

# L'application du modèle des forces en travail social : un exemple d'une mise en pratique dans le domaine des troubles de la personnalité

**Myreille St-Onge**, Ph.D., Professeure associée, École de travail social et de criminologie, Université Laval  
myreille.st-onge@tsc.ulaval.ca

**Andréanne Ledoux-Bérubé**, T.S., M.S.S., Conseillère cadre intérimaire en travail social, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS-CN).  
andreanne.ledoux-berube.ciuussscn@ssss.gouv.qc.ca

---

## RÉSUMÉ :

*Dans cet article, nous mettons l'accent sur les gains associés à l'intégration du modèle des forces dans l'intervention en travail social, plus particulièrement auprès d'une clientèle présentant un trouble de personnalité (TP). Nous exposons les conditions facilitant l'adoption de ce modèle sur le plan de la pratique des travailleuses et des travailleurs sociaux (TS), tout en insistant sur l'importance pour les établissements d'adhérer à une vision claire axée sur le rétablissement. L'adoption de ce modèle est toutefois associée à des défis auxquels il importe de répondre, notamment celui de travailler directement dans la communauté. Nous appuyant entre autres sur une expérimentation de la deuxième auteure auprès de personnes ayant un TP dans une équipe de suivi d'intensité variable (SIV) en CLSC, nous illustrons le processus clinique en cinq étapes du modèle de Rapp et Goscha (2012). Enfin, nous concluons sur les facteurs favorisant l'intégration de ces étapes indissociables pour une mise en action des personnes dans une perspective de rétablissement.*

61

## MOTS-CLÉS :

*Modèle des forces, rétablissement, troubles de personnalité*

---

## INTRODUCTION

On a souvent mis en relief dans les écrits scientifiques et cliniques les difficultés relationnelles que présentent les personnes vivant avec un diagnostic de trouble de personnalité (TP), plus particulièrement celles ayant un trouble de personnalité limite (TPL<sup>1</sup>). Ces difficultés peuvent exacerber des attitudes de rejet de la part des professionnels, incluant des TS, à qui les personnes diagnostiquées demandent de l'aide. De telles attitudes peuvent conduire à une impasse thérapeutique et à l'abandon du suivi de la part de la personne touchée. Pour prévenir cet écueil, il est important de former les TS à une approche répondant au besoin de rétablissement des rôles sociaux de la personne. Le modèle des forces de Rapp et Goscha (2012) est l'une de ces approches.

---

1 L'acronyme employé ici vise à alléger la lecture. Nous ne suggérons aucunement d'utiliser ce raccourci pour désigner des personnes ayant à composer avec ce trouble et ses conséquences sur le plan personnel et social.

Il favorise l'engagement dans la relation thérapeutique et la mise en action vers une participation sociale accrue.

L'objectif de cet article vise à décrire le potentiel, pour les TS, d'intégrer l'approche axée sur les forces à leur pratique auprès d'une clientèle présentant un TP. Nous nous appuyons ici sur une expérimentation de la deuxième auteure qui a eu lieu au sein d'une équipe de suivi d'intensité variable (SIV) en CLSC. Cette expérimentation consistait à offrir une série de rencontres dans la communauté à des personnes ayant bénéficié du programme TP adapté ou en attente d'y participer. Ce programme s'appuie sur l'approche dialectique comportementale de Marsha Linehan<sup>2</sup>. L'hypothèse initiale était qu'un suivi communautaire axé sur les forces favoriserait l'adhésion des participants à leur suivi et leur persévérance dans leurs efforts de rétablissement.

Dans un premier temps, nous exposons les enjeux reliés à l'intervention auprès des personnes ayant un TPL, ce trouble étant, parmi les différents TP, surreprésenté dans la pratique et donc largement étudié dans les écrits. Nous décrivons ensuite la mise en contexte de cette intervention et certaines de ses retombées dans le programme où a eu lieu l'expérimentation. Nous présentons également le modèle des forces et son processus clinique en y intégrant des données résultant de l'expérimentation. À l'aide de l'illustration de cette dernière<sup>3</sup>, nous soulignons les conditions gagnantes d'application de ce modèle, mais aussi les défis à relever pour son intégration à la pratique des TS, plus particulièrement auprès de la clientèle ayant un TPL. En conclusion, nous abordons l'importance de bien intégrer les cinq volets du processus clinique du modèle des forces de Rapp et Goscha (2012) : 1) l'engagement et la construction d'une alliance thérapeutique, 2) l'évaluation des forces individuelles et environnementales, 3) le plan personnel de rétablissement, 4) l'acquisition de ressources communautaires, 5) le désengagement graduel et la collaboration continue. En effet, il est impératif que ces volets soient intégrés en un tout cohérent pour en maximiser les effets.

62

## 1. Les enjeux reliés à l'intervention auprès de personnes présentant un trouble de personnalité limite

Des éléments diagnostiques sont communs aux différents TP. On les définit comme :

« [...] un patron persistant d'expérience interne et de comportement qui dévie de façon marquée des attentes de la culture de l'individu [qui est inflexible et envahissant] dans plusieurs sphères personnelles et sociales de la vie de l'individu... [Ce patron] conduit à une détresse clinique significative ou à une détérioration [du fonctionnement social] de la personne » (American Psychiatric Association [APA], 2013 : 646, notre traduction).

Pour ce qui est du TPL, on spécifie un patron de relations interpersonnelles instables, une image de soi et des affects marqués par l'impulsivité. Ce patron se présente dans une variété de contextes et d'aspects : des efforts effrénés pour éviter l'abandon, une perturbation de l'identité, des comportements suicidaires récurrents ou d'automutilation, un sentiment chronique de vide, etc. (APA, 2013 : 663). Environ 75 % des personnes qui font l'objet de ce diagnostic sont des femmes. Selon Cottraux (2015), un trauma vécu dans l'enfance quadruplerait le risque de développer un TPL. Dans une étude effectuée auprès de 358 personnes ayant reçu ce diagnostic, l'auteur rapporte que 91 % ont mentionné avoir été abusées dans l'enfance et 92 % avoir été négligées par leurs

2 Bien que l'approche de Linehan ne s'adresse qu'aux personnes ayant un TPL, le programme TP du CLSC inclut des personnes présentant différents diagnostics de TP.

3 Nous nous appuyons également sur notre expérience des deux dernières années de formation continue de ce modèle auprès des TS.

parents ou un substitut parental avant l'âge de 18 ans. Mais, d'après lui, si un tiers de ces personnes transmet le trauma à la génération suivante, un autre tiers sera complètement résilient.

