

# Dévoilement de soi et

Le Programme émotions positives pour la schizophrénie (PEPS) requiert l'implication des soignants sur le plan personnel et nécessite un usage subtil du dévoilement de soi. Illustration avec l'analyse d'une séquence où l'animatrice utilise délibérément ce procédé.

Les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères ont fréquemment des pensées autostigmatisantes, qui engendrent une perte d'estime de soi et réduisent le sentiment d'efficacité personnelle (1, 2, 3), ce qui conduit à la dépression, une moins bonne gestion de la maladie, un évitement social et constitue une entrave au rétablissement (4). Les études soulignent que les opinions stigmatisantes des patients sont semblables à celles de la population générale, et les conduisent à éviter de demander de l'aide par crainte d'être étiquetés et rejetés.

Dans ce contexte, des interventions ont été développées pour réduire cette auto-stigmatisation (2, 3, 5) et différentes approches, comme la psychoéducation ou les thérapies cognitivo-comportementales, ont montré leur efficacité. Elles permettent par exemple aux patients de remettre en question leurs croyances et celles des autres sur la maladie.

Par ailleurs, la recherche montre que des stratégies d'autonomisation et d'*empowerment* parviennent à influencer sur ce processus d'auto-déstigmatisation (2, 6). Des ingrédients favorisant l'*empowerment* sont

mis en évidence : les phénomènes d'identifications positives liés à des talents personnels (par exemple artiste, entrepreneur, leader...), le fait d'être membre d'un groupe (origine ethnique, genre, religion...), ou de partager d'autres domaines vecteur d'estime de soi (spiritualité, amitiés, sport...). D'autres ingrédients sont également pointés dans ces études : l'acceptation inconditionnelle de soi, qui conduit la personne à s'accepter comme un être humain faillible ; le fait de partager une conception holistique de la maladie en intégrant les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, ce qui permet d'envisager des mesures pour réduire les effets de la pathologie et de la stigmatisation ; la réduction du sentiment d'anomalie en mettant l'accent sur la gestion d'un ensemble particulier de problèmes plutôt que sur celle d'un diagnostic.

Ces recherches montrent également le rôle des « autres » dans le processus d'auto-déstigmatisation, et particulièrement celui des pairs et des professionnels. Dès lors, l'engagement de ces derniers envers le patient dans une relation thérapeutique positive peut être appréhendé comme un « antidote » à l'internalisation des stéréotypes (7). Quelles compétences professionnelles peut-on déployer dans les interactions avec les patients pour contribuer à ce processus d'auto-déstigmatisation ?

Pour tenter de répondre à cette question, cet article propose d'étudier un outil thérapeutique, le Programme émotions positives pour la schizophrénie (PEPS) (voir encadré), dans lequel les professionnels sont amenés à s'impliquer personnellement et de manière active dans les expérimentations, développant ainsi des compétences relationnelles

spécifiques. Suite à l'étude pilote PEPS (8), les participants (professionnels et patients) ont été interviewés sur leur vécu du programme. Les entretiens ont révélé des effets déstigmatisants réciproques, que les participants liaient au fait que les animateurs partageaient eux aussi leurs difficultés et leurs réussites dans les activités proposées en séance et en intersessions. Ces témoignages ont conduit notre équipe à se pencher sur ce phénomène. Nous avons donc filmé les séances d'un groupe PEPS et conduit une analyse des interactions à partir des séquences vidéos au cours desquelles les animatrices partageaient leurs expériences personnelles au sein du groupe. Ce texte présente les résultats de cette étude de cas.

## PARTAGER SON EXPÉRIENCE PERSONNELLE

Le programme PEPS cherche à réduire l'anhédonie et l'apathie dans la schizophrénie, via des stratégies de psychologie positive pour réduire les pensées défaitistes, améliorer la capacité d'anticiper et de maintenir du plaisir (8, 9). Une de ses spécificités réside dans la prescription d'une participation active et égalitaire de tous les participants. Les soignants animateurs sont donc amenés à partager leurs vécus en lien avec les thèmes et les exercices du programme, à expliciter leurs ressources et leurs difficultés pour transmettre aux patients des savoirs et des expériences utiles, vecteurs d'apprentissages.

