

Table des matières

Sommaire	iv
Abstract	vi
Liste des tableaux	xiv
Liste des figures	xv
Remerciements	xvi
Introduction	1
Méthode	7
Instruments utilisés et pertinence méthodologique	9
Trois questionnaires – données sociodémographiques des professionnels, profil des enfants et profil du parent ayant un trouble de personnalité limite ..	10
Entrevue semi-structurée	11
Élaboration du guide d’entrevue	12
Cohérence interne	14
Fidélité scientifique de l’entrevue semi-structurée	16
Certificat éthique	19
Déroulement de la recherche	20
Recrutement	20
Devis et portrait des participants	21
Analyse des données	23
Objectifs de la recherche	23
Stratégies d’analyse des données	25

Organisation et analyse des données obtenues aux questionnaires des portraits du professionnel, de l'enfant et du parent	25
Analyse des données obtenues à l'entrevue semi-structurée	26
Analyse de contenu thématique	27
Processus de thématization continue : difficultés, besoins et mode de soutien des professionnels	28
Codification et catégorisation	28
Mise en relation	29
Schématisation	30
Saturation et validité	31
Analyse des informations colligées au dernier questionnaire.....	32
Analyse des données obtenues aux questionnaires et à l'entrevue semi-structurée : encodage matriciel	33
Article 1. Portrait tracé par des professionnels d'enfants et de leurs parents présentant un trouble de la personnalité limite	34
Résumé	35
Abstract	35
Contexte théorique	36
Attentes en matière de soins de santé en première ligne	36
Trouble de personnalité limite	37
Trouble de personnalité limite et parentalité	39
Parents ayant un trouble de personnalité limite : impacts possibles pour le développement de l'enfant	40
Programmes-services de première ligne dédiés à la jeunesse : responsabilité populationnelle et continuum de services hiérarchisé	42

Méthode	43
Participants.....	44
Démarche de mesures multiméthodes	44
Résultats	47
Portrait clinique des enfants de parents ciblés qui présentent un trouble de la personnalité.....	48
Réfèrent et raison de consultation des enfants.....	51
Intensité et durée des services offerts	51
Personnes impliquées auprès de l'enfant	55
Portrait clinique des parents.....	56
Antécédents familiaux connus.....	57
Services antérieurs et actuels impliqués auprès des parents	58
Durée et intensité des services reçus par les parents.....	59
Constats quant au portrait des enfants et de leurs parents	60
Portrait des professionnels	64
Discussion	65
Portrait des parents et des enfants qui consultent les services de première ligne.....	65
Évolution des difficultés des enfants au cours du suivi	66
Types de services offerts en fonction des portraits cliniques	67
Travail systémique auprès de l'enfant et des parents	68
Portrait des enfants, des parents, intensité des services et caractéristiques des professionnels	69
Limites et forces.....	73

Conclusion	74
Références.....	76
Article 2. Difficultés, besoins et modes de soutien des professionnels jeunesse impliqués auprès d'enfants dont un parent présente un trouble de personnalité limite ..	84
Résumé.....	86
Abstract	86
Contexte théorique	87
Trouble de personnalité limite	87
Portrait de 12 enfants et de leurs parents : résultats de l'analyse exploratoire de la présente recherche.....	89
Impact des manifestations du trouble de personnalité limite dans la dispensation des soins	90
Mesures de soutien offerts aux professionnels offrant des services aux personnes présentant un TPL	93
Méthode	95
Participants.....	95
Démarche de mesures multiméthodes	95
Résultats	98
Difficultés et besoins liés à l'axe personnel : des défis humains au-delà de ceux professionnels.....	99
Maintenir l'équilibre physiologique et psychologique	101
Être et se sentir en sécurité	101
Préservation de son estime personnelle et respecter ses valeurs	102
Difficultés et besoins liés à l'axe professionnel : le travail systémique auprès d'une clientèle jeunesse	103