Un autre aspect bien documenté est le fait que les difficultés relationnelles associées à ce trouble peuvent être liées à l'adoption, par les professionnels, d'attitudes négatives à l'égard des personnes vivant avec celui-ci, ce qui pourrait nuire au succès des interventions, ou encore créer une impasse thérapeutique (Bessette, 2010; Bouchard, 2010; McMurrin, Huband et Overton, 2010). Dans une recension des écrits au sujet de la stigmatisation vécue par les personnes ayant un TP, Sheehan, Nieweglowski et Corrigan (2016) mettent en évidence une stigmatisation plus importante vis-à-vis du TPL. Ils traitent de trois types de stigmates : le stigmate public, l'autostigmatisation et le stigmate structurel. Ce dernier a une incidence sur la disponibilité des services et leur qualité. La recherche documentaire de ces auteurs montre que cette stigmatisation se reflète largement chez les professionnels de la santé mentale qui dirigent les personnes vers des services en fonction de leur diagnostic de TPL plutôt qu'en considérant leurs besoins. Ces personnes sont également mal accueillies dans les services, voire rejetées. Qui n'a pas entendu, dans son milieu d'intervention, des étiquettes peu glorieuses accolées à ces personnes! On pense – à tort – que ces dernières sont manipulatrices. Par exemple, les tentatives de suicide sont interprétées comme une recherche d'attention plutôt que découlant de leurs difficultés (Aviram, 2006, cité dans Sheehan, Nieweglowski et Corrigan, 2016). Pourtant, la démonstration que les comportements parasuicidaires font partie du portrait clinique de ce type de trouble et qu'il faut s'en occuper en priorité est très bien documentée (Cottraux, 2015; Linehan, 2000).

L'intégration des stigmates véhiculés par le public, les organisations et les personnes elles-mêmes<sup>4</sup> conduit ces dernières à s'isoler et à se croire incompetentes, accroissant ainsi le risque qu'elles ne demandent pas d'aide (Sheehan, Nieweglowski et Corrigan, 2016). La stigmatisation engendre d'autres situations de handicap qui s'ajoutent à celles liées au trouble de santé mentale (Haigh, 2006; Sakheim, Flanagan, Hawkins et al., 2010). Une méta-analyse de 25 recherches sur la motivation à suivre un traitement révèle que plus d'une personne sur trois ayant reçu un diagnostic de TP ne complète pas sa démarche d'aide (McMurrin, Huband et Overton, 2010), ce qui en fait la clientèle ayant le plus haut taux d'abandon en thérapie (Swift et Greenberg, 2012). Toutefois, il faut aussi considérer que la motivation peut fluctuer en fonction des attitudes adoptées par le personnel. À ce sujet, Sheehan, Nieweglowski et Corrigan (2016) suggèrent que les professionnels aient accès à de la formation basée sur des interventions d'antistigmatisation. Ils s'appuient sur les résultats d'une étude expérimentale ayant eu recours aux principes de la thérapie d'acceptation et d'engagement pour un groupe, et à la thérapie dialectique comportementale (TDC) pour un autre. Cette étude a démontré des résultats positifs, pour les deux groupes de professionnels, quant à l'amélioration de leurs relations avec les personnes ayant un TPL et à la diminution de l'évitement à leur égard, résultats qui se sont maintenus après six mois postintervention (Clark et al., 2014 cité dans Sheehan, Nieweglowski et Corrigan, 2016).

Gunderson (2008) rapporte d'ailleurs les résultats de deux études longitudinales portant, d'une part, sur la phénoménologie de la personnalité limite et, d'autre part, sur les facteurs liés au rétablissement des personnes vivant avec un TP. Ces études notent que lorsque ces personnes, qui évoluent dans un environnement stressant, reçoivent un soutien très élevé dans le contexte d'un nouvel environnement, leurs symptômes diminuent de façon draconienne. Cela représente un fort potentiel de rétablissement. Pour obtenir ce résultat, l'auteur croit qu'il faut évaluer les soutiens sociaux accessibles pour ces personnes. Cette évaluation devient dès lors un aspect central de la planification de l'intervention auprès de celles-ci.

---

4 Ce que l'on nomme *autostigmatisation*.

## 2. Le contexte de l'intervention

Considérant ces enjeux et ces possibilités de rétablissement dans l'intervention auprès des personnes ayant un TPL, ainsi que le fait qu'elles désirent se construire une vie significative et sécuritaire à partir de leurs forces et de leurs buts (Sakheim, Flanagan, Hawkins et al., 2010), une expérimentation du modèle des forces de Rapp et Goscha (2012) a été mise sur pied auprès d'adultes ayant reçu un diagnostic de TP, dont la majorité présentait un TPL (Ledoux-Bérubé, 2016). Un suivi communautaire intégrant l'ensemble des étapes du processus clinique de ce modèle sur une période de 12 semaines a été offert dans un CLSC de la région de Québec à 12 personnes en attente du programme TP adapté ou qui y ont déjà participé.

Avant de décrire ce programme, voici un portrait des participants. Il s'agit de huit femmes et de quatre hommes âgés de 20 à 78 ans. La plupart présentaient plus d'un diagnostic de TP, leur principal étant : limite (8), dépendante (5), narcissique (2), évitante (1), obsessionnelle-compulsive (1), histrionique (1), schizotypique (1), passive agressive<sup>5</sup> (1) et TP non spécifié (1). Tous avaient reçu un autre diagnostic ou plusieurs autres, surtout des troubles de l'humeur (dépressif ou bipolaire), de l'anxiété, un trouble déficitaire de l'attention, un trouble des conduites alimentaires et un trouble d'usage de substances. La plupart se considéraient en bonne santé physique, sauf un participant en perte d'autonomie et un autre souffrant de douleurs chroniques. Tous avaient bénéficié de services en santé mentale. Il s'agissait donc d'une clientèle grandement vulnérable présentant de multiples besoins.

Le programme TP, dont la version adaptée a été élaborée il y a une dizaine d'années par une équipe de SIV, est fortement inspiré de la TDC développée par Marsha Linehan (2000; 2015) et utilisée depuis plus de 15 ans au Québec dans les services en CLSC avec la clientèle ayant un TP. Il s'agit d'un programme structuré d'une durée d'environ deux ans qui combine une intervention de groupe, axée sur l'acquisition de stratégies de gestion des émotions intenses et des comportements qui en découlent, à un suivi individuel, qui vise l'intégration de ces stratégies. Ces services sont offerts au CLSC, et les clients cheminent dans une programmation préétablie comportant des règles balisant leur participation (cadre thérapeutique). Ce type de suivi, particulièrement pour ceux ayant reçu un diagnostic de TPL, bénéficie de solides appuis empiriques (Bégin et Lefebvre, 1997; Kliem, Kröger et Kosfelder, 2010), la TDC étant notamment associée à une réduction de la fréquence des comportements parasuicides, du nombre de jours d'hospitalisation et du taux d'abandon prématuré en thérapie (Linehan, 2000).

