulement de l'intervention de

groupe sont discutés. Cette rencontre permet également d'expliquer les aspects reliés au consentement et à répondre aux diverses questions ou inquiétudes des participants. Les participants sont informés du droit de mettre fin à ce consentement en tout temps et à quitter le groupe de protection de soi à tout moment. Enfin, les questionnaires auto-administrés sont remplis lors de cette rencontre. À cet effet, les participants sont informés sur l'anonymat des données recueillies. Effectivement, les informations sont strictement confidentielles et aucune donnée nominative n'est utilisée lors de l'analyse des données. Les données sont conservées sous clé par Docteure Monique Séguin, Ph.D. professeure à l'Université du Québec en Outaouais, et ce, pour une période de cinq ans. Les résultats ne portent pas sur un individu en particulier, mais sur l'ensemble des données recueillies. Dans l'optique d'améliorer les services offerts à la clientèle, les résultats seront présentés aux intervenants du programme des adolescents du Centre Hospitalier Pierre-Janet.

Les détails des expériences personnelles d'autoagressions ne sont pas discutés. Le groupe vise plutôt à trouver des alternatives aux autoagressions. Quant à la gestion de l'information, si un jeune reçoit des confidences quant à des intentions d'auto agressions d'un membre du groupe, il doit en informer les thérapeutes immédiatement. Les relations à l'extérieur du groupe ne sont pas interdites, mais ne sont pas encouragées. Les relations qu'entretiennent les jeunes à l'extérieur du groupe doivent pouvoir être discutées lors des rencontres de groupe en cas de situations conflictuelles. Les animateurs se réservent le droit de retirer un participant du groupe si sa sécurité ou celle d'un autre membre du groupe est mise en question. Dans un tel cas, les animateurs informent sans délai le participant en question et suggèrent des solutions alternatives.

L'adolescent doit sentir que le contrôle de sa vie lui incombe et ne peut lui être retiré. Le rôle du thérapeute est de faciliter le désir et la force de vivre. Les animateurs se doivent d'être

optimistes, confiants, actifs et empathiques. De plus, les animateurs doivent s'assurer d'aider le jeune à ne pas vivre un échec dans le cadre du groupe. Ils doivent aider les jeunes à reconnaître les éléments positifs et les stratégies qu'ils ont utilisées afin de résoudre leurs problèmes. Ils ne doivent pas encourager le jeune à se mettre dans une position dangereuse.

## CHAPITRE II

### ARTICLE

#### 2.1 Présentation de l'article

L'article intitulé *Évaluation du programme d'intervention de protection de soi auprès de jeunes ayant fait de multiples tentatives de suicide* a été soumis pour publication à la revue l'Encéphale. Nous sommes présentement en attente d'une réponse de la part de la revue pour une éventuelle publication. Les principaux auteurs de cet article sont Patrick Bertrand et Monique Séguin de l'Université du Québec en Outaouais. Cet article comprend un résumé, le contexte théorique, la méthodologie, les résultats, la discussion, les références ainsi que les tableaux des résultats en annexe.

Évaluation du programme de protection de soi auprès de jeunes  
ayant fait de multiples tentatives de suicide.

Patrick Bertrand, candidat au D.Psy.

Université du Québec à Montréal et Groupe McGill d'étude sur le suicide

Monique Séguin, Ph.D.

Département de psychoéducation et psychologie, Université du Québec en Outaouais et  
Groupe McGill d'étude sur le suicide

Ginette Goulard, M.D. Psychiatre

Hôpital Pierre-Janet du Centre de Santé et Services Sociaux de Gatineau.

Mélanie DiMambro Cand. Ph.D.

Université du Québec à Montréal et Groupe McGill d'étude sur le suicide

## *Résumé*

*Mots clés : suicide, adolescent, personnalité limite, attachement, intervention*

**Objectif :** Cette étude consiste à évaluer l'efficacité d'une intervention psychoéducatrice auprès d'adolescents suicidaires.

**Méthode :** Au total, 63 adolescents, âgés entre 14 et 18 ans, ont participé à une intervention de groupe psychoéducatrice dont l'objectif principal visait à renforcer les capacités de protection de soi chez les participantes. Les participantes avaient tous des antécédents d'au moins deux tentatives de suicide. L'intervention s'est déroulée de façon hebdomadaire pour une durée totale de 20 semaines, en plus des périodes d'évaluation pré et post intervention. Chacune des rencontres était d'une durée de 90 minutes et chaque groupe était composé de 6 à 8 personnes.

**Résultats :** Les résultats démontrent des changements significatifs pour les mesures de dépression et d'alexithimie. Des améliorations ont été notées pour ce qui est des mesures d'impulsivité, de désespoir, de coping et de changement global. Toutefois, ces dernières mesures n'ont pas atteint le seuil significatif. Un des résultats les plus importants est le fait que 80% des jeunes participantes ont complété les 20 semaines d'intervention.

**Conclusion :** Il est critique de développer des interventions adaptées pour les jeunes à risque suicidaire. Une intervention conçue spécialement pour les adolescentes présentant un risque récurrent de tentatives de suicide a été développée à partir d'un manuel d'intervention hebdomadaire et devrait faire l'objet d'évaluation continue.

### *Abstract*

*Key words: suicide, adolescent, borderline personality, attachment, treatment*

**Objective:** Most patients who self-mutilate have made at least one suicide attempt. Therefore it is of extreme importance to address these patients early in their illness. By intervening early and before the personality disorder has fully crystallized, we hope to provide patients with more adapted behavior patterns. Apart from day treatment and hospitalisation, few treatment programs exist for these adolescents. Despite the importance of repeated self harm among adolescents, very little is known regarding how it should be managed. Group therapy shows promise as a treatment for this population. The objective of this research is to assess if a group intervention that facilitates self-protection is beneficial among recurrent suicide attempters aged between 14 and 18 years old.

**Method:** Psychosocial/Psychoeducational Intervention for Persons with Recurrent Suicide Attempts was developed as an intervention method for youth with recurrent suicide attempts. The primary focus of the intervention with this younger group is concentrated on improving their capacity to protect themselves; keeping safe and establishing secure interpersonal boundaries. 63 youth, who had attempted suicide more than twice, between the ages of 14 to 18 years, participated in the group intervention. Participants attended on a weekly basis a 90 minute psycho-educative therapy that facilitates self-protection for a total of 20 weeks. Each group included between 6 to 8 participants. Pre and post intervention measures were administered.

**Results:** Participants improved significantly on measures of depression and alexithymia. Results show some improvement on other scores such as impulsivity, hopelessness, coping and outcome scores, but they did not reach a statistical significance. One of the most promising result is the rate of participation, who 80% of the participants completed the 20 weeks of therapy.

**Conclusion:** It's important for physicians and other health care professionals to recognize and properly identify early signs of psychopathology in adolescents who self-harm or attempt suicide. Identification is only the first step. We must continue to develop and study more specific treatment programs. There is an urgency to develop adapted interventions for youth at risk. A specific and manual based intervention for adolescents at high risk of repeated suicide attempts has been developed. Further testing should be continued.

## I. Introduction

L'Enquête sur la santé des collectivités (Kairouz et al., 2008) révèle que 14 % des Québécois âgés de 15 ans et plus ont rapporté avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie, alors que 3,8 % ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze mois précédant l'enquête (Kairouz et al., 2008). Chez les 15 ans et plus, 3,5 % ont déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Les personnes entre 15-24 ans ont une probabilité 5 fois plus élevée que les 25 à 64 ans d'avoir fait une tentative de suicide sur une période de 12 mois (Kairouz et al., 2009).

Les personnes ayant un antécédent de tentative de suicide sont entre 10 et 60 fois plus à risque de suicide (Shaffer et al., 1996 ; Lewinsohn, Rohde et Seeley., 1996). Ceux qui font des tentatives suicidaires répétitives augmentent de plus de 100 fois le risque de décès par suicide comparativement à la population générale (Hawton et Fagg., 1988) et ont un pronostic beaucoup plus négatif que ceux ayant fait une seule tentative de suicide (Laget et al., 2006). Les études démontrent qu'approximativement 15 % des personnes ayant fait une tentative de suicide récidiveront au cours des 12 mois suivants (Schmidtke et al., 1996 ; Van der Sande et al., 1997). Également, les adolescents souffrant de troubles dépressifs avec des antécédents de tentatives de suicide sont un sous-groupe à risque de suicide (Brent, Baugher, Bridge, Chen et Chiappetta., 1999 ; Gould, Greenberg, Velting et Shaffer., 2003). Ainsi la récurrence suicidaire chez les adolescents est considérée comme un problème de santé publique. Malgré l'identification de ce problème depuis déjà plusieurs années, aucune approche de psychothérapie pour adolescents suicidaires n'a démontré une efficacité de traitement validé par une étude randomisée (Stanley et al., 2009).

### *Les traitements de psychothérapies auprès des personnes suicidaires*

Plusieurs revues systématiques (Isometa et al., 2009 ; Lorillard, Schmitt et Andreoli., 2001 ; Zanarini., 2009) de l'ensemble des traitements randomisés auprès d'adultes rapportent que plusieurs modèles théoriques ont déjà démontré une efficacité de traitement. Ces interventions de psychothérapie sont basées soit sur des approches cognitives comportementales, des approches dialectiques comportementales, des approches basées sur la mentalisation (Bateman et Fonagy., 2008) ou des thérapies focalisées sur le transfert (Clarkin, Levy et Lenzenweger., 2007). D'autres types de traitements psychosociaux ont aussi été proposés comme les interventions familiales (Rotheram-Borus et al. 2000 ; Harrington et al. 1998) et les interventions psychosociales de groupe (Wood, Trainor, Rothwell, Moore et Harrington (2001).

Les résultats de plusieurs études (Berk et al., 2004 ; Linehan et al., 1991 ; Lihenan, Tutek, Heard et Armstrong, 1994 ; Linehan et al., 2007 ; Koons et al., 2001 ; McMain et al., 2009 ; Verheul et al., 2003 ; Vitiello et al., 2009) suggèrent que les approches cognitives comportementales ou dialectiques comportementales sont efficaces en regard de la diminution des tentatives de suicide ou la diminution d'hospitalisations auprès de patients ayant fait plusieurs tentatives de suicide. Ces approches visent plus particulièrement la restructuration des pensées, des croyances ainsi que des distorsions négatives et automatiques (Abramson et al., 2002 ; Berk et al., 2004). Les approches dialectiques comportementales (Linehan, Tutek, Heard et Armstrong, 1994) incluent des concepts de mentalisation et de relaxation qui visent à prendre conscience des éléments cognitifs et comportementaux qui peuvent préoccuper l'individu dans l'instant présent (Bishop et al., 2004). Toutefois, plusieurs soulèvent les limites propres à ce

modèle telles que : un encadrement important, le temps que l'intervenant doit consacrer à sa propre formation et le fait que cette approche n'est pas adaptée à tous les patients.

Les approches, basées sur la mentalisation ou la pleine conscience, inspirées de traditions bouddhistes réfèrent au principe de régulation de l'attention afin de se centrer sur l'expérience du moment présent et sur l'observation des processus mentaux (Bishop et al., 2004). Ces études rapportent une diminution importante des tentatives de suicide. A 18 mois post-traitement, le taux de récurrence suicidaire est à 5.3% chez les participants au traitement comparativement à 60% pour les personnes ayant reçu un traitement habituel. Cet écart se poursuit jusqu'à 8 ans post-traitement (Bateman et Fonagy, 2001 ; Bateman et Fonagy, 2008 ; Bateman et Fonagy, 2009). L'efficacité de cette approche n'a pas été rapportée par d'autres équipes. Une étude basée sur le transfert (Yeomans, Levy et Clarkin (2009) a également conclu à une efficacité de traitement.

Des interventions de nature psychosociale ont aussi été proposées. L'intervention de type familial peut être une alternative souhaitable (Villeneuve et Roux, 1995). Quelques études ont conclu à l'efficacité des interventions familiales (Rotheram-Borus et al., 2000 ; Harrington et al., 1998). Toutefois, la réalité clinique fait en sorte que ce type de psychothérapie est souvent difficile à réaliser compte tenu du fait que l'environnement familial est souvent instable, qu'il existe parfois une pathologie familiale importante (Goldman, D'Angelo et DeMaso., 1993) et que plusieurs jeunes patients n'habitent plus avec leurs parents biologiques.

Pour certains chercheurs, la thérapie de groupe offre des résultats prometteurs (Wood, Trainor, Rothwell, Moore et Harrington (2001), auprès d'une clientèle présentant des difficultés marquées sur le fonctionnement interpersonnel. La question de l'efficacité du traitement se pose particulièrement à l'égard d'une population ayant un tableau clinique complexe. Un tableau complexe se traduit par des conduites suicidaires répétitives et par un trouble de la personnalité. Une étude effectuée (Wilberg et al., 1998) auprès de patients, ayant des conduites suicidaires et

un trouble de la personnalité limite, a démontré l'efficacité de la thérapie de groupe afin de réduire le taux de suicide. Comme l'apprentissage du fonctionnement social se fait principalement en observant les interactions des autres (Bandura, 1989), le groupe constitue un environnement sécurisant nécessaire à l'établissement d'un fonctionnement interpersonnel mieux adapté. Également, la thérapie de groupe permet une certaine régulation des émotions en rompant le sentiment de solitude et en améliorant le contrôle de l'impulsivité. Compte tenu des difficultés d'attachement précoces chez cette clientèle, des lacunes sur le plan des rapports interpersonnels et des habiletés relationnelles sont souvent centrales au sentiment de pertes et d'abandons multiples (Gunderson, 1996). Les résultats d'autres études démontrent que les personnes ayant fait plusieurs tentatives de suicide ou ayant eu de multiples épisodes d'automutilation sont souvent celles dont le style d'attachement est insécurisant et plus spécifiquement de nature désorganisée-désorientée (Bateman et Fonagy., 2008 ; Gunderson et Links., 2008).

En résumé, il n'existe présentement aucune étude randomisée qui démontre une efficacité de traitement auprès des adolescents avec des conduites suicidaires (Stanley et al., 2009). Bien qu'il s'avère difficile d'établir des études randomisées, il demeure néanmoins essentiel de maintenir les efforts pour développer des interventions auprès des adolescents. Ces interventions permettraient d'identifier des variables représentant des moteurs de changement lors de psychothérapies. Ainsi, l'évaluation de variables cibles, en tant que catalyseur de changement, est aussi importante que d'évaluer l'effet de la thérapie (la diminution des tentatives de suicide et le nombre d'hospitalisations). Les approches psychothérapeutiques, qui ciblent la diminution des conduites à risque comme la consommation de substances et un meilleur contrôle des comportements impulsifs, permettraient d'améliorer la capacité des adolescents suicidaires à se protéger eux-mêmes (Thedford Lambert., 2003).

Le programme d'intervention «de protection de soi» qui s'adresse aux adolescents ayant fait de multiples tentatives de suicide s'insère dans ce courant de pensées. Ce programme d'intervention, initialement conçu pour les adultes suicidaires, a été développé par Bergmans et Links (2002) et a été adapté par la suite à une clientèle adolescente par Séguin, Goulard, Bergmans et Links (2008). C'est à partir d'une approche positiviste, basée sur la conceptualisation de la théorie de l'attachement, que ce programme d'intervention psychosociale vise à augmenter chez les adolescents suicidaires leur propre capacité à se protéger, à faire les choix nécessaires pour être en sécurité et à établir des frontières interpersonnelles sécuritaires.

#### *Description du groupe traitement de «protection de soi»*

La psychothérapie de groupe à l'étude, d'une durée de 20 semaines à raison d'une rencontre hebdomadaire de 90 minutes, a lieu à la clinique externe de l'Hôpital Pierre-Janet, dans la région de l'Outaouais. Ces 20 rencontres s'étendent sur une période de 6 mois (automne-hiver), avec quelques périodes d'arrêt lors de congés fériés. Ce groupe est formé de 6 à 8 participantes et le déroulement des séances se fait conjointement par trois professionnels en santé mentale. Divers trios de professionnels ont animé les groupes tels que des psychiatres, des psychologues, des infirmiers, des travailleurs sociaux, des éducateurs spécialisés et des résidents en psychiatrie. Cette thérapie offre aux participantes plusieurs perspectives différentes, un encadrement stable et sécurisant tout en diminuant la possibilité de clivage entre un « bon » et un « mauvais » thérapeute.

L'intervention de 90 minutes se divise en deux parties : une période psychoéducatrice en groupe et une période d'interaction plus libre en groupe. L'objectif principal de l'intervention vise la réduction de l'intensité, de la durée et de la fréquence des épisodes d'auto-agressions et de

crises suicidaires à travers le développement de la capacité à se protéger. Cette approche met l'accent sur la capacité de comprendre, contrôler et exprimer les émotions. Le développement de stratégies en résolution de problèmes est mis de l'avant. Le programme d'intervention est constitué de cinq modules qui visent chacun l'atteinte de compétences spécifiques. D'une part, les apprentissages proposés aux participantes visent à améliorer leurs habiletés à se protéger et à se calmer lors de situations particulièrement anxiogènes pour eux. Un second objectif vise l'identification et le respect de leurs frontières personnelles, et ce, par une prise de conscience de leur propre frontière personnelle et celle des autres. Un troisième objectif consiste à favoriser la reconnaissance et la différenciation des émotions afin de les exprimer adéquatement et de mieux réguler l'intensité des émotions. Le quatrième objectif vise à comprendre le lien entre les comportements, les pensées et les émotions. Ainsi, les participantes sont amenées à prendre conscience qu'elles ont un pouvoir sur leurs pensées à travers leurs comportements. Enfin, un dernier objectif vise l'apprentissage de nouvelles stratégies en résolution de problèmes.

Chaque rencontre est divisée en deux parties. La première partie est de nature psychoéducative. Elle permet l'enseignement de nouvelles stratégies, l'augmentation des connaissances sur le fonctionnement psychologique et la nature de leurs difficultés, et le recours à des stratégies de résolution plus efficaces lors de moments de tension. La deuxième partie est interactive. Elle s'effectue en groupe et favorise l'expression, la mise en mots et l'intégration d'un plus grand contrôle des émotions. Une description plus complète du fonctionnement de ces groupes a été publiée [40]. À la fin des 20 séances, les thérapeutes rencontrent les participantes et font état de leurs progressions en ce qui a trait à leur capacité de se protéger et soulignent les acquis. Un certificat de participation est également remis à la fin du processus.

### *Objectifs de l'étude*

L'objectif de cette étude consiste à évaluer l'efficacité du programme de «protection de soi» auprès d'une clientèle adolescente suicidaire et d'identifier quelles sont les variables cibles ayant contribué aux changements.

### **II. Méthode**

Le groupe de psychothérapie est offert dans la région de l'Outaouais depuis 2005. Cette étude analyse les données recueillies entre 2005 et 2012.

#### *Participants*

Au total, 63 adolescentes, âgés entre 14 et 18 ans et ayant fait au moins deux tentatives de suicides dans le passé, ont participé à cette étude. Le critère d'inclusion pour faire partie du groupe est un historique d'au moins deux tentatives de suicide ou d'épisodes d'auto-agressions. Aux fins de cette recherche, les termes tentatives de suicide et auto agression sont définis par une mise en danger consciente ou inconsciente de soi. Les participantes sont référées par les équipes de professionnels en santé mentale de la région de l'Outaouais, par les psychiatres traitants ou par les intervenants en situation de crise, suite à une récente tentative.

#### *Instruments de mesure*

L'évaluation consiste en une série de questionnaires auto-administrés complétés par les participantes avant et après le programme d'intervention. Ces mesures ont été complétées en présence d'un clinicien.

1. Le questionnaire de perception d'attachement de Bartholomew (Bartholomew et Horowitz., 1991) consiste en quatre énoncés qui réfèrent tous à un style d'attachement dominant.

2. Le progrès réalisé suite à l'intervention (Youth-Outcome Questionnaire) (Burlingame et al., 2001) est une mesure auto-révélee pour les adolescents de 12 à 18 ans qui évalue le progrès des adolescents suite à une intervention en santé mentale.

3. L'échelle d'Alexithymie de Toronto (TAS-20) (Bagby, Parker et Taylor., 1994) est une mesure auto-révélee, utilisée pour évaluer la sphère affective.

4. L'inventaire de résolution de problèmes (SPSI) (D'Zurilla et Nezu., 1990) permet d'évaluer les processus cognitifs, affectifs et comportementaux utilisés pour générer une variété de solutions ou de réponses potentielles à un problème.

5. L'inventaire de dépression de Beck (BDI-II) (Beck et al., 1961) mesure la sévérité de la dépression.

6. L'échelle de désespoir de Beck (BHS) (Beck, Weissman, Lester et Trezler., 1974) mesure la sévérité du désespoir.

7. L'échelle d'impulsivité de Barratt (BIS) (Barratt., 1993) mesure les traits de personnalité impulsive.

### *Analyses statistiques*

Des tests T sont effectués sur les six variables reliées aux tentatives de suicide récurrentes afin de comparer les moyennes pré et post tests.

## **III. Résultats**

### *Caractéristiques sociodémographiques et cliniques*

Cette intervention a été mise en place dans une région médico-administrative du Québec (région de l'Outaouais) au centre de laquelle un seul hôpital psychiatrique est établi. Les participantes sont référées par les équipes de professionnels en santé mentale, par les psychiatres traitants ou par les intervenants en situation de crise, suite à une récente tentative de suicide et un historique d'au moins deux gestes d'auto-agressions. Au cours de dix années, à raison d'un groupe par année, 63 participantes ont débuté le groupe et 16 personnes (19%) n'ont pas complété les 20 séances d'intervention du programme. Les participantes étaient presque tous caucasiennes et elles étaient âgées entre 14 et 18 ans. Les participantes vivaient d'importantes difficultés sur le plan individuel et familial telles que des relations interpersonnelles difficiles, des difficultés dans la gestion des émotions provoquant des conduites hétéro-agressives et auto-agressives, des signes d'impulsivité et des symptômes de dépression.

Le style d'attachement dominant, qui est une caractéristique de l'individu influençant ses relations intimes et sa vision de lui-même, a également été pris en considération dans les données cliniques au début du programme d'intervention. À cette fin, le questionnaire de perception des relations d'attachement de Bartholomew a été utilisé. Les résultats indiquent que 83 % des participantes ont endossé les critères d'évaluation associés à un style d'attachement insécurisant (Voir figure 1).

#### *Comparaison pré et post intervention*

Pendant la durée du groupe, les participantes ont rapporté avoir rarement eu recours à des conduites auto-agressives ou suicidaires. Les participantes ont démontré une diminution significative ( $p < 0,009$ ) des symptômes de dépression telle que mesurée par l'inventaire de

dépression de Beck (BDI - II). Le score moyen obtenu lors du post test (moyenne écart- type :  $24,80 \pm 15,03$ ) est significativement inférieur au score moyen obtenu lors du pré test (moyenne écart-type :  $33,41 \pm 13,33$ ). Le test de Student pour deux groupes indépendants démontre une différence significative ( $t(79) = 2.678$ ;  $p < .01$ ) (Tableau 2). Le résultat a également été soumis à la correction Bonferroni non-séquentielle (augmentation de l'erreur de type alpha lors de l'application de multiples tests). Les données qui en résultent demeurent significatives ( $p < 0.009$ ).

De plus, les participantes ont démontré une diminution significative ( $p < .005$ ) des symptômes d'Alexithymie telle que mesurée par l'Échelle d'Alexithymie de Toronto (TAS-20). Le score moyen obtenu lors du post test (moyenne écart type :  $59,75 \pm 11,97$ ) est significativement inférieur au score moyen obtenu lors du pré test (moyenne écart-type :  $65,31 \pm 11,26$ ). Le test de Student pour deux groupes indépendants dénote une différence significative ( $t(146) = 2.839$ ;  $p < .01$ ) (Tableau 2). Les analyses ont également été soumises à la correction Bonferroni non-séquentielle (augmentation de l'erreur de type alpha lors de l'application de multiples tests). Les résultats trouvés demeurent significatifs ( $p < .005$ ).

En ce qui concerne les autres variables ciblées par le programme comme le progrès réalisé suite à une intervention en santé mentale, la capacité à résoudre des problèmes, la sévérité du désespoir et de l'impulsivité, il est possible d'observer une tendance vers la réduction des symptômes chez les participantes. Cependant, les résultats obtenus ne sont pas statistiquement significatifs (Voir figure 2).

#### IV. Discussion

Il est important de souligner l'ampleur des difficultés vécues par ces jeunes participantes. En plus des difficultés d'attachement, celles-ci souffraient de multiples problèmes tels que l'adoption de comportements auto-agressifs, des relations interpersonnelles problématiques, une grande difficulté à gérer les émotions, de l'impulsivité et des symptômes dépressifs. Les participantes présentaient des troubles de santé mentale importants comme l'abus et/ou la dépendance à des substances, les troubles de l'humeur, les troubles de l'anxiété ainsi que le trouble ou du moins les traits de personnalité limite.

L'efficacité d'un programme visant les concepts de protection de soi auprès d'un groupe d'adolescents ayant fait de multiples tentatives de suicide est au cœur de cette recherche. De manière générale, les analyses statistiques effectuées démontrent que les participantes avaient significativement moins de symptômes de dépression et une meilleure capacité à contrôler leurs émotions au post test comparativement au pré-test. Il est également possible d'observer une amélioration des symptômes des autres variables ciblées par l'intervention (progrès réalisé suite à une intervention en santé mentale, capacité à résoudre des problèmes, sévérité du désespoir et impulsivité) bien que ces observations ne soient pas statistiquement significatives.

Plusieurs études rapportent les variables cibles de cette recherche comme étant des facteurs prédisposant aux multiples tentatives de suicide (Kjellander, Bongar et King., 1998). En agissant positivement sur les variables cibles, le groupe de protection de soi aide à réduire l'adoption de comportements auto-agressifs, et ce, même si dans la majorité des cas les résultats ne baissent pas en dessous du seuil clinique. Il est possible que la durée de l'intervention (20 semaines réparties sur 6 mois) ne soit pas suffisamment longue pour observer des changements sur toutes les

variables cibles. Par contre, une intervention trop longue pourrait entraver l'engagement et le sentiment d'acceptabilité du traitement chez les jeunes participantes.

Les difficultés majeures associées à l'accès au traitement chez les adolescents suicidaires sont le refus de traitement et l'adhésion au traitement. Il est important de noter que l'acceptabilité d'aller en psychothérapie et l'engagement dans un processus aussi long représentent des défis supplémentaires pour les jeunes participantes. Néanmoins, il importe d'offrir et de développer des services adaptés pour engager cette clientèle. Les adolescents ont très souvent de la difficulté à obtenir des services appropriés à leur condition. N'ayant pas de diagnostic précis, ils reçoivent des services non adaptés à leur situation. Le manque de ressources en santé mentale, la discontinuité des services et le manque de soutien de la part des proches laissent cette clientèle cible trop souvent dépourvue d'aide (Cheung et Dewa., 2007).

Le programme de protection de soi évalué dans cette étude a démontré que 80% des jeunes suicidaires ont complété le programme de 20 séances, ce qui est remarquablement élevé pour ce type de traitement (Stanley et al., 2009). L'acceptabilité du traitement est une variable importante à considérer et les résultats permettent de constater que les jeunes se sont sentis interpellés par l'intervention. Les commentaires des participantes sur le programme de protection de soi révèlent une approche conviviale, chaleureuse, enrichissante et encadrante. Les participantes rapportent avoir eu le sentiment de développer des compétences personnelles à travers les sessions de thérapie.

#### *Limites*

Le contenu de cette recherche présente plusieurs limites comme le manque d'un groupe contrôlé randomisé. Puisque l'objectif de cette étude était d'évaluer une intervention hospitalière

de suivi post-tentative, il n'était pas possible, tant d'un point de vue éthique, qu'au niveau du nombre de patients référés au groupe, de faire une intervention randomisée. D'autre part, la généralisation des résultats est limitée par le petit nombre de participantes. Bien que l'étude ait été implantée dans une région géographique spécifique et que les chercheurs ont eu accès à l'ensemble de la population adolescente ayant eu de multiples conduites suicidaires, seulement un petit nombre de participantes a été recueilli. Finalement, il a été difficile d'évaluer l'influence des traitements concomitants sur les participantes puisque chacune d'elle avait reçu des services thérapeutiques avant la participation au groupe. Certains jeunes avaient même des traitements concomitants à leur participation au groupe. Quelques adolescentes ont été hospitalisées pendant leur participation au groupe. Ainsi, il est impossible de confirmer que les progrès réalisés par les participantes sont uniquement en relation avec leur participation au programme de protection de soi.

## **Conclusion**

Le besoin de mettre en place des interventions structurées pour les personnes ayant des conduites suicidaires est évident. Il est d'ailleurs tout aussi important d'approfondir les connaissances et d'améliorer les traitements possibles chez les adolescents puisqu'il s'agit d'une clientèle où la personnalité, la vie professionnelle et les relations interpersonnelles sont en devenir. Cette clientèle, qui présente déjà des difficultés importantes à l'adolescence, est à risque de développer des problèmes chroniques de santé mentale qui sont très onéreux pour le système de santé. En résumé, il importe de développer et de mesurer l'efficacité des services adaptés à cette clientèle dès l'adolescence, en tenant compte de l'acceptabilité et de l'adhésion au traitement.