En amont, les professionnels suivent une formation (ForPEPS) d'une journée qui les prépare à accompagner les patients dans l'acquisition des connaissances et

---

**Alexandra NGUYEN\***,  
**Laurent FROBERT\*\***,  
**Joanie PELLET\*\***, **Jérôme FAVROD\*\***

---

\*Infirmière, doctorante en sciences de l'éducation, \*\*Infirmiers ;

Laboratoire d'enseignement et de recherche santé mentale et psychiatrie, Institut et Haute École de la Santé La Source (HES-SO), Lausanne.

empowerment



### Le Programme émotions positives pour la schizophrénie (PEPS)

PEPS (Programme émotions positives pour la schizophrénie) est un programme groupal, pour 5 à 8 participants, décliné en huit séances, qui cherche à réduire les pensées défaitistes et à améliorer la capacité d'anticiper et de maintenir le plaisir. Afin d'augmenter la disponibilité des participants, le programme recourt à des stratégies qui baissent l'état d'excitation émotionnelle en début de séance avec des exercices brefs de relaxation et de méditation.

• **Le contenu des séances** : chaque séance commence par un accueil et un exercice de relaxation ou de méditation. Dès la seconde séance, les animateurs reviennent sur la tâche à faire à domicile prescrite à la fin de la séance précédente. La séance se poursuit avec la remise en question d'une croyance défaitiste, puis l'apprentissage d'une compétence pour améliorer l'anticipation, le maintien, l'augmentation ou la réactualisation d'émotions positives. Elle se termine par la prescription d'une tâche à accomplir pour la séance suivante.

• **Les compétences enseignées sont les suivantes** : savourer l'expérience agréable, exprimer les émotions de manière comportementale, capitaliser les moments positifs et anticiper les moments agréables. Les exercices de révision sont animés par les participants lors de la dernière séance.

• **Les 8 séances de PEPS se déroulent dans l'ordre suivant** :

- Séance 1 : modifier les croyances défaitistes.
- Séance 2 : savourer les moments agréables (1re fois).
- Séance 3 : accentuer l'expression comportementale des émotions.
- Séance 4 : capitaliser et partager les moments agréables avec les autres.
- Séance 5 : savourer les moments agréables (2e fois).
- Séance 6 : anticiper les moments agréables (1re fois).
- Séance 7 : anticiper les moments agréables (2e fois).
- Séance 8 : révision de l'ensemble des compétences.

• **Une relation partenariale** : les animateurs s'investissent dans les séances en accomplissant les exercices, en partageant leur vécu et en effectuant les tâches prescrites. Ils suivent une formation à l'animation de PEPS, appelée ForPEPS, qui vise à les rendre conscients de leurs propres stratégies d'apprentissage et à identifier celles des participants afin de favoriser l'appropriation des habiletés enseignées.

• **Voir Schizophrénie : réduire l'anhédonie et l'apathie, A. Nguyen, L. Frobert, J. Favrod, Santé mentale, n° 208, mai 2016.**

habiletés PEPS, ainsi qu'à développer une relation thérapeutique basée sur l'authenticité. Le programme, comme la formation, s'appuie sur une large littérature ayant démontré que l'authenticité est associée à une meilleure alliance thérapeutique mais également que la confiance octroyée par les patients augmente lorsque les cliniciens dévoilent des informations personnelles (10). Ce dévoilement du professionnel, défini comme les comportements ou les verbalisations qui révèlent une information personnelle au patient (11), fait l'objet d'une littérature scientifique et professionnelle basée sur de nombreuses études et témoignages (de cliniciens et de patients) (voir aussi l'article de J. Favrod et A. Nguyen, p. 22). Envisagé comme une technique psychothérapeutique intentionnelle qui soutient le traitement et doit être basée sur le meilleur intérêt du patient, le dévoilement contribue à réduire le sentiment de honte du patient et à normaliser son expérience, à améliorer la relation et l'alliance thérapeutique, à modéliser-enseigner des habiletés communicationnelles spécifiques, à favoriser l'autonomie (12, 13). Plusieurs travaux en psychothérapie ont

catégorisé les pratiques de dévoilement de soi des professionnels comme « évitables, accidentels ou délibérés » (14).