Connaissances spécifiques concernant la santé mentale.....	103
Intervenir de façon systémique : repères dans l'intervention familiale systémique	105
Gestion des crises et cadre d'intervention	108
Application du cadre législatif en matière de protection de l'enfant.....	111
Partage et complémentarité des responsabilités dans la prestation des soins (continuum).	112
Justesse de la distance relationnelle nécessaire à l'intervention : maintenir l'objectivité.....	116
Difficultés et besoins liés à l'axe organisationnel : des modalités de soutien prioritaires à développer	117
Définition d'une offre de services jeunesse intégrée incluant des ententes de soins intra et inter établissements	118
Accessibilité à des ressources spécialisées : personnes ressources expertes, formations et supervisions.....	119
Soutien des gestionnaires : reconnaissance et ajustement de la reddition de compte.....	121
Modalités de soutien bénéfiques dans l'intervention auprès d'enfants dont le parent présente un trouble de personnalité limite	122
Discussion	124
Besoins de soutien prioritaires : définition d'une offre de services spécifique intégrée dans un arrimage de soins pour les parents et les jeunes présentant un trouble de personnalité limite.....	126
Besoins liés à l'axe personnel et professionnel : formation, supervision et accès à une personne-ressource spécialisée	127
Acquisition des connaissances à travers les formations	127
Préserver l'équilibre personnel, trouver des repères professionnels et conserver l'objectivité à travers les supervisions.....	128

Soutenir la gestion du risque à travers le recours à une personne-ressource spécialisée	131
Modalité complémentaire d'un soutien global et intégratif.....	133
Limites et forces.....	136
Conclusion	137
Références.....	143
Résultats supplémentaires.....	150
Discussion	167
Synthèse des résultats obtenus tels que présentés dans les deux articles soumis ..	169
Liens entre le portrait des participants, des parents, des enfants et les modalités de soutien demandées.....	170
Caractéristiques des enfants, des parents et précisions des demandes.....	174
Connaissances spécifiques : traumatisme, conduite à risque, comportement de négligence et de maltraitance parentale	174
Intervention systémique auprès des familles : maintien du cadre thérapeutique, intervention familiale	179
Complémentarité des soins et arrimage de services.....	182
Type, durée et intensité du suivi en lien avec les besoins et les modalités de soutien	184
Modalités de soutien considérées bénéfiques par les professionnels.....	185
Les trois souhaits : ces professionnels qui rêvent peu!	188
Retombées scientifiques et cliniques de cette étude doctorale	189
Services de première ligne : milieu d'accueil de la recherche.....	191
Formation et supervision spécialisées.....	195

Maintien des modalités actuelles : attention particulière aux personnes présentant un trouble de personnalité limite	196
Modalités de soutien futur: plan de formation continue et structure organisationnelle adapté et sensible aux traumatismes	198
Limites et forces	200
Conclusion	205
Références générales	211
Appendice A. Questionnaire sociodémographique - participants	220
Appendice B. Profil de l'enfant du parent identifié pour la recherche	223
Appendice C. Profil du parent identifié pour la recherche	227
Appendice D. Guide d'entrevue pour les rencontres individuelles semi-structurées ..	231
Appendice E. Formulaire de validation, de priorisation des informations obtenues et commentaires concernant la présentation préliminaire des réponses	235
Appendice F. Formulaire d'information et de consentement - professionnels	254

Liste des tableaux

Tableau

1	Portrait des enfants et des parents : diagnostics, signes cliniques, durée des épisodes de services et nombre d'interventions	49
2	Réponses obtenues au questionnaire portant sur le profil de l'enfant.....	152
3	Référents, raisons de consultation et chronologie de services des enfants	153
4	Réponses obtenues au questionnaire portant sur le profil de l'enfant.....	158
5	Réponses obtenues au questionnaire portant sur le profil du parent	160
6	Profil du parent et chronologie des services antérieurs et actuels	161
7	Réponses obtenues au questionnaire portant sur le profil du parent	164
8	Réponses obtenues au questionnaire de validation et de priorisation. Besoins importants, soutien bénéfique et soutien indispensable	166
9	Modalités de soutien en fonction du portrait de la clientèle et des besoins identifiés	193

Liste des figures

Figure

- 1 Génogramme sur deux générations, partenaires associés aux interventions cliniques : jeune de 17 ans et sa mère ayant un TPL63
- 2 Carte conceptuelle des besoins et modes de soutien des intervenants jeunesse de première ligne 100
- 3 Modèle intégratif de soutien clinique des professionnels jeunesse de première ligne travaillant auprès d'enfants dont un parent présente un TPL (site d'accueil) 142

Remerciements

La réalisation d'un projet est souvent le fruit de toute une équipe. Merci du fond du cœur à chacun des membres qui ont composé la mienne!