## Références

- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Hankin, B. L., Haefffel, G. J., MacCoon, D. G. & Gibb, B. E. (2002). Cognitive vulnerability stress models of depression in a self regulatory and psychobiological context. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (3rd ed., pp. 268-294). New York: Guilford Press.
- Bagby, M.R., Parker, J. & Taylor, G. (1994). The Twenty-item Toronto Alexythimia Scale. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (1), 23-32.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.
- Barratt, E.S. (1993). Impulsivity: Integrating, cognitive, behavioral, biological, and environmental data. In W. McCowan & M. Shure (Eds.), *The impulsive client: Theory, research, and treatment* (pp. 39-56). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L. (1991). Attachment Styles Among Young Adults : A test of four-category model. *Journal of Psychology and social Psychology*, 61(2), 226-244.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American journal of psychiatry*, 158, 36-42.
- Bateman, A. & Fonagy P. (2009) Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American journal of psychiatry*, 166, 1355-64.

- Bateman, A. & Fonagy P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American journal of psychiatry*, 165, 631-8.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D. & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- Bergmans, Y. & Links, P.S. (2002). A description of a psychosocial/psychoeducational intervention for persons with recurrent suicide attempts. *Crisis*, 23(4), 156-160.
- Berk, MS., Henriques, GR., Warman, DM., Brown, GK. & Beck, AT. (2004). A cognitive therapy intervention for suicide attempters: An overview of the treatment. *Cognitive Behavioral Practice*, 11, 265-277.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J. & al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Brent, DA., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T. & Chiappetta, L. (1999). Age- and sex related risk factors for adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1497-1505.
- Burlingame, G., Mosier, I., Gawain, M., Quincey, W., Atkin, G., Michael J. & Lambert, J. (2001). Tracking the Influence of Mental Health Treatment: The Development of the Youth Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 8, 361-379

- Cheung, AH. & Dewa, CS. (2007). Mental Health Service Use Among Adolescents and Young Adults With Major Depressive Disorder and Suicidality. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 228–232
- Clarkin, JF., Levy, KN., Lenzenweger, MF. & Kernberg, OF (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of psychiatry*, 164, 922–8.
- D’Zurilla, T. J. & Nezu, A. M. (1990). Development and preliminary evaluation of the Social Problem Solving Inventory (SPSI). *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 156-163.
- Goldman, S. J., D’Angelo, E. J. & DeMaso, D. R. (1993). Psychopathology in the families of children and adolescents with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150(12), 1832–1835.
- Gould, MS., Greenberg, T., Velting, D. & Shaffer, D. (2003) Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 386-405.
- Gunderson, J.G. (1996). The borderline patient’s intolerance of aloneness: Insecure attachments and therapist availability. *American journal of psychiatry*, 153, 752–758.
- Gunderson, J.G. & Links, P.S. (2008). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Publishing INC
- Harrington, R., Kerfoot, M., Dyer, E., McNiven, F. & al. (1998) Randomized trial of home-based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 512-518.

- Hawton, K. & Fagg, J. (1988). Suicide and causes of death, following attempted suicide. *British Journal of psychiatry*, 152, 751-761.
- Isometa, E.T., Henriksson, M.M., Heikkinen, ME., Aro, H.M., Marhunen, M.J., Kuoppasalmi, K.I & Lonnqvist, J.K. (1996). Suicide among subjects with personality disorders. *The American Journal of psychiatry*, 153 (5), 667-673.
- Kairouz, S., Boyerm, R., Nadeau, L., Perreault, M. & Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec. Gouvernement du Québec.
- Kjellander, C., Bongar, B. & King, A. (1998). Suicidality in borderline personality disorder. *Crisis*, 19, 125-135.
- Koons, CR., Robins, CJ., Bishop, GK. & al. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Behavioral Therapy*, 32, 371-90.
- Laget, J., Plancerel, B., Stéphan, P., Bolognini, M., Corcos, M., Jeammet, P. & al. (2006). Personality and repeated suicide attempts in dependent adolescents and young adults. *Crisis*, 27, (4), 164-171.
- Lewinsohn, PM., Rohde, P. & Seeley, JR. (1996) Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors and clinical implications. *Clinical Psychological Science Practice*, 3, 25-46.
- Linehan, MM., Armstrong, HE., Suarez, A., Allmon, D. & Heard, HL. (1991) Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-4.

- Linehan, MM., Tutek, DA., Heard, HL. & Armstrong, HE. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American journal of psychiatry*, 151, 1771-6.
- Linehan, MM., Comtois, KA., Murray, AM., Brown, MZ., Gallop, RJ., Heard, HL. & al.(2007). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-66.
- Lorillard, S., Schmitt, L. & Andreoli, A. (2011). Comment traiter la tentative de suicide?. *Annales Medico-Psychologiques*, 169, (4), 229-236
- Mc Main, S., Links, PS., Gnam, WH., Guimond, T., Cardish, RJ., Korman, L. & al. (2009). A randomized controlled trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder *American journal of psychiatry*, 166, 1365-74.
- Rotheram-Borus, MJ., Piacentini, J., Cantwell, C., Belin, TR. & Song, J. (2000). The 18-month impact of an emergency room intervention for adolescent female suicide attempters. *Journal Consultation Clinical Psychology*, 68, 1081-1093.
- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., De Leo, D., Kerkhof, A., Bjerke, T., Crepet, P. & al. (1996). Attempted suicide in Europe period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study of Parasuicide. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 93, 327-338.
- Séguin, M., Goulard, G., Bergmans, Y. & Links, P. (2008). *Group Intervention for Adolescents with Recurrent Suicide Attempts*. In Steven Palmer, *Intervention with Suicidal Patients*. Eds. Brunner-Routledge.
- Shaffer, D., Gould, MS., Fisher, P. & al. (1996) Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*. 53, 339-348.

- Stanley, B., Brown, G., Brent, D. & al. (2009) Cognitive Behavior Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP): treatment model, feasibility and acceptability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 1005-1013.
- Theodford Lambert, M. (2003). Suicide risk assessment and management: Focus on personality disorders. *Current Opinion in psychiatry*, 16, 71-76.
- Van der Sande, R., Buskens, E., Allart, E., Van der Graaf, Y. & Van Engeland, H.(1997). Psychosocial intervention following suicide attempt: A systematic review of treatment interventions. *Acta pyschiatrica Scandinavica*, 96,(1), 43-50.
- Verheul, R., Van Den Bosch, LM., Koeter, MW., De Ridder, MA., Stijnen, T. & Van Den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-40.
- Villeneuve, C. & Roux, N. (1995). Family therapy and some personality disorders in adolescence. *Adolescent Psychiatry*, 20, 365-380.
- Vitiello, B., Brent, D., Greenhill, L. & al.(2009). Depressive symptoms and clinical status during the Treatment of Adolescent Suicide Attempters. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 987-994.
- Wilberg, T., Friis, S., Karterud, S., Mehlum, L., Urnes, O. & Vaglum, P. (1998). Outpatient group psychotherapy: for patients with borderline personality disorder treated in a day hospital? *Nordic Journal of Psychiatry*, 52(3), 213-221.
- Wood, A., Trainor, G., Rothwell, J., Moore, A. & Harrington, R. (2001). Randomized trial of group therapy for deliberate self-harm in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1246-1253.

Yeomans, F. E., Levy, K. N. & Clarkin, J. F. (2009). The case for borderline personality disorder: Commenting on Tyrer and Paris et al. *Personality and Mental Health*, 3, 110-115.

Zanarini, MC. (2009). Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 120, 373-7.

Figure 1

*Type d'attachement dominant selon le questionnaire de perception des relations de Bartholomew*

---

Type d'attachement	%
1) Sécurisant	11,5
2) Anxieux-Évitant	15,3
3) Anxieux-ambivalent	38,4
4) Désorganisé-désorienté	34,6

---

Figure 2

Résultat pré et post intervention aux différents questionnaires cible

Définition générale	$\bar{x}$		Seuil	Résultats		interprétation
	Pré	post		t <sup>1</sup>	p <sup>2</sup>	
Progrès suite à une intervention	109,00	89,00	46	-		NS
Alexithymie	65,31	59,75	60	t (146) = 2,839		<0.01
Résolution de problèmes	3,20	3,12	-	-		NS
Dépression	33,41	24,80	29	t (79) = 2,678		<0.01
Désespoir	14,75	14,72	15	-		NS
Impulsivité	78,03	76,02	59	-		NS

\*Correction Bonferroni BI-II (0,05/1) p < 0,009; TAS-20 (0.05/2) p < 0,005

### CHAPITRE III

#### CONCLUSION GÉNÉRALE

Les adolescents constituent une clientèle vulnérable au développement de conduites autodestructrices étant donné leurs vulnérabilités et les perturbations émotionnelles vécues dans cette étape mouvementée de la vie. Le parcours de vie, les caractéristiques personnelles, l'environnement et les premières relations interpersonnelles, ainsi que le style d'attachement qui, à l'adolescence, est déjà bien ancré. Comme les résultats l'indiquent 89% des participantes au groupe de protection de soi avaient un attachement insécurisant. Il a été démontré que ce style d'attachement module déjà les relations des adolescents. Lorsque le style d'attachement d'une personne est insécurisant, cette personne devient encore plus vulnérable aux difficultés interpersonnelles et ces échecs relationnels engendrent souvent l'adoption de conduites autodestructrices (Gunderson, 1996).

L'attachement établi au cours de la jeune enfance influence le développement de la personnalité de l'individu à long terme, entre autre le développement de la confiance de base qu'il a en lui-même et envers les autres. Le développement de la confiance interpersonnelle aura un impact également sur les relations sociales que l'individu développera au cours de sa vie (Gunderson, 1996). Toutefois, l'évolution de l'attachement au cours de la vie des individus est peu connue. La littérature actuelle suggère que malgré que l'attachement est la fondation de l'adaptation future d'un individu, l'influence de cette dimension sur le développement ultérieur ne s'avère pas fiable (Bateman & Fonagy, 2006). Le type d'attachement ne peut prédire avec certitude la qualité et la stabilité des interactions futures d'un enfant. Si la majorité des chercheurs s'entendent sur l'importance d'un lien entre l'attachement à l'enfance et

l'établissement de certains traits de personnalité, il est impossible de conclure à un lien direct entre l'attachement sécurisant et le développement futur (Fonagy, 2001). D'un autre point de vue, les données récentes suggèrent que l'attachement aurait des conséquences sur les processus mentaux sous-jacents au développement de la personnalité et à la psychopathologie (Fonagy, 2001). Les résultats d'études disponibles suggèrent qu'un environnement bienveillant est une condition nécessaire pour le développement optimal de l'enfant. Bateman et Fonagy (2006) ajoutent qu'il permet le développement des fonctions interprétatives nécessaires à l'établissement et au maintien des relations interpersonnelles, à la régulation des émotions, au développement de stratégies en résolution de problèmes et au contrôle de l'impulsivité. Malheureusement tous les enfants ne grandissent pas dans un environnement bienveillant et protecteur.

Ainsi, certains individus ayant vécu en situation de négligence familiale présentent ultérieurement des difficultés relationnelles entre autres : celles d'avoir de la difficulté à identifier leur état émotionnel et à différencier leurs propres pensées de celles des autres, ce que l'on appelle la fonction réflexive (Fonagy, 2001). De plus, ces derniers ne seraient pas en mesure de comprendre que leur état émotionnel soit dirigé par leurs pensées, croyances, sentiments et désirs (Fonagy, Gergery, Jurist, & Target, 2002). L'échec des processus mentaux qui mènent à l'intégration de ces concepts met en place un fonctionnement psychique où la protection de soi est déficitaire. Ceci laisse ces individus extrêmement vulnérables face à un environnement social qui peut s'avérer particulièrement difficile (Fonagy, Target, & Gergery, 2000). Dans un environnement social hostile, cette déficience augmente le risque que l'individu cesse de résister et qu'il adopte des conduites autodestructrices (Fonagy et al., 2002). Dans un même ordre d'idées, Orbach (2007) mentionne que ces difficultés engendrent des distorsions au niveau du

vécu corporel allant jusqu'à une dissociation de l'image ou de la représentation de son propre corps.

Lorsque la fonction réflexive n'est pas bien développée, la personne est incapable de comprendre les croyances, sentiments, attitudes et les intentions des autres. Ce qui la place à risque de multiplier les événements de vie malheureux. Les tâches développementales que les intervenants doivent investir auprès de ces patients sont, d'une part, les aider à acquérir la capacité à comprendre les comportements des autres et, d'autre part, à développer la flexibilité nécessaire pour choisir parmi les multiples représentations internes celle qui est la plus appropriée à un contexte social donné. La capacité à intégrer le sens des actions des autres devient possible à partir du moment où une personne acquiert la capacité à identifier ses propres expériences et leurs sens. De cette habileté découlent la régulation des émotions, le contrôle des impulsions et la flexibilité nécessaire pour s'adapter à différentes situations sociales (Fonagy, 2001).

Le programme de groupe présenté dans le cadre de ce mémoire, le programme de protection de soi s'est révélé positif pour contrer l'état dépressif et améliorer la capacité à gérer les émotions (c.-à-d., alexithymie); deux facteurs qui influencent considérablement l'adoption de comportements suicidaires répétitifs. La capacité de mieux identifier ses émotions, de sentir ses propres émotions escalader et augmenter en intensité et de nommer ses émotions aux autres, sont des habiletés qui se sont améliorées au cours des groupes. Ces habiletés permettent aux participantes d'avoir plus d'habiletés interpersonnelles dans le cadre des relations sociales.

Les difficultés d'attachement empêchent le développement de plusieurs fonctions cognitives jouant un rôle dans le développement des compétences sociales. Cela nuit aux interactions

interpersonnelles. Bateman et Fonagy (2006) considèrent quatre fonctions cognitives particulières qui sont : la représentation des émotions, la régulation des émotions, l'équilibre des échanges entre les différentes parties du cerveau et la mentalisation qui est un processus essentiel à la compréhension des relations interpersonnelles. La mentalisation est une notion utilisée classiquement par les psychanalystes psychosomaticiens. Elle couvre tout le champ d'élaboration psychique. Elle cerne principalement l'activité représentative et fantasmatique de l'individu (Smadja, 2005). Fonagy et collaborateurs (2002) affirment que la capacité de mentalisation est un élément clé du développement et serait acquise dans le contexte des relations sociales dès l'enfance. Ces mêmes auteurs suggèrent que l'échec du processus de mentalisation chez les patients « borderline » s'explique par la persistance d'un mode où les représentations internes et externes sont indifférenciées. Ces patients conçoivent leurs idées et sentiments comme des représentations de la réalité et exagèrent l'importance et la portée de leurs implications. Le maintien de ce mode de fonctionnement a comme conséquence le maintien de l'échec du processus de mentalisation. Cette formulation confère au processus de mentalisation des implications dans le développement futur d'une pathologie.

Dans un même ordre d'idée, Schore (2001) indique que l'échec de la relation d'attachement interrompt le développement des structures corticales qui jouent un rôle dans la régulation des émotions. Ces mêmes structures seraient également essentielles à l'activation des processus mentaux menant à l'intégration de concepts. La trame développementale indique que les désordres au niveau de l'attachement, l'hypersensibilité affective et l'échec au niveau des processus mentaux interviennent simultanément et engendrent des conséquences négatives (Bateman & Fonagy, 2006).

Ainsi, l'attachement, lorsqu'il s'inscrit comme un départ difficile dans la vie d'une personne, compromet son développement. Les manifestations cliniques de cette réalité furent identifiables chez les participantes du groupe de protection de soi. Les cinq modules de développement de compétences du groupe vise l'amélioration de la protection de soi, et tente de favoriser une réparation en regard des enjeux de l'attachement.

Par exemple, un module vise l'identification et le respect de frontières interpersonnelles, et ce, par une prise de conscience des frontières personnelles et de celle des autres. Dans chacune des rencontres, un nombre de rencontre est investi au partage des défis personnels et à l'utilisation des techniques enseignées lors des rencontres précédentes. Lors de ces moments, les intervenants doivent être sensibles à la réaction des participantes qui dans bien des cas, ont de la difficulté à différencier leur propre état émotionnel de celle des autres participantes. Les intervenants doivent alors favoriser la compréhension d'une différence entre les émotions des participantes et celles des autres, et ainsi favoriser la reconnaissance des émotions et l'individualité.

Un autre module a comme objectif de favoriser la reconnaissance et la différenciation des émotions afin de les exprimer adéquatement. Le cadre d'intervention permet aux intervenants de moduler les interactions entre les participantes, dans le but d'éviter la reproduction des échecs dans le développement et le maintien des relations interpersonnelles. L'hypersensibilité affective associée à l'attachement désorganisé fait en sorte que les premières rencontres peuvent être très éprouvantes pour plusieurs participantes. Les commentaires, réactions et les gestes des autres sont interprétés en fonction de la réalité interne de chaque participant. L'interprétation qui en résulte est alors perçue comme la représentation de la réalité. L'impact est alors souvent exagéré et la réaction disproportionnée. Le recadrage des intervenants permet aux participantes de

clarifier la démarche d'analyse, de mieux comprendre que l'interprétation d'une personne diffère de celle des autres et ainsi, permettre la création de lien interpersonnel. L'objectif du groupe n'est pas que les participantes deviennent des amies à l'extérieur du cadre d'intervention, mais bien de comprendre l'impact des émotions dans la gestion des relations interpersonnelles. Ainsi, les intervenants témoignent de l'évolution dans l'atmosphère du groupe qui est généralement très tendue dans les premières rencontres, pour devenir plus conviviale vers la fin de l'intervention. Dans le cadre de certaines rencontres, le contenu éducatif était transmis par des jeux de rôle. Ceci permet aux jeunes de mettre en pratique certains concepts et permet aux intervenants de faire du modelage. Ces apprentissages permettent aux jeunes de mieux comprendre ce qu'ils vivent et d'arriver à exprimer plus facilement leurs émotions.

L'impact de l'attachement désorganisé se remarque également par la tendance des participantes à faire de mauvais choix souvent motivés par des conflits relationnels, ce qui amène d'autres situations encore plus complexes. Un module est consacré au développement d'un meilleur contrôle des émotions et à une prise de conscience que les comportements émis proviennent de leurs propres choix, ainsi qu'à l'apprentissage de nouvelles stratégies afin de diminuer le niveau de tension lors de situations stressantes. Les intervenants du groupe notent que le contenu éducatif présenté aux participantes fait généralement partie des représentations internes de celles-ci, mais que la flexibilité cognitive n'est pas suffisante pour faire le meilleur choix en fonction du contexte. L'impulsivité, le désir de plaire, l'influence des autres limitent les participantes à prendre en considération l'ensemble des représentations internes. Le contenu éducatif du groupe d'intervention, l'apprentissage de stratégies alternatives et la répétition hebdomadaire de ces dernières contribuent au développement de cette flexibilité cognitive.

En fonction des interventions proposées, les participantes apprennent que le contrôle de leur vie leur incombe et ne peut appartenir à une autre personne. Le rôle du thérapeute est de faciliter le désir et la force de cet autonomisation. Par leur optimisme, confiance et empathie, les intervenants favorisent le climat permettant aux participantes de vivre certains succès dans le cadre du groupe. Ils permettent aux participantes de reconnaître les éléments positifs et les stratégies qu'elles ont utilisées afin de résoudre leurs problèmes.

Nous avons proposé un programme d'intervention basé sur la protection de soi, un programme qui permet aux jeunes ayant des difficultés multiples, non pas d'attendre que la protection vienne de l'extérieur, mais d'apprendre que la protection doit venir d'eux-mêmes. Cette approche s'éloigne d'une intervention médicale classique et permet à un groupe de jeunes en difficultés de travailler ensemble afin de trouver les meilleures façons de gérer les défis de leur vie quotidienne tout en devenant leurs propres sources de protection.

Il est vrai que les adolescents ont très souvent de la difficulté à obtenir des services appropriés pour leurs difficultés psychologiques. N'ayant pas de diagnostic précis, ou à l'inverse une multitude de diagnostics complexes, ils reçoivent des services qui ne sont pas toujours en adéquation avec l'intensité de leurs difficultés. Le manque de ressources en santé mentale, la discontinuité des services, l'offre de thérapie trop souvent brève ou pas assez fréquente, le manque de soutien de la part des proches font en sorte que cette clientèle est souvent dépourvue d'aide. Ainsi, lorsqu'on travaille avec une clientèle jeune et vulnérable, il importe d'identifier cette vulnérabilité et d'offrir des interventions pouvant répondre aux besoins propres de cette clientèle. Ainsi, suite à une tentative de suicide, il est important de mettre en place rapidement un suivi adéquat post-tentative. Cette clientèle nécessite souvent des interventions multiples, variés et d'intensité élevée.

D'autres bénéfices en lien avec l'étude, ont permis d'observer un faible taux d'abandon qui démontre que le groupe d'intervention a rejoint les jeunes, une clientèle pourtant difficile à mobiliser et maintenir en traitement. Les adolescents se sont sentis interpellés par le groupe d'intervention et ont démontré de l'intérêt envers la thérapie ce que peu d'interventions ont réussis jusqu'à aujourd'hui. Des caractéristiques propres à l'intervention qui peuvent sembler anodines à première vue semblent avoir une influence et répondent à certaines caractéristiques de l'attachement insécurisant. Par exemple, chaque participante recevait un journal de bord, un bloc-notes et un certificat de reconnaissance à la fin de l'intervention. De plus, un repas léger était offert à chacune des rencontres, ce qui faisait une différence pour les participantes. Ces petites attentions régulières permettaient aux participantes d'anticiper et de combler un besoin primaire. La constance et l'attention portée par les intervenants étaient souvent déficitaires dans l'entourage des participantes et ainsi permettaient à ces dernières de ressentir d'autres formes d'attachement sans pour autant se l'approprier. Ces éléments contribuent au développement d'un sentiment d'appartenance envers le groupe.

Les discussions entre participantes et thérapeutes sont encouragées afin de créer un esprit de collaboration et de soutien parmi les participantes. Le fait de partager les expériences en groupe permet de voir les stratégies permettant de faire des choix plus sains en matière de protection de soi. Le lien développé avec les intervenants était très important pour les participantes. Une approche conviviale, chaleureuse, enrichissante et encadrante s'est fait ressentir. Alors qu'il était possible de penser que les participantes aient hâte de terminer les vingt rencontres, une réaction différente s'est observée lors des dernières rencontres. Les participantes ont davantage abordé le sujet de la crainte, de la peur de la fin, du sentiment de perte et d'abandon. Cette réaction n'est certes pas inattendue et les intervenants sont en mesure de travailler à la préparation d'une fin

thérapeutique, qui ne soit pas explosive ou qui ne se vive pas à travers des réactions de rejet ou un échec. Ainsi, un lien important entre les participantes et les intervenants semble significatif pour contrer l'abandon à un traitement et la durée de l'intervention influence directement l'intensité de ce lien.

Cette recherche nous permet de conclure que le programme de protection de soi, d'une durée de 20 semaines, n'est sans doute pas suffisamment long pour enrayer les facteurs prédisposant aux tentatives de suicide récurrentes ou encore avoir un impact sur le style d'attachement, une caractéristique chez l'individu souvent bien ancrée et influençant ses comportements. Toutefois, le groupe de protection de soi est un exemple d'intervention qui mérite de se faire connaître en raison de son succès auprès des adolescentes avec un style d'attachement insécurisant.

Ainsi, ce programme aurait intérêt à être implanté à plus long terme afin de mieux cerner les variables pouvant avoir un impact sur l'efficacité du traitement. En prouvant l'efficacité de ce traitement, ce programme deviendrait une alternative de choix chez les intervenants pour diminuer les récurrences suicidaires chez les adolescents. Il requiert peu de formation, peu de coûts d'implantation et le contenu est facilement accessible, ce qui en fait un programme plus facile à reproduire que la DBT. Le programme de protection de soi s'est révélé statistiquement significatif pour contrer l'état dépressif et améliorer la capacité à gérer les émotions (c.-à-d., alexithymie). Cependant, en raison des limites de l'étude, il est difficile d'évaluer le maintien dans le temps de cette intervention.

Ce programme s'inscrit dans une nouvelle vague d'approche intégrée en séquences pour les problèmes complexes. Le programme de protection de soi, se définit pour l'instant comme une première phase d'une intervention à plus long terme, qui resterait à être développée. Cette

première phase permet de développer des habilités de base et pourrait être suivie d'une deuxième phase qui vise le développement la fonction réflexive, les habilités interpersonnelles et la capacité de gestion de problèmes, suivi d'une troisième phase qui ciblerait le développement des habilités de la vie quotidienne et le rétablissement.

Pour conclure, il existe un besoin d'approfondir les connaissances et d'améliorer les traitements possibles chez les adolescents puisqu'il s'agit d'une clientèle où la personnalité, la vie professionnelle et les relations interpersonnelles sont en devenir. Cette clientèle est à risque de développer des problèmes chroniques de santé mentale et onéreux pour le système de santé. Il importe donc de se centrer sur les services offerts à cette clientèle dès l'adolescence, en développant des interventions qui tiendront compte des difficultés propres à cette dernière.

## Références

- Adams-Tucker, C. (1982). Proximate effect of sexual abuse in childhood: A report in 28 children. *American Journal of Psychiatry*, *139*(10), 1252-1256.
- Adler, G. (1994). Transference, countertransference and abuse in psychotherapy. *Harvard Review Psychiatry*, *2*(3), 151-159.
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé (traduction française)*. Paris: Masson
- Andrews, J.A., & Lewinsohn, P.M. (1992). Suicidal attempts among older adolescents: Prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *31*, 655-662. doi: 0.1097/00004583-199207000-00012
- Asarnow, J.R., Carlson, G.R., & Guthrie, D. (1987). Coping strategies, self-perceptions, hopelessness, and perceived family environments in depressed suicidal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *55*(3), 361-366.
- Barlow, D.H., & Durand, V.M. (2002). *Psychopathologie: une perspective multidimensionnelle*. Paris, France: DeBoeck University.
- Barratt, E. (1993). Impulsivity: Integrating cognitive, behavioural, biological and environmental data. In E. McCowan & W. Shure (Eds.), *The impulsive client: Theory, research and treatment (pp. 39-119)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bateman, A., & Fonagy P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American journal of psychiatry*, *165*, 631-638. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07040636
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2006). *Psychotherapy for borderline personality disorder;*

- mentalization-based treatment*. London: Oxford University Press.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D. & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42, 861-865. doi: 10.1037/h0037562
- Belsky, J., Campbell, S., Cohn, J., & Moore, G. (1996). Instability of attachment security. *Developmental Psychology*, 32(5), 921-924.
- Belsky, J. Rosenberg, K. & Crnic, K. (1995). The origins of attachment security: Classical and contextual determinants, In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Ed.), *John Bowlby's attachment theory: Historical, clinical and social significance*. Hillsdale, NJ: Analytic press.
- Bergmans, Y. & Links, P.S. (2002). A description of a psychosocial/ psychoeducational intervention for persons with recurrent suicide attempts. *Crisis : The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 23, 156-160. doi: 10.1027//0227-
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J. & al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 11, 230-241. doi: 10.1093/clipsy.bph077
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol.2. Separation, anxiety and anger*. New-York: Basic Books.
- Braun-Scharm, H. (1996). Suicidality and personality disorders in adolescence. *Crisis : The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 17, 64-68. doi : 10.1027/0227-5910.17.2.64
- Brent, D.A., McMakin, D.L., Kennard, B.D., Goldstein, T.R., Mayes, T.L., Doualhy, A.B.

- (2013). Protecting adolescents from self-harm: A critical review of intervention studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(12), 1260-1271.
- Brent, D.A., Johnson, B.A., Perper, J.A., Connolly, J., Bridge, J., Bartle, S., & Rather, C. (1994). Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents. *Child & Adolescent Psychiatry*, 33, 1080-1086. doi : 10.1097/00004583-199410000-00003
- Brent, D.A., Perper, J.A., Goldstein, C.E., Kolko, D.J., Allan, M.J., Allman, C.J., & Zelenak, J.P. (1988). Risk factors for adolescent suicide: A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Archives of General Psychiatry*, 445, 581-588. doi:10.1001/archpsyc.1988.01800300079011.
- Brent, D.A., Perper, J.A., Moritz, G., Allman, C., Friend, A., Roth, C., Schweers, J., ... Baugher, M. (1993). Psychiatric risk factors for adolescents suicide: A case-control study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 521-529. doi : 10.1097/00004583-199305000-00006
- Brodsky, B.S., Oquendo, M., Ellis, S.P., Haas, G.L., Malone, K.M., & Mann, J.J. (2001). The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behaviour in adults with major depression. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1871-1877. doi:10.1176/appi.ajp.158.11.1871
- Bureau du Coroner. (2003). *Statistique sur le suicide*. Québec: Bureau du Coroner en Chef.
- Carlson, E.A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development*, 69, 1107-1128. doi : 10.1111/j.1467-8624.1998.tb06163.x
- Cassidy, J. (1988). Child-mother attachment and the self in six-year-olds. *Child Development*,

59(1), 121-134.

Chabot, M. (1997). *En finir avec soi. Les voix du suicide*. Montréal: VLB Éditeur.