Pour revenir à notre question initiale, dès lors que le dévoilement de soi, ou partage d'expériences, contribue à l'alliance thérapeutique, en quoi cette pratique intentionnelle des professionnels constitue-t-elle (ou non) une ressource pour l'auto-déstigmatisation des patients? Autrement dit, en quoi le partage d'expériences des professionnels influe-t-il (ou non) sur les phénomènes d'auto-déstigmatisation des patients?

### ÉTUDE DE CAS

Lors d'une première phase d'analyse des 8 séances filmées d'un groupe PEPS, nous avons repéré que les deux animatrices avaient partagé des expériences personnelles, soit de manière prévisible lors des moments prévus par le programme, soit de manière spontanée. Nous avons procédé à une deuxième analyse en nous concentrant sur les interactions précédant et suivant chaque dévoilement personnel des soignantes. L'observation de l'enchaînement des comportements verbaux et non-verbaux ont permis de

révéler l'influence du partage d'expérience sur les positionnements des patients au sein du groupe.

– Lorsque les animatrices partageaient leurs difficultés au cours des exercices PEPS (par exemple ne pas avoir réussi la relaxation), les patients augmentaient leurs comportements participatifs en racontant à leur tour leurs problèmes ou réussites personnelles. Ils prenaient alors un positionnement actif dans la recherche de stratégies pour surmonter les difficultés partagées au sein du groupe. Dans ce cas de figure, les animatrices révélaient une facette « humaine et faillible » permettant aux patients de s'identifier à elles et de réduire leurs sentiments de gêne, de honte ou d'anomalie.

– Lorsque les animatrices dévoilaient des émotions et des sentiments personnels en lien avec les exercices du programme (par exemple la crainte d'avoir l'air ridicule), les patients partageaient davantage leurs propres difficultés dans l'expression de leurs émotions. Cette attitude authentique et ce positionnement non « expert » ont fortifié un sentiment de confiance et d'appartenance au groupe.

Dans les deux cas, les patients étaient davantage acteurs et s'engageaient plus dans la participation régulière aux séances, les exercices intersessions et les interactions au sein du groupe.

### • « Je suis dans une période un peu difficile... »

Pour illustrer notre propos, nous présentons une analyse plus détaillée, basée sur la méthodologie d'analyse interactionnelle (15) d'une séquence emblématique dans laquelle nous avons pu mettre en évidence le changement progressif et manifeste du positionnement d'une participante. Cette séquence se situe à la fin d'une des séances, au moment de la préparation de l'exercice d'intersession. Comme habituellement, une des animatrices (Sarah) initie cette étape par une question à l'ensemble du groupe. L'un des patients (Pierre) lit la consigne sur la diapositive projetée sur l'écran. Puis un événement interrompt le cours attendu de la séance, ouvrant une « parenthèse » dans son déroulement. Une patiente (Nathalie) adresse une question aux animatrices sur sa capacité à réaliser l'exercice d'intersession, dévoilant une émotion douloureuse. En réponse à sa question, Sarah partage son propre vécu tiré d'une expérience personnelle. Voici ce que nous observons :

– Nathalie réagit à l'énoncé de Pierre en se recroquevillant sur sa chaise, en posant sa main sur le visage : « *Quand on doit faire le deuil d'un tas de choses qu'on aimait faire, comment trouver du plaisir à faire des choses ?* », souffle-t-elle d'une voix à peine audible. Les deux animatrices (Catherine et Sarah) se consultent du regard et se sourient.

– Catherine prend alors la parole : « *Alors moi, je reviendrais peut-être sur ce que je vis en ce moment. Je suis dans une période difficile justement. J'ai des pertes dans ma vie personnelle. Et puis, ça a pas mal entravé effectivement ma capacité à... euh... à me centrer sur des moments positifs, puisque... finalement la douleur est plus forte. Voilà, elle est plus importante. Cependant, je... ce programme m'apporte beaucoup de choses. Je découvre beaucoup de choses. C'est très riche, aussi pour moi. Et puis, ça me met un peu comme si j'avais un petit lutin sur l'épaule... et je me dis... "ne te laisse pas aspirer complètement", voilà. Y a des moments... j'essaie aussi de vivre les moments difficiles et même de créer l'occasion pour pouvoir exprimer mes émotions à ce niveau-là. Et puis, pour pouvoir dégager un petit peu de place pour du positif, je me dis, dans la vie effectivement, parfois, y a des drames. On en vit tous... ou des douleurs. Il n'empêche qu'il y a quand même... mais des fois... mais c'est ténu... mais y a des petites choses qui sont là. Et puis... ça vaut la peine quoi ! Mais évidemment, c'est... c'est... ténu et ça peut pas éclairer le tout. Moi, je vois... ça m'a beaucoup entravée depuis quelques séances... pour arriver surtout à appliquer les choses. Mais j'ai trouvé intéressant. C'est comme une petite fenêtre ouverte pour moi. Voilà. Puis de me dire... de penser tout au long de la semaine "ouais y a PEPS !" » C'est vrai la douleur est là mais les choses, le beau, l'agréable continue d'exister aussi. »*