Merci à ma directrice, madame Colette Jourdan-Ionescu, qui m'a permis de réaliser ce rêve en cohérence avec mes valeurs et mon rythme de travailleuse engagée. Merci d'avoir accepté ce rendez-vous qui donne un nouveau souffle à ma vie professionnelle. Merci de cet accompagnement si humain et bienveillant. Votre expertise a été très profitable à chacune des étapes de cette traversée. Je ne saurais vous témoigner toute ma gratitude. Merci tellement!

Merci aux deux membres de mon comité doctoral, messieurs Carl Lacharité et Stéphane Martineau. Nous avons su faire équipe aux moments voulus, vos disponibilités et commentaires ont su m'être bénéfiques. Merci à vous deux.

C'est à mes parents *Lise et Claude Boucher* que j'offre cette thèse. Je tiens à vous remercier d'avoir été là depuis cinquante ans sans relâche. Vous avez soutenu avec attention mes premiers pas dans tous les domaines. Vous avez fait de notre famille un foyer d'amour, d'entraide et de bienveillance. Merci des valeurs que vous m'avez transmises et qui me servent au quotidien.

Merci à toi Josée, *Ma Sister*, ma complice de doctorat et de tout ce qui compose ma vie depuis tant d'années et merci à Pierre, tu es un beau-frère si précieux et important (sans compter que ton humour nous aide à passer à travers bien des obstacles). Merci à mes tantes et oncles qui n'ont cessé de m'encourager et porter intérêt à mes avancées : Guy, Ginette, Pierrette, Claire, Yves, Louise, Réjean, Lynn, Ninon, Yves et Carole.

À Pierre, mon conjoint, mon ami, qui a toujours su que je finirais par finir mon doctorat, mais qui s'est toujours demandé quand! Merci de ta patience et de ta foi en moi et en mon projet.

À quelques-unes de mes amies avec lesquelles j'ai le plus partagé cette aventure : Linda Prézeau pour ton amitié sincère qui a traversé le temps. Merci à toi de ton dévouement social, de ton humanité et de ton esprit libre, tu amènes un regard neuf et authentique; Pamela-Andrée Nérette, merci de me guider dans l'antre inconscient des enfants blessés avec tant de persévérance et de bienveillance. Merci d'être là sans relâche et porteuse d'espoir. Marie José Béïque, merci pour ton amitié qui a pris forme dans la foulée des changements organisationnels et qui a su malgré tout s'enraciner dans le plus important. Enfin, merci à toi Marie-Josée Boileau, tu me permets d'accueillir intérieurement la pleine conscience, l'autocompassion et la compassion. À travers les ateliers et nos divers projets, cette aventure saura sans doute être une contribution au bien-être des professionnels de la santé. Merci encore à vous toutes.

Un merci particulier aux *participants à la recherche*. Vous êtes des professionnels sans cesse engagés et dévoués à soutenir les enfants et les familles. Vos témoignages m'ont touchée et à la fois bouleversée. Ils m'ont fait sourire et parfois même trop peu dormir. Ils ont été sincères et tellement porteurs d'espoir. J'ai été heureuse de vous lire, relire et de passer ces heures, ces jours et ces quelques années à vos côtés à travers ce projet. Merci de m'avoir permis de m'approcher de vous et de mieux connaître et comprendre votre réalité. Vos témoignages ont laissé une empreinte importante que je ne cesserai de porter. Merci de votre confiance.

Je tiens également à remercier certains gestionnaires, particulièrement madame Diane Thiffault avec laquelle je fais route depuis tant d'années. Merci Diane de ta confiance, de ton soutien et de ta gestion humaine et collaborative. Merci d'accepter d'emprunter si souvent les chemins les moins fréquentés pour soutenir le bon développement des enfants et de leur famille.

Merci à Johanne Provencher qui, elle aussi comme gestionnaire, accepte les grands défis des tous petits avec force et croyance dans l'amélioration des services jeunesse. Merci de faire équipe depuis toutes ces années. Merci à monsieur Denis Paquin, ancien directeur, madame Marianne Kuster, ainsi que les coordonnatrices, mesdames Marie José Béique, Xiména Canas, Véronique Danis, Michèle Thibault, Isabelle Landry, Cynthia Saini et monsieur Louis-Philippe Boisvert. Merci à toutes ces personnes qui ont contribué de près ou de loin à soutenir ce projet dans une période de réorganisation majeure du

système de santé. Merci d'avoir mis sans cesse le bien-être des enfants et des familles au cœur de vos préoccupations, de vos décisions et de vos actions. Il en fallait de la persévérance dans l'effort.