Chastang, F., Rioux, P., Dupont, I., Baranger, E., Kovess, V., & Zarifian, E. (1998). Risk factors associated with suicide attempt in young french people. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 98, 474-479. doi : 10.1111/j.1600-0447.1998.tb10122.x

Cheung, AH., & Dewa, C.S. (2007). Mental health service use among adolescents and young adults with major depressive disorder and suicidality. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 52(4), 228-232.

Clarkin, F., Levy, K., Lenzenweger, M., & Kernberg, O. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922-928. doi:10.1176/appi.ajp.164.6.922

Clum, G.A., Patsiokas, A.T., & Luscomb, R.L. (1979). Empirically based comprehensive treatment program for parasuicide. *Journal of Consulting and Clinical Psychiatry*, 47, 937-945. doi: 10.1037/0022-006X.47.5.937

Curry, J.F., Miller, Y. & Anderson, W.B. (1992). Coping responses in depressed, socially maladjusted, and suicidal adolescents. *Psychological Reports*, 71, 80-82. doi : 10.2466/pr0.1992.71.1.80

Crittenden, P.M. (1990). Internal representational models of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, 11(3), 259-277.

Crumley, F.E. (1979). Adolescent suicide attempts. *The Journal of the American Medical Association*, 241, 2404-2407. doi:10.1001/jama.1979.03290480038021.

Davidson, L.E., Rosenberg, M. L., Mercy, J. A., Franklin, J., & Simmons, J. (1989).  
An epidemiologic study of risk factors in two teenage suicide clusters.

*The Journal of the American Medical Association*, 262(19), 2687-2692.

doi:10.1001/jama.1989.03430190071034

Dawson, D., & MacMillan H.L. (1993). *Relationship management of the borderline patient:*

*From understanding to treatment*. New-York: Brunner/Mazel.

Dugas, M.J., Ladouceur, R., Freeston, M.H. (1996). Version abrégée de l'inventaire de

résolution de problèmes sociaux. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 6(2),

59-62.

Fergusson, D.M., & Lynskey, M.T. (1995). Childhood circumstances, adolescent adjustment, and

suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *Journal of American Academy of Child &*

*Adolescent Psychiatry*, 34, 612-622. doi : 10.1097/00004583-199505000-00013

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the*

*development of the self*. New York: Other Press.

Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other Press.

Fonagy, P., Target, M., & Gerlely, G. (2000). Attachment and borderline personality disorder: A

theory and some evidence. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 103-122.

Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-

organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700.

Fredrickson, B.L., & Joiner, T. (2002). Research report: Positive emotions trigger upward spirals

toward emotional well-being. *Psychological Science*, 13, 172-175. doi: 10.1111/1467

9280.00431

Fritsch, S., Donaldson, D., Spirito, A., & Plummer, B. (2000). Personality characteristics of

adolescent suicide attempters. *Child Psychiatry and Human Development*, 30, 219-235.

doi : 10.1023/B:CHUD.0000037151.02381.52

Garfinkel, B.D., Froese, A., & Hood, J. (1982). Suicide attempts in children and adolescents.

- American Journal of Psychiatry*, 139(10), 1257-1261.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). *The adult attachment interview protocol, 3<sup>rd</sup> Edition*. Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of California, Berkeley, USA.
- Goldman, S., D'Angelo, E., & DeMaso, D. (1993). Psychopathology in the families of children and adolescents with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 150(12), 1832-1835.
- Graham, C., & Burvill, P. (1992). A study of coroner's records of suicide in young people, 1986-88 in Western Australia. *Australian and New-Zealand Journal of Psychiatry*, 26(1), 30-39.
- Green, A.H. (1978). Self-destructive behaviour in battered children. *The American Journal of Psychiatry*, 135(5), 579-582.
- Gunderson, J.G., & Links, P.S. (2008). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. USA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Gunderson, J.G. (1996). The borderline patient's intolerance of aloneness: Insecure attachments and therapist availability. *American Journal of Psychiatry*, 153(6), 752-758.
- Hawton, K., & Fagg, J. (1988). Suicide and causes of death, following attempted suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 152, 359-366. doi: 10.1192/bjp.152.3.359
- Hawton, K., Arensman, E., Townsend, E., Bremner, S., Feldman, E., Goldney, R., Gunnell, D., ... Sakinofsky, I. (1998a). Deliberate self harm: Systematic review of the efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *British Medical Journal*, 317, 441-447. doi: 10.1136/bmj.317.7156.441
- Hawton, K. & Kirk, J. (1998b). Problem solving. In K Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk & D.M.

- Clark (Eds.), *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems. A practical guide* (pp. 406–426). New York: Oxford Medical Publications.
- Hoberman, H.M., & Garfinkel, B.D. (1988). Completed suicide in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 689-695.  
doi:10.1097/00004583-198811000-00004
- Institut canadien d'information sur la santé. (2004). *Bulletin analytique du Registre national des traumatismes: Hospitalisations pour tentatives de suicide et blessures auto-infligées au Canada, 2001-2002*. Toronto, Ontario: ICIS.
- Isometsä, E.T., Henriksson, M.M., Heikkinen, M.E., Aro, H.M., Marttunen, M.J., Kuoppasalmi, K.I., & Lönnqvist, J.K. (1996). Suicide among subjects with personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 153(5), 667-673.
- Kairouz, S., Boyerm R., Nadeau, L., Perreault, M., & Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Québec: Institut de la statistique du Québec, Gouvernement du Québec.
- Kjellander, C., Bongar, B. & King, A. (1998). Suicidality in borderline personality disorder. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 19, 125-135.  
doi:10.1027/0227-5910.19.3.125
- Labrosse, R., & Leclerc, C. (2007). *Trouble de la personnalité limite et réadaptation*. Saint-Jérôme : Éditions Ressources.
- Laget, J., Plancherel, B., Stéphan, P., Bolognini, M., Corcos, M., Jeammet, P., & Halfon, O. (2006). Personality and repeated suicide attempts in dependent adolescents and young adults. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 27, 164-171.  
doi: 10.1027/0227-5910.27.4.164

- Lambert, M.T. (2003). Suicide risk assessment and management: Focus on personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 16(1), 71-76.
- Langlois, S., & Morrison, P. (2002). Suicide deaths and suicide attempts. *Health Reports*, 13(2), 9-22.
- Lesage, A.D., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Ménard-Buteau, C., & Loyer, M. (1994). Suicide and mental disorders: A case-control study of young adults males. *The American Journal of Psychiatry*, 151(7), 1063-1068.
- Lester, D. (1992). *Why people kill themselves: A 1990 summary of research findings on suicidal behavior*. Springfield ILL. Charles C. Thomas.
- Levenson, M., & Neuringer, C. (1971). Problem-solving behavior in suicidal adolescent. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37, 433-436. doi: 10.1037/h0031985
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.L., & Korslund, K.E., ... Lindenboim, M.S. (2007). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766. doi:10.1001/archpsyc.63.7.757.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive Behavioural treatment of borderline patients*. New York: Guilford.
- Livesley, W.J. (2000). A practical approach to the treatment of patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 211-232. doi: 10.1016/S0193-953X(05)70152-0
- Lorillard, S., Schmitt, L., & Andreoli, A. (2011). Comment traiter la tentative de suicide ?

- Seconde partie une revue des traitements et de leur efficacité chez des patients borderline. *Annales Medico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 169, 229-236. doi :  
10.1016/j.amp.2010.08.008
- Lyons-Ruth, K., Repacholi, B., McLeod, S., & Silver, E. (1991). Disorganized attachment behavior in infancy: Short-term stability, maternal and infant correlates, and risk-related subtypes. *Development and Psychopathology*, 3, 377-396. doi:  
10.1017/S0954579400007586
- Lyons-Ruth, K., & Jacobovitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment Theory, Research, and Clinical Application* (pp. 520-554). New York: Guilford.
- Main, M & Solomon, J (1986). Discovery of insecure disoriented attachment pattern: procedures, findings and implications for the classification of behavior. In Brazelton, T., Youngman, M. *Affective Development in infancy*. Norwood, NJ: Ablex.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for the Research in Child Development*, 50, 66-104. doi: 10.2307/3333827
- Marttunen, M.J., Aro, H.M., & Lonnqvist, J.K. (1992). Adolescent suicide: Endpoint of long-term difficulties. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 649-654. doi: 10.1097/00004583-199207000-00011
- Marttunen, M.J., Aro, H.M., Henriksson, M.M., & Lonnqvist, J.K. (1991). Mental disorders in adolescent suicide: DSM-III-R axes I and II diagnoses in suicides among 13-to 19-year-olds in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 48, 834-839. doi:  
10.1001/archpsyc.1991.01810330058009.

- McMain, S., Links, P.S., Gnam, W., Guimond, T., Cardish, R.J., Korman, L., & Streiner, .  
(2009). A randomized controlled trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *166*, 1365–1374. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09010039
- Mercier, G., & St- Laurent, D. (1998). *S'entraider pour la vie. Stratégie Québécoise d'action face au suicide*. Bibliothèque nationale du Québec: Gouvernement du Québec.
- Moss, E., Parent, S., & Gosselin, C. (1995, March-April ). *Attachment theory of mind: Cognitive and metacognitive correlates of attachment during the preschool period*. Communication présentée au Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Indianapolis, Indiana.
- Murphy, G.E., & Wetzel, R.D. (1982). Family history of suicidal behavior among suicide attempters. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *170*(2), 86-90.
- Orbach, I. (2007). From abandonment to symbiosis: A developmental reversal in suicidal adolescents. *Psychoanalytic Psychology*, *24*, 150-166. doi: 10.1037/0736-9735.24.1.150
- Orbach, I., Rosenheim, E., & Hary, E. (1987). Some aspects of cognitive functioning in suicidal children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *26*, 181-185. doi: 10.1097/00004583-198703000-00010
- Paris, J. (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, *53*, 738-742. doi: 10.1176/appi.ps.53.6.738
- Pfeffer, C.R. (1990). Suicidal behaviour in children and adolescents : A clinical and research perspective. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, *63*(4), 325-332.
- Pionnié, N., & Atger, F. (2003). Attachement et psychopathologie. *Perspectives Psy*, *42*(2), 129-133.

- Rotheram-Borus, M.J., Piacentini, J., Miller, S., Graham F., & Castro-Blanco, D. (1994). Brief cognitive-behavioural treatment for adolescent suicide attempters and their families. *Journal of the American of Child and Adolescent psychiatry*, 33(2), 508-517.
- Rourke, B.P., Young, G.C., & Leenaars, A.A. (1989). A childhood learning disability that predisposes those afflicted to adolescent and adult depression and suicide risk. *Journal of Learning Disabilities*, 22, 169-175. doi: 10.1177/002221948902200305
- Runeson, B., & Beskow, J. (1991). Reactions of survivors of suicide victims to interviews. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 169–173. doi: 10.1111/j.1600-0447.1991.tb05518.x
- Sabo, A.N., Gunderson, J.G., Najavits, L.M., Chauncey, D., & Kisiel, C. (1995). Changes in self-destructiveness of borderline patients in psychotherapy: A prospective follow-up. *The Journal of Nervous and Mental Disorder*, 183(6), 370-376.
- Schore, A.N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 7-66.
- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., De Leo, D., Kerkhof, A., Bjerke, T., Crepet, P. (1996). Attempted suicide in Europe: Rates, trends, and sociodemographic characteristics of suicide attempters during period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study of Parasuicide. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 93, 327-338.
- Séguin, M., Goulard, G., Bergmans, Y., Links, P. (2008). *Group Intervention for Adolescents with Recurrent Suicide Attempts*. In S. Palmer (Ed.), *Intervention with suicidal Patients*: Brunner-Routledge.
- Séguin, M., Lesage, A., Tousignant, M., Shawky, N., Turecki, G., Rouleau, G., ... (2003). Stratégie de recherche sur le suicide : Identification des causes multiples. *Journal des psychologues*, 212, 22-26.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Fisher, P., Trautman, P., Moeau, D., Kleinman, M., & Flory, M.

- (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53, 339-348. doi:10.1001/archpsyc.1996.01830040075012
- Shafii, M., Carrigan, S., Whittinghill, J.R., & Derrick, A. (1985). Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 142(9), 1061-1064.
- Soloff, P.H. (1993). *Pharmacological therapies in borderline personality disorder. Borderline personality disorder: Etiology and treatment*. Edited by Paris, J. Washington D.C. American Psychiatric Press, 319-348.
- Smadja, C. (2005). *The Psychosomatic Paradox: Psychoanalytical Studies*. London: Free Association Books.
- Spirito, A., Brown, L., Overholser, J., & Fritz, G. (1989). Attempted suicide in adolescence: A review and critique of literature. *Clinical Psychology Review*, 9, 335-363. doi: 10.1016/0272-7358(89)90061-5
- Stanley, B., Brown, G., Brent, D.A., Wells, K., Poling, K., Curry, J., Kennard, B.D., ... Hughes, J. (2009). Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP) : Treatment model, feasibility and acceptability. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48, 1005-1013.
- Stanley, B. & Brodsky, B.S. (2005). Dialectical Behavior Therapy. In J.M. Oldham, A.E. Skodol & D.S. Bender (Eds.), *American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders* (p.307-320). Washington, DC, American Psychiatric Publishing.
- St-Laurent, D., & Gagné, M. (2008, janvier). Surveillance de la mortalité par suicide au Québec : Ampleur et évolution du problème de 1981 à 2006. *Institut national de santé publique du Québec*, pp. 1-20.
- St-Laurent, D., & Bouchard, C. (2004). L'épidémiologie du suicide au Québec : Que savons-

- nous de la situation récente ? *Institut national de santé publique du Québec*, pp. 1-24.
- Townsend, E., Hawton, K., Altman, D.G., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., House, A., & Van Heeringen, K. (2001). The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: Meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. *Psychological Medicine*, *31*, 979-988. doi: 10.1017/S003329170105423
- Van der Sande, R., Buskens, E., Allart, E., van der Graaf, Y., & van Engeland, H. (1997). Psychosocial intervention following suicide attempt: A systematic review of treatment interventions. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *96*, 43-50. doi: 10.1111/j.1600-0447.1997.tb09903.x
- Van der Velde, C.D. (1985). Body image of one's self and of others: Developmental and clinical significance. *The American Journal of Psychiatry*, *142*(5), 527-537.
- Van Ijzendoorn, M.H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, *117*, 387-403. doi: 10.1037/0033-2909.117.3.387
- Verheul, R., Van Den Bosch, L.M., Koeter, M.W., de Ridder, M.A., Stijnen, T., & Van Den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *The British Journal of Psychiatry*, *182*, 135-140. doi: 10.1192/bjp.02.184
- Vita, A., De Peri, L., & Sacchetti, E. (2011). Antipsychotics, antidepressants, anticonvulsants, And, placebo on the symptom dimensions of borderline personality disorder: A meta-analysis of randomized controlled and open-label trials. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *31*, 613-624. doi: 10.1097/JCP.0b013e31822c1636

- Vitiello, B., Brent, D.A., Greenhill, L. L., Emslie, G., Wells, K., Walkup, J.T., Stanley, B. & Zelazny, J. (2009). Depressive symptoms and clinical status during the treatment of adolescent suicide attempters (TASA) study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48, 997-1004.
- Villeneuve, D. & Roux, N. (1995). Family therapy and some personality disorders in adolescence. *Adolescent Psychiatry*, 20, 365-380.
- Wilberg, T., Friis, S. & Karterud, S. , Mehlum, L., Urnes, Ø., & Vaglum, P. (1998). Outpatient group psychotherapy: A valuable continuation treatment for patient with borderline personality disorder treated in a day hospital?: A 3 years follow-up study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 52, 213-221. doi:10.1080/08039489850139139
- Winnicott, D.W. (1965). *The maturational processes and the Facilitating environment*. London: Hogarth.
- Wood, A., Trainor, G., Rothwell, J., Moore, A., & Harrington, R. (2001). Randomized trial of group therapy for deliberate self-harm in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 1246-1253. doi: 10.1097/00004583-200111000-00003
- Zanarini M.C. (2009). Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120, 373-377. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01448.x
- Zanarini, M.C., Gunderson, J.G., Frankenburg, F.R., & Chauncey, D.L. (1990). Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147(2), 161-167

## APPENDICE A

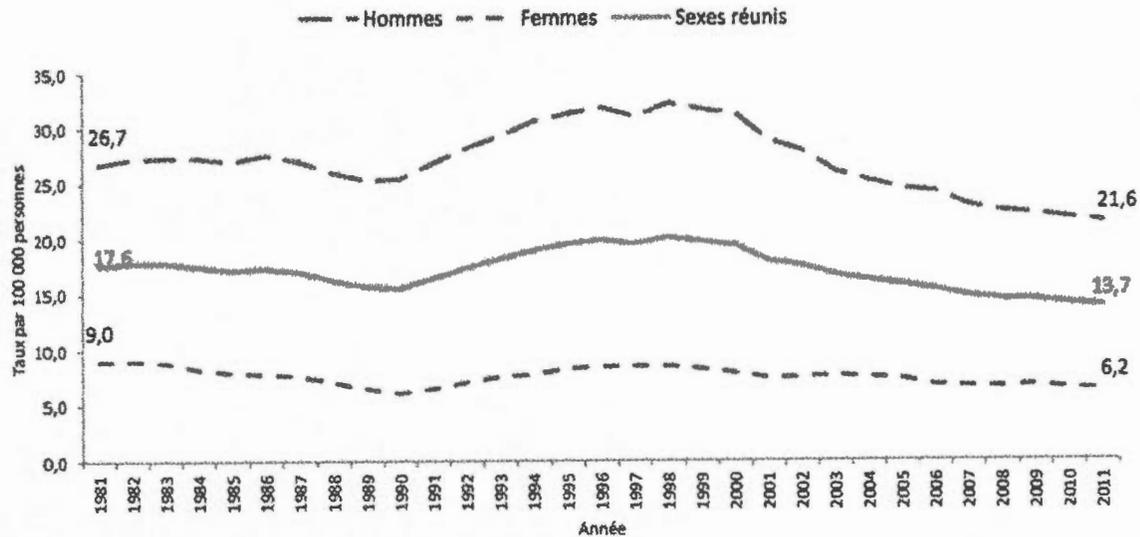


Figure 1 Taux ajusté<sup>1,2</sup> de mortalité par suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 1981 à 2011<sup>3</sup>

Figure 1. Taux ajustés selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Québec en 2001. Adapté par St-Laurent, D & Gagné, M. (2008). *Surveillance de la mortalité par suicide au Québec : ampleur et évolution du problème de 1981 à 2006*. Québec, Institut national de santé publique.

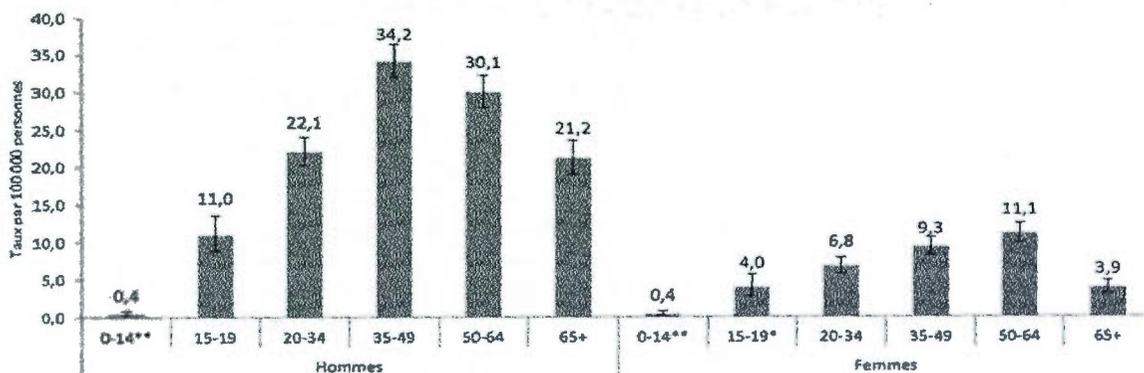


Figure 2 Taux de suicide selon le groupe d'âge et le sexe, ensemble du Québec, 2009-2011<sup>1</sup>

Figure 2. Proportion des décès par suicide dans l'ensemble des décès chez les hommes selon les groupes d'âge, Québec, 1998-2000 et 2003-2005 (St-Laurent, D & Gagné, M., 2008)

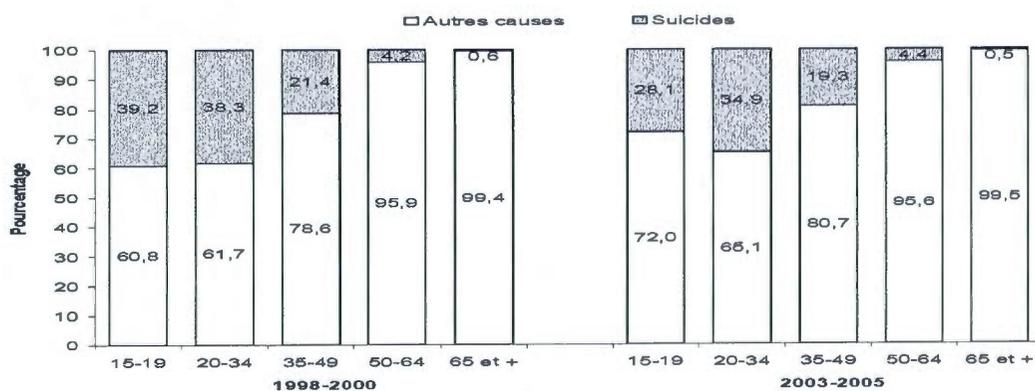


Figure 3. Proportion des décès par suicide dans l'ensemble des décès chez les femmes selon les groupes d'âge, Québec, 1998-2000 et 2003-2005. Adapté par St-Laurent, D & Gagné, M. (2008).

*Surveillance de la mortalité par suicide au Québec : ampleur et évolution du problème de 1981 à 2006.* Québec, Institut national de santé publique.

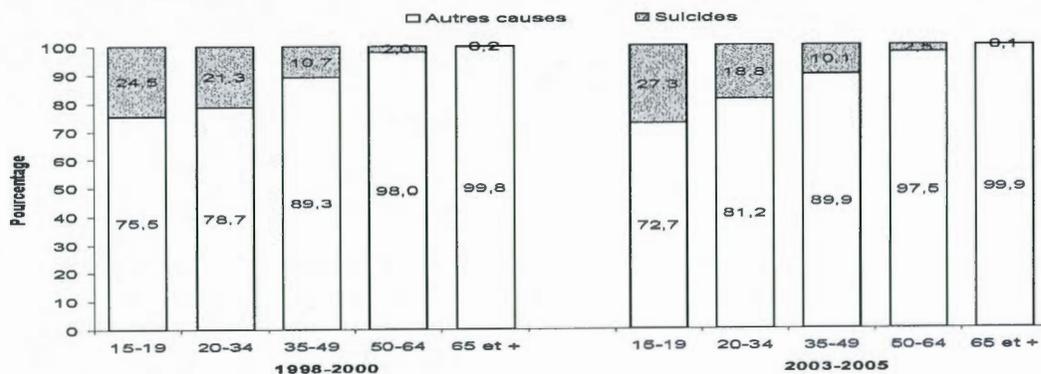


Figure 4. EXPLICATION FIGURE. Adapté par St-Laurent, D & Gagné, M. (2008). *Surveillance de la mortalité par suicide au Québec : ampleur et évolution du problème de 1981 à 2006*. Québec, Institut national de santé publique.

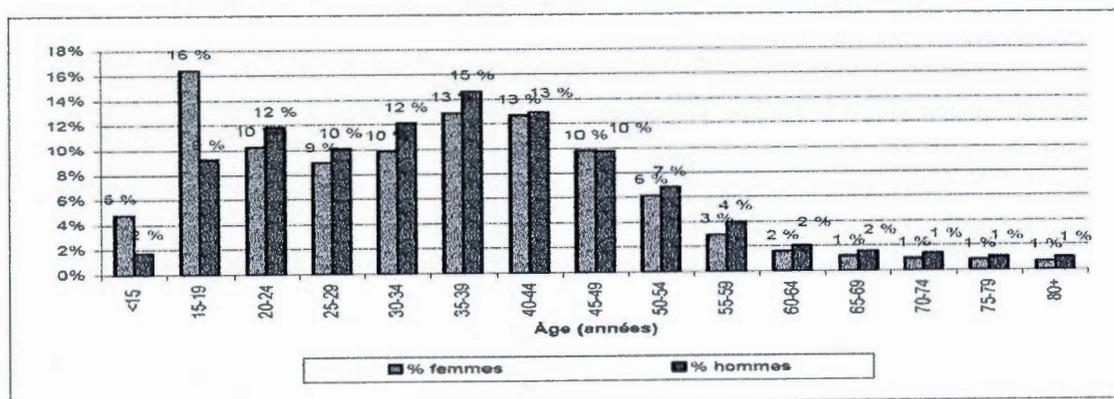


Figure 5. Hospitalisations pour tentatives de suicide selon le sexe et l'âge, 2001-2002. Adapté par Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Bulletin analytique du Registre national des traumatismes: Hospitalisation pour tentatives de suicide et blessures auto-infligées au Canada, 2001-2002, Toronto (Ontario), ICIS, 2004.

## Appendice B

# Centre Hospitalier Pierre-Janet

## Consentement à la participation à un groupe de psychothérapie

Une intervention de psychothérapie de groupe vous est proposée et sera dirigée par la Dr Ginette Goulard, psychiatre, par M. Alain Piché, éducateur et par M. Patrick Bertrand, interne en psychologie clinique, tous trois du Centre Hospitalier Pierre-Janet. Cette étude vise à évaluer l'efficacité de l'approche qui vous est proposée, et ce, par la diminution des comportements auto-agressifs et l'augmentation des stratégies positives de résolution de problèmes, d'expression des émotions et de prise de décision. Cette approche a été développée par Dr Paul Links et Mme Yvonne Bergmans de l'Hôpital St-Michael de Toronto. Nous souhaitons également évaluer les bénéfices de cette approche. L'évaluation de cette approche sera réalisée par M. Patrick Bertrand, interne en psychologie clinique et candidat au doctorat à l'Université du Québec à Montréal, par Dr Monique Séguin, professeur à l'Université du Québec en Outaouais, de Dr Paul Links et Mme Yvonne Bergmans de l'Hôpital St-Michael de Toronto et par la Dr Goulard du Centre Hospitalier Pierre Janet.

Avant d'accepter de participer, il est important de prendre le temps de lire ce formulaire de consentement. Nous souhaitons vous fournir toutes les informations nécessaires en vue de décider si vous souhaitez participer à cette intervention. Si vous avez des questions, vous pouvez en discuter avec les chercheurs Dr Goulard et Séguin, M. Patrick Bertrand, avec votre médecin traitant, votre famille ou un proche.

La psychothérapie de groupe aura une durée de 20 semaines à raison d'une rencontre d'une heure trente par semaine. Nous vous proposons de participer à cette intervention de groupe qui vise à diminuer les comportements auto-agressifs, les idéations suicidaires et permettre une meilleure utilisation des stratégies positives en vue de réduire les comportements auto-agressifs. Si vous acceptez d'y participer, nous vous proposerons de compléter des questionnaires avant le début et à la fin de la psychothérapie ou lors d'une rencontre individuelle qui aura une durée d'environ une heure trente. Ces questionnaires visent à prendre une mesure des difficultés et des symptômes que vous vivez actuellement. Ces questionnaires peuvent être remplis seuls ou avec l'aide d'un des thérapeutes si vous le souhaitez. Six mois après la fin du groupe, nous vous proposerons encore une fois de remplir une série de questionnaires. Ces questionnaires porteront sur vos difficultés et symptômes actuels. La passation de ces questionnaires pourra prendre environ 60 minutes. Lors de ces périodes d'évaluation vous pourrez peut-être vous sentir plus vulnérable puisque vous aborderez vos difficultés actuelles. Dans ce cas, vous pourrez avoir accès au soutien du Dr. Goulard, M. Piché ou de M. Bertrand.

Vous pourrez mettre fin à ces évaluations en tout temps sans aucun préjudice quant aux services actuels ou futurs. Toutes les informations sont strictement confidentielles et aucune donnée nominative ne sera utilisée lors de l'analyse des données.

Votre participation au groupe de psychothérapie pose peu de risque de créer un état de vulnérabilité. Nous vous demandons de maintenir les informations qui se partageront dans le groupe, ainsi que les noms des autres personnes qui participent au groupe confidentiel. Les contacts entre les membres du groupe ne sont pas encouragés en dehors du groupe. Si un membre du groupe devait vous faire des confidences quant à des intentions auto agressives, vous devez en informer les thérapeutes immédiatement. Nous assurerons le soutien nécessaire, tant pour vous que pour les autres membres du groupe. Nous nous réservons le droit, si nécessaire, de discuter avec votre médecin traitant, ou de vous retirer du groupe si votre sécurité ou si la sécurité d'un autre membre du groupe est mise en question. Si une situation comme celle-ci devait se produire, vous en serez informé sans délais. Aucune rémunération n'est prévue pour la participation à ce groupe.

