

Région de la Montérégie — La maison d'hébergement L'Entre-Deux

Pauline Lacroix et Lucie Sauvé

Thérapie et patient borderline (1) et Médicaments psychotropes :
aspects psychosociaux (2)

Volume 22, numéro 1, printemps 1997

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/502109ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/502109ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Lacroix, P. & Sauvé, L. (1997). Région de la Montérégie — La maison
d'hébergement L'Entre-Deux. *Santé mentale au Québec*, 22(1), 317–324.
<https://doi.org/10.7202/502109ar>



Événements régionaux

Région de la Montérégie

Responsable : Rolland Gaudet

La maison d'hébergement L'Entre-Deux

Hébergement l'Entre-Deux est une corporation sans but lucratif en opération depuis février 1983. Cette maison d'hébergement a été créée à la suite d'une étude de besoins réalisée par les intervenant-e-s du milieu. Cette étude démontrait l'absence de ressources pour les femmes dépressives.

Au cours de sa première année d'opération, l'Entre-Deux offre des services d'écoute, de dépannage et d'accueil à court terme à des femmes référées par les hôpitaux, les policiers, les CLSC, etc. En 1984, le personnel et le conseil d'administration prennent conscience que seule la thérapie peut amener une amélioration à long terme de l'état dépressif. Elles décident donc de mettre sur pied un programme complet de thérapie de groupe et individuelle.

En 1989, lors de l'assemblée générale, l'Entre-Deux officialise son approche thérapeutique féministe qui consiste à amener les femmes à se prendre en charge, à développer leur estime d'elles-mêmes et à remettre en question les stéréotypes sexuels et les rôles limitatifs imposés par la société.

Depuis plusieurs années, nous utilisons uniquement la thérapie de groupe pour favoriser davantage l'échange, la dédramatisation des problèmes, la solidarité et briser l'isolement.

2. Objectifs de la recherche

- Mise en mots de la spécificité de l'approche féministe à l'Entre-Deux ;
- Évaluation à moyen terme, des résultats de notre approche, à partir des test de Beck, d'une échelle de satisfaction et d'entrevues enregistrées.

3. Des extraits de ladite recherche

3.1 Mise en mots de la spécificité de l'approche féministe à l'Entre-Deux

Nos valeurs, nos, rôles, notre intervention

La valeur fondamentale est de reconnaître la pleine capacité aux femmes de développer leur potentiel, leurs habilités, leurs compétences et leur autonomie.

Pour nous, les qualités dites féminines et masculines sont des traits humains que chaque individu-e possède à des degrés divers et c'est la pression sociale et culturelle qui tendent à développer ces qualités sexistes et stéréotypées chez les personnes.

Nous sommes conscientes que le conditionnement, l'intériorisation des stéréotypes sexuels et les rôles limitatifs entraînent beaucoup de détresse psychologique chez les femmes. Cependant, si les conditions de vie des femmes étaient les uniques facteurs de dépression, toutes les femmes seraient déprimées. Nous pensons qu'il faut tenir compte des facteurs biologiques et psychologiques.

Tout en insistant sur le conditionnement et la socialisation, nous prenons aussi en considération les caractéristiques personnelles des femmes.

Nous adhérons aussi à la plupart des valeurs et objectifs du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) tels que définis dans le Manifeste de l'alternative, document de travail déposé à la réunion du comité des pratiques alternatives le 14 janvier 1994.

1. L'accueil de la personne

Nous travaillons à partir d'une conception globale de la personne et la respectons dans son histoire, son environnement, ses capacités, sa dignité et ses droits.

2. La réappropriation du pouvoir

Nous encourageons les femmes à se réapproprier le pouvoir sur soi, sur sa vie et sur son environnement et nous respectons ses choix.

3. La participation à la vie associative

Nous facilitons la participation active des résidentes à l'exercice de la démocratie à la ressource. D'abord, elles ont une réunion hebdo-

madaire où elles peuvent décider ce qui leur convient ou non dans les règlements ou dans la vie communautaire et nous travaillons à améliorer ces conditions de vie. Puis, nous les encourageons à devenir membre de la corporation et à siéger au conseil d'administration.