– Nathalie change de position et s'avance sur sa chaise, toujours tête baissée.

– Catherine poursuit : « *Et c'est juste l'idée de pas se laisser complètement submerger et envahir quoi. Quelque part, il faut se donner des petites bulles d'oxygène là-dedans. Mais c'est vrai que c'est pas simple. Moi, j'ai... j'ai ces temps-ci... j'ai beaucoup de peine même à conceptualiser un moment où je me dis "voilà ça c'est un moment agréable et ça va être agréable !" »*

– Alors que Catherine prononce la dernière phrase, Nathalie agite la main dans sa direction, en se redressant sur sa chaise,

l'appelant du regard. L'animatrice continue son récit : « *J'essaie de grignoter des petites choses au passage mais c'est pas facile.*

– C'est alors que Pierre rebondit spontanément en regardant Catherine puis Nathalie : « *Moi je suis un peu comme ça tout le temps. J'ai perdu mon... perdu pays. J'ai perdu le pays que j'aimais beaucoup. C'est dur.* »

– Catherine regarde Pierre, puis se tourne vers Nathalie : « *Hum Hum. Je ne sais pas si ça répond un peu à...* » Nathalie, agitant toujours la main en direction de Catherine, reprend la parole : « *Ça me fait penser au témoignage d'une thérapeute à la radio qui raconte comment elle a fait face à un deuil très douloureux.* »

S'ensuit un récit animé de Nathalie sur ce témoignage qui l'a touchée, auquel Pierre répond par la narration de son vécu d'exil et des ressources qu'il a mobilisées pour se relever de cette période douloureuse. Nathalie évoque à son tour une stratégie personnelle pour dépasser ces situations. Au fil des récits personnels, celui de Catherine (l'animatrice), ceux de Nathalie et de Pierre (les patients), les autres participants manifestent une attention particulière à ces expériences partagées par des regards et des postures corporelles alertes. La fin de séance se déroule de manière joviale après que Sarah (la deuxième animatrice) ait vérifié que tous les participants soient à l'aise et au clair sur les exercices à mener en intersession.

### • Glissement des positions

Dans cette séquence, l'animatrice manifeste un positionnement professionnel en phase avec les objectifs du programme (augmenter la motivation et le plaisir) et en lien avec l'objectif de fin de séance (préparer les conditions pour l'exercice intersession). Elle fait un usage délibéré du partage d'expérience personnelle pour favoriser l'alliance thérapeutique et la manifestation d'empathie authentique pour les patients du groupe. Elle endosse donc clairement son rôle d'animatrice à la fois experte dans les processus de travail sur les pensées défaitistes et sur les émotions positives. Elle conduit son récit de manière progressive, manifestant dans un premier temps une identification à la difficulté rencontrée par la patiente, tout en ponctuant son discours par des marques d'hésitation et de prudence. Dans un second temps, elle intègre dans son discours des informations relatives

à des stratégies personnelles employées pour réduire ses sentiments douloureux et accéder à des moments positifs. La bascule thématique, de la douleur aux moments agréables se fait doucement jusqu'à laisser Nathalie prendre le leadership sur la question des stratégies pour faire face au deuil. On assiste donc au cours de cette interaction à un glissement des positionnements : d'une position « basse » de la patiente (Nathalie) en début de séquence, à une position « haute » en fin de séquence. Le partage d'expérience personnelle de l'animatrice (Catherine) a permis cette bascule des rapports de place.