**Si vous avez des questions quant à ce consentement, vous pouvez joindre en tout temps Dr Monique Séguin au numéro de téléphone suivant : (819) 595-3900 poste 2260.**

**Si vous avez des questions ou commentaires quand à votre participation, vous pouvez communiquer avec le président du Comité d'éthique du Centre Hospitalier Pierre-Janet, M. Pierre Gagnon au numéro suivant : (819) 771-7761 poste 201.**

## Centre Hospitalier Pierre-Janet

### Consentement à la participation à un groupe de psychothérapie

Je, \_\_\_\_\_, atteste qu'on m'a lu et expliqué le formulaire de consentement et qu'on m'a fourni toutes les informations nécessaires en vue de ma participation au groupe de psychothérapie ainsi qu'aux évaluations qui y sont associées. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions relatives à ma participation et on y a répondu à ma satisfaction.

Je consens à participer à ce groupe de thérapie.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Témoin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Si vous avez des questions quant à ce consentement vous pouvez joindre en tout temps la chercheuse principale, Dr Monique Séguin au numéro de téléphone suivant :

(819) 595-3900 poste 2260.

Si vous avez des questions ou commentaires quand à votre participation, vous pouvez communiquer avec le président du Comité d'éthique du Centre Hospitalier Pierre-Janet, M. Pierre Gagnon au numéro suivant : (819) 771-7761 poste 201.

# GPS

## Groupe de protection de soi

Manuel d'intervention de groupe pour les  
adolescents ayant fait de multiples  
tentatives de suicide.

Centre Hospitalier Pierre-Janet

Mise à jour Été 2011

## Appendice C

Programme d'intervention de groupe visant la  
protection de Soi (GPS)

Tiré du

MANUEL POUR LES INTERVENANTS  
DU GROUPE D'INTERVENTION  
POUR LES PERSONNES AYANT FAIT DES  
TENTATIVES DE SUICIDE RÉCURRENTES (P.I.S.A.)

\*

**Monique Séguin Ph.D**

Professeure, Département de psychologie  
Université du Québec en Outaouais  
Groupe McGill de recherche sur le suicide

**Ginette Goulard M.D. FRCP(C)**

Centre Hospitalier Pierre-Janet  
Université d'Ottawa

**Patrick Bertrand, M.Ps**

Centre Hospitalier Pierre-Janet  
Université du Québec à Montréal

---

\* Traduction de : Bergmans, Y. (2001). A facilitators guide for the psychosocial/ psychoeducational group for people experiencing recurrent suicide attempts (P.I.S.A.). ASR Chair in suicide Studies.

## Table des matières

### Les habiletés d'efficacité interpersonnelle

Session 1 : Droits et libertés individuelles .....

Session 2 : Mon réseau personnel et professionnel .....

Session 3 : Les frontières .....

Session 4 : La jalousie et les relations amoureuses .....

Session 5 : Stratégies de résolution de problème .....

### Les habiletés de pleine conscience

Session 6 : Définition et exercices .....

### Les habiletés de tolérance à la détresse

Session 7 : Options à l'automutilation .....

Session 8 : Endroit sécuritaire .....

Session 9 : Sécurité personnelle .....

Session 10 : Techniques de détente .....

Session 11 : Évaluation de mi-session .....

Session 12 : Diagnostic psychiatrique .....

### Les habiletés de régulation des émotions

Session 13 : Échelle d'intensité du contrôle des émotions .....

Session 14 : Régulation de la tension des émotions .....

Session 15 : Le langage émotionnel .....

Session 16 : Écouter son corps .....

Session 17 : Triade Émotion-pensée-action .....

Session 18 : Pensées automatiques .....

### **La prévention de la rechute**

Session 19 : Tu es parfaitement imparfait(e) en ce moment .....

Session 20 : Activité bilan (questionnaires) .....

Session 21 : Souper de groupe .....

## **Session 1**

Thème: Droits et libertés individuelles

### **Déroulement de la session 1**

- Introduction
- Collecte des formulaires de consentement  
(rencontre individuelle avant le début du groupe)
- Collecte des questionnaires (rencontre individuelle avant le début du groupe)
- Distribution des documents

**Objectif de la session :**

Aider les jeunes à comprendre les objectifs et les règles de fonctionnement du groupe de psychothérapie.

**Documents à distribuer :**

Activité brise-glace

Objectifs du groupe

- Discuter avec les membres du groupe de leurs attentes face à ces rencontres et discuter des objectifs du groupe.
- Demander à chaque membre du groupe de se trouver un objectif personnel à atteindre d'ici la fin du programme.

Règles de fonctionnement pour le groupe

Discuter des règles de fonctionnement.

Prendre soin de moi en reconnaissant mes droits

Discuter des éléments un à un en demandant aux membres du groupe d'identifier ce qui est sécuritaire, leur définition de ce qu'est la sécurité personnel et la sécurité à l'intérieur/ avec ce groupe.

# Activité Brise-glace

## Description de l'activité

Chaque membre du groupe inscrit trois éléments qui les représentent ou qu'ils aiment. Ensuite, à tour de rôle, un membre du groupe lit le contenu d'une feuille et essaie de deviner qui l'a écrit.

---

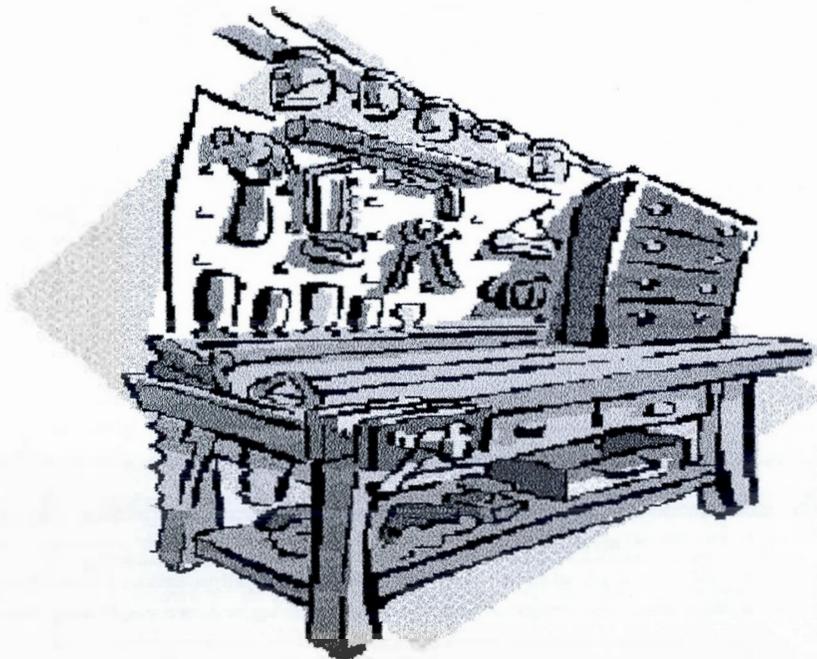
---

---

## **Objectifs du groupe**

- ⇒ Diminuer les comportements auto-agressifs
- ⇒ Diminuer les idéations suicidaires
- ⇒ Augmenter le nombre de stratégies positives de résolution de problèmes
- ⇒ Augmenter le nombre de stratégies positives d'expression des émotions
- ⇒ Augmenter le nombre de stratégies positives de prise de décision

# LES OUTILS DU SUCCÈS



## ***Règles de fonctionnement pour le groupe***

### **Confidentialité**

Nous vous demanderons de maintenir les informations qui se partageront dans le groupe, ainsi que les noms des autres personnes qui participent au groupe confidentiels.

### **Demande d'aide**

Si un membre du groupe devait vous faire des confidences quant à des intentions auto agressives vous devez en informer les thérapeutes immédiatement. Nous assurerons le soutien nécessaire, tant pour vous que pour les autres membres du groupe.

### **Relation personnelle en dehors du groupe**

Les contacts entre les membres du groupe qui ont lieu à l'extérieur de cette activité pourraient être discutés lors des groupes en cas de difficultés.

### **Auto agression**

Nous ne discuterons pas des détails associés à une auto agression, nous sommes dans ce groupe pour trouver des alternatives aux comportements auto agressifs.

### **Intoxication**

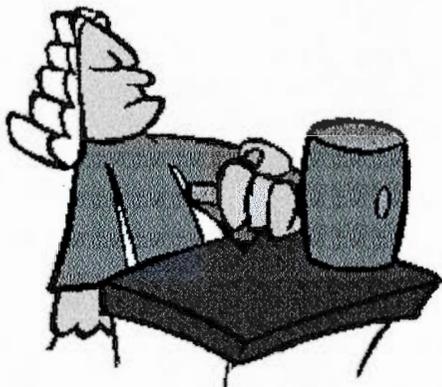
Si vous arrivez au groupe en état d'intoxication, nous vous demanderons de quitter le groupe.

### **Le droit de se sentir en sécurité**

Tous les participants ont le droit de se sentir en sécurité lors des rencontres du groupe et doivent l'exprimer s'ils ne se sentent pas en sécurité. Si un membre a des comportements qui menacent la sécurité des autres membres du groupe (comportements verbaux ou physiques d'agression) on lui demandera de quitter le groupe. Il est important que tous se sentent en sécurité les uns avec les autres.

Nous nous réservons le droit, si nécessaire, de discuter avec votre médecin traitant ou de vous retirer du groupe, si votre sécurité ou si la sécurité d'un autre membre du groupe est remise en question. Si une situation comme celle-ci devait se produire vous en serez informé sans délai.

## ***Prendre soin de moi en reconnaissant mes droits***



- J'ai le droit d'être respecté par les autres.
- J'ai le droit de décider par moi-même.
- J'ai le droit de dire non sans me sentir coupable.
- J'ai le droit de ressentir la colère et de l'exprimer adéquatement.
- J'ai le droit d'accorder autant d'importance à mes besoins qu'à ceux des autres.
- J'ai le droit de faire des demandes afin d'obtenir

ce que je désire.

- J'ai le droit de profiter de la vie.
- J'ai le droit de me sentir en sécurité tout en ayant la responsabilité que les autres se sentent en sécurité autour de moi.
- J'ai le droit d'avoir mes propres opinions et de les exprimer de manière à ce que d'autres personnes autour de moi ne se sentent pas menacés.
- J'ai le droit de faire des erreurs.
- J'ai le droit de demander de l'aide.

**Les droits peuvent aussi représenter des responsabilités. Le fait d'avoir des droits n'implique pas automatiquement que je dois agir, mais me donne la liberté d'avoir des choix et de les exercer de manière saine et sécuritaire.**

## Session 2

### Thème : Mon réseau personnel et professionnel

#### **Déroulement de la session 2**

- Reconnaître les absences
- Distribution des documents
- Discuter des défis personnels

#### **Objectifs de la session :**

Aider les jeunes à reconnaître les gens qui composent leur réseau personnel et professionnel auxquels ils peuvent avoir recours lors de situations difficiles.

#### **Points à discuter :**

En faisant un tour de table, nous demandons aux participants de décrire un défi auquel ils ont eu à faire face au cours de la semaine et de dire la manière dont ils l'ont résolu, quelles sont les solutions qui ont été utilisées afin de se protéger. La raison pour laquelle nous sommes ici est pour apprendre et identifier des stratégies, des habiletés et de nouveaux concepts pour vivre de façon plus saine.

#### **Documents à distribuer :**

##### Mon réseau - personnel et professionnel

Vous pouvez encourager les membres du groupe à mettre ce document prêt de leur téléphone. Vous pouvez encourager les jeunes à discuter des personnes que nous pouvons appeler en situation d'urgence et les personnes que nous ne devrions pas appeler. Il est important de faire la différence entre (1) une « confiance aveugle », (2) les attentes d'aide que nous avons envers certaines personnes, (3) ainsi que les personnes qui veulent nous aider quoique ceux-ci n'ont parfois pas les connaissances et compétences pour le faire. Par exemple, certaines personnes n'ont pas confiance en les autres, toutefois, s'il y a un feu, ils appelleront les pompiers sachant que ceux-ci sont en bonne position pour les aider même s'ils ne connaissent pas le pompier personnellement. Ceci est une situation où nous devons faire confiance aux compétences et à l'expérience de ces personnes. Il est important d'être réaliste car les gens près de nous peuvent parfois être limités dans leurs compétences et expériences et donc il est important d'avoir un bon réseau.

Ça ne m'appartient pas !!!

Ceci est un apprentissage de ce qui m'appartient, de ce qui ne m'appartient pas, quelles sont les attentes qui ont été mises sur moi et que j'ai acceptées, et quelles sont les réalités que je dois affronter comme étant les miennes et non celles des autres.

Numéro de téléphone pour situation de crise

Voir la liste de numéro de téléphone disponible lorsqu'une personne est en situation de crise ainsi que les services offerts par chacun des organismes.

Il est possible que le thème de la *sécurité* revienne lors de la discussion. Reprenez les idées telles que : comment se sent-on lorsque nous sommes en sécurité? À quoi cela ressemble-t-il d'être en sécurité? Qui sont les personnes de notre entourage avec qui nous sommes en sécurité? Il est important de se rappeler que certaines personnes vont affirmer ne pas avoir d'endroit sécuritaire. C'est alors que nous pouvons les inviter à créer cet endroit dans leur imagination... un endroit que ou personne d'autres ne peut aller à moins d'y être invité. C'est un endroit où ils ont un contrôle sur tout ce qui se passe. (Pour certaines personnes, ceci doit être présenté comme un « scénario de rêve » ou comme un « si seulement »).



## ***Mon Réseau***

Souviens-toi que ton premier choix ne sera pas toujours disponible... il est donc important d'avoir plus d'un numéro/personne dans ton réseau.

### *PERSONNES*

#### Professionnels

- 1.
- 2.
- 3.

#### Personnels

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

### *ENDROITS*

#### Professionnels

- 1.
- 2.

3.

### Personnels

1.

2.

3.

### CHOSSES À FAIRE POUR ME DISTRAIRE, ME CALMER, ME RÉCONFORTER

1.

2.

3.

**Prends un peu de temps pour penser à ceci lorsque tu n'es pas en période de crise.**

Est-ce que je suis dans un état d'émotion ou un état de raison?

Est-ce que j'ai assez dormi?

Est-ce que j'ai assez mangé?

Est-ce que j'ai pris de la drogue ou de l'alcool qui me rend plus vulnérable?

Est-ce que je peux nommer l'émotion que je ressens?

Quelles stratégies utilisées pour me sentir bien?

## **Ça ne m'appartient pas !!!**

**Après ma participation au groupe, je peux avoir beaucoup d'émotions**

Je peux gérer avec ces émotions de manière variée.

Si je me sens coupable parce que je me sens bien et d'autres membres du groupe vont mal, je dois me rappeler que **ÇA NE M'APPARTIENT PAS !!!**

Si je pense que je « DEVRAIS » me sentir mal car quelqu'un d'autre se sent mal, je dois me rappeler que **ÇA NE M'APPARTIENT PAS !!!**

Je dois cesser de me dire je « DEVRAIS » et être plus généreux avec moi-même

**Si le sujet discuté est très pertinent et important pour moi alors...**

Nomme le problème

Est-ce que je peux l'adresser maintenant?

Est-ce que je veux l'adresser maintenant?

Si non... Écris dans ton journal en tant qu'item à adresser lorsque je le pourrais avec les personnes appropriées.

Quelles sont les personnes ressources dans ta vie?

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Après le groupe tu peux t'organiser une sortie, rencontrer un ou une ami(e), prendre une marche, aller au cinéma, prendre un café, aller au gym, à la piscine, écouter ta musique préférée, danser ou encore

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

### ***Numéro de téléphone pour situation de crise***

Voir document plastifié fait par M. Alain Piché, éducateur spécialisé.

En remettre un aux participants et discuter des différentes ressources disponibles dans le réseau.

### **Session 3**

#### Thème : Les frontières

#### **Déroulement de la session 3**

- Introduction
- Exercice de pleine conscience 1 (explication à la 6<sup>e</sup> rencontre)
- Distribution des documents
- Discuter des défis personnels

#### **Objectif de la session :**

Être en mesure de prendre conscience de ses propres frontières et de celles des autres.

#### **Points à discuter**

Discuter des défis vécus par chacun des membres au cours de la semaine précédente ainsi que les solutions qui ont été utilisées afin de se protéger.

#### **Documents à distribuer :**

##### Frontières

Expliquer les frontières émotionnelles et physiques. À l'aide d'un cerceau, démontrer ce qu'est une frontière physique... notre bulle.

##### Les zones de proximités

Est-tu capable de reconnaître l'inconfort lorsque les gens sont trop près de toi?

## Frontières

### ◆ *Frontière Physique* ◆

---

◆ Chaque être humain est séparé des autres par des frontières physiques. Par exemple, la peau est une frontière. Tout ce qui est à l'intérieur de ta peau démarque une frontière. Mais il existe aussi un autre type de frontière qui dépasse l'extérieur de ta peau. Nous devenons conscients de cette frontière lorsque quelqu'un est trop près de nous, tout comme si nous avions un cercle invisible qui nous encerclait, une zone de confort. Cette zone peut varier dépendamment du genre de relation que nous entretenons avec la personne. Par exemple, un conjoint peut se tenir plus près de nous ainsi que la plupart de nos amis. De l'autre côté, une personne qui nous est hostile va souvent devoir être plus loin de nous afin de respecter notre zone de confort.

◆ Nous définissons nos frontières physiques en choisissant qui peut nous toucher, comment et où. Nous décidons à quelle distance nous laissons les gens s'approcher de nous. Lorsque les gens sont trop près de nous et envahissent nos limites physiques, nous pouvons nous reculer afin de s'assurer qu'ils ne sont plus dans notre espace vital.

### ◆ *Frontière émotionnelle* ◆

---

◆ Les frontières émotionnelles peuvent être définies comme les sentiments et les émotions qui nous appartiennent. Nous avons des limites sur ce qui est sain et approprié lorsque l'on parle de la façon dont les autres nous traitent. Par exemple, si je marche dans la rue et qu'un étranger commence à crier après moi, je peux changer de direction et m'éloigner. Je n'ai pas à accepter qu'on crie après moi. Je peux accepter de la colère transmise de façon appropriée de mes amis et mes proches, mais malgré tout, je vais décider la distance à laquelle je vais être de cette personne.

◆ Nous créons nos frontières émotionnelles en choisissant de quelle façon nous allons laisser les autres nous traiter. L'expression des sentiments de colère et de frustrations envers nous, si exprimé de façon appropriée, est très acceptable. Par contre, une personne qui exprime sa colère de façon inappropriée envers nous ne l'est pas.

◆ Il nous est possible de croire que lorsque nous avons laissé quelqu'un nous

traiter de façon inappropriée une fois que nous devons laisser cette personne le refaire la prochaine fois. Hors, il est possible de changer d'idée, reconnaître que la façon

dont cette personne s'est exprimée n'était pas adéquate et demander à cette personne d'agir différemment.

#### Distances interpersonnelles

	Situation	Perceptions	Distance
<b>Intime</b>  Distance réservée au contact intime avec son partenaire amoureux et ses enfants. Toute autre présence constitue une agression de l'intégralité individuelle. Même pour les personnes habilitées, cette zone n'est pas vraiment pratiquée dans les espaces publics	<u>Proche</u> :	Vision parcellaire et déformée.	Contact
	Corps à corps, acte sexuel, acte affectif intime (câlin, baiser...), bagarre.	Possibilité de toucher toutes les parties du corps	
	<u>Éloignée</u> :	Visualisation déformée du visage (à cette distance on louche)	15-45cm
	Intimité, relations familiales (entre enfants et parents) et amoureuses. En dehors de ces cas, cette sphère n'est pas pénétrée dans un espace social public sans stress ou gêne.	Le contact du toucher de la main est limité par la longueur des membres.	
	Distance du secret		
<b>Personnelle</b>  Zone limite de non contact physique direct. Elle marque l'affectivité et la proximité quotidienne des individus dans leur vie publique.	<u>Proche</u> :	Limite des contacts physiques par extension des membres.	45-75cm
	Contact marquant l'intimité et l'affectivité des personnes en public.  Distance de la confiance.	Vision visuelle à sa netteté maximum permettant de distinguer détails et texture du visage.	

	<p><u>Lointaine</u> :</p> <p>C'est la distance des discussions personnelles entre amis. Quelqu'un hors champ peu entendre mais en faisant un effort</p>	<p>Au-delà du toucher bras tendu d'un seul individu jusqu'au toucher bras tendu entre deux individus.</p> <p>L'ouïe ne perçoit plus les chuchotements mais les voix modérées.</p> <p>Le champ de vision ouvert avec plus ou moins de netteté sur tout un corps assis.</p>	75-125cm
--	---	---	----------

	Situation	Perceptions	Distance
<b>Sociale</b>  Relations interpersonnelles directes. Au-delà de tout contact physique direct, jusqu'au limite de portée de la voix sans effort.	<u>Proche</u> :  Relations interpersonnelles entre personnes se connaissant et se côtoyant sur un projet commun (Travail, réunion informelle...)	Vision de pratiquement tout le corps.  La voix porte et est entendue sans effort.  Il n'y a plus de contact physique direct.	1,25-2,10m
	<u>Lointaine</u> :  Relations interpersonnelles formalisées (entretiens...). Les positions sont définies par une culture des règles sociales (Rapports hiérarchiques...).	Le contact visuel maintient la permanence du contact.	2,10-3,60m
<b>Publique</b>  La prise de parole est hiérarchisée. Les intervenants ont un statut d'orateur face à un public.	<u>Proche</u> :  Le sujet a la possibilité de fuir. Mise en place d'un discours oratoire avec effets de voix et choix syntaxiques.	La voix doit commencer à être soutenue.  Perte de la précision des contacts visuels. C'est la posture qui commence à témoigner du lien  Perte de l'impression de profondeur	3,60-7,50m
	<u>Lointaine</u> :  Distance oratoire. Position entre un orateur et une audience, un public. Forte implication des prises de parole dans un dispositif fortement hiérarchisé (meeting, distance avec les grandes personnalités)	La vision fond le détail dans un décor aplani.  Le corps et la voix ne sont perçus par l'auditoire que par exagérations des intonations et des gestes.  Théâtralité des postures et de l'élocution.	Au-delà de 7,50m

## Session 4

### Thème : La jalousie et les relations amoureuses

#### **Déroulement de la session 4**

- Introduction
- Distribution des documents
- Discuter des défis personnels

#### **Objectif de la session :**

Offrir aux membres du groupe des options pour contrer la violence dans les relations amoureuses.

#### **Points à discuter**

Discuter des défis vécus par chacun des membres au cours de la semaine précédente ainsi que les solutions qui ont été utilisées afin de se protéger.

#### **Documents à distribuer :**

1. Les types de violence
2. Questionnaire sur la jalousie dans les relations amoureuses
3. La jalousie n'est pas une preuve d'amour!

## Les types de violence

Il existe différents types de violence dans les relations amoureuses.

### La violence psychologique :

Elle inclut les attaques verbales, les cris et les insultes. Elle consiste à dévaloriser l'autre personne. Elle se traduit par des attitudes et des propos méprisants, par l'humiliation, le dénigrement, le chantage ou la négligence à son égard. Elle porte atteinte à l'estime de soi et à la confiance en soi.

### La violence physique :

Elle se manifeste par des coups, des blessures de toutes sortes, allant de la bousculade, la brûlure, la morsure, la fracture et jusqu'à l'homicide.

### La violence sexuelle :

Elle consiste en des agressions sexuelles, du harcèlement, de l'intimidation, de la manipulation, de la brutalité en vue d'obtenir une relation sexuelle non consentie.

### La violence économique ou financière :

Elle se caractérise par la domination exercée par la personne qui prive son ou sa partenaire des ressources financières et matérielles nécessaires au bon fonctionnement de la personne.

### La violence spirituelle :

Elle inclut l'utilisation de la relation d'une personne ou de ses croyances spirituelles pour la manipuler, la dominer ou la contrôler. Cela peut comprendre ridiculiser ses croyances ou empêcher une personne de s'adonner à des pratiques spirituelles ou religieuses.

**Questionnaire sur la jalousie dans les relations amoureuses**

1. La jalousie est une preuve d'amour.  
**Vrai**  **Faux**
  
2. Les jeunes femmes qui sont victimes de violence sont faibles et soumises.  
**Vrai**  **Faux**
  
3. Cela n'arrive qu'aux autres  
**Vrai**  **Faux**
  
4. On est moins responsable des actes de violence qu'on a posés si on était sous l'effet de l'alcool ou de drogues.  
**Vrai**  **Faux**
  
5. Les choses vont s'améliorer, les gens changent.  
**Vrai**  **Faux**
  
6. Les filles utilisent davantage la violence psychologique que les garçons.  
  
**Vrai**  **Faux**
  
7. On peut facilement reconnaître un gars violent à son attitude ou à son apparence.  
**Vrai**  **Faux**

## La jalousie n'est pas une preuve d'amour!

### La jalousie est une preuve d'amour (Faux)

La jalousie est la première cause de violence affective et physique chez les jeunes. Cependant, plus de 50% d'entre eux considèrent « qu'il est normal d'être jaloux quand on aime ». La jalousie est acceptable jusqu'à un certain point, mais lorsqu'elle restreint les contacts sociaux de l'autre, contrôle son apparence ou sert de chantage, elle est abusive. Il est normal de ressentir de la jalousie à l'occasion, mais ce n'est pas une preuve d'amour.

### Les jeunes femmes qui sont victimes de violence sont faibles et soumises. (FAUX)

Les attitudes de soumission et de faiblesse sont souvent des conséquences du climat et de mépris causé par l'agresseur et ne sont pas forcément liées à des caractéristiques de la personnalité. Une personne ayant une faible estime d'elle-même ou subissant de fortes pressions de ses pairs peut être plus encline à tolérer des comportements abusifs à son égard. Or, les victimes proviennent de tous les milieux sociaux, qu'elles réussissent bien ou non à l'école, qu'elles soient sociables ou solitaires. De plus, la peur d'être seule entraîne les jeunes filles à tolérer bien des choses, y compris la violence.

### Cela n'arrive qu'aux autres (faux).

Personne n'est à l'abri de la violence dans les fréquentations. La violence n'est pas restreinte à une classe sociale particulière, à un groupe ethnique ou racial, à un sexe ou à l'autre. Tout le monde est à risque.

### On est moins responsable des actes de violence qu'on a posés si on était sous l'effet de l'alcool ou de drogues (faux).

La personne violente est la seule responsable de ses actes et aucun élément extérieur, comme l'usage d'alcool ou de drogues, ne peut l'excuser.

### Les choses vont s'améliorer, les gens changent (faux).

Après les premiers signes de violence, la situation empire généralement en l'absence d'intervention. Il ne faut pas attendre un autre geste violent pour agir. On espère souvent que les choses et les personnes changeront d'elles-mêmes. Les partenaires ont généralement besoin d'aide pour briser le cycle.

### Les filles utilisent davantage la violence psychologique que les garçons (faux).

C'est un préjugé qu'il est difficile de vérifier en fonction de sa subjectivité. Selon une étude québécoise, la violence psychologique chez les filles se manifeste par de l'indifférence ou du détachement à l'égard de leur chum avec

l'intention de se venger. Chez les garçons, elle s'exprime par une attitude de supériorité pour contrôler leur blonde par des actes et des paroles de harcèlement.

**On peut facilement reconnaître un gars violent à son attitude ou à son apparence (faux).**

Il n'existe pas de profil type de l'agresseur. Un jeune homme peut être violent dans ses fréquentations amoureuses tout en ayant une réputation irréprochable dans ses relations sociales.

---

Source : le petit magazine « vivre d'amour et de tendresse », une publication du magazine jeunesse en collaboration avec le ministère de l'éducation, printemps 2000.

## **Session 5**

### Thème : Stratégies de résolution de problèmes

#### **Déroulement de la session 5**

- Introduction
- Distribution des documents
- Discuter des défis personnels

#### **Objectif de la session :**

Offrir aux membres du groupe une variété de stratégies pour résoudre des conflits.

#### **Points à discuter**

Discuter des défis vécus par chacun des membres au cours de la semaine précédente ainsi que les solutions qui ont été utilisées afin de se protéger.

#### **Documents à distribuer :**

##### Résolution de problèmes

Les documents remis permettent de voir diverses façons de résoudre des problèmes. Parler de gestion des émotions, du sentiment de sécurité, où ils se situent sur l'échelle d'intensité, et la façon dont ils interprètent la situation sont tous des facteurs importants lorsqu'on essaie de résoudre un problème. Il est aussi important de se rappeler des personnes qui constituent notre réseau et avec qui nous pouvons nous allier pendant une situation problématique.

##### Étapes de résolution de problèmes

# RÉSOLUTION DE PROBLÈMES

## Comment savons-nous qu'il y a un problème?

- Les résultats ne sont pas ce à quoi nous nous attendions
- Il y a une réaction émotionnelle qui n'est pas confortable

## 1. Définir le problème

Pourquoi?

Qui?

Quoi?

Où?

Comment?

Est-ce que c'est superficiel ou profond?

Est-ce que c'est une crise?

Quel est le défi que je vis dans cette situation?

## 2. Quel est le but?

## 3. Comment puis-je atteindre mon(mes) but(s)? (options)

Comportements

Attitudes

## 4. De quoi vais-je avoir besoin pour atteindre mon(mes) buts? (personnes, ressources)

## 5. Tâches que je dois compléter au départ :

- a. Quoi
- b. Quand
- c. Avec qui
- d. Combien de fois

**6. Que peut-il se produire si j'essaie chacune des options identifiées plus haut (conséquences et réponses)**

**7. Vas-y**

**8. Évalue les événements – complètement réussi, partiellement réussi, pas réussi**

Quelles ont été les difficultés au niveau pratique?