Merci aussi à monsieur Didier Dupont grâce à qui le logiciel NVivo m'a été sympathique et tellement intéressant. Merci d'avoir été d'un soutien constant, chaleureux et plein d'humour. Merci à Mireille Doré, mon assistante de recherche principale, qui a su préserver l'éthique et la rigueur à travers cette étude. Merci à madame Christiane Hamelin qui a soutenu la mise en forme des écrits résultant de mes travaux.

Je ne saurais passer sous silence la patience de monsieur Cantinotti, mon professeur de statistiques. Merci de votre soutien qui a fait une différence dans mon parcours et maintenant grâce à vous, je me plais à saisir le sens clinique des statistiques.

Je tiens également à remercier deux chercheuses qui, de par leur expertise et leurs recherches de qualité, ont su m'inspirer tout au long de mon parcours scientifique. Merci à vous deux mesdames Lyne Desrosiers et Lise Laporte pour vos nombreux travaux qui permettent sans cesse d'améliorer le soutien aux professionnels et les services aux personnes qui présentent un TPL.

Introduction

Les professionnels des programmes-services jeunesse de première ligne sont quotidiennement confrontés à relever des défis de taille à travers l'accompagnement d'enfants dont un parent présente un problème de santé mentale. Une étude réalisée au centre de la protection de la jeunesse estime qu'environ 22,5 % des mères présenteraient un trouble de personnalité limite (TPL) avéré ou probable (Laporte & Friedland, 2013). Sans connaître la prévalence des parents ayant un TPL et qui consultent les services de première ligne, on croit que plusieurs d'entre eux ont été préalablement orientés vers les services volontaires de proximité, tel que le recommandent les orientations ministérielles en matière de soins aux enfants (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec [MSSS], 2013).

Le TPL est considéré comme un trouble mental grave ayant d'importants impacts au plan individuel, familial et sociétal. Il est caractérisé par des relations interpersonnelles intenses et instables, une identité diffuse et une hypersensibilité au rejet et à l'abandon. Les personnes présentant un TPL éprouvent des difficultés importantes au niveau de la régulation émotionnelle (American Psychiatric Association, 2013). Elles vivent des émotions intenses de tristesse, de colère, d'anxiété et de vide affectif. La souffrance ressentie est souvent exprimée de façon impulsive à travers des comportements suicidaires, parasuicidaires et d'autres gestes autodommageables. On

estime qu'entre 4 et 10 % d'entre eux décèderont par suicide (Paris & Zweig-Frank, 2001; Zanarini, Frankenburg, Reich, Hennen, & Silk, 2005). Ce trouble de santé mentale entraîne une souffrance importante non seulement pour les personnes qui en sont affligées, mais également pour les membres de leur famille. Les données de recherche estiment que les enfants d'un parent présentant un TPL risquent davantage de vivre de l'instabilité, d'être exposés à des gestes de violence et de subir d'autres formes d'abus, formant ainsi une population particulièrement vulnérable (Feldman et al., 1995; Lamont, 2006; Laporte, 2007). Ils présenteraient également un risque plus élevé de développer des patrons d'attachement non sécurisant (Lamont, 2006; Newman & Stevenson, 2008; Macfie, 2009) et un trouble de santé mentale, plus particulièrement un TPL (Barnow et al., 2013; Distel et al., 2008; Stepp, Whalen, Pilkonis, Hipwell, & Levine, 2012).

Considérant le portrait clinique complexe des personnes ayant un TPL et les impacts pour le développement des enfants, les professionnels jeunesse œuvrant au sein de ces familles peuvent être confrontés à de nombreux défis. Quelques études font d'ailleurs état de plusieurs difficultés que rencontrent les professionnels des services spécialisés de deuxième et troisième ligne. Ces derniers nomment se sentir impuissants et stressés par la gestion des nombreux comportements à risque des enfants et de leurs parents. Ils nomment avec insistance, et de plusieurs façons, les difficultés et les impasses dans lesquelles ils sont souvent plongés. Le sentiment d'efficacité est parfois miné et la fatigue, voire l'épuisement, guette bon nombre de ces professionnels jeunesse (Laporte, 2007).

Alors que les services de première ligne doivent répondre à 70 % des besoins populationnels en matière de santé mentale (MSSS, 2015), nous avons très peu d'informations sur les caractéristiques des enfants et de leurs parents ayant un TPL qui fréquentent ces services de proximité. Nous savons également peu de choses sur les besoins et les modalités de soutien nécessaires aux professionnels des programmes-services jeunesse de première ligne qui sont souvent les premiers dispensateurs de soins auprès de ces familles.