La TDC constitue ainsi une avenue intéressante en réponse à certaines caractéristiques liées au TPL. Par contre, les commentaires des clients de la seconde auteure ont amené celle-ci à s'interroger sur le fait que ce programme ne semblait pas répondre à l'ensemble de leurs besoins quant à leur rétablissement. Outre l'acquisition d'habiletés, ces personnes souhaitent recevoir un soutien individualisé vers la réalisation de leurs rêves et aspirations. Des écrits rapportant l'expérience de personnes ayant un TPL confirment ce besoin de soutien individualisé (Johnson, 2010; Reiland, 2013; Unzicker, 1989). Plusieurs désirent quitter les services spécialisés en santé mentale, qu'ils considèrent comme hautement stigmatisants. C'est dans l'intention de mieux répondre à ces besoins qu'une approche complémentaire a été expérimentée avec des personnes ayant un TP, soit le modèle des forces de Rapp et Goscha (2012).

---

5 Il est à noter que ce diagnostic a été rayé du DSM-5.

Ce modèle comporte plusieurs caractéristiques qui semblent opposées à l'approche de Linehan, principalement l'aspect communautaire du suivi et un cadre thérapeutique beaucoup plus souple. De plus, il met l'accent sur la réalisation d'un projet de vie significatif à partir des habiletés et des talents inhérents à la personne, tandis que la TDC vise l'acquisition de compétences pour aider les personnes à mieux gérer les comportements problématiques associés au TPL. En considérant cette distinction, il demeure avantageux d'envisager les vases communicants entre ces approches, chacune permettant de répondre à des besoins distincts dans une visée de rétablissement. Toutes deux présentent un fort potentiel de complémentarité dans leurs retombées avec les personnes ayant un TPL. Une étude sur les perceptions de cliniciens au sujet du rétablissement d'un TPL met d'ailleurs l'accent sur cette complémentarité (Dean, Siddiqui, Beesley et al., 2018). Ces auteurs font ressortir que les cliniciens adhèrent soit à une vision clinique du rétablissement – une réduction ou rémission des symptômes –, soit à une vision centrée davantage sur le bien-être des personnes. Ils soulignent toutefois l'importance, malgré les divergences de points de vue, de travailler en équipe à une formulation commune des plans d'intervention reliés aux besoins et au soutien de ces personnes. Dans une revue systématique de 19 études sur le rétablissement de personnes présentant un TPL, Ng, Bourke et Grenyer (2016) rapportent que les cliniciens tendent à adhérer à une vision clinique du rétablissement, alors que les personnes elles-mêmes adoptent une vision plus sociale, axée sur le rétablissement de leurs rôles sociaux, en particulier l'obtention d'un emploi.

L'expérimentation du modèle des forces engendre plusieurs gains intéressants chez la clientèle ayant un TP, entre autres l'engagement dans le processus d'aide, la création de l'alliance thérapeutique et une mise en action positive vers le rétablissement (Ledoux-Bérubé, 2016). Ces résultats ont été obtenus à l'aide de deux mesures : l'échelle d'espoir de Snyder (1994, cité dans Gana, Daigre et Ledrich, 2012) et une échelle d'autoévaluation du processus de rétablissement, utilisées par chaque participant avant et après les 12 rencontres. Une entrevue semi-structurée a permis de recueillir des données qualitatives complémentaires. Enfin, les données du système informatique SIC+ de l'établissement ont été employées pour évaluer les aspects liés à la participation.

Les retombées<sup>6</sup> de l'expérimentation s'avèrent particulièrement concluantes quant à l'engagement et à la persévérance en suivi, considérant les comportements faisant entrave au processus thérapeutique pour lesquels la clientèle ayant un TP, et plus particulièrement un TPL, est réputée. Tandis qu'un fort taux d'absentéisme (25 % des rendez-vous) est constaté chez les participants au programme TP adapté, la quasi-totalité (96 %) des rencontres prévues dans le cadre de l'expérimentation a eu lieu. De plus, presque tous les participants ont affirmé avoir atteint leurs objectifs à la fin du suivi axé sur les forces (92 %, un seul abandon), alors qu'une faible proportion des clients ont indiqué ce motif pour mettre fin à leur suivi au programme TP adapté (15 %)<sup>7</sup>. Plusieurs éléments du modèle des forces peuvent expliquer ces différences dans l'engagement et la participation : le lieu des rencontres décrit comme plaisant et moins formel, les rencontres se faisant dans la communauté plutôt qu'au CLSC, les risques moindres d'absence à un rendez-vous, l'accent mis sur les forces ainsi que la relation thérapeutique égalitaire.

Quant à la relation avec l'intervenante durant l'expérimentation, les participants l'ont décrite comme respectueuse, sincère, réciproque, humaine et suscitant la confiance. Dans le suivi axé sur

---

6 Sur le plan méthodologique, ces résultats doivent être interprétés avec prudence. Le faible nombre de participants et l'absence de groupe contrôle ne permettent pas de généraliser ces conclusions. Par contre, les caractéristiques des participants à l'intervention axée sur les forces sont comparables à celles de la clientèle du programme TP, car ces participants ont été recrutés à même la liste d'attente de ce programme ou encore ont déjà participé à ce programme. Par ailleurs, une amélioration, en postévaluation, a été constatée chez l'ensemble des participants sur les deux échelles de mesure, mais l'ampleur de cette amélioration ne se distingue pas selon qu'ils ont bénéficié ou non du programme TP.

7 Ces données ont été colligées à partir du système SIC+ sur les motifs de cessation d'un suivi.

les forces, le sentiment d'être accueilli et validé par des renforcements positifs semble avoir favorisé un lien transparent qui se distingue d'une relation « d'expert à patient », offrant un contexte plus valorisant et motivant que les approches traditionnelles.