Y avait-il des attitudes ou croyances qui ont posé des difficultés – peur ou doute sur les conséquences possibles? (Besoin de se préparer à l'avance, jeu de rôle, renversement de rôle, dessiner le portrait de l'avant ou de l'après.)

## Étapes de résolution de problèmes

### 1. Reconnaître le problème

- Lorsque les résultats ne correspondent pas à nos attentes ou lorsque nous avons une réaction émotive inconfortable, nous devenons conscient qu'il y a un problème

### 2. Définir le problème

- Utiliser les 5 questions : Pourquoi? Quoi? Qui? Où? Comment?
- Identifier à quels niveaux ceci cause un problème
- Est-ce qu'il est superficiel ou profond?
- Est-ce que c'est une crise?
- Renommer le problème en termes positifs : Quel est le défi que je vis dans cette situation?

### 3. Générer des idées

- Faire un remue-méninge dans le but de trouver le plus d'idées possibles et d'être créatif
- Combiner des idées afin de créer de nouvelles possibilités

### 4. Prendre une décision

- Faire une liste de priorités : Quels sont les facteurs importants afin de prendre une décision?
- Mettre ces facteurs en ordre d'importance
- Choisir la solution qui répond aux critères identifiés comme étant important

### 5. Implanter la décision

- Préparer un plan d'action pour implanter la décision
- Trouver une façon d'évaluer le niveau de réussite
- Anticiper les problèmes
- Pratiquer et ensuite essaie-le

### 6. Évaluer

- Faire un retour sur ce qui s'est passé en détail
- Est-ce que c'était une réussite ou un échec?
- Si c'était un échec, identifie les difficultés survenues à chaque étape et redéfinis la résolution du problème en utilisant la nouvelle information

## Session 6

### Thème : Les habiletés de pleine conscience

#### **Déroulement de la session 6**

- Introduction
- Distribution des documents
- Discuter des défis personnels

#### **Objectif de la session :**

Définir ce qu'est une habileté de pleine conscience et discuter de son utilité dans la vie quotidienne.

#### **Points à discuter :**

Discuter des défis vécus par chacun des membres au cours de la semaine précédente ainsi que les solutions qui ont été utilisées afin de se protéger.

#### **Documents à distribuer :**

La pleine conscience, c'est quoi

Vivre en pleine conscience.

La pleine conscience, exemples de pratique

### La pleine conscience, c'est quoi ?

- La pleine conscience permet de devenir plus conscient et de réagir différemment aux idées, émotions et sensations corporelles.
- La pleine conscience permet de cultiver une observation sans jugement de tout stimuli pénétrant notre réalité, moment par moment.
- La pleine conscience permet de vivre le moment présent en se libérant des ruminations du passé et des craintes du futur.
- La pleine conscience, c'est porter délibérément attention aux choses qui sont là dans l'instant présent, sans les juger. Cela peut être nos sensations corporelles, les sons, les couleurs, ou les pensées qui naissent dans l'esprit.

### Vivre en pleine conscience

Vivre en pleine conscience, c'est vivre le moment présent. Tout simplement! On n'a pas besoin de s'observer longtemps pour constater que notre présent est presque toujours habité par....le passé et le futur! On saute du lit le matin en pensant à tout ce qui nous attend dans les prochaines heures et on rentre le soir avec tout ce qu'il y a eu de bon et de moins bon dans la journée.

La tête pleine de souvenirs et de projets qui se bousculent sans arrêt, comment pouvons-nous alors réellement apprécier, par exemple, la joie de l'enfant débordant de bonheur à nous retrouver? Nous ne sommes pas là avec lui, à partager sa joie de vivre...nous sommes ailleurs à laisser trotter dans nos têtes ce qui ne fait plus ou ne fait pas encore partie de notre présent.

Comment pouvons-nous réellement voir la tendre beauté d'une fleur si notre esprit vagabonde entre l'hier et le plus tard? Comment pouvons-nous être fascinés par la radiante beauté d'un coucher de soleil si nous l'observons distraitement en pensant aux plaisirs à venir du souper qui mijote ?

La joie, la paix, le bonheur nous entourent constamment dans les simples petits traits et gestes de tous les jours. Si nous ne sommes pas pleinement là pour les apprécier, comment pourrions-nous jouir de leur réalité ?

Nous passons le tiers de notre vie endormis (8 heures de sommeil, en moyenne sur 24). Combien, des deux tiers restants, vivons-nous pleinement, bien ancrés dans le merveilleux présent, à jouir pleinement de cet indescriptible cadeau qu'est la vie? Pas étonnant qu'on entende fréquemment des remarques du genre : « mes dernières vacances » ou encore « ma jeunesse » et même « ma vie, ça a passé tellement vite, je n'ai rien vu! ».

Vivre le moment présent...nous sommes ici et maintenant...nous en sommes conscients et le seul moment à vivre est cet instant présent. Unique et merveilleux moment...c'est le seul moment qui soit réel.

### Exemple de pratique de pleine conscience

Installez-vous confortablement, assis ou couché. Sentez-vous à l'aise et fermez les yeux. Prenez quelques respirations profondes et observez ce qui se passe au niveau des **pensées**. Regardez vos pensées comme s'il s'agissait d'un film. N'analysez pas ces pensées, ne les jugez pas non plus, regardez-les simplement et laissez-les être là.

Observez s'il y a une agitation ou si le mental est calme. Observez comme les **pensées** apparaissent d'elles-mêmes.

Une pensée apparaît et elle en entraîne une autre à sa suite. Cela forme comme des chaînes de pensées et parfois elles vous embarquent totalement. Il se peut qu'à ce moment-là vous oubliez totalement que vous êtes là. Cela n'est pas grave, dès que vous le remarquez, redevenez observateur. N'essayez pas de contrôler ou de chasser les **pensées**. Ne leur donnez pas suite volontairement. Ne les nourrissez pas non plus. Laissez-les simplement être et observez. Faites cela pendant le temps que vous souhaitez. Ne forcez rien.

Maintenant, prenez contact avec votre **respiration** en focalisant votre attention sur elle. Laissez-la simplement aller. N'essayez pas de la contrôler ou de la diriger. Sentez l'air entrer en vous et ressentez par où il passe et comment il passe. Sentez l'air ressortir après avoir circulé en vous.

Si des **pensées** viennent, n'essayez pas de les chasser, laissez-les être là et reportez simplement votre attention sur la respiration. Accueillez tout ce qui vient, picotements, peurs, rires, larmes, joie, bien-être, calme, agitation, impatience ou toute autre chose. Accueillez tout ce qui vient et observez, puis reportez votre attention sur votre respiration. Ressentez. À chaque inspiration soyez conscient que vous inspirez. À chaque expiration soyez conscient que vous expirez. N' imaginez rien, ne faites pas de visualisation. Laissez-vous seulement être un avec votre respiration. Laissez votre respiration respirer d'elle-même.

Détendez-vous quelques instants en respirant profondément. Focalisez ensuite votre attention sur vos pieds. Ressentez les sensations, les picotements, les fourmillements. Ressentez la vie dans vos pieds.

Faites cela pendant quelques secondes. Puis, faites la même chose sur chaque partie de votre corps en remontant jusqu'au sommet du crâne. Ensuite, ressentez votre corps dans son ensemble. Ressentez la vie qui l'anime et l'énergie qui circule.

Maintenant, repoussez les limites de l'espace que vous croyez occuper ou de la définition que vous considérez comme étant vous. Ressentez l'espace que vous occupez. En faisant le moins d'effort possible, étendez votre conscience dans toutes les directions. Incluez tous les êtres et toutes les choses. Ressentez maintenant que vous contenez l'espace que vous venez de créer. Ressentez ce que vous êtes.

Pendant cet exercice, de nombreuses pensées vont danser dans tous les sens et se bousculer. Ne vous en occupez pas. N'essayez pas de les chasser, ne luttiez pas contre elles, regardez-les passer sans vous y attacher, sans les nourrir, sans leur donner suite. Regardez-les comme si vous regardiez un film, acceptez-les, acceptez qu'elles soient présentes mais ne vous y attachez pas. Les pensées qui émergent comme ça créent des chaînes de pensées. Une pensée en amène une autre et ainsi de suite, alors parfois vous serez entraîné par ce genre de pensée. Dès que vous prenez conscience de cela, félicitez-vous de l'avoir remarqué et revenez à votre respiration ou vers vos sensations physiques.

Si vous n'êtes pas en silence, alors acceptez de ne pas être en silence. S'il y a beaucoup de pensées et que vous êtes agité, acceptez cela aussi. Dans tous les cas : Il n'y a rien à réussir, cela se passe toujours de la meilleure façon qui soit pour vous dans l'instant présent.

## Session 7

### Thème : Options à l'automutilation

#### **Déroulement de la session 7**

- Introduction
- Discuter des défis personnels
- Distribution du document

#### **Objectif de la session :**

Offrir aux jeunes une variété d'options à l'automutilation.

#### **Points à discuter :**

Faire une activité de pleine conscience

Discuter d'un défi vécu par chacun des membres au cours de la semaine précédente ainsi que les solutions qui ont été utilisées afin de se protéger.

#### **Document à distribuer :**

##### Stratégies de vie pour être bien

Discuter de stratégies qui seront abordées à maintes reprises au cours des 15 prochaines semaines. L'élément le plus important est de **réduire l'accès aux moyens**, d'essayer les stratégies mentionnées et les mettre en pratique dans des moments où les participants ne sont pas en crise. (prend 20 jours de pratique, 5 fois par jour pour développer une nouvelle habitude... alors PRATIQUER!) Demander aux membres du groupe d'ajouter leurs stratégies à la liste suggérée et d'en discuter avec le groupe.

**Stratégies de vie pour être bien**

VOIR - TOUCHER - SENTIR - ENTENDRE - GOÛTER - BOUGER – PENSER - DIRE - RESENTIR

VOIR

Visualisation : mur entre la situation et moi

Endroit sécuritaire

Émotions dans un bocal, aquarium : tu les vois, elles sont là mais ne peuvent te toucher

Protège toi avec une bulle invisible, imperméable, rien ne peut entrer et te faire mal.

Images sur une télévision silencieuse

Vie des autres dans un téléroman

TOUCHER

Objet de transition

Joue avec un animal de compagnie

Embrasse une poupée ou nounours

Mette le focus sur une activité : essuyer la vaisselle, nettoyer le comptoir

GOÛTER

Le sucré d'un fruit

La texture du chocolat

La viscosité du jello

Le piquant de sauce aux piments

Le mordant du fromage

SENTIR

Exercices de relaxation

Focus sur l'air, la senteur des fleurs, de la pluie, de l'hiver, etc.

BOUGER

Relaxation musculaire

Danser

Balayer

Lancer des roches

Lancer des boules de neige

ÉCOUTER

Les oiseaux

Les voisins

Les chiens aboyer

La pluie tomber

Les voitures rouler

Une chanson préférée

Un chat ronronner

PENSER

Cette période va passer

J'ai des choix

Je ne suis pas toujours comme cela

Ça va passer

À un temps meilleur

À un temps réconfortant

Qu'est-ce que le groupe me dirait

Qu'est-ce que mon ami me dirait

Qu'est-ce que mon thérapeute me dirait

#### DIRE

Ça va passer

Ce n'est pas pour toujours

J'ai le droit d'être en sécurité en tout temps

#### RESSENTIR

Identifier l'émotion tout en sachant qu'une émotion peut se transformer en comportement et un comportement est un choix!!!

Vivre l'émotion comme une planche à neige, un vélo, une montagne russe

Prend le contrôle en respirant, parlant, respirant, ressentant

Confronte l'émotion : nomme-la, donne lui une personnalité, qu'est-ce que tu peux en apprendre

#### AU LIEU DE COUPER, BOIRE, AVALER QUAND TU ES MAL

Marche longtemps et revient

Tiens une glace dans ta main jusqu'à ce qu'elle fonde  
Saute à la corde à danser pendant 20 minutes

Cours autour du bloc 5 fois

Prend une douche très chaude ou très froide

Écrase un jouet «squishy»

S'asperger la langue avec quelques goûtes de Tabasco

## Session 8

### Thème : Endroit sécuritaire

#### **Déroulement de la session 8**

- Introduction
- Discuter des défis personnels
- Distribution du document

#### **Objectif de la session :**

Aider les jeunes à se trouver un endroit sécuritaire réel ou imaginaire.

#### **Points à discuter :**

**Retour** sur la liste de l'utilisation des sens comme stratégie d'options à l'automutilation. Chaque participant présente sa liste aux autres membres du groupe.

Discuter d'un défi vécu par chacun des membres au cours de la semaine précédente ainsi que les solutions qui ont été utilisées afin de se protéger.

#### **Document à distribuer :**

##### Endroit sécuritaire

Il est important de reconnaître que ce n'est pas tout le monde qui est capable d'identifier quoi, où et qui est « sécuritaire »? Encouragez les participants à commencer dans cet environnement à nommer les éléments qui pourraient ou devraient être « sécuritaires ». Se sentir en sécurité et être en sécurité est quelque chose de personnel et identifiable seulement par la personne elle-même.

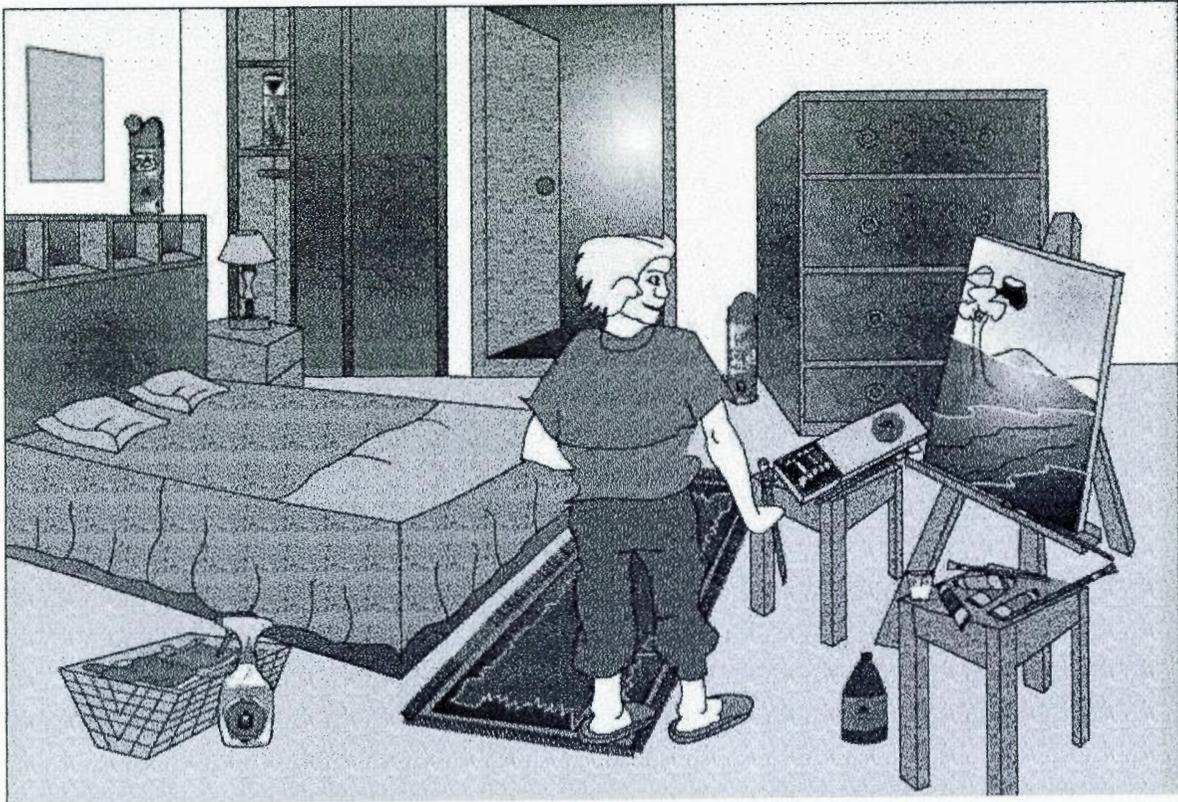
Un endroit sécuritaire peut être un endroit réel, un endroit imaginaire, une visualisation, un son, une odeur... c'est un endroit où seulement toi peut y entrer... personne d'autre ne peut y aller à moins que tu ne les y invites. Lorsque tu désires qu'ils partent, tu en as le pouvoir et le contrôle.

Discuter de ce que se sentir en sécurité représente pour les membres du groupe...qu'est-ce que cela représente...à quoi cela ressemble-t-il...qu'est-ce que ça sent...c'est de quelle couleur...de quelle texture...quelle température...qui est présent et qui ne l'est pas...

## ***Endroit sécuritaire***

Un endroit sécuritaire peut être représenté par un lieu réel ou imaginaire. Il pourrait aussi être identifié au moyen d'une visualisation, d'un souvenir, d'un son, d'une senteur qui nous rappelle de bons moments. Il est important de mentionner que nous sommes le (la) seul(e) propriétaire de cet endroit privilégié et qu'aucune autre personne ne peut y avoir accès sans notre consentement. À tous moments, vous avez le pouvoir de décider de faire partir les personnes à qui vous avez permis d'entrer dans ce lieu privilégié.

**Exercice :** Pense à ton endroit sécuritaire et les raisons qui font en sorte que cet endroit est un endroit privilégié pour toi.



### Un endroit sécuritaire : Exercice de Visualisation

1. Trouver un endroit où vous serez confortable et où vous ne serez pas dérangé. Débranchez votre téléphone. Gardez vos animaux en dehors de la pièce.
2. Baissez l'intensité des lumières dans la pièce et allumez quelques chandelles (si la pièce est trop sombre, certains peuvent avoir tendance à s'endormir).
3. Si vous méditez dans votre maison, faites jouer de la musique douce. Ceci peut vous aider à vous concentrer et cela peut également aider à noyer les bruits extérieurs tels que la musique des voisins ou le trafic.
4. Vous pouvez créer un cercle si vous le désirez. Ça peut vous aider à améliorer votre concentration.
5. Assoyez vous dans une position confortable, soit dans une chaise ou assis sur le plancher les jambes croisées (Personnellement, je trouve que coucher ou dans une chaise inclinée favorise le sommeil).

6. Maintenant, fermez vos yeux et commencez à détendre toutes les parties de votre corps, en commençant par vos pieds en allant vers le haut à vos cuisses, vos hanches, votre estomac, vos mains, vos bras, vos épaules, votre cou et finalement votre figure ( Assurez vous de vous souvenir de détendre votre figure ! Assurez- vous que vos lèvres, vos joues, votre mâchoire et vos sourcils sont détendus). Concentrez vous sur chaque partie de votre corps séparément au début, sentez la tension disparaître. Vous devriez commencer à sentir une sensation de picotement à travers votre corps, mais ne vous en faites pas si vous ne ressentez pas cela au début. Ça prend un certains temps à votre corps pour apprendre à se détendre; la plupart d'entre nous passons nos vies entières dans un état de tension à l'exception de quand nous dormons. Tandis que vous faites cela, respirez profondément, inspirant par le nez et expirant par la bouche. Avec chaque respiration, sentez-vous vous détendre un peu plus. Souvenez-vous de respirer profondément tout au long de votre méditation.
7. Quand vous êtes complètement détendu, commencez à visualiser un endroit confortable et serein pour vous : une plage, une forêt etc... ce qui est bon pour vous. Rendez cette visualisation aussi détaillée que possible. Vous devriez voir votre endroit en détail- notez si c'est le jour ou la nuit, voyez les feuilles dans les arbres ou le sable sur une plage, notez comment l'eau bouge ou si elle est calme. « Regarder » autour de vous, devant, derrière, sur les côtés. Voyez toutes les choses que vous pouvez voir de votre endroit sécuritaire. Une fois que vous avez l'image en tête, vous pouvez commencer à incorporer vos autres sens. Sentez l'air sur votre corps – l'air est chaud ou froid ? Y a-t-il une brise ? Sentez le soleil sur votre visage si c'est le jour,...Quelles sont les autres odeurs que vous expérimentez dans votre endroit ? Écoutez les sons autour de vous – le vent qui souffle dans les branches, les bruits d'animaux etc...
8. Restez dans votre endroit sécuritaire aussi longtemps que vous le désirez. Ne vous en faites pas si votre esprit divague au début, ceci prend de la pratique. Si vous voyez que votre concentration diminue et que votre esprit erre, laissez-le errer sans le retenir à votre méditation. Il se fatiguera d'errer éventuellement et vous pourrez le ramenez doucement à votre méditation et vous concentrer de nouveau. Vous pouvez voir des animaux ou des gens tandis que vous méditez. Notez comment ils réagissent vis-à-vis vous. Parlez leurs si vous le pouvez ou si vous le désirez. Ne vous en faites pas s'ils ne répondent pas au début. Si vous ne voyez personne, c'est correct. Peut-être que vous devez être seule dans votre endroit.
9. Quand vous êtes prêt à revenir, commencez à noter les choses qui vous entourent dans ce plan-ci. Sentez la chaise ou le plancher en dessous de vous, devenez conscient de votre corps à nouveau. Quand vous pouvez sentir et entendre les choses autour de vous, ouvrez vos yeux doucement et assoyez vous tranquillement pendant quelques minutes.
10. Il est suggéré de commencer à visualiser seulement environ dix minutes. N'essayer pas de vous forcer à visualiser pendant des heures quand vous êtes dans le processus d'apprentissage, vous deviendrez seulement frustré. Quand votre esprit sera habitué à être détendu et concentré pendant une période de temps, vous pourrez augmenter votre temps de visualisation.

## Session 9

### Thème : Sécurité personnelle

#### **Déroulement de la session 9**

- Introduction
- Retour sur l'endroit sécuritaire
- Discuter des défis personnels
- Distribution des documents

#### **Objectif de la session :**

Apprendre aux jeunes à éviter des situations qui pourraient menacer leur sécurité et des conseils afin de se protéger lors d'une situation menaçant leur sécurité.

#### **Points à discuter :**

Discuter d'un défi vécu par chacun des membres au cours de la semaine précédente ainsi que les solutions qui ont été utilisées afin de se protéger.

Vérifier avec les membres du groupe où ils en sont en regard de l'identification ou la création de leur endroit sécuritaire imaginaire ou réel. (Écrire les éléments sur un tableau pour que les autres les voient bien et afin de donner des idées à tous.)

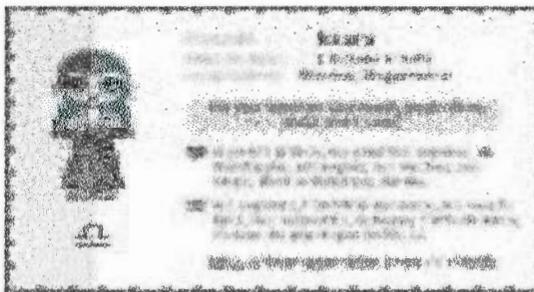
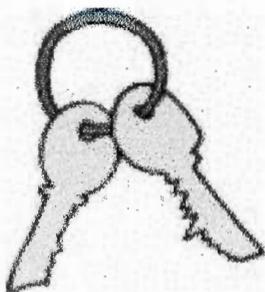
#### **Documents à distribuer :**

##### Conseils de sécurité

Discuter de chacun de ces conseils de sécurité. Demander aux membres du groupe d'ajouter leurs conseils de sécurité à cette liste et d'en discuter avec le groupe.

## Conseils de sécurité

- ❑ Apprends à connaître ton environnement pour devenir plus vigilant(e) aux menaces extérieures. Chaque fois que tu sors de chez toi, que tu traverses la rue ou que tu arrives à un coin de rue, porte attention aux gens qui s'y trouvent ou qui pourraient se cacher.
- ❑ Autant que possible, n'apporte pas avec toi trop d'argent, des objets de grande valeur ou des pièces d'identité que tu ne voudrais pas perdre.
- ❑ Si un malfaiteur tente de te voler ce qui t'appartient, ne tente surtout pas de lui résister et donne lui ce qu'il te demande car bien que tu tiennes aux choses que tu possèdes, tu pourrais te faire blesser sérieusement pour des choses qui peuvent se remplacer. Prend l'habitude d'avoir ta carte de débit plutôt qu'une importante somme d'argent comptant.
- ❑ Essaie de garder ton calme et ne fait pas de gestes brusques pour ne pas provoquer ton assaillant qui sera fort probablement très nerveux.
- ❑ Si tu te fais attaquer physiquement, essaie de t'enfuir si tu as la chance. Cours, crie et fais le plus de bruits possibles afin d'attirer l'attention de d'autres personnes qui pourraient être aux alentours. Ne t'en fais pas si les gens te regardent car dans ce genre de situation, c'est exactement ce que tu veux qu'ils fassent!
- ❑ Si tu es capable de t'enfuir, cours vers un endroit le plus achalandé possible (centre d'achat, restaurant).
- ❑ Lorsque tu marches dans la rue, prends l'habitude d'utiliser les trottoirs ainsi que de marcher de façon à voir venir les automobiles (musique, ipod = on a pas conscience de notre environnement).
- ❑ Ne porte pas de sac à main ou de sac qui s'enroule autour de ton cou car tu pourrais te faire blesser sérieusement si quelqu'un essayait de l'arracher.
- ❑ Si tu as un sac à main à petite courroie, porte-le sous ton bras comme un ballon de football en passant un bras à travers la courroie.
- ❑ Garde tes clés et tes pièces d'identité dans des endroits séparés. Ainsi, en cas de vol, le voleur n'aurait pas à la fois ton adresse et tes clés.



- ❑ Si tu te fais accoster par un individu louche près de ta demeure, ne cours pas directement à ta porte à moins qu'il y ait quelqu'un à l'intérieur qui puisse t'aider. Assure-toi de connaître, dans ton quartier, les endroits sécuritaires ou des personnes pouvant t'aider.
- ❑ Lorsque tu marches seul(e) et qu'il fait noir, évite de t'approcher des autos stationnées ou des lieux qui pourraient abriter un assaillant.
- ❑ Si tu crois que quelqu'un te suit et que tu te trouves dans un endroit achalandé, change de direction, traverse la rue et ne perds pas de vue cet inconnu. Si la situation persiste, saute dans un taxi ou appelle la police.
- ❑ Si tu crois que quelqu'un te suit et que tu te trouves dans un endroit non achalandé, sois sur tes gardes. Réagis le plus rapidement possible pour te mettre en sécurité. N'hésites surtout pas à appeler la police ou à demander de l'aide.
- ❑ Si tu prends l'autobus, assure-toi d'avoir déjà en main ton billet avant d'arriver à l'arrêt. Ça t'évitera ainsi d'ouvrir ton sac ou ton portefeuille devant des inconnus qui pourraient y voir le contenu.
- ❑ Si tu empruntes toujours le même parcours pour te rendre à tes activités, à l'école ou au travail, assure-toi de bien connaître où tu peux recevoir de l'aide, les allées sans issue ainsi que les heures d'ouverture des commerces avoisinants.
- ❑ Si tu possèdes un téléphone cellulaire, assure-toi de connaître le nom des rues où tu circules afin de pouvoir mentionner ta position à un opérateur du service 911. Souviens-toi que le 911 NE PEUT PAS retracer ton emplacement lorsque tu appelles de ton cellulaire.
- ❑ Si tu soupçonnes que quelqu'un est sur le point de te voler, tu peux envisager d'abandonner ton portefeuille ou ta bourse au bureau de poste le plus près ou dans une boîte aux lettres. Un appel à la police ou au bureau de poste te permettra de récupérer ces objets le lendemain.

- Si tu es témoin d'un accident ou d'un crime, appelle le 911. Implique-toi SEULEMENT ET UNIQUEMENT si tu sais que les secours sont en route ET que tu te sens en sécurité et capable d'aider.
  
- Essaie de ne pas te déplacer seul lorsqu'il pourrait y avoir des risques pour ta sécurité.
  
- Dire à un proche où on se trouve en tout temps

**Il faut se rappeler qu'il y a beaucoup plus de chance de se faire agresser par des gens qu'on connaît plutôt que par un inconnu !!!!**

**Le temps des fêtes arrive, discuter des trucs de sécurité que l'on peut utiliser auprès des gens que l'on connaît.**

**Stratégies pour se sortir de situations à risque :**

- Faire semblant qu'on parle au téléphone
- Donner la main plutôt que donner des becs sur les joues.
- Prétendre qu'on est malade

## **Session 10**

### Thème : Techniques de détente

#### Déroulement de la session 10

- Introduction
- Distribution des documents
- Discuter des défis personnels

#### Objectif de la session :

Enseigner, à l'aide d'exercices, différentes techniques de détente aux membres du groupe. Offrir aux membres du groupe une variété d'actions possibles afin de faire face à l'insomnie et aux souvenirs difficiles.

#### Points à discuter :

Discuter des défis vécus par chacun des membres au cours de la semaine précédente ainsi que les solutions qui ont été utilisées afin de résoudre ce problème.