4. L'entraide

Nous favorisons le partage, l'entraide et la solidarité entre les femmes qui ont vécu des expériences semblables au niveau de leur détresse psychologique, de leur conditionnement social et de leurs conditions de vie.

5. Les rapports usagères-intervenantes

Nous reconnaissons l'égalité entre les intervenantes et les résidentes, tout en reconnaissant des différences entre les résidentes et les intervenantes.

6. Les rapports avec les institutions du réseau public

Nous contestons le pouvoir psychiatrique et les courants dominants de la bio-psychiatrie. Nous travaillons avec des personnes en difficultés, non avec des diagnostics.

7. L'engagement social et politique

« L'alternative se définit comme un mouvement de transformation sociale et politique et non pas uniquement comme un distributeur de services. Elle a l'obligation d'intervenir dans la société où elle évolue. »

Nous utilisons le travail de groupe pour favoriser la prise de conscience, une « désindividualisation » et une dédramatisation des problèmes collectifs vécus personnellement, pour faciliter la resocialisation, pour briser l'isolement et favoriser le développement de liens de tendresse, d'amitié et de solidarité.

Nous tendons vers une relation égalitaire. Cependant, à cause du lien thérapeutique, il y a une différence dans les rôles et nous avons donc un statut d'aidante.

Nous avons un rôle de re-socialisation et d'éducation. Les femmes étant conditionnées à la passivité, à la dépendance, à « l'impuissance apprise », il est donc essentiel que les femmes mobilisent leur énergie et s'expérimentent pour développer un sentiment de puissance, de capacités accrues, d'autonomie. Ainsi la sous-évaluation qu'elles ont d'elles-mêmes, pourrait évoluer et augmenter leur estime de soi.

Notre approche est éclectique, c'est-à-dire que nous empruntons à différentes théories et pratiques ce que nous trouvons le plus intéressant et nous l'adaptions aux besoins de la ressource.

Nous adhérons aux théories humaniste, phénoménologique et féministe. Nous reconnaissons l'importance de l'inconscient et de la somatisation de nos réactions ou notre état psychologique.

L'état dépressif se traduit par des symptômes psychologiques, comme la tristesse excessive, l'angoisse, le désespoir, la dévaluation de soi, les idées suicidaires, etc. ; des symptômes psychomoteurs, tels le ralentissement, la difficulté d'attention, etc. ; des symptômes physiques, comme la fatigue, l'insomnie, la perte d'appétit, parfois la rigidité corporelle, etc. et des symptômes psycho-sociaux comme l'isolement de la personne, des sentiments d'humiliation et d'échec face à des problèmes tels que la pauvreté, ou de pessimisme face à l'avenir individuel et collectif, etc.

Dans cette perspective et afin d'agir sur les différents niveaux de symptômes, nous avons développé une approche holistique visant l'intégration du corps, des émotions et de l'esprit. Ainsi, en plus des thérapies verbales, nous proposons une relaxation quotidienne afin d'encourager les femmes à prendre l'habitude de respirer, se centrer et se détendre, mais aussi afin de faciliter l'émergence des émotions et des images amnésées de leur histoire personnelle.

Nous proposons aussi des ateliers d'initiation au yoga et au tai-chi afin que les résidentes réapprennent à respirer, à sentir et à assouplir leur corps. Une marche matinale quotidienne complète l'approche plus corporelle, laquelle affecte aussi les émotions et l'esprit.¹

Nous avons aussi un atelier hebdomadaire de créativité qui vise à développer les qualités et les attitudes créatrices comme :

- le goût du risque
- la tolérance à l'ambiguïté
- l'ouverture à l'expérience
- la suspension du jugement.

Rogers (1961) tout comme Maslow (1968) déclarent que les personnes en bonne santé psychique sont des personnes créatrices. Rogers souligne même que le développement du potentiel créateur est essentiel et concomitant au processus thérapeutique. Pour sa part, Maslow croit que la répression de ce potentiel créateur, c'est-à-dire de l'expression personnelle serait la cause en partie des troubles de la personnalité.