La facilitation du passage à l'action constitue d'ailleurs un autre élément distinctif de l'expérimentation réalisée. Ce suivi axé sur les forces a permis de concrétiser plusieurs activités d'apprentissage pour les participants, ceux-ci ayant éprouvé un sentiment de réussite et acquis de nouvelles ressources. Ainsi, une telle démarche orientée vers les possibilités et les aspirations des personnes déplace le point focal, généralement axé sur les problèmes. Ce suivi concret et actif fait bouler de neige dans le processus de rétablissement : vivre une réussite nourrit une image positive de soi, laissant entrevoir de nouvelles avenues, ce qui incite à poursuivre ses démarches et donne l'occasion de cumuler d'autres succès. Ce gain pour le rétablissement est source d'espoir compte tenu des échecs thérapeutiques répétés et des insatisfactions rapportées par cette clientèle par rapport aux approches traditionnelles.

Considérant ces retombées, le suivi communautaire axé sur les forces a été reconnu comme une approche d'intervention supplémentaire pouvant être utilisée dans le CLSC où a eu lieu l'expérimentation auprès de la clientèle ayant un TP. Ce suivi s'inscrit au sein d'un continuum personnalisé de services qu'on peut combiner à différentes séquences d'intervention en fonction des besoins de chaque personne. Il faut en effet considérer que d'autres approches sont pertinentes, voire nécessaires pour répondre aux besoins multiples et complexes de cette clientèle. Le modèle des forces peut donc constituer l'offre de services principale lorsque la priorité d'un individu est une mise en action vers un projet de vie, mais il peut aussi précéder ou conclure une autre démarche individuelle ou de groupe. D'ailleurs, les participants à l'expérimentation qui avaient préalablement pris part à un groupe basé sur la TDC ont trouvé cette séquence d'intervention aidante pour concrétiser ce qu'ils ont appris dans le groupe en favorisant l'autonomisation et l'intégration sociale. De plus, les acquis réalisés dans ce groupe en matière de gestion des émotions facilitent la réalisation d'un projet de vie dans la communauté. L'intervention axée sur les forces constitue ainsi une approche intéressante pour les personnes ayant un TPL et plus largement pour celles ayant un TP. Ce type de suivi gagne à être considéré comme une avenue supplémentaire – et complémentaire – afin de bonifier les options offertes à cette clientèle dans une visée de rétablissement.

### 3. Le modèle axé sur les forces de Rapp et Goscha

Ce suivi communautaire axé sur les forces vise principalement à mobiliser la personne vers un projet de vie significatif pour qu'elle participe activement à la vie citoyenne. Pour ce faire, l'alliance thérapeutique constitue un outil privilégié. L'intervenant pivot utilise l'expérience et les connaissances de la personne pour l'aider à renforcer ses aspirations. C'est elle qui détermine la nature, la forme et la direction de l'aide qu'elle souhaite recevoir, étant la mieux placée pour connaître ses valeurs, objectifs et préférences de suivi (Rapp et Goscha, 2012). À travers ce processus, la personne dessine une vision plus globale d'elle-même et de son milieu par la détermination de ses forces et des ressources<sup>8</sup> disponibles dans la communauté. D'ailleurs, pour Rapp et Goscha (2012), le pairage entre les forces personnelles et environnementales est une condition *sine qua non*, car

---

8 Ces ressources incluent des personnes (famille, voisins, amis, employeurs, etc.), mais également des milieux (associations, services gouvernementaux, milieux d'embauche, etc.).

pour potentialiser les talents des personnes, il est impératif que celles-ci soient inscrites dans ce que l'on nomme des créneaux habilitants<sup>9</sup>, ceci dans une perspective de rétablissement.

### 3.1 Le processus clinique du modèle des forces

#### *Étape 1 : l'engagement dans la relation*

Le modèle des forces s'articule autour d'un processus clinique unique qui commence par l'engagement dans la relation, une première étape essentielle et préalable à toute autre intervention. Il permet la création d'une alliance thérapeutique en posant les jalons d'une relation égalitaire et réciproque. C'est à travers celle-ci que les TS peuvent susciter l'espoir, un sentiment jouant un rôle clé dans le succès de l'intervention (Saleebey, 2013). Pour favoriser une telle relation dans l'expérimentation, le lieu des rencontres est déterminé conjointement avec chaque participant, de sorte que ce dernier peut faire preuve de compétence dès le départ. Par exemple, un premier rendez-vous qui s'est déroulé à la Maison de la littérature a permis à une ancienne enseignante de parler à l'intervenante de sa passion pour la poésie, ce qui n'avait jamais été abordé dans ses suivis psychosociaux antérieurs. D'autres personnes ont choisi de tenir des rencontres dans un café, un atelier d'art ou un magasin de musique, selon leurs champs d'intérêt et les projets à réaliser.

#### *Étape 2 : l'évaluation des forces*

À la suite de cette première étape de l'engagement dans la relation, l'intervenant et la personne procèdent à l'évaluation des forces de cette dernière en mettant l'accent sur sept dimensions : 1) les situations de vie quotidienne, 2) les finances, 3) le travail, les études et les connaissances spécialisées, 4) les relations soutenant, 5) la santé et le bien-être, 6) les loisirs, 7) la spiritualité et la culture (Rapp et Goscha, 2012). Pour chacune de ces dimensions, les aspects passés (réussites, ressources utilisées, champs d'intérêt antérieurs), actuels (ressources disponibles, talents, habiletés) et futurs (projets, rêves) sont explorés et notés sur le plan d'évaluation des forces, qui met l'accent autant sur les forces personnelles que sur celles de l'environnement de la personne. Il est essentiel que cette évaluation soit abordée sous l'angle d'une conversation plutôt que d'un questionnaire d'évaluation traditionnel, lequel présume que l'intervenant se prononce en tant qu'expert sur la situation de son client. Dans le modèle des forces, l'évaluation se veut plutôt une réflexion commune dans laquelle l'intervenant apprend à connaître la personne pour l'amener à adopter un regard différent sur elle-même, son parcours et les projets significatifs qu'elle désire concrétiser. Dans l'expérimentation réalisée, plusieurs participants ont affirmé que l'évaluation des forces avait nourri leur estime personnelle et leur sentiment de confiance en leurs capacités en incluant d'autres aspects que leurs difficultés dans leur perception de soi, tels que leurs sources de fierté, leurs aptitudes et les solutions explorées. Ces éléments étaient notés sur le document par la personne elle-même et formulés au « je ». L'évaluation des forces se distingue ainsi de l'évaluation du fonctionnement social (EFS) réalisée par les TS, mais peut grandement contribuer à la pertinence et à l'exhaustivité de cette dernière.