#### Documents à distribuer :

- 1) Pour les nuits d'insomnie
- 2) C'est l'heure d'aller au lit
- 3) Techniques de détente

**POUR LES NUITS D'INSOMNIE!!!!!!!**

## «SOYEZ PRETS»

En prévision des périodes d'insomnie, au lieu de demeurer étendu dans votre lit à ne pas dormir et à broyer du noir, espérant éventuellement pouvoir vous endormir, devenant de plus en plus frustré que cela ne se produise pas, pensant peut-être aussi à prendre une autre pilule pour vous endormir, ayez plutôt votre «KIT D'ACTIVITÉS POUR LES PÉRIODES D'INSOMNIE» prêt à être utilisé ... vous pouvez ainsi essayer ce qui suit :

- Levez-vous ... rendez-vous dans une autre pièce;
- Regardez la télévision;
- Écrivez une lettre;
- Naviguez sur Internet;
- Faites du dessin;
- Écrivez dans votre journal intime;
- Faites des exercices de relaxation musculaire;
- Faites des exercices de respiration profonde;
- Jouez aux cartes;
- Prenez un verre de lait chaud;
- Faites un casse-tête;
- Faites des mots croisés;
- Arrosez vos plantes;
- Imaginer sa maison de rêve
- Flatter un animal
- Écrire trois choses positives de notre journée
- Commencez ou débutez la lecture d'un bon roman;
- Écoutez de la musique douce;

**À Éviter :** Le café, les films d'horreur, les boissons énergisantes, l'alcool, les conflits, de passer trop de temps devant un écran d'ordinateur, une température trop chaude.

Le but est évidemment de ne pas demeurer dans votre lit à vous tourner d'un côté ou de l'autre et à devenir de plus en plus irrité de ne pas pouvoir dormir. Levez-vous et changez-vous les idées. Si vous persistez à vouloir demeurer au lit à broyer du noir, les idées sombres ne feront qu'augmenter en intensité et deviendront incontrôlables... Interrompez-les le plus vite possible!!! Regagnez votre contrôle!

## C'EST L'HEURE D'ALLER AU LIT...

Bien dormir est une part importante d'un style de vie sain. Mais il ne s'agit pas seulement du nombre de sommeil que vous avez, mais aussi de la qualité réelle du sommeil. Après tout, 8 heures à vous tourner et vous retourner ne vous feront pas vraiment du bien. Quand vous êtes endormis, votre corps et votre esprit se réparent et se revitalisent. La grande question est : Comment bien dormir ??

### Suggestions pour une bonne nuit de sommeil

- ☉ Ne dormez que le temps nécessaire pour vous sentir reposé. Rester trop longtemps au lit peut effectivement retarder le sommeil. Ne faites pas de petites siestes durant la journée.
- ☉ Couchez-vous et levez-vous toujours à des heures régulières et respectez cet horaire, même durant les fins de semaine.
- ☉ Suivez un rituel simple chaque soir avant d'aller au lit jusqu'à ce que ça devienne une habitude. Vous pourrez peut-être ainsi rapidement prendre l'habitude de vous endormir en vous couchant.
- ☉ Essayez de vous relaxer durant la soirée. Oubliez vos problèmes et vos soucis avant d'aller au lit. Essayez d'être agréablement fatigué.

- ④ Un bain chaud juste avant d'aller au lit peut être très relaxant.
- ④ Faire de l'exercice. Quand vous faites de l'exercice pendant la journée, votre corps implore le repos la nuit. Vous vous endormirez plus rapidement et passerez plus de temps en phase de sommeil profond, la plus reposante de toutes. Une activité physique modérée dans l'après-midi ou au début de la soirée peut vous aider à vous sentir fatigué. Un exercice intense juste avant d'aller au lit peut cependant avoir un effet stimulant et est donc déconseillé.
- ④ Vous pouvez avoir de la difficulté à vous endormir si vous allez au lit en ayant faim. Une légère collation à l'heure du coucher comme du lait chaud (le lait chaud contient une substance apaisante nommée l'Ovaltine) ou une autre boisson semblable peut favoriser le sommeil. Toutefois, un repas copieux tard dans la soirée peut provoquer l'effet contraire.
- ④ Manger plus tôt. Après le repas, votre corps donne un coup de fouet à son métabolisme pour transformer et digérer la nourriture. Lorsque vous mangez tard, votre corps est toujours en train de convertir la nourriture en énergie au moment où vous allez dormir. Avec toute cette énergie, ce n'est pas étonnant que vous ne dormiez pas bien!
- ④ Évitez de boire de l'alcool ou des boissons contenant de la caféine (thé, café, Cola) après 6h00 pm. Bien que vous puissiez peut-être vous assoupir ou même vous endormir après avoir consommé de l'alcool, vous vous réveillerez ensuite au milieu de la nuit. La caféine est un stimulant et vous empêchera de dormir.
- ④ Assurez-vous de vous coucher dans un endroit qui favorise le sommeil. Dormez dans une chambre bien aérée (l'air frais est utile), ni trop chaude ni trop froide, sur un matelas confortable. Essayez d'éliminer le plus de bruit possible.
- ④ N'essayez pas trop de vous endormir. Si le sommeil ne vient pas après un temps raisonnable, levez-vous et occupez-vous jusqu'à ce que vous ayez envie de dormir, recouchez-vous et essayez de nouveau de vous endormir.
- ④ Prenez le soleil. Votre horloge interne se règle avec la mélatonine qui est créée dans votre corps par la lumière du soleil. Afin de maintenir votre horloge interne bien réglée, soyez sûr de profiter suffisamment de la lumière du soleil ou mettez une ampoule de lumière naturelle là où vous passez la plus grande partie de la journée.
- ④ Éteignez les lumières. Dormez dans une pièce sombre, de préférence dans le noir complet. La lumière entrant dans la chambre peut affecter vos modèles de sommeil ou faire croire à votre corps que le soleil se lève, ce qui entraîne la phase de réveil.
- ④ Pas de télé. Si vous regardez la télé dans votre lit, vous stimulez votre esprit au lieu de le détendre. La plupart des émissions de télé sont conçues pour intéresser et stimuler les

téléspectateurs, pas pour les endormir. Beaucoup d'études ont prouvé que juste le fait d'avoir une télé dans votre chambre peut perturber vos cycles de sommeil, même si elle est éteinte, car vous associez votre chambre à coucher à une activité stimulante. Remplacer votre télé par un générateur de son d'ambiance (des vagues). Ceci bloquera tous les autres sons qui pourraient vous distraire et vous apaisera.

- ☉ Lisez un livre. Donner à votre esprit le temps de se calmer peut être utile pour obtenir une meilleure nuit de sommeil. En lisant un livre, vous vous détachez de votre situation actuelle, Ceci permet à votre esprit une évasion provisoire dans un autre monde, ce qui peut vous détendre et réduire le stress.
- ☉ Éviter les siestes. Le meilleur moyen de bien dormir est d'être fatigué quand il est temps d'aller au lit. Si vous faites une sieste pendant la journée, alors au moment d'aller au lit, votre corps et votre esprit peuvent penser qu'ils n'ont pas besoin de repos. Si vous avez vraiment besoin de faire une sieste, faites en sorte de ne pas dépasser 30 minutes. Les siestes également remettent à 0 votre horloge biologique et invite votre corps à prendre le jour pour la nuit.
- ☉ Journal. Noter vos pensées peut améliorer considérablement votre sommeil. En couchant sur le papier des choses que vous avez à l'esprit, vous vous empêchez au moment de dormir de revivre mentalement la journée ou de penser à toutes les choses que vous devez faire le lendemain. Gardez un bloc-note près de votre lit. Si vous vous réveillez et que vous vous rappelez d'une pensée, écrivez-la et revenez dormir, au lieu de vous inquiéter à son sujet.

### Techniques utilisées par les groupes des années précédentes

- Éviter l'ordinateur avant le coucher
- Évitant les stimulants (alcool et drogue, caféine)
- Écouter la télé (pas de film d'horreur)
- Visualisation : pensée positive
- Faire de la lecture
- Prendre de l'air, une marche
- Boire de la tisane
- Exercice (yoga, étirement)
- Écriture (calpin sur table de chevet)
- Écouter de la musique relaxante
- Activité physique pendant la journée
- S'imaginer dans son endroit sécuritaire
- Utiliser les techniques de relaxation
- Gérer son stress en analysant ce qui est en notre pouvoir
- Écouter les signes du sommeil/fatigue (s'endormir avant minuit)
- Tenter de régler le conflit, s'il y a lieu, avant d'aller au lit
- Réserver son lit comme lieu de repos uniquement

- Nourriture : lait chaud, miel, bouillon de poulet
- Laisser les pensées venir sans s'y attarder
- Avoir une routine avant le coucher
- Prendre un bain chaud
- Être confortable (pyjama)
- Ne pas dormir excessivement durant la journée

## TECHNIQUES DE DÉTENTE

---

Plusieurs techniques ont été développées afin de diminuer la tension musculaire et aider à contrôler le stress. Ces techniques peuvent être très différentes l'une de l'autre. Certaines sont exécutées pendant quelques secondes; d'autres vont nécessiter de l'équipement spécialisé et peuvent durer plusieurs heures. Voici des exercices nécessitant peu de temps :

### *Auto-examen du corps :*

---

Cette technique sensibilise une personne à la tension dans ses muscles. Au début, cette technique peut sembler longue mais avec de la pratique, elle s'exécute en une seule grande expiration. Cet exercice peut être exécuté avec de la musique ou en silence.

### Méthode :

Inspirez pendant que vous pensez à un groupe musculaire de votre corps.

Expirez pendant que vous sentez la tension disparaître.

Répétez pour chaque partie du corps.

Cette technique peut être exécutée n'importe quand : au travail, à l'école, en attendant l'autobus, etc.

### *Relaxation progressive :*

---

Cette technique amène à la relaxation de tous les principaux groupes de muscles du corps. Cependant, il est recommandé de la pratiquer au moins une fois par jour, et si cela est possible, deux fois par jour. Trouver une pièce tranquille, sans bruit, avec peu de lumière et une température confortable. Cet exercice peut être pratiqué en silence ou avec de la musique douce.

Méthode :

Contractez vos groupes musculaires un à la fois : visage (grand sourire), cou, épaules, bras, mains, poitrine, dos, estomac, hanches, jambes et pieds.

Tenez la tension pendant 5 secondes. Relâchez les muscles lentement et, en même temps, dites « détend et laisse aller! ».

*Auto entraînement par la pensée :*

+

---

Cette technique utilise la pensée pour contrôler les parties du corps. La pensée permet de diminuer les pulsations cardiaques, le rythme de la respiration et le niveau de stress. Cette technique demande de la pratique avant d'obtenir de bons résultats.

Méthode :

Imaginez les vagues d'un océan en vous disant : « respire doucement et régulièrement ».

Contrôlez vos battements de cœur. Imaginez un mouvement calme (un enfant dans une balançoire) en vous disant : « Mon battement est calme et régulier ».

Contrôlez votre circulation sanguine. Imaginez que vous êtes sur la plage sous un soleil chaud et vous vous dites : « Mes bras sont lourds et chauds... mes mains sont lourdes et chaudes... mes jambes sont lourdes et chaudes... mes pieds sont lourds et chauds ».

Imaginez la chaleur se transportant de vos mains à vos pieds.

*Exercice de contrôle de la respiration :*



Cette technique peut être exécutée n'importe quand : au travail, à l'école, en attendant l'autobus, etc. Cette technique peut être imagée par une boîte. Fermez les yeux et commencer.

Méthode :

Inspirez pendant 4 secondes.

Retenez pendant 4 secondes.

Expirez pendant 4 secondes.

Retenez pendant 4 secondes.

Répétez.

*Compte à rebours (ascenseur)*



Cet exercice peut être pratiqué au lit, pour aider à s'endormir ou à tout autre moment pour simplement relaxer.

Méthode :

Vous imaginez que vous êtes dans un ascenseur, au dixième étage. À mesure que l'ascenseur descend, vous vous laissez lentement glisser dans un état de léthargie qui vous apporte paix et relaxation. En comptant 10, 9, 8, vous fermez les yeux. À 7, 6, 5, vos muscles se détendent et votre tension musculaire s'élimine, vos muscles font le vide. À 4, 3, 2, vous êtes complètement calmes et ne ressentez plus de stress.

À 1, vous arrivez au rez-de-chaussée et vous êtes calme et relaxé. Les portes de l'ascenseur s'ouvrent et vous entrez dans un jardin paradisiaque (ou votre « **endroit sécuritaire** »). Le soleil vous envahit d'une chaleur bienfaisante. Il y a beaucoup d'oiseaux et les fleurs sont très belles.

Dans ce jardin, il n'y a personne d'autre que vous. Vous vous y promenez lentement en prenant de profondes bouffées d'air frais. Vous humez le parfum des fleurs et parlez avec les oiseaux. Un oiseau magnifique se pose sur votre épaule. Vous vous assoyez sur un banc, prenez l'oiseau dans vos mains et le caressez doucement. Les plumes sont douces.

Lorsque vous vous sentez bien relaxé, vous comptez jusqu'à trois et ouvrez lentement vos yeux.

## Session 11

### Thème : Évaluation de mi-session

#### Déroulement de la session 11

- Introduction
- Discuter des défis personnels

Objectif de la session :

Évaluation de mi-session.

Points à discuter :

Discuter des défis vécus par chacun des membres au cours de la semaine précédente ainsi que les solutions qui ont été utilisées afin de résoudre ce problème.

Discuter de ce qu'ils vivent à travers ce groupe, leurs commentaires, comment ils se sentent, etc? C'est le meilleur moment pour recueillir de l'information et s'ajuster avant la fin des 20 sessions.

## Session 12

### Thème: Diagnostic psychiatrique

#### Déroulement de la session 12

- Introduction
- Distribution des documents
- Discuter des défis personnels

#### Objectif de la session :

Aider les membres du groupe à reconnaître les symptômes de leurs problématiques.

#### Points à discuter :

Discuter des défis vécus par chacun des membres au cours de la semaine précédente ainsi que les solutions qui ont été utilisées afin de résoudre ce problème.

#### Documents à distribuer :

- 1) Le trouble de personnalité borderline
- 2) Le déficit de l'attention avec/sans hyperactivité
- 3) La dépression majeure

\*Il est possible que certaines personnes désirent parler de médication

---

**Qu'est-ce que le trouble de personnalité borderline ?**

---

Voyez aussi la question fréquente: "Qu'est-ce qu'un trouble de la personnalité ?". Voici les critères du DSM-IV qui décrivent ce trouble:

Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes:

- (1) efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés
- (2) mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation
- (3) perturbation de l'identité: instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi
- (4) impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex., dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie).
- (5) répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations
- (6) instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex., dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours)
- (7) sentiments chroniques de vide
- (8) colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (p. ex., fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées)
- (9) survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères

RELATIONS INSTABLES	VIDE	NE PEUT FAIRE CONFIANCE	TROP DE COLERE
HUMEUR CHANGEANTE			DESIRE PAS VIVRE
MALVAIS SPM	<b>LIFE AT THE BORDER</b>		SOUFFRANCE
AUTO DESTRUCTION	UNDERSTANDING AND RECOVERING FROM THE BORDERLINE PERSONALITY DISORDER		SE SENTIR INSENSIBLE
MALVAISE MEMOIRE	by		PENSEE NOIR ET BLANC TOUT BON TOUT MAUVAIS
SENTIMENT BON A RIEN	LELAND M. HELLER, M.D.		QUI SUIS-JE
CONDUITE IMPRUDENTE			QU'EST-CE QUE JE DESIRE
AUTO DETESTATION			DRUGS & ALCOHOL
SE BOURRER DE NOURRITURE			FRENESIE ACHATS
PEUR DE L'ABANDON	QUI S'ENNUIE	IMPULSIF	"PERDU" SOUS STRESS

## Déficit d'attention

*Définition générale* : tendance EXCESSIVE à la distraction, qui se manifeste souvent de manière insidieuse, déroutante voire sélective et occasionnelle.

Contrairement à la croyance beaucoup d'enfants, d'adolescents et d'adultes présentent un trouble déficitaire de l'attention sans aucune manifestation d'hyperactivité. Leurs problèmes n'en sont pas moins importants et ils ont souvent de grandes difficultés à être attentifs, à se mettre au travail, à ne pas se disperser, à s'organiser, à demeurer attentifs à ce qu'ils font, à ignorer les éléments perturbateurs et distrayants de leur environnement.

### Symptômes d'inattention :

- Souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités.
- A souvent du mal à soutenir son attention en classe ou dans les jeux.
- Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement.
- Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition, ni à une incapacité à comprendre les consignes).
- A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités.
- Souvent, évite ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (travail scolaire par exemple).
- Perd souvent des objets nécessaires à son travail ou à ses activités (matériel scolaire, livres, objets de toutes sortes).
- Se laisse souvent facilement distraire par les stimuli externes.
- A des oublis fréquents dans la vie quotidienne.

### Symptômes d'hyperactivité-impulsivité :

- Remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège.
- Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis.
- A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.
- Est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts ».
- Parle souvent trop.
- Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée.
- A souvent du mal à attendre son tour.

## LA DÉPRESSION

### INTRODUCTION

La dépression est l'un des troubles psychologiques les plus fréquents. Le risque de présenter une dépression majeure au cours de la vie varie, selon les études, de 10 à 25% pour les femmes et de 5 à 12% pour les hommes. Le risque de présenter une dépression dite dysthymique (voire la section Symptômes) au cours de la vie est de 6%.

### SYMPTÔMES

On distingue généralement deux types de dépression: la dépression majeure et la dysthymie. Habituellement, la dépression majeure consiste en un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs qui tranchent avec le fonctionnement habituel de la personne, alors que la dysthymie est caractérisée par des symptômes dépressifs chroniques, moins sévères, persistant pendant plusieurs années.

Critères d'un épisode de dépression majeure:

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pour une durée d'au moins deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un de ces symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p. ex., pleure). N.B.: Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédent 5%), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. N.B.: Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

## PROCESSUS COGNITIFS ENTREtenant LA DÉPRESSION

Beaucoup de gens déprimés ont l'impression que ce qu'ils vivent est si désagréable ou inacceptable que la dépression est normale ou inévitable. L'approche cognitive postule plutôt que ce n'est pas la réalité elle-même qui rend dépressif mais l'interprétation ou l'évaluation que l'on fait de cette réalité, c'est-à-dire, ce que l'on se dit au sujet de cette réalité. Cette interprétation détermine les états émotifs et les comportements.

### Interprétations négatives de la réalité

La personne dépressive a tendance à devenir moins objective et à s'évaluer elle-même, ainsi que son environnement et l'avenir de façon plus négative et pessimiste. Elle se perçoit comme inapte, incapable, indésirable ou indigne. Elle perçoit le monde extérieur comme trop hostile, exigeant, plein d'obstacles insurmontables. Elle croit que le futur ne lui réserve que déceptions, difficultés, échecs et rejets. Le manque de réalisation en période de dépression sert à alimenter cette perception: je ne suis pas à la hauteur, c'est trop difficile, il n'y a rien qui débloque, je ne m'en sortirai jamais. Cette perception des choses peut conduire jusqu'à des idées suicidaires puisque "A quoi bon".

### Croyances

Une hypothèse centrale en psychologie cognitive, introduite par Beck (1979), est que l'évaluation que l'on fait d'une situation et de sa capacité d'y faire face est influencée par des postulats ou des croyances de base (communément appelés des schémas). Ces croyances sont souvent inflexibles et inconditionnelles. Elles se développent tôt dans la vie, le plus souvent dans l'enfance, à partir d'expériences personnelles et de l'influence des parents et du milieu (ex. religion). Elles sont souvent non reconnues par la personne.

Voici quelques exemples de schémas (ou croyances) qui peuvent favoriser des interprétations négatives de l'expérience:

- Je dois toujours réussir. Je dois être le meilleur. Je ne peux me permettre une erreur.
- Si je fais une erreur, cela prouve que je suis incompetent. Je suis ce que j'accomplis. Je dois réussir dans la vie pour être quelqu'un. Ma réussite financière mesure ma valeur.
- Je ne peux pas être heureux si je n'obtiens pas ce que je veux, si je ne réalise pas ce que j'avais prévu, si je perds ce que j'ai acquis.- Je dois toujours être aimé par tout le monde. Je dois être compris par tout le monde. Je dois être approuvé.
- Il est important de donner une bonne image.
- S'occuper de soi, c'est égoïste, c'est paresseux.
- Je suis marié pour la vie, pour le meilleur et pour le pire.
- Je ne pourrais me débrouiller seul. Je ne peux pas endurer d'être seul.
- Je suis sans attrait pour les autres.
- Ce que je veux, c'est un minimum. C'est inacceptable si je ne l'ai pas.
- Je ne peux être heureux si j'ai des problèmes. La vie devrait être facile.

## Biais de la pensée

Les croyances sont à la base d'interprétations biaisées de la réalité, c'est-à-dire qui ne respectent pas certaines règles de la pensée rationnelle. Ces interprétations sont cohérentes par rapport aux croyances mais illogiques par rapport à la réalité. Ce sont d'ailleurs ces interprétations biaisées qui font que les croyances inadaptées se maintiennent en se voyant constamment reconfirmées. Les processus de pensées par lesquelles les interprétations sont biaisées sont connus. En voici les principaux :

**L'attention sélective:** La personne a tendance à ne remarquer et à ne tenir compte que des faits qui confirment ses croyances. Elle peut ainsi se concentrer sur un détail négatif malgré un ensemble positif. Par exemple: donner beaucoup d'importance au client insatisfait malgré que l'ensemble des clients soient satisfaits; se rappeler les moments où les gens semblaient ne pas nous apprécier en oubliant les autres moments; considérer qu'on ne vit que des problèmes alors qu'on a une famille affectueuse, qu'on est en santé, etc..

**L'inférence arbitraire:** Cette erreur, l'une des plus fréquentes, consiste à tirer une conclusion sans preuve à l'appui, c'est-à-dire sans données suffisantes. Par exemple: conclure que le conjoint n'a pas d'amour s'il souhaite faire une sortie avec ses amis; croire ne pas pouvoir faire quelque chose que l'entourage ne comprendrait pas.

**La surgénéralisation:** A partir d'un seul incident la personne tire une conclusion à portée générale. Par exemple: suite à un échec au travail, voir toute sa carrière remise en question; suite à une erreur, se dire que l'on ne fait rien de bien.

**L'amplification des erreurs et minimisation des réussites:** Les points forts de la personne et ses réussites sont considérés comme sans importance alors que les difficultés et échecs prennent une importance démesurée.

**La pensée dichotomique:** Les choses sont noires ou blanches, bonnes ou mauvaises, un succès ou un échec complet. Par exemple: si je ne suis pas le meilleur, je ne suis pas bon; ma vie est un échec; si je fais garder mes enfants, je ne les élève pas moi-même, je les néglige, je suis une mauvaise mère; j'ai tout pour être heureux.

## Modifier les pensées

Dans le quotidien, les émotions dépressives qui surviennent sont souvent la conséquence d'interprétations négatives que nous venons de faire de ce qui se passe. Ces interprétations sont le plus souvent des pensées et des images qui se produisent spontanément, de façon automatique, sans raisonnement conscient, et dont nous n'avons pas nécessairement conscience si nous ne leur portons pas attention. L'approche cognitive propose une démarche de conscientisation, c'est-à-dire d'observation de ces pensées automatiques dans les moments où nous nous sentons triste, apathique ou en colère afin de pouvoir les remettre en question, c'est-à-dire vérifier si elles correspondent à la réalité, et éventuellement les modifier. Pour ce, il faut se questionner et expérimenter: Est-ce que j'ai des preuves ? Y a-t-il des faits qui contredisent mon interprétation ? Qu'arrive-t-il si je laisse tomber telle tâche, si

j'exprime mon besoin ou mon opinion ? Est-ce que les suites de mon échec s'avèrent si désastreuses ?  
Quelle conséquence cela a-t-il si une personne me désapprouve ?

Une meilleure connaissance des pensées et des circonstances qui déclenchent les émotions dépressives amènent à mieux prendre conscience des croyances de base. Par exemple: je suis une personne qui croit que tout doit être parfait, j'ai besoin de l'approbation de tous, je pense que je vauds moins que les autres. Ces croyances peuvent alors être remises en question. Il devient possible d'adopter de nouvelles croyances plus adaptées qui laissent plus de latitude pour gérer ses comportements et sa vie différemment, de façon à pouvoir combler ses divers besoins, par exemple:

- doser le stress en mettant des limites (en disant non, en diminuant certaines exigences et ambitions, etc.),
- se réserver des moments de détente et d'activités agréables,
- poursuivre des objectifs de développement personnels, des intérêts,
- affirmer ses goûts et ses besoins,
- rompre avec des situations inacceptables,
- s'adapter aux pertes (une fois passée une certaine période de deuil et de désorganisation), etc..

### Session 13

Thème : Échelle d'intensité du contrôle des émotions

**Déroulement de la session 13**

- Introduction
- Discuter des défis personnels
- Distribution du document

**Objectif de la session :**

Aider les jeunes à observer cette escalade de tension et comment ralentir ou arrêter l'escalade à différentes étapes d'intensité.

**Points à discuter :**

Discuter d'un défi vécu par chacun des membres au cours de la semaine précédente ainsi que les solutions qui ont été utilisées afin de se protéger.

**Document à distribuer :**L'échelle d'intensité : Ton thermomètre

Lorsqu'un événement négatif se produit, la tension monte et c'est normal... Cependant, la tension grimpe presque successivement, rarement d'un coup. Cet exercice vise à faire observer aux participants cette escalade de tension et comment ralentir ou arrêter l'escalade à différentes étapes d'intensité. Ce faisant, les participants apprennent à prévenir une escalade de tension.

Les jeunes doivent porter attention à leurs émotions... créer une échelle qui représente quelque chose pour eux. Certaines personnes utilisent l'analogie d'un ascenseur, d'une balance, de couleurs, des nombres... ils doivent créer une échelle personnalisée. Ils doivent se poser les questions suivantes : À quel moment ça va bien? À quel moment dois-je demander de l'aide. À quel moment me distraire ou faire de la relaxation est efficace? À quel moment dois-je parler à un professionnel? À quel moment dois-je aller voir un médecin? À quel moment dois-je aller à l'urgence? Il est important de regarder ces éléments lorsque la personne n'est PAS en situation de crise. Si quelqu'un connaît bien le jeune, il peut être en mesure de l'aider à mettre l'information en place. Ceci est le début d'une démarche qui vise à prendre contrôle de ses émotions, d'être conscient de ses émotions.

Il est important de reconnaître que l'intensité varie dépendamment d'une variété de facteurs.

**L'échelle d'intensité: Ton thermomètre**1. L'échelle

Fais-toi une échelle qui représente quelque chose pour toi. Ex : un ascenseur, différentes couleurs ou un thermomètre. Plus ton échelle est détaillée, mieux c'est!

## 2. Émotions

Identifie les émotions associées à chaque niveau de ton échelle.

## 3. Signes précurseurs

Identifie les signes précurseurs qui indiquent un mouvement vers le haut ou vers le bas sur ton échelle.

Ex : être agité, penser au suicide ou à s'auto mutiler, oublier ses clés.

## 4. Les stratégies

Identifie ce qui t'aide ou est nécessaire pour diminuer le niveau de tension, à chaque niveau de ton échelle, en utilisant des stratégies de relaxation et de distraction.

## 5. Réseaux

Identifie les personnes qui pourraient t'aider à chaque niveau de ton échelle. Par exemple, ta mère peut être une personne ressource pour t'aider à te distraire.

Voici deux exemples d'échelle d'intensité : le thermomètre et l'échelle avec des nombres.



1-2	Je me sens bien.	Je suis relaxe, je ris et je veux voir des amis.	Sortir et en profiter.	Amis et famille
Je me sens calme				

P. S. Plus tu seras capable de reconnaître les signes et nommer tes émotions, ton échelle changera.

## **Session 14**

### **Thème : Régulation de la tension des émotions**

#### Déroulement de la session 14

- Introduction
- Discuter des défis personnels
- Distribution des documents

#### Objectif de la session :

Aider les jeunes à reconnaître qu'ils peuvent avoir un certain contrôle sur leur niveau de tension en évitant cinq situations.

#### Points à discuter :

Discuter d'un défi vécu par chacun des membres au cours de la semaine précédente ainsi que les solutions qui ont été utilisées afin de se protéger.

#### Documents à distribuer :

##### Approche de gestion du stress

Voici une approche pouvant aider les jeunes à réguler leur niveau de tension en évitant certaines situations : avoir peur, être isolé, être fâché, avoir faim et être trop fatigué. Discuter des 5 différentes façons de gérer le stress.

### *Gérer le stress*

**PEUR** : La peur de l'échec, du succès, du rejet, ou du future peut créer une forme de paralysie. Cette paralysie nous empêche parfois d'agir.

**CONSEIL** : Agir malgré nos peurs peut aider à réduire ou éliminer ces peurs.

**ISOLÉ-SEUL** : Le manque de contacts avec les autres crée un état de détresse. Prend le temps de communiquer avec les autres et de rester en contact.

**CONSEIL** : Va te présenter à tes voisins et reste en contact.

**FACHÉ** : Le problème apparaît lorsque la colère est une émotion fréquente et la première réaction à la plupart des situations.

**CONSEIL** : Porte une attention particulière aux émotions qui entraînent de la colère : la peur, la frustration, la peine.

**FAIM** : Il y a bien sur la faim pour de la nourriture mais il existe aussi la faim physiologique et émotive. Lorsque nos besoins ne sont pas satisfaits, ceci peut créer un état de détresse.