Ces auteurs affirment aussi que les personnes créatrices ont moins besoin d'approbation extérieure et ainsi sont moins dépendantes de leur environnement.

Dans la thérapie de groupe sont abordés différents thèmes qui touchent particulièrement les femmes et qui visent essentiellement la connaissance et l'expression de soi et ce, à différents niveaux :

- expression des émotions
- identité plus positive et plus différenciée
- affirmation
- connaissance des besoins
- capacité à résoudre des problèmes
- reconnaissance et développement de ses qualités, ses intérêts
- résolution de conflits, etc.

Nous parlons de connaissance et d'expression de soi, individuellement et en relations avec les autres. En effet, l'Entre-Deux est comme une micro-société où se présentent des problèmes ou des difficultés semblables à ceux rencontrés dans leur vie quotidienne : les chambres à partager, les repas en commun, les tâches à faire, les conflits à résoudre. Les résidentes ont à apprendre à se respecter et à respecter les autres.

Par contre, existent aussi la compréhension, le support du groupe, la complicité, la tendresse, l'amitié qui se développent souvent.

3.2 Évaluation à moyen terme, des résultats de notre approche, à partir des tests de Beck, d'une échelle de satisfaction et d'entrevues enregistrées.

Présentation

Depuis quelques années, nous faisons passer aux résidentes, l'échelle d'auto-évaluation de la dépression de Beck, à l'entrée (Pré-test) et au départ (Post-test). Au test T de Student, la diminution des moyennes des scores au Post-test est statistiquement significative par rapport au Pré-test. Ce que nous voulions vérifier est, si cette diminution se maintient à moyen terme, i.e. six mois après leur départ.

D'après le test de Beck, notre intervention est efficace et la plupart des femmes sont satisfaites de leur séjour. Cependant, nous voulions aussi vérifier ce qui avait été le plus important ou le plus efficace

à savoir : la thérapie de groupe, la vie de groupe, les relations avec le personnel ou la maison (Échelle de satisfaction). De plus, nous voulions savoir quels étaient les changements amenés par la thérapie et ce que les femmes ont retenu et gardé de leur séjour à L'Entre-Deux (entrevues enregistrées).

Tableau I

	Pré-test	Post-test	Suivi
Dépression grave (19 +)	84 %	20 %	36 %
État dépressif (11 à 18)	16 %	16 %	32 %
Non déprimées	0 %	64 %	32 %

Tableau II

	Pré-test	Post-test	Suivi
Moyenne de groupe	28,20	10,28	15,60
Différence de moyenne Pré-test, Post-test		17,92	
Pré-test, Suivi			12,60

Au test T, la différence est statistiquement significative entre le Pré-test et le Post-test à une probabilité = 0,0001. Même s'il y a eu une augmentation de la moyenne de groupe au suivi par rapport au Post-test, la différence demeure quand même significative par rapport au Pré-test, à une probabilité = 0,0001.

Cette augmentation de la moyenne était prévisible. D'une part, à leur départ, certaines femmes, contentes de leur séjour, fières de ne plus se sentir déprimées et des découvertes qu'elles ont faites, sont un peu euphoriques et testent 0. Ceci est peu réaliste ; notons, que la moyenne féminine pour les normes québécoises de la mesure de Beck est de 6,45.

D'autre part, une thérapie de trois mois, même si elle est intensive, c'est court et nous n'avons pas les ressources financières pour leur offrir un suivi gratuit et la coupure est brutale, plusieurs (28 %) l'ont mentionné. Comme le dit une ancienne résidente : « La seule chose inhumaine à l'Entre-Deux, c'est quant tu retombes toute seule chez toi après. » Mais ce n'est pas le seul facteur qui peut expliquer l'augmentation de l'état dépressif. La dépression dure en moyenne de un à deux ans et parfois jusqu'à trois ans. Nous n'avons pas les données pour toutes les anciennes résidentes. Cependant, il ne semble pas y avoir

beaucoup de rapport entre la durée et l'état dépressif. Certaines, déprimées depuis plus de deux ans testent encore dépression grave ou état dépressif, d'autres ne testent plus déprimées.