---

9 Les créneaux habilitants apparaissent comme une notion clé du modèle des forces. Rapp et Goscha (2012) les définissent comme des milieux naturels dans la communauté au sein desquels la personne peut potentialiser ses forces. Un bon pairage implique que les deux parties bénéficient de cet échange, de sorte que les besoins et attentes d'un créneau correspondent aux compétences et aux aptitudes de la personne.

### *Étape 3 : le plan d'action personnel*

Après l'évaluation, des priorités sont dégagées parmi les projets déterminés avec la personne. Elles sont ensuite transposées en un plan d'action personnel de rétablissement (PAPR)<sup>10</sup>. Tout comme pour le plan d'évaluation des forces, le PAPR est signé par la personne, qui s'engage à se mettre en action pour son rétablissement, et par l'intervenant, qui s'engage à la soutenir au meilleur de ses compétences<sup>11</sup>. Le fait d'en conserver une copie a permis aux participants de consulter régulièrement leur PAPR lorsqu'ils ressentaient le besoin de se « brancher » à cette vision positive de soi et de leurs possibilités futures. Ce plan d'action se distingue d'un plan d'intervention en ce que le but de ce dernier est impérativement déterminé par l'individu. Afin de générer graduellement le changement, des actions précises ayant de fortes chances de succès sont ciblées. Par exemple, une démarche pour l'obtention d'un nouveau logement sera décortiquée en plusieurs étapes progressives, comme l'achat d'un journal, le repérage d'annonces intéressantes, la prise de rendez-vous pour une visite et l'accompagnement pour cette visite.

### *Étape 4 : l'acquisition de ressources communautaires*

Au fur et à mesure de l'évolution du PAPR, de nouvelles ressources environnementales désirées par la personne et dont l'acquisition est soutenue par l'intervenant pivot facilitent l'atteinte des objectifs. Cette quatrième étape comporte trois phases : le choix d'une ressource à partir d'une liste d'options proposées par la personne et son entourage; l'obtention de la ressource en créant des ententes avec des gens de la communauté; le maintien des arrangements entre la personne et la ressource. Le modèle des forces préconise l'utilisation de ressources normalisantes, c'est-à-dire à l'extérieur du réseau formel de services de santé mentale<sup>12</sup>. Par exemple, un des participants a renoué avec les activités religieuses et les loisirs offerts dans sa résidence pour aînés, ce qui l'a amené à sortir davantage de son logement et à socialiser. Une autre personne a découvert plusieurs activités intéressantes à la bibliothèque de son quartier et y a créé de nouveaux liens. L'acquisition de ressources informelles a ainsi un fort potentiel d'intégration sociale.

68

### *Étape 5 : le désengagement graduel*

La cinquième étape, le désengagement graduel, se fait tout au long du processus clinique où l'intervenant pivot met de l'avant les capacités de la personne et lui laisse le plus d'autonomie possible. Ainsi, différentes stratégies et techniques d'intervention sont utilisées pour favoriser les choix dans un objectif d'appropriation du pouvoir, de promotion d'un futur en dehors des services de santé mentale et de détermination des sources de résilience dans l'histoire personnelle. D'autres stratégies recourent aux renforcements positifs, à la révélation de soi et à l'universalisation des difficultés (Rapp et Goscha, 2012).

Plusieurs avantages pour la personne, les professionnels et le réseau de services sont associés à l'utilisation du modèle des forces. Certains de ces avantages apparaissent particulièrement pertinents pour l'intervention en SIV avec les personnes ayant un TPL : une perception de soi plus positive; une meilleure alliance thérapeutique; une rétention et une participation en suivi améliorées (Kisthardt, 1997; Rapp et Goscha, 2012; Rapp et Sullivan, 2014; Saleebey, 2013; Siegal, Li et Rapp, 2002). Pour les TS, cette perspective peut donner un plus grand sens à leur travail puisqu'elle est

10 Le formulaire d'évaluation des forces et le PAPR ont été traduits par le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) avec la permission des concepteurs, Rapp et Goscha (2012).

11 Par contre, nous avons adopté, dans leur intégralité, ces deux formulaires tels que Rapp et Goscha (2012) les ont conceptualisés.

12 Par exemple, si la personne souhaite socialiser, on lui suggèrera des activités organisées par la Ville. Si elle veut obtenir un emploi, la suggestion portera alors vers le marché régulier du travail. Si elle doit être accompagnée à une activité, on aura recours à son réseau personnel.



proche des valeurs de leur profession et de leurs motivations initiales (Graybeal, 2001). Enfin, pour les personnes elles-mêmes, ce modèle leur permet d'être au centre de leur rétablissement, c'est-à-dire d'en être les principales actrices. Ainsi, elles auront de moins en moins besoin d'avoir recours aux services formels d'aide.

## 4. Les conditions gagnantes et les défis à relever dans l'application de ce modèle

### 4.1 Les conditions gagnantes : facteurs personnels

Un des postulats à la base du modèle des forces de Rapp et Goscha (2012) mise sur l'importance de croire que le changement visé par le processus d'aide ne peut être atteint que si le professionnel croit sincèrement aux forces de la personne. Cette conviction contribuera à la construction d'une alliance thérapeutique qui deviendra un levier central pour créer une relation de proximité avec la personne, et ainsi motiver celle-ci à entamer un processus de changement. Rappelons que dans l'expérimentation réalisée, la relation d'aide a été décrite par les participants comme ayant contribué aux progrès rapportés.

Par ailleurs, la personne est responsable de son rétablissement. Quant à l'intervenant, son rôle est d'agir en tant que catalyseur – ou bougie d'allumage – pour créer les conditions favorisant le processus. S'il est crucial de croire aux forces individuelles, cela s'applique autant aux forces de la communauté. Selon Rapp et Goscha (2012), il faut éviter le piège de blâmer la communauté comme on blâme les individus qui reçoivent des services, ce qui conduit à un sentiment d'impuissance aussi bien chez les personnes que chez les intervenants. La communauté regorge de ressources où l'on peut découvrir des collaborateurs pour les mettre en lien avec les personnes pour que ces dernières puissent potentialiser leurs forces dans des créneaux habilitants.

Un autre élément qui facilite l'intégration du modèle des forces par les TS est qu'ils doivent bien connaître leur clientèle et leur contexte d'intervention<sup>13</sup>. Cela leur permettra de documenter et de démontrer la pertinence de ce modèle dans leur pratique. Il ne s'agit pas de « partir en guerre » contre le programme, mais d'adopter une posture d'humilité et d'adhérer au principe de complémentarité des services en proposant d'utiliser le modèle comme avenue supplémentaire pour le rétablissement. Il n'est pas réaliste de croire que tous les intervenants peuvent adopter ce modèle, mais il est impératif que ceux qui le désirent aient le soutien de leur gestionnaire.