### AJUSTEMENTS ET INTERACTIONS...

L'analyse de cette séquence permet de repérer comment le partage d'expérience se construit au fur et à mesure de l'interaction, par des ajustements aux feedback, verbaux et non verbaux, des participants. Dans son dévoilement, l'animatrice s'ajuste au discours et aux réactions de la patiente. Elle semble porter une attention particulière aux mouvements corporels de la patiente, ajoutant progressivement du contenu à son discours lorsque celle-ci manifeste son intérêt et sa volonté d'intervenir. Cette attention professionnelle est rendue visible par exemple par les marques d'hésitation et de prudence qui ponctuent l'évocation de son expérience personnelle (regards, micro-pauses, syntaxe incomplète...)

Les changements de positionnement de l'animatrice et de la patiente s'observent dans différentes séquences :

– Tout d'abord, dans le cadre d'une relation « asymétrique » basée sur les statuts et les rôles inhérents au contexte des soins, il est attendu que l'animatrice transmette les informations nécessaires aux patients, endossant ainsi un rôle expert et une position « haute ». Les patients sont dans une position complémentaire en ce qu'ils sont bénéficiaires des soins. Leur position dite « basse » se manifeste chez la patiente par une demande d'aide adressée aux animatrices, avec une posture corporelle repliée et un ton de voix faible. Par ce positionnement, la patiente place les animatrices dans une position complémentaire de professionnelles expertes.

– L'animatrice Catherine ne s'aligne pas sur cette demande puisqu'elle partage une expérience personnelle et non une expertise professionnelle. Elle introduit une forme relationnelle plus égalitaire, sur le registre des histoires de vie, commun

à toute personne indépendamment de son statut et de son rôle. Toutefois, au cours du dévoilement de soi, apparaissent des éléments d'expertise professionnelle quant aux stratégies utiles pour répondre à la question de la patiente. Le lexique change progressivement, partant des émotions douloureuses éprouvées aux émotions positives à valoriser. Le fait que ces éléments gardent une forme personnelle conduit la patiente à prendre progressivement une posture corporelle et verbale plus active (se redresse, lève la main, regarde intensivement l'animatrice). Parallèlement, un autre patient (Pierre) entre dans la conversation par une annonce en alignement thématique (la perte de son pays), révélant un impact plus général dans le groupe.

– La patiente Nathalie prend une position « haute » en proposant des stratégies pour éprouver du plaisir malgré des émotions douloureuses. Active, elle prend la parole, révèle des ressources personnelles et remet ainsi en question ses propres croyances initiales d'inefficacité personnelle.

La participation de l'animatrice contribue à ce que nous avons identifié comme une « bascule » dans les rapports de place. Selon nous, cet engagement personnel et interactionnel favorise l'appropriation des ingrédients contributifs à l'*empowerment*, de par le changement de positions qu'il induit mais aussi par le type d'échanges qu'il autorise et initie. Dans cette étude de cas, ces ingrédients sont le partage de vécus similaires, les narrations de parcours de vie, les stratégies personnelles face aux difficultés rencontrées. La littérature désigne ces ingrédients comme l'empathie, l'authenticité, la congruence (16). La situation présentée montre également que le partage d'expérience de l'animatrice est suivi d'une modification du contenu discursif de la patiente, révélant son déplacement dans son rapport à l'émotion douloureuse (mauvaise estime de soi) et ses croyances (sentiment d'incompétence).

Le contenu du dévoilement délibéré de l'animatrice s'inscrit dans une continuité thématique proposée par la patiente, c'est-à-dire les pertes et les deuils. Cette similarité dans les histoires de vie partagées et l'ouverture sur une perspective d'espoir peut favoriser les phénomènes d'identification positive, l'identification au groupe et la réduction du sentiment d'anomalie, reconnus efficaces dans les processus d'auto-déstigmatisation (2, 6).

### CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Dans la relation thérapeutique, le dévoilement de soi peut être utilisé comme un levier pour renforcer l'alliance thérapeutique, l'*empowerment* et l'autonomisation des patients. Pour autant, sa mobilisation ne va pas de soi. Le dévoilement de l'animatrice, que nous identifions ici comme « délibéré » selon la catégorisation proposée par la littérature (14), comprend des informations d'ordre personnel et émotionnel nécessitant une gestion consciente et fine de soi et de l'interaction. Dans la lignée de la littérature scientifique sur la relation thérapeutique (17), nous relevons l'importance de l'intentionnalité dans l'utilisation de soi thérapeutique pour assurer des soins centrés sur le patient, efficaces et pertinents.