L'objectif de cette recherche doctorale à devis qualitatif vise donc à documenter le portrait de 12 enfants dont un de leurs parents a un TPL, ainsi que les besoins et les modalités de soutien nécessaires aux 12 professionnels jeunesse de première ligne qui sont impliqués auprès d'eux. La thèse est présentée sous forme de deux articles scientifiques. Cependant, considérant les limites du nombre de pages convenues dans les articles, certaines parties ont été ajoutées afin de bien présenter l'ensemble de la démarche.

La méthode utilisée est décrite dans la partie suivante. C'est à travers quatre sections que sont présentés le devis, les instruments de collecte de données, le certificat éthique, le déroulement de la recherche et l'analyse des résultats figurant dans le premier et le second article.

Le premier article enchaîne en ayant comme objectif principal de décrire le portrait de 12 enfants et de leurs parents présentant un TPL qui ont été sélectionnés par les

professionnels des programmes-services jeunesse de première ligne. Les diagnostics sont présentés pour chacun d'eux et ils sont accompagnés d'une brève description de leur profil clinique. Sont également abordés les ressources impliquées auprès de ces familles ainsi que le nombre d'interventions réalisées auprès des enfants et de leurs parents en termes de durée et d'intensité de services.

Quant à lui, le second article documente les difficultés, les besoins et les modalités de soutien nécessaires des 12 professionnels impliqués auprès des enfants et des parents ciblés. Cet article explore la réalité d'accompagnement clinique à travers les difficultés vécues, les besoins exprimés et les modalités de soutien jugées prioritaires et celles appréciées des professionnels.

Comme mentionné, considérant que tous les résultats ne peuvent figurer dans les deux articles, une partie intitulée Résultats supplémentaires présente les résultats détaillés et permet de mieux comprendre l'ensemble des tableaux ayant permis de dresser le portrait des parents et des enfants ainsi que le type, la durée et l'intensité des services.

C'est lors de la Discussion que sont intégrés les liens entre les résultats obtenus dans le premier et le second article. Ainsi, les différents thèmes principaux sont repris tels que les besoins exprimés par les professionnels et ils sont mis en lien avec le portrait des parents, des enfants et les différentes modalités de soutien demandées.

En terminant, les retombées de la recherche sont abordées de façon générale et plus spécifiquement dans le milieu d'accueil de l'étude. Est alors présenté ce qui se confirme au niveau du cadre d'analyse théorique et ce qui se révèle comme pistes d'orientation pour les recherches à venir. La Conclusion permet, quant à elle, de repenser la prestation de services offerts aux personnes ayant un TPL en fonction de la réalité du système de santé et du bien-être des professionnels des programmes-services dédiés à la jeunesse.

Méthode

Le devis de recherche de type qualitatif s'avère être celui qui correspond le mieux aux visées descriptive et exploratoire de cette recherche. Selon Denzin et Lincoln (2000), les méthodes qualitatives soutiennent des procédures empiriques qui permettent de décrire, d'explorer et d'interpréter l'expérience des participants en fonction du contexte spécifique dans lequel ils évoluent. Cette approche correspond aux objectifs de l'étude présentée en deux parties, soit de décrire dans un premier temps le portrait des enfants, de leurs parents et des professionnels et, dans un second temps, d'explorer les difficultés, les besoins et les modes de soutien nécessaires à ces mêmes professionnels jeunesse. Il ne s'agit donc pas tant ici de mesurer l'efficacité des services rendus aux enfants ou à leurs parents ou encore d'évaluer les modes de soutien offerts aux professionnels, mais bien de décrire et mieux comprendre qui sont ces enfants, parents et professionnels impliqués dans le suivi. Il s'agit par ailleurs d'explorer quelles sont les difficultés rencontrées, les besoins formulés et les stratégies et modes de soutien à mettre en place pour bonifier la pratique professionnelle des participants de première ligne.

Nous l'avons évoqué plus tôt, les quelques recherches qui ont été menées en rapport avec les besoins des professionnels l'ont été dans des services spécialisés de deuxième et troisième ligne. À ce jour, très peu de milieux de première ligne jeunesse se sont intéressés à la description de la clientèle, encore moins à celle des parents ayant un TPL et de leurs

enfants. À cet égard, l'objectif de cette recherche de nature exploratoire vise donc à proposer quelques modèles de compréhension (théoriques) et à dégager les modalités de soutien clinique nécessaires en première ligne.