Changements

Nous avons demandé aux anciennes résidentes quels changements elles avaient noté pour elles-mêmes et dans leurs relations interpersonnelles, changements qu'elles attribuent à leur séjour à l'Entre-Deux.

Nous présentons les modifications données spontanément par les répondantes, elles sont nombreuses et diversifiées. Nous ne reproduisons ici que les items nommés 10 fois et plus (40 %).

— Plus capable de m'affirmer et d'exprimer mes émotions . . .	76 %
— Fais des choix pour moi, suis plus autonome	60 %
— Me reconnais plus de capacités	60 %
— Me reconnais des droits	52 %
— Fais plus d'activités	52 %
— Fais des choses juste pour moi	48 %
— Connais mieux mes besoins	40 %

Plus des trois-quarts (76 %) déclarent être plus capables de s'affirmer et d'exprimer leurs émotions. Il est intéressant de noter que les femmes mettent ensemble l'affirmation et l'expression. D'une part, nous travaillons beaucoup à favoriser l'expression des émotions, d'autre part, la plupart d'entre elles ont assisté à un exposé théorique sur les différences entre les comportements non assertifs, affirmatifs et agressifs. Elles ont aussi pratiqué ces différents comportements sous forme de jeux de rôle et quand on parle d'affirmation, il est question d'exprimer ses besoins, ses sentiments, ses idées, ses droits. De plus, la vie communautaire et la thérapie de groupe, où chacune prend ou non sa place, ont sans doute contribué à une telle amélioration de l'affirmation.

L'intervention féministe a pour objectif général : l'autonomie des femmes. Alors il est satisfaisant de voir que 60 % d'entre elles assurent que maintenant elles font des choix pour elles et non plus seulement en fonction des autres, et se sentent plus autonomes. Est-ce dans la même veine que 48 % d'entre elles signifient : « je fais des choses juste pour moi ? » Il est difficile de départager qui appartient à quoi, ce peut être les deux facteurs ou tout autre élément non déclaré.

Soixante pour cent (60 %) aussi se reconnaissent plus de capacités. Font-elles plus d'activités (52 %) parce qu'elles se reconnaissent plus de capacités? Comme en intervention féministe, l'accent est mis aussi sur l'action, ont-elles compris l'importance d'agir? Ou bien, comme on le sait, la dépression entraîne une perte d'intérêts or, pour le tiers qui n'est plus déprimée et le tiers qui manifeste un état dépressif, peut-être que ces femmes ont trouvé ou retrouvé goûts et intérêts. Il faut noter ici que l'augmentation des capacités est en corrélation presque parfaite (-,959) avec la diminution des scores à la mesure de l'indice dépressif.

Plus de la moitié des répondantes se reconnaissent maintenant des droits (52 %). Dans l'intervention féministe, il existe un volet conscientisation et resocialisation. À travers les différents thèmes abordés, les prises de conscience collectives et individuelles et le travail thérapeutique surviennent des changements. Par exemple, on peut attribuer le fait de se donner le droit de se reposer à une meilleure identification de ses besoins; le droit à l'erreur, à une diminution de la culpabilité; le « droit d'être une personne et d'avoir des droits » ou le droit d'être féministe, à une identité plus différenciée ou à une plus grande autonomie; le droit à mes émotions, de faire pitié, ou de vouloir des choses, à une meilleure estime de soi. Au début de leur séjour, souvent les femmes estiment que les autres femmes du groupe devraient avoir des droits, mais ne s'en accordent pas à elles. Alors ces résultats nous apparaissent comme une amélioration importante.

Notes

1. Les ateliers de Yoga et TaiChi ont été remplacés par des ateliers de sensibilisation au massage et de théâtre.

Pauline Lacroix, directrice
Lucie Sauvé, intervenante