**CONSEIL** : Reste en contact avec les gens et les situations qui t'aident à satisfaire ces besoins de façon saine. Évites celles qui ne t'aident pas à satisfaire tes besoins physiques et émotionnels.

**FATIGUÉ** : La fatigue nous empêche de réagir positivement. Nous devons prendre le temps de se reposer.

**CONSEIL** : Assure-toi de dormir 8-10 heures par nuit. Aussi, ajoute à ton agenda des périodes de repos et considère-les tout aussi importante que d'autres rendez-vous.

### Autres thèmes reliés à ce module

Contrôle

Comment se manifeste-t-il dans vos vies? Les moments de contrôle sont les moments que nous oublions souvent que nous avons... laver la vaisselle, nous sommes en contrôle de la façon dont la vaisselle se fait essuyer... en portant attention à la façon dont nous essuyons la vaisselle, nous sommes conscient de nos actions.

### Être conscient

Être conscient est important pour nous garder en sécurité, « dans le moment présent ». Lorsque je suis conscient que j'essuie la vaisselle, flatte le chat, pèle des carottes, du soleil sur mon visage, du vent dans mes cheveux... je ne pense qu'à ça. Je suis conscient d'une pensée à la fois. Je suis conscient de cet événement. Nous pouvons seulement être conscient d'une pensée à la fois. Si nécessaire, dit à voix haute les choses dont tu es conscient afin de rester concentré. Cet article est distribué comme devoir si tous les membres d'un groupe savent lire. Voir l'article en anglais sur le sujet à la fin de ce module.

### Être dans le moment présent et sans jugement : (pleine conscience, session 6)

Être dans le moment présent et rester sans jugement peut arriver pendant cette rencontre. Quelques exercices rapides sont ... dépose ta main ouverte sur la table. Observe-la, décris-la ... sans jugement, ni bon ni mauvais. Souvent, les membres du groupe, incluant les intervenants, vont parler de la difficulté de rester concentré et de ne pas porter de jugement sur ce qu'ils voient. Un autre exercice est de toucher doucement de haut en bas à plusieurs reprises la partie entre la lèvre d'en haut et le nez. Enlever votre main, porter attention aux sensations à cette partie de votre corps. L'apprentissage à faire est que si l'on est concentré sur une chose, dans le moment présent, les autres éléments qui se produisent autour de nous ou à l'intérieur de notre corps ne sont plus au premier rang. Ceci, comme plusieurs autres compétences, vont demander beaucoup de pratique!

## Session 15

### Thème : Le langage émotionnel

#### **Déroulement de la session 15**

- Introduction
- Distribution des documents
- Discuter des défis personnels

#### **Objectif de la session :**

Outiller les membres du groupe quant à l'expression verbale des émotions et reconnaître les expressions du visage reliées à chaque émotion.

#### **Points à discuter**

Discuter des défis vécus par chacun des membres au cours de la semaine précédente ainsi que les solutions qui ont été utilisées afin de se protéger.

Faire l'activité avec les pictogrammes pour reconnaître les expressions faciales.

#### **Documents à distribuer :**

Langage émotionnel : « Aujourd'hui, je me sens... » et « Acquérir un vocabulaire de mots émotifs »

Remettre aux participants les informations au niveau du langage verbal et non-verbal. Il peut s'avérer pertinent de demander aux participants, lors de cette discussion, d'identifier des sentiments qui ne sont pas sur cette liste. C'est ici que vous aurez probablement la chance de voir que les membres du groupe connaissent peu la différence entre une pensée, un sentiment et un comportement. Ces sujets peuvent mener à une discussion plus spécifique sur : un élément déclencheur, un élément stressant, un comportement et une pensée.

## Session 16

### Thème : Écouter son corps

#### **Déroulement de la session 16**

- Introduction
- Distribution des documents
- Discuter des défis personnels

#### **Objectif de la session :**

Être en mesure d'identifier les symptômes physiques du stress.

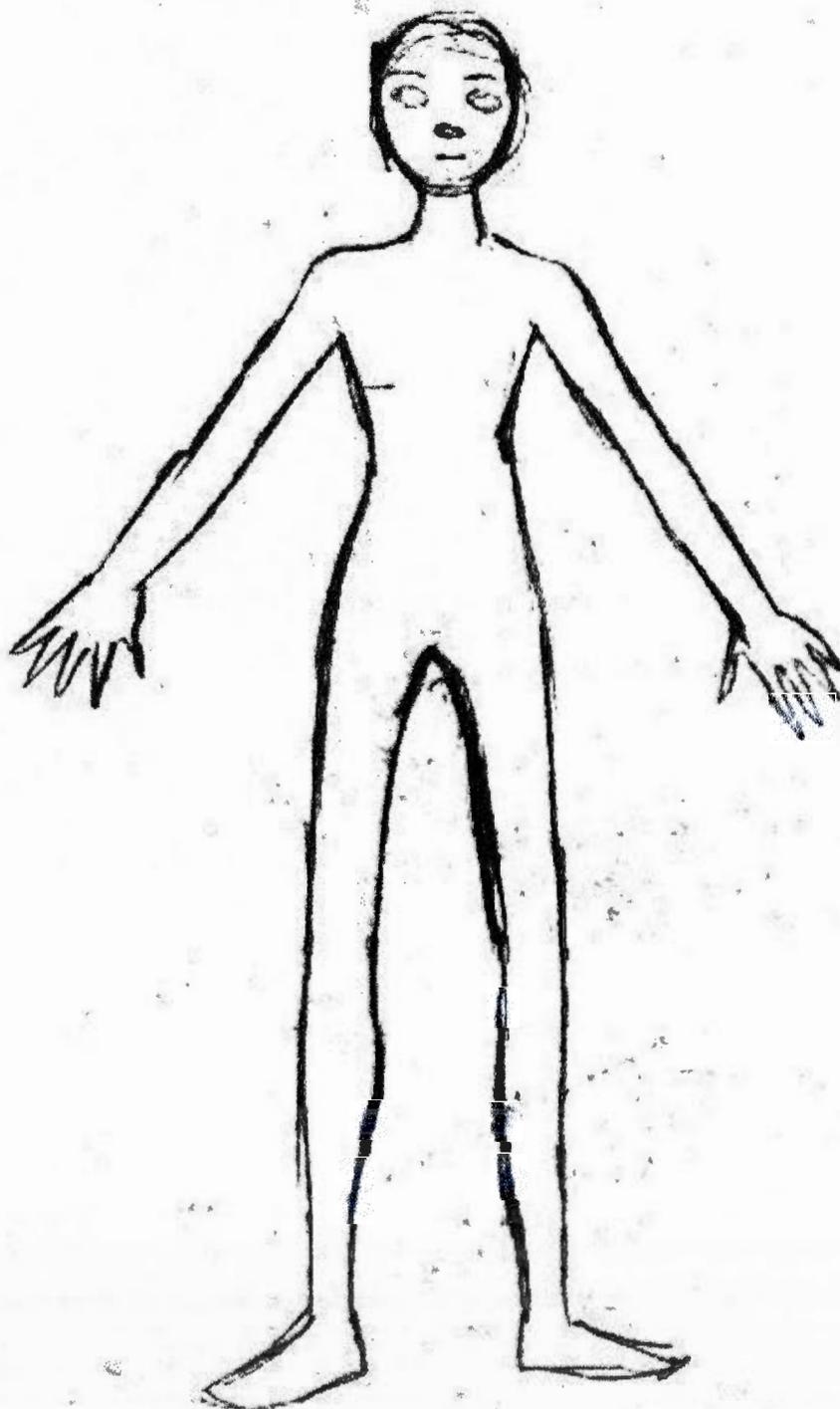
#### **Points à discuter :**

Discuter des défis vécus par chacun des membres au cours de la semaine précédente ainsi que les solutions qui ont été utilisées afin de se protéger.

#### **Documents à distribuer :**

- 1) Sur la page suivante, écrivez tous les symptômes physiques auxquels les participants peuvent penser.
- 2) Stratégies de « coping »
- 3) Conseils pour diminuer le stress

**Inscrivez les symptômes physiques reliés au Stress**



## Stratégies de « coping »

Pensées/choses à éviter lorsque j'ai une mauvaise journée : \_\_\_\_\_

---



---



---

Choses à faire lorsque j'ai une mauvaise journée : \_\_\_\_\_

---



---



---

Personnes à qui parler lorsque j'ai une mauvaise journée : \_\_\_\_\_

---



---



---

Personnes à éviter lorsque j'ai une bonne journée : \_\_\_\_\_

---



---



---

Personnes à qui parler lorsque j'ai une bonne journée : \_\_\_\_\_

---



---



---

Pensées/choses à éviter lorsque j'ai une bonne journée : \_\_\_\_\_

---



---



---

Je suis bon(ne) à : \_\_\_\_\_

---



---



---

Je suis toujours prêt(e) à essayer : \_\_\_\_\_

---



---



---

Je suis plus heureux(se) avec moi-même lorsque : \_\_\_\_\_

---



---



---

Les autres me disent que : \_\_\_\_\_

---



---



---

Lorsque je me sens seul(e), j'aime : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Choses à faire lorsque j'ai une bonne  
journée : \_\_\_\_\_

## Conseils pour diminuer le stress

Apprend à être tolérant(e) et à pardonner

L'intolérance envers les autres amène de la frustration et de la colère. Prendre le temps et essayer de vraiment comprendre comment les autres se sentent peut t'aider à mieux les accepter.

Accepte et pardonne-toi aussi.

### Évite la compétition

Il y a plusieurs situations compétitives qu'il nous est impossible d'éviter. Passer trop de temps à travailler pour gagner dans divers domaines crée des tensions et de l'anxiété, et nous rend agressif alors que tout cela n'est pas nécessaire.

### Fait de l'exercice régulièrement

Avant de commencer un programme d'exercice, discutes-en avec ton médecin. Il est beaucoup plus probable que tu suivras un programme d'exercice à long terme si tu as du plaisir plutôt qu'un programme extrêmement difficile.

Apprend une technique de relaxation (qui n'utilise aucune drogue)

La méditation, le yoga ou tout autre forme de technique de relaxation peut être apprise par l'entremise d'un entraîneur ou d'un thérapeute.

### Parle de tes problèmes

Trouve un(e) ami(e), un professeur ou un thérapeute avec qui tu te sens à l'aise. Exprimer les sentiments que tu gardes enfermés à l'intérieur peut te faire extrêmement de bien.

La façon dont nous nous sentons émotionnellement dépend de notre philosophie de vie ou notre façon de voir la vie. Changer une valeur ou croyance est un processus difficile. Personne ne connaît la réponse à tout, mais certaines réponses sont disponibles.

### Apprend à planifier

Être désorganiser crée du stress. Avoir trop de projet en même temps amène souvent de la confusion, des oublies et une

sensation de ne pas être en mesure de tout compléter. Lorsque cela est possible, fait un projet à la fois et termine-le avant d'en commencer un autre.

### **Reconnait et accepte tes limites**

La majorité d'entre nous nous créons des objectifs irréalistes. Nous ne serons jamais parfaits, alors nous pouvons avoir un sentiment d'échec peu importe nos efforts et notre performance. Donne-toi des objectifs réalisables.

### **Apprend à jouer**

Il est nécessaire, de temps en temps, de s'évader des stress de la vie et d'avoir du plaisir. Trouve-toi des passe-temps intéressants et captivants peu importe ton niveau d'habileté.

### **Sois une personne positive**

Évite de critiquer les autres. Apprend à apprécier ce que tu aimes chez les autres. Concentre-toi sur les qualités des gens qui t'entourent. Assure-toi aussi d'apprécier tes propres qualités

## Session 17

Thème : Triade émotion-pensée-action

Déroulement de la session 17

- Introduction
- Distribution des documents
- Discuter des défis personnels

Objectif de la session :

Aider les membres du groupe à reconnaître qu'il existe un lien entre les émotions, les pensées et les comportements.

Points à discuter

Discuter des défis vécus par chacun des membres au cours de la semaine précédente ainsi que les solutions qui ont été utilisées afin de résoudre ce problème.

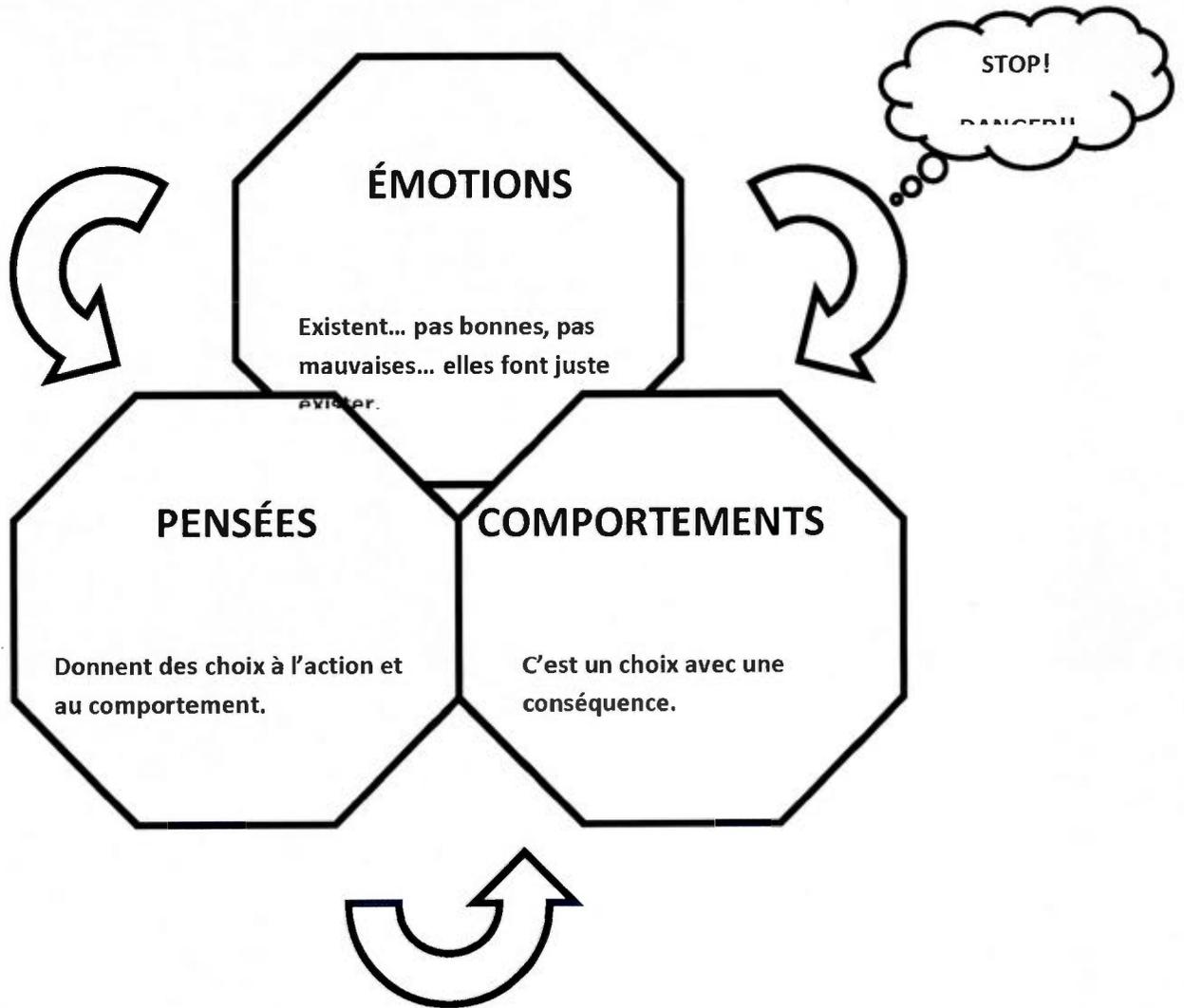
Documents à distribuer :

Émotions, pensées et comportements

Ce diagramme démontre la relation des émotions avec les pensées et les comportements. Le point ici est que nous devons reconnaître lorsque nous avons une émotion, nommer l'émotion, identifier les besoins associés à cette émotion, et évaluer les différentes façons d'agir (comportement).

Règles non écrites

Soyez prêt à discuter des stéréotypes féminin et masculin et les rôles associés à chacun.



<u>ÉMOTIONS</u>	<u>SIGNIFICATION</u>	<u>ACTIONS</u>
Peur	Danger	Fuir
Colère	Injustice	Attaque
Tristesse	Perte (d'un objet aimé)	Inaction
Honte	Incompétence (inadéquat)	Se cacher
Excitation	Possibilités	Y aller
Satisfaction	Sécurité	Confiance
Dégoût	Révolte	Repousser
Mépris	Désappointement	Écraser

## Règles non écrites (mythes)

On se retrouve souvent à réagir spontanément à certaines situations par habitude. Parfois, on réagit ainsi parce que c'est quelque chose que l'on a appris de notre famille et parfois, on réagit ainsi juste parce que... Parfois on se retrouve dans des situations où l'on a brisé l'une des ses règles et on se sent coupable, honteux, ou simplement épouvantable d'avoir agi ainsi. Ses émotions nous entraînent parfois à faire des choix dans nos comportements qui seront peut-être malsain ou non sécuritaire pour nous. Regardons quelques règles non écrites créés par la société, ou notre famille, et regardons si elles sont réalistes avec notre réalité.

- 📖 Les grands garçons ne pleurent pas.
- 📖 Les filles n'ont pas de tempérament.
- 📖 Je suis mauvaise si je montre ma colère.
- 📖 Il y a quelque chose qui ne tourne pas rond avec moi si je montre ma colère.
- 📖 Tu dois contrôler les mauvaises émotions.
- 📖 Il y a quelque chose qui ne tourne pas rond avec moi si je deviens trop émotionnel.
- 📖 Je n'ai aucune raison de montrer mes émotions, tout le monde s'en fou de toute façon.
- 📖 Je n'ai aucune raison de parler ou montrer mes émotions car personne ne peut m'aider.
- 📖 Les autres peuvent me dire comment je suis supposé me sentir.
- 📖 Prétendre que les émotions ne font pas mal est pour le mieux.
- 📖 Je me sens stupide quand je pleure.
- 📖 Si je suis émotionnelle, c'est sûrement parce que je suis faible.
- 📖 Je dois contrôler mes émotions afin que les autres croient que je suis forte.

 Ce n'est pas correct de montrer mes émotions en public.

En tant qu'enfant (fille/garçon), je dois :

Avoir l'air de :

Paraître comme :

Me sentir comme :

Agir comme :

---

En tant que parent, je dois :

Avoir l'air de :

Paraître comme :

Me sentir comme :

Agir comme :

---

En tant qu'étudiant/ employée, je dois :

Avoir l'air de :

Paraître comme :

Me sentir comme :

Agir comme :

---

En tant que femme/homme, on s'attend de moi que :

Avoir l'air de :

Paraître comme :

Me sentir comme :

Agir comme :



En tant que patient, on s'attend de moi que :

Avoir l'air de :

Paraître comme :

Me sentir comme :

Agir comme :

## Session 18

### Thème : Pensées automatiques

#### **Déroulement de la session 18**

- Introduction
- Distribution des documents
- Discuter des défis personnels

#### **Objectif de la session :**

Aider les membres du groupe à prendre connaissance de leurs pensées automatiques.

#### **Points à discuter :**

Discuter des défis vécus par chacun des membres au cours de la semaine précédente ainsi que les solutions qui ont été utilisées afin de se protéger.

#### **Documents à distribuer :**

##### Discours interne erroné et croyances irrationnelles

Dans cette discussion, rapportez-vous à l'interprétation d'un événement, d'une situation, et de règles non écrites. Il en existe de nombreuses façons de faire des distorsions, abordez celles qui semblent les plus appropriées pour votre groupe.

## ***Discours interne erroné***

Il existe plusieurs façons de faire une distorsion des événements. Remettre en question ce discours interne sert à réduire l'anxiété, les sentiments dépressifs, à avoir une meilleure confiance en soi, à être moins méfiant à l'égard des autres et ainsi améliorer nos relations sociales.

### **1. VOIR LES CHOSES EN NOIR ET BLANC**

Avoir tendance à voir les choses selon les extrêmes, tout un ou tout l'autre. Attention aux mots « jamais », « toujours », « rien » et « tout le monde ».

« Les jeunes qui sont cool fument la cigarette; si tu ne fumes pas, tu peux pas être cool. »

« T'es soi de mon bord ou tu l'es pas! »

« On peut pas faire confiance à personne! »

### **2. MINIMISER**

Avoir tendance à diminuer vos réussites.

« Même si j'ai enfin réussi mon cours de géo, ce n'est pas une grosse affaire. »

« J'ai réussi mais y a bien du monde qui eux aussi réussissent. »

« Les intervenants me complimentent simplement parce qu'ils sont payés ou parce qu'ils veulent me faire plaisir. »

« Ce gars-là m'apprécie mais le beau gars de la classe lui ne veut rien savoir de moi. »

### **3. LIRE DANS LES PENSÉES**

Avoir tendance à présumer que les autres pensent quelque chose de moi sans le vérifier.

« Je le sais qu'elle me déteste... elle m'a regardé bizarrement. »

« Elle m'évite... elle doit être vraiment fâchée contre moi. »

« Ma mère ne m'a pas appelé... elle ne doit pas tenir à moi. »

« Ces élèves n'ont pas mangé avec moi ce midi... ils doivent penser que je suis un twit. »

#### **4. TOUT EST ÉPOUVANTABLE**

Avoir tendance à prédire que les choses vont se dérouler de manière épouvantable pour soi.

« Quand je vais retourner à la maison, je le sais que je vais tout ruiner. »

« Je ne réussirai jamais mon cours de maths. »

« Mon patron ne pourra plus jamais me faire confiance. »

« Je le sais que je ne m'en sortirai pas. »

#### **5. ERREUR DE RESPONSABILITÉ**

Avoir tendance à blâmer injustement soi ou les autres.

« Tout est de ma faute. » ou « Tout est de leur faute. »

« C'est de ma faute si mon père est alcoolique. »

« L'abus que j'ai subi, c'est parce que j'ai fait quelque chose de mal. »

« Tu ruines toujours tout pour moi. »

#### **6. SE DIMINUER**

Avoir tendance à se diminuer, se rabaisser pour avoir un tel problème ou avoir fait une telle erreur.

« J'ai un surplus de poids, donc je suis stupide et paresseux. »

« J'ai échoué cet examen donc je dois être imbécile. »

« J'ai besoin d'aide donc je dois être vraiment mauvais. »

« Elle ne m'aime pas donc je dois être vraiment laid. »

## 7. RAISONNEMENT ÉMOTIONNEL

Avoir tendance à conclure que si on se perçoit d'une telle façon, ce doit être la réalité.

« Puisque je ne m'aime pas, je ne dois pas être aimable. »

« Je me sens rejetée donc tout le monde doit me rejeter. »

« Puisque je me sens coupable, je dois avoir fait quelque chose de mauvais. »

### *Discours interne : Modèle A – B – C – D – E*

#### A. Premier événement

Imagine un événement comme par exemple lorsque tu arrives pour t'asseoir à la cafétéria et un autre élève se lève au même moment pour partir.

#### B. Discours interne (pensées)

Maintenant imagine ce que tu pourrais te dire intérieurement. Certains vont se dire : « Cette personne là ne doit pas m'aimer sinon elle ne serait pas partie. Qu'est-ce que j'ai fait de mal? »

#### C. Émotions et comportements

Maintenant pense à comment tu te sentirais et comment tu agirais si tu te disais une telle chose. Tu te sentirais probablement déprimé et rejeté; tu pourrais réagir avec colère ou te retirer dans ton coin.

**D. Nouveau discours interne (pensées alternatives)**

Par contre, tu n'as peut-être pas interprété la situation correctement. Chacun de nous avons ce genre de discours interne automatique et cela nous coince parfois dans des émotions négatives. Un autre type de discours interne aurait pu être : « Je me demande pourquoi il quitte la table. Il a l'air pourtant de m'apprécier, donc je ne pense pas que ce soit à cause de moi. Peut-être qu'il devait aller faire autre chose ailleurs ».

L'idée ici c'est que la façon dont on se parle intérieurement influence comment on se sent et comment on agit. On fait tous cela très souvent, entretenir un discours interne. L'idée c'est donc de prendre contrôle de la façon dont on se parle.

Un autre exemple...

**A. Premier événement**

Tes parents se chicanent pour une question d'argent.

**B. Discours interne**

Tu te dis : « Si mes parents n'avaient pas à me supporter financièrement, ils seraient plus heureux. C'est de ma faute ».

**C. Émotions et comportements**

Avec un tel discours interne, tu te sentirais probablement déprimé et coupable. Tu pourrais aussi te sentir en colère contre toi-même d'être un poids pour tes parents (ce que tu perçois). Tu pourrais te retirer ou penser à fuguer ou vouloir te faire du mal pour chasser ces émotions difficiles.

**D. Nouveau discours interne**

Un type différent de discours interne serait : « J'aimerais tellement que mes parents s'entendent mieux, mais je sais que ce n'est pas de ma faute, ça les regarde eux ».

**E. Nouveaux sentiments et nouveaux comportements**

Avec ce genre de discours interne, tu serais peut-être inquiet mais pas responsable. Tu voudrais peut-être simplement rester à l'écart pendant qu'ils se chicanent et réaliser que tu n'es pas directement impliqué dans ce problème.

**Discours interne**

Afin d'arriver à mieux comprendre et à modifier notre discours interne, voici un exercice facile et très utile

1. Écoute ton discours interne pour quelques jours. Garde un journal qui décrit ton discours pour 3 jours.
2. Confronte ton discours interne. Est-ce qu'il reflète le jugement des membres de ta famille ou d'autres gens de ton passé? Réévalue tes pensées. Un(e) ami(e) ou thérapeute peut t'aider à juger entre fiction et réalité.
3. Identifie ton discours positif du négatif.
4. Remplace le négatif par des mots d'encouragement.

5. Rends ton discours interne ton meilleur ami.
  
6. Lorsque tu te regardes dans le miroir, souris au lieu de froncer les sourcils.  
Traite-toi en ami(e). Donne-toi des compliments.

**Il faut pratiquer et pratiquer pour arriver  
à un changement, c'est la clef!!!!**



## Session 19

### Thème : Tu es parfaitement imparfait en ce moment

#### **Déroulement de la session 19**

- Introduction
- Distribution des documents
- Discuter des défis personnels

#### **Objectif de la session :**

Préparer les membres du groupe à la fin des sessions.

#### **Points à discuter :**

Discuter des défis vécus par chacun des membres au cours de la semaine précédente ainsi que les solutions qui ont été utilisées afin de se protéger.

#### **Documents à distribuer :**

Tu es parfaitement imparfait en ce moment

Demandez aux participants d'exprimer leurs émotions face au texte. En quoi ce texte les rejoint?

#### Boîte

Fournir une boîte à chaque membre du groupe. Cette boîte est un outil qu'ils pourront utiliser pendant les moments difficiles. Toutefois, ils pourront construire cet outil seulement dans les moments calmes. Le but de cette boîte est d'y inclure des objets qui leur permettent de se calmer (par exemple, des photos de personnes importantes pour eux, un parfum dont la senteur est apaisante, un album de music relaxante, etc.)

#### Prévention de la rechute

### **Tu es parfaitement imparfait en ce moment.**

Tu as toujours été parfaitement imparfait et tu le seras toujours. Tu feras des erreurs à l'occasion, des choses que tu aurais aimé ne pas avoir fait et tu auras envie de choses que tu ne possèdes pas. Tu es capable d'honnêteté et de sournoiserie, de gentillesse et de haine, de compassion et de cruauté. Tout à la fois, tu es aussi un être humain vivant parfait. Cette vie t'a été confiée pour que tu en prennes soin, que tu l'aimes et apprennes d'elle. Il n'y aura jamais quelqu'un d'autre comme toi.

Plusieurs personnes ont une vision irréaliste de ce que veut dire être humain. Ils parlent de « tout avoir », ce qui est une illusion puisque nous sommes continuellement dans un état de changement. Ils croient qu'un jour ils pourront cesser d'égarer leurs clés, de perdre patience, d'offenser d'autres personnes, d'avoir peur, ou perdre leurs mots. Ils croient peut-être aussi qu'ils vont être capables de suivre une diète, d'avoir un travail stimulant qui paye bien, d'être aimé par tout le monde, et se réveiller tous les matins en se sentant alerte et éveillé. Si tu penses que ces choses sont réellement possibles, regarde autour de toi. Y a-t-il quelqu'un qui correspond à cette définition?

Si tu veux être heureux, oublies toutes ces idées. Lorsqu'elles te traversent l'esprit, souris et regardes-les danser sans les prendre au sérieux. Nous nous sentons tout seul parfois, renversons du lait, nous mettons le pied dans la bouche, avons peur, ou sommes dans la lune pendant une rencontre importante. Reconnait les voix dans ta tête pour ce qu'elles sont : les idéations de nos parents, de l'Église et, de l'école, une approche autoritaire de l'éducation des enfants, la liste des « devrait » qui engloutie l'estime de soi. Souviens-toi, ce n'est pas parce que ces idées sont dans ta tête qu'elles sont vraies. La perfection est dans la vérité, l'honnêteté et la gentillesse de tous les jours. Le but n'est pas d'éviter de tomber hors du chemin, c'est de se promener avec grâce, profiter de la vie et être gentil avec soi-même.