L'adoption de ce modèle requiert par ailleurs une posture réflexive pour savoir comment l'intégrer à la pratique des TS, c'est-à-dire aux besoins et aux caractéristiques de leur clientèle, à leur rôle, à leur mandat et au contexte organisationnel. Cette posture s'avère essentielle pour remettre en question les façons de faire habituelles. Le modèle offrant un cadre plus souple que celui d'interventions comme la TDC, plusieurs TS ont peur d'outrepasser les limites d'une relation d'aide professionnelle. Adopter une posture réflexive permet alors de considérer les enjeux relationnels<sup>14</sup> propres à la clientèle ayant un TPL, tout en créant une relation d'aide égalitaire et sincère. Lors de l'expérimentation, cette réflexion continue sur l'intervention s'est d'ailleurs révélée une stratégie efficace afin d'adapter le cadre habituel en y incluant l'ensemble des composantes du processus clinique du modèle des forces.

13 Les TS se doivent de bien connaître les autres types d'intervention et le programme dans lequel ceux-ci s'insèrent. Il leur sera ainsi plus aisé d'argumenter en quoi le suivi axé sur les forces a sa place dans le programme.

14 Différents enjeux relationnels sont associés au TPL, notamment une crainte démesurée de l'abandon, des comportements impulsifs et un sentiment de détresse intense associé à des propos et à des gestes parasuicidaires. Ces caractéristiques peuvent susciter de vives réactions chez les professionnels, phénomène que l'on qualifie de contre-transfert, risquant ainsi de les conduire à une impasse.

## 4.2 Les conditions gagnantes : facteurs organisationnels

Il importe que le rétablissement oriente les décisions relatives aux services à offrir. Le modèle des forces étant associé au mouvement du rétablissement en santé mentale, il peut être facilitant pour un intervenant de l'adopter lorsqu'il travaille dans une organisation guidée par les principes du rétablissement. Le modèle entraîne parfois un changement important par rapport aux services en place. L'existence d'une culture d'amélioration continue s'avère alors une voie de passage intéressante vers une approche axée sur les forces, puisqu'il y a une ouverture à réfléchir aux services actuels et à les remettre en question. Ce contexte est d'autant plus aidant lorsque les gestionnaires sont à l'écoute de leur équipe et que celle-ci a l'occasion de s'engager dans la réflexion.

L'organisation de communautés de pratique ou de groupes de codéveloppement autour de discussions cliniques peut grandement aider les TS à mettre à profit les connaissances des collègues et à compter ainsi sur plus d'options à suggérer aux personnes recevant des services<sup>15</sup>. C'est dans cet objectif que Rapp et Goscha (2012), dans la phase d'acquisition des ressources, privilégient les « tempêtes d'idées » en équipe à partir du plan d'évaluation des forces. En ce sens, les communautés de pratique peuvent contribuer à partager les connaissances tacites des participants par les interactions suscitées. Elles offrent en outre un contexte propice à la résolution de problèmes et à l'expérimentation de nouvelles pratiques (Institut national de santé publique du Québec, 2017). Le CNESM (2018) préconise, dans le cadre de la pratique de SIV, une supervision de groupe hebdomadaire pour favoriser, d'une part, une pratique réflexive continue et pour prévenir, d'autre part, l'épuisement professionnel chez les intervenants de SIV qui réalisent la majorité de leurs interventions en contexte individuel, contrairement aux équipes de suivi intensif. Il recommande, outre la supervision de groupe, que ces intervenants bénéficient d'une supervision individuelle pour permettre « de répondre à l'ensemble [de leurs] besoins de soutien » (CNESM, 2018 : 15). Cette supervision est nécessaire pour accompagner les intervenants dans leur pratique auprès d'une clientèle ayant un TPL.

## 4.3 Les défis : facteurs personnels

Un des défis majeurs reliés à ce modèle est de « sortir du bureau » et du cadre traditionnel d'intervention individuelle. Même si l'approche axée sur les forces mise sur un suivi individualisé, c'est-à-dire centré sur la personne, elle nécessite de recourir à des collaborateurs dans la communauté pour inscrire la personne dans un créneau habilitant. Ce travail communautaire représente un défi de taille pour plusieurs praticiens. Bien qu'ils en reconnaissent les bienfaits, il peut leur apparaître, *a priori*, très difficile de centrer leurs interventions dans le milieu naturel de la personne, comme dans un atelier d'art ou un café. Des réticences entourant la confidentialité et le risque d'outrepasser les limites de la relation d'aide sont souvent évoquées. Ces craintes s'avèrent généralement non fondées, mais elles gagnent à être abordées avec l'équipe de travail et la clientèle afin de mettre en place des stratégies appropriées le cas échéant.

Un autre défi est d'adopter une relation plus égalitaire, donc réciproque, avec la personne auprès de laquelle on intervient. Ce type de relation peut être déstabilisant au début, car les professionnels ont plutôt appris à ce que leur expertise soit mise à l'avant-plan, particulièrement à l'étape de l'évaluation. Le modèle des forces diverge de cette posture d'expert-évaluateur et invite plutôt à une évaluation sous forme de réflexion conjointe et holistique guidée par la personne. Pour que la

---

15 Lors d'exercices de remue-méninges organisés dans le cadre d'une formation que nous offrons sur les forces, nous avons constaté chez les participantes une grande créativité pour trouver de telles options pour aider une personne aux prises avec un trouble de santé mentale.

personne adhère pleinement au processus de changement, il est primordial qu'elle sente que c'est elle qui « tient le volant ». Concrètement, cela implique de la laisser décider du lieu, de l'heure et de la fréquence des rencontres, mais surtout de s'assurer que ses valeurs et préférences soient au cœur des choix plus importants, comme les projets qu'elle désire réaliser. Cela ne minimise pas le rôle central de l'intervenant, qui doit constamment adapter son intervention pour offrir le soutien approprié tout en laissant de plus en plus d'autonomie à la personne.

Générer un changement dans son milieu de travail sans se placer en posture d'opposition vis-à-vis de ce qui est en place et reconnu représente un autre défi. Comme cela est mentionné plus haut, ce qui peut se révéler aidant est de miser sur la complémentarité des services entre les pratiques existantes (dont la TDC) et le modèle des forces en s'appuyant sur les points communs de ces approches et en utilisant le modèle des forces en réponse aux problèmes soulevés par les écrits scientifiques et les acteurs du milieu. Par exemple, l'évaluation de l'expérimentation a permis de mettre en lumière le fait qu'un suivi axé sur les forces peut faciliter l'engagement des personnes ayant un TP dans un contexte où le taux d'absentéisme et d'abandon de suivi de celles-ci préoccupait l'équipe de travail.