*Nous remercions l'équipe d'animation et les patients du groupe PEPS qui nous ont autorisés à filmer les séances groupales et l'entretien.  
Étude soutenue par le Fonds national suisse de la recherche scientifique, projet n° 105319\_163355.*

- 1– Overton SL, Medina SL : *The stigma of mental illness. Journal of Counseling & Development* 2008;86:143-151.
- 2– MacInnes D, Lewis M : *The evaluation of a short group programme to reduce selfstigma in people with serious and enduring mental health problems. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2008;15:59-65.
- 3– Corrigan PW, Kosyluk KA, Rüsck N : *Reducing self-*

*stigma by coming out proud. American journal of public health* 2013;103:794-800.

4– Corrigan PW, Watson AC : *The paradox of self stigma and mental illness. Clinical Psychology : Science and Practice* 2002;9:35-53.

5– Lucksted A, Drapalski A, Calmes C, Forbes C, Deforge B, Boyd J : *Ending self-stigma : Pilot evaluation of a new intervention to reduce internalized stigma among people with mental illnesses. Psychiatric Rehabilitation Journal* 2011;35:51.

6– Watson AC, Larson JE : *Personal responses to disability stigma : From self-stigma to empowerment. Rehabilitation Education* 2006;20:235-246.

7– Ritscher JB, Phelan JC : *Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. Psychiatry research* 2004;129:257-265.

8– Favrod J, Nguyen A, Fankhauser C, Ismailaj A, Hasler JD, Ringuet A, Rexhaj S, Bonsack C : *Positive emotions program for schizophrenia (peps) : A pilot intervention to reduce anhedonia and apathy. BMC Psychiatry* 2015;15:231.

9– Nguyen A, Frobert L, McCluskey I, Golay P, Bonsack C, Favrod J : *Development of the positive emotions program for schizophrenia (peps) : An intervention to improve pleasure and motivation in schizophrenia. Frontiers in psychiatry* 2016;7

10– Laugharne R, Priebe S, McCabe R, Garland N, Clifford D : *Trust, choice and power in mental health care : Experiences of patients with psychosis. Int J Soc Psychiatry* 2012;58:496-504.

11– Dulit R, Goldman B, Siris S, Sonis W, Bank P, Hermann R, Fornari V : *Reexamination of therapist self-disclosure. PSYCHIATRIC SERVICES* 2001;52:1489.

12– Mathews B : *The role of therapist self-disclosure in psychotherapy : A survey of therapists. American journal of psychotherapy* 1988;42:521.

13– Simon J : *Criteria for therapist self-disclosure. American journal of psychotherapy* 1988;42:404-415.

14– Renik O : *The ideal of the anonymous analyst and the problem of self-disclosure. The Psychoanalytic quarterly* 1995;64:466.

15– Fillietaz L : *L'interaction langagière : Un objet et une méthode d'analyse en formation d'adultes in Friedrich J, Pita Castro J (eds) : Recherches en formation des adultes : Un dialogue entre concepts et réalité. Dijon, Éditions Raisons et Passions, 2014, p. 127-162.*

16– Cungi C : *L'alliance thérapeutique. Retz, 2006.*

17– Favrod J, Nguyen A, Frobert L, Pellet J : *La relation thérapeutique avec les patients qui ont des troubles psychotiques; in Franck N (ed) Traité de réhabilitation psychosociale. Paris, Elsevier Masson, 2018, pp 245-254..*

**Résumé :** Les processus de stigmatisation et d'autostigmatisation peuvent entraver le processus de rétablissement. Des stratégies thérapeutiques se développent pour réduire ces freins au rétablissement. Cet article montre, plus spécifiquement dans le cadre de l'analyse interactionnelle, comment le dévoilement de soi du professionnel, quand il est intentionnel et centré sur le patient, peut modifier la posture de ce dernier. La séquence qui permet ce changement de posture est décrite au travers d'une situation emblématique.

**Mots-clés :** Alliance thérapeutique – Autonomisation – Interaction – Psychologie positive – Psychothérapie de groupe – Rétablissement – Stigmatisation – Vécu.