### Prévention de la rechute

Il arrive chez certaines personnes que les difficultés reviennent quelques temps après la fin du groupe.

Discutez des stratégies à utiliser pour faire face à ces difficultés lorsque l'on a plus le groupe pour nous soutenir (faire un retour sur les différentes stratégies apprises lors des 20 semaines).

Chaque participantes nomme 1 ou 2 stratégies qu'il utilisera lorsqu'il vivra de nouvelles difficultés.

## Session 20

### Thème : Activité bilan

#### **Déroulement de la session 20**

- Introduction
- Distribution des documents
- Discuter des défis personnels

#### **Objectif de la session :**

Conclure le programme et recueillir les commentaires des membres du groupe.

#### **Documents à distribuer :**

Remplir les questionnaires de post-test

#### **Points à discuter :**

C'est aussi le moment de leur demander ce qu'ils pensent du groupe. Est-ce qu'ils ont apprécié l'expérience ou non? Seraient-ils intéressés à une autre « phase » du programme s'il y en avait une? Etc.

## Session 21

### Thème : Souper de groupe et conclusion

#### **Déroulement de la session 21**

- Souper choisi par les membres du groupe.

#### **Objectif de la session :**

Conclure le programme et souligner les progrès des participants de façon personnalisée.

Remettre un diplôme à chacun des participants. Il est intéressant de leur donner des commentaires positifs face à leur participation au groupe. Les intervenants soulignent 3 qualités qu'ils ont identifiées dans les vingt semaines, pour chacun des participants.

Faire un retour sur la boîte avec les participants. Ceux ayant apporté leur boîte peuvent la montrer aux autres afin d'expliquer les choses qu'ils y ont inclus. Ceux ayant commencé leur boîte à la maison peuvent aussi discuter de ce qu'ils y ont inclus.

## Session complémentaire

### Thème : Prévention de la Toxicomanie

Tous n'ont pas les mêmes comportements concernant la consommation d'alcool ou d'autres drogues; certains ne consomment aucune substance alors que d'autres ne l'essaieront qu'une seule fois, en petite quantité et n'y reviendront plus. Chez les personnes qui consomment, le plaisir est le motif de consommation le plus souvent évoqué. Cependant, cela ne signifie pas qu'aucun risque n'est lié à la consommation. Même si on consomme pour le plaisir, la consommation peut avoir des impacts négatifs sur plusieurs sphères de notre vie.

### **Les conséquences, l'effet boomerang !**

Comme un boomerang qui te revient dès que tu le lances, ta consommation peut engendrer des contrecoups négatifs.

- Des problèmes relationnels avec les amis et la famille
- Des problèmes scolaires (faible motivation, absentéisme, baisse des résultats, suspension, décrochage, etc.)
- Des problèmes psychologiques (détresse, anxiété, dépression, idées suicidaires, etc.)
- Des problèmes de santé physique (troubles digestifs, irritation nasale, palpitations, surdose, etc.)
- Des blessures à la suite d'une bagarre ou d'un accident automobile, par exemple
- Une relation sexuelle non protégée ou non désirée, pouvant amener une infection transmise sexuellement ou une grossesse non désirée.

### **Reconnais tes facteurs de risque et de protection**

Certains facteurs de risque sont hors de notre contrôle, alors que d'autres peuvent être améliorés. Quant aux facteurs de protection, ils peuvent s'acquérir ou être renforcés.

#### **Les facteurs de risque**

Ce sont des éléments qui augmentent la probabilité de l'apparition d'un problème de consommation. Généralement, il est reconnu que c'est l'accumulation de plusieurs facteurs de risque qui peut engendrer un problème de consommation.

- Conflits familiaux
- Liens avec des gens qui consomment
- Début de la consommation à un âge précoce
- Faible estime de soi

### **Les facteurs de protection**

Ce sont des éléments qui diminuent la probabilité de l'apparition d'un problème de consommation.

- Bonne estime de soi
- Connaissance suffisante de soi
- Bonnes relations familiales
- Saines habitudes de vie en ce qui concerne l'alimentation, le sommeil etc.
- Participation dans des loisirs et des activités sportives.

### **Dépendance et abus**

Deux Types de dépendance :

**Psychologique** : La personne ressent mentalement un besoin urgent de consommer une substance donnée, pour être mieux dans sa peau, se détendre, se calmer ou se stimuler.

**Physique** : La personne ressent physiquement le besoin créé par l'accoutumance du corps à l'action de la drogue. En état de manque, elle subit des réactions physiques plus ou moins fortes.

**Consommation abusive** : Consommer en une seule occasion, une grande quantité d'alcool ou de drogue, comme par exemple, prendre plus de 5 consommations d'alcool lors d'une même soirée.

Consommer ainsi sur une période plus ou moins longue peut provoquer une dépendance physique ou psychologique. Le calage d'alcool (boire une grande quantité d'alcool en très peu de temps) peut provoquer une intoxication dangereuse pour la santé.

Les signes d'une intoxication sont : Diminution importante ou absence de réaction

**Appendice D**  
**Questionnaires utilisés en pré et post intervention**

**Mesure d'impact pour les jeunes-2.0**

No. d'identification : # \_\_\_\_\_ Sexe:  Femme  Homme Âge: \_\_\_\_\_

*Directives: Essayez de nous indiquer comment vous vous êtes senti(e) au cours des sept (7) derniers jours, y compris aujourd'hui. Lisez chaque énoncé attentivement et encerclez le numéro qui se situe sous la catégorie qui décrit le mieux votre situation actuelle.*

Session: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Score total: Page 1 \_\_\_\_\_ + Page 2 \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

	Jamais	Rarement	Parfois	Fréquemment	Presque toujours
1. Je veux être seul(e) plus que d'autres personnes de mon âge.	0	1	2	3	4
2. J'ai des maux de tête ou des vertiges.	0	1	2	3	4
3. Je ne participe plus à des activités qui me plaisaient auparavant.	0	1	2	3	4
4. Je me dispute ou je parle grossièrement aux autres.	0	1	2	3	4
5. J'ai plus de peurs que d'autres personnes de mon âge.	0	1	2	3	4
6. Je saute des cours ou je fais l'école buissonnière.	0	1	2	3	4
7. Je me conforme aux règles et attentes des adultes.	2	1	0	- 1	- 2
8. J'ai du mal à finir mes tâches ou bien je les fais négligemment.	0	1	2	3	4
9. Je me plains que des choses sont injustes.	0	1	2	3	4
10. J'ai des problèmes de constipation ou de diarrhée.	0	1	2	3	4
11. Je me bats (coups, coups de pied, morsures ou griffures) avec ma famille ou d'autres personnes de mon âge.	0	1	2	3	4
12. Je suis inquiet(e) et je ne peux pas chasser certaines idées de mon esprit.	0	1	2	3	4

	Jamais	Rarement	Parfois	Fréquent- ment	Presque toujours
13. Je mens ou je vole.	0	1	2	3	4
14. J'ai du mal à me tenir tranquille (ou j'ai trop d'énergie).	0	1	2	3	4
15. Je me sens anxieux(se) ou nerveux(se).	0	1	2	3	4
16. Je parle avec les autres de façon amicale.	2	1	0	- 1	- 2
17. Je suis tendu(e) et facilement surpris(e) (nerveux/se).	0	1	2	3	4
18. Je souille ma culotte ou mon lit de mon urine ou de mes selles.	0	1	2	3	4
19. Je me bats physiquement avec les adultes.	0	1	2	3	4
20. Je vois, entends ou crois des choses qui n'existent pas.	0	1	2	3	4
21. Je me suis auto-mutilé(e) exprès (par exemple, je me suis coupé(e), griffé(e)) ou j'ai tenté de me suicider.	0	1	2	3	4
22. Je consomme de l'alcool ou des drogues.	0	1	2	3	4
23. Je suis désorganisé(e) (ou je n'arrive pas à m'organiser).	0	1	2	3	4
24. J'aime mes relations avec ma famille et mes amis.	2	1	0	- 1	- 2
25. Je suis triste ou malheureux(se).	0	1	2	3	4
26. J'ai des douleurs ou des faiblesses musculaires ou articulaires.	0	1	2	3	4
27. J'ai du mal à faire confiance à mes amis, ma famille ou d'autres adultes.	0	1	2	3	4
28. Je pense que les autres essaient de me faire du mal même si ce n'est pas vrai.	0	1	2	3	4
29. J'ai menacé de, ou j'ai quitté la maison (faire une fugue).	0	1	2	3	4
30. Mes émotions sont fortes et changent rapidement.	0	1	2	3	4
31. J'enfreins les règles, lois ou je fais exprès de ne pas répondre aux attentes des autres.	0	1	2	3	4
32. Je suis content(e) de moi.	2	1	0	- 1	- 2
33. Je boude, pleure, ou je me plains plus que les autres personnes de mon âge.	0	1	2	3	4
34. Je me tiens à l'écart de ma famille et de mes amis.	0	1	2	3	4
35. J'ai plus souvent mal au ventre ou envie de vomir que d'autres personnes de mon âge.	0	1	2	3	4

	Jamais	Rarement	Parfois	Fréquemment	Presque toujours
36. Je n'ai pas d'amis ou je ne les garde pas très longtemps.	0	1	2	3	4
37. Mes parents ou mes tuteurs n'approuvent pas mes fréquentations.	0	1	2	3	4
38. Je pense que je peux entendre ce que pensent les autres ou que ces derniers peuvent entendre mes pensées.	0	1	2	3	4
39. J'ai un comportement sexuel que mes amis ou ma famille n'approuveraient pas.	0	1	2	3	4
40. J'ai du mal à attendre mon tour dans des activités ou des conversations.	0	1	2	3	4
41. Je pense au suicide ou je pense que je serais mieux mort(e).	0	1	2	3	4
42. Je fais des cauchemars, j'ai du mal à m'endormir, je dors trop, ou je me réveille trop tôt.	0	1	2	3	4
43. Je me plains de ou je mets en question des règles, attentes ou responsabilités.	0	1	2	3	4
44. J'ai des moments d'euphorie inhabituelle ou d'énergie excessive.	0	1	2	3	4
45. Je gère généralement bien ma frustration ou mon ennui.	2	1	0	- 1	- 2
46. J'ai peur de devenir fou/folle.	0	1	2	3	4
47. Je me sens coupable lorsque je fais quelque chose de mal.	2	1	0	- 1	- 2
48. J'en demande beaucoup aux autres ou je suis arrogant(e).	0	1	2	3	4
49. Je me sens énervé(e).	0	1	2	3	4
50. Je vomis ou j'ai mal au ventre plus souvent que d'autres personnes de mon âge.	0	1	2	3	4
51. Je me mets suffisamment en colère pour menacer les autres.	0	1	2	3	4
52. Je me mets dans le pétrin quand je m'ennuie.	0	1	2	3	4
53. J'ai de l'espoir et je suis positif(ve).	2	1	0	- 1	- 2
54. Les muscles de mon visage, de mes bras, ou de mon corps tressautent ou se crispent.	0	1	2	3	4
55. Je fais exprès de détruire des objets.	0	1	2	3	4
56. J'ai du mal à me concentrer, à penser clairement ou à m'en tenir à mes tâches.	0	1	2	3	4

	Jamais	Rarement	Parfois	Fréquemment	Presque toujours
57. Je suis déprimé(e) et je m'en veux quand des choses se sont mal passées.	0	1	2	3	4
58. J'ai perdu beaucoup de poids sans être malade.	0	1	2	3	4
59. J'agis sans réfléchir et je ne m'inquiète pas des conséquences.	0	1	2	3	4
60. Je suis calme.	2	1	0	- 1	- 2
61. Je ne me pardonne pas les choses que j'ai mal faites.	0	1	2	3	4
62. Je n'ai pas beaucoup d'énergie.	0	1	2	3	4
63. Je pense que je n'ai pas d'amis ou que personne ne m'aime.	0	1	2	3	4
64. Je suis frustré(e) ou abattu(e) et j'abandonne facilement.	0	1	2	3	4

\_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_



effrayé(e) ou en colère \_\_\_\_\_

7. Je suis souvent intrigué(e)  
par des sensations au niveau

de mon corps \_\_\_\_\_

	Désaccord Completrelatif	Désaccord ni désaccord	Ni accord relatif	Accord complet	Accord
	1	2	3	4	5

8. Je préfère simplement laisser les  
choses se produire plutôt que

de comprendre pourquoi elles

ont pris ce tour \_\_\_\_\_

9. J'ai des sentiments que je ne  
suis guère capable d'identifier \_\_\_\_\_

10. Être conscient de ses émotions  
est essentiel \_\_\_\_\_

11. Je trouve difficile de décrire  
mes sentiments sur les gens \_\_\_\_\_

12. On me dit de décrire davantage  
ce que je ressens \_\_\_\_\_

13. Je ne sais pas ce qui se passe  
à l'intérieur de moi \_\_\_\_\_

14. Bien souvent je ne sais pas pourquoi je suis en colère \_\_\_\_\_
15. Je préfère parler aux gens de leurs activités plutôt que de leurs sentiments \_\_\_\_\_
16. Je préfère regarder des émissions de variétés quotidiennes plutôt que des dramatiques \_\_\_\_\_
17. Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à des amis très proches \_\_\_\_\_
18. Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence \_\_\_\_\_
19. Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels \_\_\_\_\_
20. Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent \_\_\_\_\_

### AUTO-ÉVALUTATION - BIS 11

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Instructions : Les gens agissent et réfléchissent différemment devant des situations variées. Ce questionnaire a pour but d'évaluer certaines de vos façons d'agir et de réfléchir. Lisez chaque énoncé et remplissez la case appropriée située sur la droite de la page. Ne passez pas trop de temps sur chaque énoncé. Répondez vite et honnêtement.

	Rarement/ Jamais	Occasion-ne	Souvent	Presque tou Toujours
	R	O	S	T
1. Je prépare soigneusement les tâches à accomplir.				
2. Je fais les choses sans réfléchir.				
3. Je suis insouciant.				
4. J'ai des idées qui défilent.				
5. J'organise mes voyages longtemps à l'avance.				
6. J'arrive bien à me contrôler.				
7. Je me concentre facilement.				
8. Je fais régulièrement des économies.				
9. J'ai du mal à rester longtemps assis.				
10. Je réfléchis avec soin.				
11. Je veille à ma sécurité d'emploi.				
12. Je dis les choses sans réfléchir.				

13.	J'aime réfléchir à des problèmes compliqués.				
14.	J'ai tendance à changer d'emploi.				
15.	J'agis sur des coups de tête.				
16.	Ça m'ennuie de réfléchir longtemps pour résoudre un problème.				
17.	J'ai régulièrement des bilans de santé (médicaux ou dentaires).				
18.	J'agis selon l'inspiration du moment.				
19.	Je suis quelqu'un de réfléchi.				
20.	J'ai tendance à changer de logement.				
21.	J'achète les choses sur des coups de tête.				
22.	Je finis toujours ce que je commence.				
23.	J'ai tendance à marcher et à me déplacer rapidement.				
24.	Je résous les problèmes par tâtonnements.				
25.	J'ai tendance à dépenser plus d'argent que je n'en ai.				
26.	Je parle vite.				
27.	Quand je dois me concentrer sur quelque chose, mes idées vagabondent.				
28.	Je m'intéresse plus au présent qu'à l'avenir.				
29.	Je ne tiens pas en place lors de conférences ou de discussion.				
30.	Je fais des projets pour l'avenir.				

BECK- BHS

Instructions : Indiquez, en utilisant la grille qui figure ci-dessous, à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations qui suivent en encerclant vrai (V) ou faux (F).

**FAUX****VRAI**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| 1. Je regarde le futur avec espoir et enthousiasme   | V | F |
| 2. Je suis aussi bien de tout laisser tomber parce que je n'arrive pas à faire en sorte que les choses soient mieux pour moi | V | F |
| 3. Lorsque les choses vont mal, cela m'aide de savoir qu'elles ne resteront pas toujours comme cela                          | V | F |
| 4. Je ne peux pas m'imaginer à quoi ressemblera ma vie dans 10 ans   | V | F |
| 5. J'ai suffisamment de temps pour accomplir les choses qui m'intéressent le plus  | V | F |
| 6. Dans l'avenir, je pense réussir dans les entreprises qui m'intéressent le plus  | V | F |
| 7. Mon avenir me semble sombre   | V | F |
| 8. J'anticipe avoir plus de bonnes choses de la vie  |   |   |

que l'ensemble des gens

V

F

9. Je n'ai tous simplement pas de chances, et je ne crois pas

que cela changera dans l'avenir

V

F

10. Mes expériences passées m'ont bien préparé pour mon futur

V

F

11. Tout ce que je peux voir pour mon avenir sont des situations  
déplaisantes plutôt que des situations plaisantes

V

F

12. Je ne m'attends pas à avoir ce que je veux vraiment

V

F

13. Lorsque je regarde devant moi dans l'avenir, je m'attends à  
être plus heureux(se) que je ne le suis maintenant

V

F

14. Les choses ne fonctionnent tout simplement pas  
comme je le souhaite

V

F

**VRAI****FAUX**

15. J'ai beaucoup d'espoir en l'avenir

V

F

16. Je n'obtiens jamais ce que je veux, donc c'est sot

de vouloir quoi que ce soit

V

F

17. C'est peu probable que je reçoive quelque satisfaction

que ce soit dans le futur

V

F

18. Le futur me semble vague et incertain

V

F

19. J'anticipe plus de bons moments que de moments malheureux

V

F

20. C'est inutile d'essayer d'obtenir les choses que je veux

parce que je n'obtiendrai probablement rien

V

F

## Inventaire de résolution de problème

Lisez chacun des énoncés ci dessous et écrivez le chiffre correspondant a votre degré d'accord

**1 = Tout à fait en accord**

**2 = Modérément en accord**

**3 = Très peu en accord**

**4 = Très peu en désaccord**

**5 = Modérément en désaccord**

**6 = Tout à fait en désaccord**

\_\_\_\_\_

1. Lorsqu'une solution fut infructueuse, je n'examine pas pourquoi cette solution n'a pas fonctionnée

\_\_\_\_\_

2. Lorsque je suis confrontée à un problème complexe, je ne tente pas de développer une stratégie de recherche d'informations afin de mieux définir le problème

\_\_\_\_\_

3. Lorsque mes premiers efforts pour résoudre un problème est un échec je deviens incertaine de mes habilités à gérer la situation

\_\_\_\_\_

4. Après avoir réglé un problème, je n'analyse pas ce qui a bien et mal fonctionné

\_\_\_\_\_

5. Je suis habituellement capable de penser à des alternatives créatives et efficaces pour résoudre un problème

- \_\_\_\_\_ 6. Après avoir tenté de résoudre un problème d'une certaine manière, je prends le temps de comparer l'issue actuelle à ce que je pense aurait dû se produire
- \_\_\_\_\_ 7. Lorsque j'ai un problème, je pense à toutes les façons possible de régler le problème jusqu'à ce que je ne trouve plus aucunes idées
- \_\_\_\_\_ 8. Lorsque je suis confrontée à un problème, j'examine de manière rigoureuse mes sentiments afin de mieux comprendre ce qui se produit dans une situation problématique
- \_\_\_\_\_ 9. Lorsque je suis confuse au sujet d'un problème, je ne tente pas de le définir des idées ou sentiments vagues en termes spécifiques
- \_\_\_\_\_ 10. J'ai l'habilité de résoudre presque tous les problèmes même si au départ aucune solution ne semble apparente
- \_\_\_\_\_ 11. Beaucoup des problèmes que j'affronte sont trop complexe pour ma capacité de les résoudre
- \_\_\_\_\_ 12. Je prends des décisions et je suis satisfait (e) de ces décisions après
- \_\_\_\_\_ 13. Lorsque confronté à un problème, je fais la première chose à laquelle je pense pour régler la solution
- \_\_\_\_\_ 14. Quelques fois je ne prends pas le temps d'arrêter et faire face à mes problèmes, je continue comme je peux
- \_\_\_\_\_ 15. Lorsque je décide d'une solution possible à un problème, je ne prends pas le temps d'examiner les différentes alternatives de succès

- \_\_\_\_\_ 16. Lorsque confronté à un problème, j'arrête et y pense avant de décider de l'étape suivante
- \_\_\_\_\_ 17. Je prends généralement la première bonne idée qui me viens à l'esprit
- \_\_\_\_\_ 18. Lorsque je prends une décision, j'examine les conséquences de chaque alternative et je les compare les unes aux autres
- \_\_\_\_\_ 19. Lorsque je fais un plan pour résoudre un problème, je suis presque certain(e) d'être en mesure de le faire fonctionner
- \_\_\_\_\_ 20. J'essaye de prédire les résultats d'un plan d'action particulier
- \_\_\_\_\_ 21. Lorsque j'essaye de penser à des solutions pour résoudre un problème, je ne trouve pas beaucoup d'alternatives
- \_\_\_\_\_ 22. Lorsque je tente de résoudre un problème, une stratégie que j'utilise souvent et celle de penser aux problèmes antérieurs qui furent similaires
- \_\_\_\_\_ 23. Lorsque j'ai suffisamment de temps et d'effort à investir, je crois être capable de résoudre la plupart de mes problèmes
- \_\_\_\_\_ 24. Lorsque je fais face à une nouvelle situation, j'ai confiance que je peux gérer les problèmes qui émergeront
- \_\_\_\_\_ 25. Malgré que je tente de régler un problème, j'ai par moments l'impression que je me perds et que je n'arrive pas à cibler les vrais enjeux

- \_\_\_\_\_ 26. Je fais des jugements spontanés et les regrettent plus tard
- \_\_\_\_\_ 27. J'ai confiance en mes habilités pour résoudre des problèmes qui peuvent être nouveaux et difficiles
- \_\_\_\_\_ 28. J'ai une approche systématique pour comparer les alternatives et prendre des décisions
- \_\_\_\_\_ 29. Lorsque je pense à une façon de régler un problème, je n'essaye pas de combiner plusieurs idées ensemble
- \_\_\_\_\_ 30. Lorsque confronté à un problème, je ne tente pas d'examiner quel sont les éléments extérieurs dans mon environnement qui peuvent contribuer à ce problème
- \_\_\_\_\_ 31. Lorsque confronté à un problème, la première chose que je fais est d'analyser la situation et de considérer toutes les informations pertinentes
- \_\_\_\_\_ 32. Par moments je deviens tellement tendu émotionnellement que je suis incapable de considérer plusieurs manières de gérer mes problèmes
- \_\_\_\_\_ 33. Après avoir pris une décision, l'issue que j'anticipe et généralement celui qui se produit
- \_\_\_\_\_ 34. Lorsque confronté à un problème, je ne suis pas certain(e) d'être en mesure de gérer la situation
- \_\_\_\_\_ 35. Lorsque je deviens consciente d'un problème, une des premières choses que je fais est d'identifier exactement quel est le problème

### Inventaire de Dépression de Beck (BDI-II)

Consigne : Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire exactement ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez-le. Assurez-vous de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n°16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modifications de l'appétit).

<b>1. Tristesse</b>		<b>5. Sentiments de culpabilité</b>	
0	Je ne me sens pas triste	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable.
1	Je me sens très souvent triste	1	Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
2	Je suis tout le temps triste	2	Je me sens coupable la plupart du temps.
3	Je suis si triste ou si malheureux(se) que ce n'est pas supportable	3	Je me sens tout le temps coupable.
<b>2. Pessimisme</b>		<b>6. Sentiment d'être puni(e)</b>	
0	Je ne suis pas découragé (e) face à mon avenir.	0	Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
1	Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.	1	Je sens que je pourrais être puni(e).
2	Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.	2	Je m'attends à être puni(e).
3	J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.	3	J'ai le sentiment d'être puni(e).
<b>3. Échecs dans le passé</b>		<b>7. Sentiments négatifs envers soi-même</b>	
0	Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie.	0	Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
1	J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.	1	J'ai perdu confiance en moi.
2	Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.	2	Je suis déçu (e) par moi-même.
3	J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.	3	Je ne m'aime pas du tout.

4. Perte de plaisir		8. Attitude critique envers soi	
0	J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant quant aux choses qui me plaisent.	0	Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
1	Je n'éprouve pas autant de plaisir quant aux choses qu'avant.	1	Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
2	J'éprouve très peu de plaisir quant aux choses qui me plaisent habituellement.	2	Je me reproche tous mes défauts.
3	Je n'éprouve aucun plaisir quant aux choses qui me plaisent habituellement.	3	Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.
9. Pensées ou désirs de suicide		16. Modifications dans les habitudes de sommeil	
0	Je ne pense pas du tout à me suicider.	0	Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
1	Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.	1a	Je dors un peu plus que d'habitude.
		1b	Je dors un peu moins que d'habitude.
2	J'aimerais me suicider.	2a	Je dors beaucoup plus que d'habitude.
		2b	Je dors beaucoup moins que d'habitude.
3	Je me suiciderais si l'occasion se présentait.	3a	Je dors presque toute la journée.
		3b	Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.
10. Pleurs		17. Irritabilité	
0	Je ne pleure pas plus qu'avant.	0	Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
1	Je pleure plus qu'avant.	1	Je suis plus irritable que d'habitude.
2	Je pleure pour la moindre petite chose.	2	Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
3	Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.	3	Je suis constamment irritable.
11. Agitation		18. Modifications de l'appétit	
0	Je ne suis pas plus agité (e) ou plus tendu (e) que d'habitude.	0	Mon appétit n'a pas changé.
1	Je me sens plus agité (e) ou plus tendu (e) que d'habitude.	1a	J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
		1b	J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.

2 Je suis si agité (e) ou tendu (e) que j'ai du mal à rester tranquille. 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.

2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.

3 Je suis si agité (e) ou tendu (e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose. 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.

3b J'ai constamment envie de manger.

#### 12. Perte d'intérêt

0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.

1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.

2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.

3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

#### 19. Difficulté à se concentrer

0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.

1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.

2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.

3 Je me trouve incapable de me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.

#### 13. Indécision

0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.

1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.

2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.

3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

#### 20. Fatigue

0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.

1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.

2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.

3 Je suis trop fatigué (e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

#### 14. Dévalorisation

0 Je pense être quelqu'un de valable.

1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.

2 Je me sens moins valable que les autres.

3 Je sens que je ne vaudrais absolument rien.

#### 21. Perte d'intérêt pour le sexe

0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.

1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.

2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.

3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

### 15. Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

## Questionnaire de perception

Laquelle des quatre descriptions suivantes vous décrit le mieux. Nous vous demandons d'encercler une seule description.

1. Il est facile pour moi de me rapprocher des gens sur le plan affectif. Je sens que je peux compter sur les gens de mon entourage et que ceux-ci peuvent compter sur moi. Je ne m'inquiète pas du fait d'être seul ou du fait que les autres puissent ne pas m'accepter.
  
2. Je me sens à l'aise dans les relations qui n'impliquent pas de rapprochement sur le plan affectif. C'est très important pour moi de me sentir indépendant(e) et autonome. Je préfère ne pas compter sur les autres et que les autres ne comptent pas sur moi.
  
3. Je veux être près des gens sur le plan affectif, mais je sens que ceux-ci sont réticents à se rapprocher de moi comme je le voudrais. Je me sens mal à l'aise sans relation intime, mais je suis souvent préoccupé(e) par le fait que les gens ne m'apprécient pas autant que je les apprécie.
  
4. Je me sens embarrassé(e) lorsque je suis près des gens. Je désire établir des liens affectifs avec les autres, mais il m'est difficile soit de leur faire totalement confiance, soit de devoir compter sur eux. J'ai peur de souffrir si je me laisse devenir trop intime avec les autres.

## Questionnaire de perception des Relations

**Consigne :** Répondez à chacun des énoncés en indiquant à quel point vous êtes en accord ou en désaccord. Entourez le chiffre correspondant le mieux à votre choix :

1. Il est facile pour moi de me rapprocher des gens sur le plan affectif. Je sens que je peux compter sur les gens de mon entourage et que ceux-ci peuvent compter sur moi. Je ne m'inquiète pas du fait d'être seul ou du fait que les autres puissent ne pas m'accepter.

Fortement en Désaccord			Neutre/Partagé(e)		Fortement en accord	
1	2	3	4	5	6	7

2. Je me sens à l'aise dans les relations qui n'impliquent pas de rapprochement sur le plan affectif. C'est très important pour moi de me sentir indépendant(e) et autonome. Je préfère ne pas compter sur les autres et que les autres ne comptent pas sur moi.

Fortement en Désaccord			Neutre/Partagé(e)		Fortement en accord	
1	2	3	4	5	6	7

3. Je veux être près des gens sur le plan affectif, mais je sens que ceux-ci sont réticents à se rapprocher de moi comme je le voudrais. Je me sens mal à l'aise sans relation intime, mais je suis souvent préoccupé(e) par le fait que les gens ne m'apprécient pas autant que je les apprécie.

Fortement en Désaccord			Neutre/Partagé(e)		Fortement en accord	
1	2	3	4	5	6	7

4. Je me sens embarrassé(e) lorsque je suis près des gens. Je désire établir des liens affectifs avec les autres, mais il m'est difficile soit de leur faire totalement confiance, soit de devoir compter sur eux. J'ai peur de souffrir si je me laisse devenir trop intime avec les autres.

Fortement en Désaccord			Neutre/Partagé(e)		Fortement en accord	
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

© Développé par Bartholomew, 1990. Traduit et adapté par Yvan Lussier, Ph.D., 1992.