#### 4.4 Les défis : facteurs organisationnels

Un des grands défis sur le plan organisationnel est l'adoption d'une vision claire orientée vers le rétablissement. Souvent, le rétablissement est véhiculé sur un plan discursif, sans en adopter les valeurs et principes de façon concrète. Malgré ce discours très présent depuis l'adoption du premier plan d'action en santé mentale du MSSS en 2005, plusieurs organisations adhèrent à des approches exclusivement diagnostiques. Cela peut inhiber le sentiment d'espoir – la motivation à s'engager dans un suivi – des clients. Il importe de souligner qu'il existe un consensus dans les écrits établissant que l'espoir est au cœur de tout processus de rétablissement (Johnson, 2010; Marshall, Gunderson et Hoffman, 2016; National Empowerment Center, 2006; Reiland, 2013; Van Gelder, 2010).

Un autre défi est la taille relative des organisations. Un changement peut être plus difficile et plus long à réaliser si l'organisation est de grande taille. Mais cela peut aussi représenter une ouverture, c'est-à-dire que l'adoption du modèle axé sur les forces dans une grande organisation a un potentiel de rayonnement et de transformation à plus grande échelle. De plus, comme pour tout modèle d'intervention, il faut s'appuyer sur des données probantes avant d'adopter une pratique. Les différents acteurs des organisations, gestionnaires et intervenants, doivent donc participer activement à une culture d'évaluation pour assurer l'efficacité du modèle dans un contexte donné et avec une clientèle ciblée.

Plusieurs TS font état du manque de ressources du réseau public, mais aussi de la culture de la performance au sein des organisations, faisant en sorte que le temps est limité pour chaque personne vue en intervention. Comment ajouter des rencontres à l'extérieur du bureau sans compromettre le temps alloué quant au nombre d'interventions? Ce que Rapp et Goscha (2012) font ressortir, c'est qu'une fois un partenariat établi avec des collaborateurs dans la communauté, le travail devient plus aisé, ce qui peut contribuer à optimiser le temps d'intervention. De plus, l'expérimentation dont il est question dans cet article indique que le fait d'offrir un suivi axé sur les forces d'une durée intensive et balisée, soit 12 rencontres hebdomadaires, a été favorable aux personnes pour leur mise en action en plus d'éviter de prolonger indûment les rencontres.

## CONCLUSION

Tout en considérant que d'autres approches puissent être complémentaires et entraîner des résultats en matière de rétablissement, le modèle des forces de Rapp et Goscha (2012) constitue sans aucun doute une avenue fort pertinente pour les TS pratiquant auprès d'une clientèle présentant un TP, et tout particulièrement un TPL. Nous avons relevé que ce modèle est plus attrayant pour les clients ayant un TP, ce qui favorise une plus grande persévérance dans le suivi, donc de meilleures chances de succès. Nous revenons ici sur l'importance d'intégrer les cinq composantes du processus clinique de ce modèle. Nous n'insisterons jamais assez sur le fait qu'il ne suffit pas d'évaluer les forces individuelles, mais qu'il faut se concentrer également sur le soutien dont dispose la personne dans son environnement. L'analyse du portrait que représentent ces forces et ce soutien doit, par la suite, mener à l'élaboration d'un plan d'action axé sur le rétablissement qui peut être intégré à l'EFS. Ce plan constitue une série d'actions concrètes vers la réalisation d'un projet significatif pour la personne, et le décliner en petites étapes en augmente grandement les chances de réussite. Par la suite, à l'aide de partenaires de la communauté, l'accent est mis sur l'acquisition d'un créneau habilitant pour favoriser la réalisation de ce projet. Pour ce faire, il est impératif de mettre en place, dans ce créneau, différentes stratégies pour que la personne puisse s'y maintenir. Par exemple, il peut s'agir d'un accommodement quant à l'horaire de travail ou encore du pairage avec un collègue. On peut également recourir aux services d'un pair aidant spécialisé rétabli d'un TP pour aider la personne à s'intégrer à son nouvel environnement<sup>16</sup>. En l'absence de tels moyens de soutien, le risque d'échec est plus élevé, et celui de blâmer la personne pour cet échec augmente également. Enfin, on maximise l'engagement de l'entourage de la personne de façon à ce qu'elle ait de moins en moins besoin des services formels de santé mentale.

72

Le modèle des forces offre l'occasion de renouveler les valeurs fondamentales de la profession en mettant de l'avant les principes du rétablissement, des forces, de l'appropriation du pouvoir d'agir et de la collaboration avec la personne qui reçoit des services ainsi qu'avec sa famille. Ces principes sont d'ailleurs au cœur des lignes directrices produites par l'OTSTCFQ (2011) concernant l'évaluation d'une personne ayant un trouble mental. Les intervenants et leurs milieux de pratique doivent toutefois relever plusieurs défis pour atteindre une pleine intégration de ces principes. Il est ainsi essentiel d'actualiser l'ensemble des étapes du processus clinique détaillé par Rapp et Goscha (2012) afin de soutenir la participation sociale des personnes touchées. Pour ce faire, nous proposons l'adoption d'une posture réflexive par les intervenants, laquelle doit être soutenue par leur organisation grâce à l'offre de lieux propices aux échanges et au développement professionnel.

---

### ABSTRACT:

*This article focuses on gains associated with the integration of the strength model in social work intervention, particularly with clients with a personality disorder (PD). Its authors outline the conditions facilitating the adoption of this model in social workers' practice, while emphasizing the importance that institutions adhere to a clear recovery-oriented vision. However, there are challenges associated with the adoption of this model that must be addressed. For example, this model implies that the work needs to be done directly in the community. Drawing on, among other things, the second author's experiments with people with a PD in a CLSC variable intensity follow-up team, we illustrate the five-step clinical process of Rapp and Goscha's (2012) model. Finally, we conclude with the factors that favour the integration of these inseparable steps in order to motivate people to take an active part in their recovery.*

---

16 Voir à ce sujet le programme Pairs Aidants Réseau, qui a formé, à ce jour, près de 200 pairs aidants. Plusieurs œuvrent actuellement dans le réseau de la santé et des services sociaux : <https://aqrp-sm.org/groupe-mobilisation/pairs-aidants-reseau/formations/>.

## KEYWORDS:

*Strength model, recovery, personality disorders*

---

## RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> ed.), Washington, DC : American Psychiatric Association.
- Bégin, C. et D. Lefebvre, (1997). « La psychothérapie dialectique comportementale des personnalités limites », *Santé mentale au Québec*, vol. 22, n° 1, 43-68.
- Bessette, M. (2010). « Psychothérapie des troubles de la personnalité : quand l'impasse n'est pas du côté des clients », *Santé mentale au Québec*, vol. 35, n° 2, 87-116.
- Bouchard, S. (2010). « Impasses et opportunités dans le traitement des personnes souffrant d'un trouble sévère de la personnalité limite », *Santé mentale au Québec*, vol. 35, n° 2, 61-85.
- Centre national d'excellence en santé mentale (2018). *Cadre de référence. Soutien d'intensité variable (SIV). Modalités d'application et pratiques cliniques*, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. En ligne : [https://cnesm.org/wp-content/uploads/2018\\_CadreRefSiv\\_Cnesm.pdf](https://cnesm.org/wp-content/uploads/2018_CadreRefSiv_Cnesm.pdf).
- Cottraux, J. (2015, 12 et 13 mars). « La thérapie cognitive des troubles de la personnalité : schémas et scénarios de vie », *Formation offerte par les Formations Porte-Voix*, Québec.
- Dean, R., Siddiqui, S., Beesley, F., Fox, J. et K. Berry (2018). « Staff perceptions of borderline personality disorder and recovery: A Q-sort method approach », *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 57, n° 4, 473-490.
- Gana, K., Daigne, S. et J. Ledrich (2012). « Psychometric properties of the French version of the Adult Dispositional Hope scale », *Assessment*, vol. 20, n° 1, 114-118.
- Graybeal, C. (2001). « Strengths-based social work assessment: Transforming the dominant paradigm », *Families in Society*, vol. 82, n° 3, 233-242.
- Gunderson, J. (2008). « Borderline personality disorder. An overview », *Social Work in Mental Health*, vol. 6, n° 1, 5-12.
- Haigh, R. (2006). « People's experiences of having a diagnosis of personality disorder » : 161-177, dans J. Sampson, R. McCubbin et P. Tyrer (sous la dir.), *Personality disorder and community mental health teams. A practitioner's guide*, Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Institut national de santé publique du Québec (2017) : « Fiche d'information » : *La communauté de pratique, un outil pertinent : résumé des connaissances adaptées au contexte de la santé publique*, document extrait du site de l'Institut : [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2351\\_communaute\\_pratique\\_outil\\_pertinent\\_resume\\_connaissance.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2351_communaute_pratique_outil_pertinent_resume_connaissance.pdf).
- Johnson, M. L. (2010). *Girl in need of a tourniquet: Memoir of a borderline personality*, Berkeley, CA : Seal Press.
- Kisthardt, W. E. (1997). *The impact of the strengths model of case management with adults with serious and persistent mental illness*, thèse de doctorat, School of Social Welfare, University of Kansas.
- Kliem, S., Kröger, C. et J. Kosfelder (2010). « Dialectical behavior therapy for Borderline Personality Disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 78, n° 6, 936-951.
- Ledoux-Bérubé, A. (2016). *Une intervention individualisée de suivi communautaire axé sur les forces avec des adultes ayant un trouble de la personnalité*, essai de maîtrise, École de service social, Université Laval.
- Linehan, M. (2000). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état limite*, traduit de l'anglais par D. Page et P. Wehrlé, Chêne-Bourg, Genève : Éditions Médecine et Hygiène.
- Lihehan, M. (2015). *DBT<sup>®</sup> skills training manual* (2<sup>nd</sup> ed.), New York : The Guilford Press.
- Marshall, B., Gunderson, J. G. et P. D. Hoffman (2016). *Beyond borderline: True stories of recovery from Borderline Personality Disorder*, Oakland, CA : New Harbinger Publications.
- McMurrin, M., Huband, N. et E. Overton (2010). « Non-completion of personality disorder treatments: A systematic review of correlates, consequences, and interventions », *Clinical Psychology Review*, vol. 30, n° 3, 277-287.
- National Empowerment Center (2006). *Voices of transformation: Developing recovery-based statewide consumer/survivor organisations*, Lawrence, MA: National Empowerment Center and the Recovery Consortium.

- Ng, F. Y. Y., Bourke, M. E. et B. F. S. Grenyer (2016). « Recovery from Borderline Personality Disorder: A systematic review of perspectives of consumers, clinicians, and family and carers », *PLoS ONE*, vol. 11, n° 8, 1-21.
- OTSTCFQ (2011). *Lignes directrices. Évaluer une personne ayant un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité*, OTSTCFQ, Montréal.
- Rapp, C. A. et R. J. Goscha (2012). *The strengths model: a recovery-oriented approach to mental health services* (3<sup>rd</sup> ed), New York: Oxford University Press.
- Rapp, C. A. et W. P. Sullivan (2014). « The strengths model: Birth to toddlerhood », *Advances in Social Work*, vol. 15, n° 1, 129-142.
- Reiland, R. (2013). *Get me out of here: My recovery from Borderline Personality Disorder*, Center City, MH : Hazelden Publishing.
- Saleebey, D. (2013). *The strengths perspective in social work practice* (6<sup>th</sup> ed.), Boston, MA : Pearson.
- Sakheim, D., Flanagan, E., Hawkins, D. et L. Davidson (2010). « La pertinence du mouvement du rétablissement pour les personnes diagnostiquées TPL » : 1.02-1.27, dans C. Leclerc (sous la dir.), *Trouble de personnalité limite et réadaptation, Tome 2*, Saint-Jérôme, QC : Éditions Ressources.
- Siegal, H. A., Li, L. et R. C. Rapp (2002). « Case management as a therapeutic enhancement: Impact on post-treatment criminality », *Journal of Addictive Diseases*, vol. 21, n° 4, 37-46.
- Sheehan, L., Nieweglowski, K. et P. Corrigan (2016). « The stigma of personality disorders », *Current Psychiatry Reports*, vol. 18, n° 11, 1-7.
- Swift, J. et R. Greenberg (2012). « Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 80, n° 4, 547-559.
- Unzicker, R. (1989). « On my own: A personal journey through madness and re-emergence », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, vol. 13, n° 1, 71-77.
- Van Gelder, K. (2010). *The buddha and the borderline*, Oakland, CA : New Harbinger Publications.