Une fois que le portrait des enfants, des parents et des professionnels est tracé, cette recherche portera un regard intérieur sur la réalité humaine des relations qui se tissent entre ces personnes dans le cadre des services de soins rendus. Pour ce faire, elle donne la parole aux principaux acteurs de cette situation – les professionnels jeunesse – et elle cherche à dégager le sens qu'ils donnent eux-mêmes à leurs expériences de travail (Green & Thorogood, 2004; Miles & Huberman, 2003). Le processus inductif veut laisser émerger les unités de sens du discours de ces praticiens (Merriam, 2009) et il veut laisser libre cours à leur besoin de s'exprimer. C'est donc à travers les instruments de mesure développés pour l'atteinte des objectifs de la recherche que les mots, les récits, les images et les autres symboles utilisés par les participants ont pu être recueillis, et ce, afin de donner du sens au processus expérientiel livré (Bogdan & Biklen, 2007).

Instruments utilisés et pertinence méthodologique

Dans le cadre de leur participation à la recherche et pour que l'usage des instruments de mesure soit rendu optimal, les participants devaient préalablement identifier un enfant dont le parent présentait un TPL avéré ou probable. Le suivi de l'enfant ciblé devait être actif au moment des rencontres ou être terminé depuis moins de deux ans. Les questionnaires et l'entrevue semi-structurée se sont avérés être les instruments de

cueillette de données qui, de par leurs propriétés complémentaires, permettaient d'obtenir l'ensemble des informations nécessaires à l'étude. Tous les instruments développés ont été approuvés par la directrice doctorale, madame Jourdan-Ionescu, professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières. D'autres chercheuses et professionnelles dotées d'expertises spécifiques pouvant enrichir la validité des instruments ont aussi été mises à contribution ponctuellement afin d'atteindre la rigueur scientifique recherchée. C'est ainsi que chacun des instruments, questionnaires et entrevue se sont construits.

Trois questionnaires – données sociodémographiques des professionnels, profil des enfants et profil du parent ayant un trouble de personnalité limite

Trois questionnaires ont été élaborés pour documenter le profil des professionnels (voir Appendice A), celui des enfants (voir Appendice B) et celui des parents qui présentaient un TPL (voir Appendice C). Chaque question permettait de décrire les personnes ciblées. Certaines d'entre elles visaient à recueillir des informations de type démographique, d'autres ont été choisies en fonction de l'influence qu'elles pouvaient avoir sur les besoins du professionnel. Pour les questionnaires portant sur le profil des enfants et des parents, l'âge, le sexe, les manifestations de détresse liées à un diagnostic psychiatrique, la durée de dispensation des soins à l'enfant et à son parent ainsi que le nombre et le type d'interventions réalisées ont été documentés.

Pour le questionnaire portant sur le profil des professionnels, l'âge, le sexe, la formation générale, les années d'expérience professionnelle, les heures de formation ainsi que les supervisions ont été les dimensions documentées. Afin de compléter ces premières

informations obtenues, tous les professionnels ont été invités à participer à une entrevue semi-structurée.

Entrevue semi-structurée

L'entrevue semi-structurée (voir Appendice D) est un outil privilégié de l'analyse qualitative parce qu'elle permet de recueillir des contenus riches délivrés par les acteurs eux-mêmes qui rendent compte de la complexité des situations vécues (Paillé, 1991). Elle permet l'accès à leurs affects, à leurs choix, leurs opinions et à bien d'autres informations pertinentes les concernant (Blanchet, 1989; Miles & Huberman, 2003; Vilatte, 2007). Ce foisonnement d'informations (conscientes, inconscientes) et cette précision ne sauraient être obtenus avec l'usage seul de questionnaires (Stoléro, 2012; Stoléro, Kosmadakis, & Allilaire, 2011).

Le choix d'établir un contact individuel et personnalisé avec les participants a aussi été retenu dans le but de préserver le caractère intime et privé de cet échange et de ce qu'il peut induire en termes d'émotions (tristesse, colère) pouvant surgir lors de l'évocation de cette expérience d'accompagnement clinique (Bessette, 2010; Laporte, Baillargeon, Sanchez, & Desrosiers, 2014). Ce procédé vise à assurer la confidentialité des personnes et permet à chacun de s'exprimer librement dans un environnement convivial et sécurisant.

Élaboration du guide d'entrevue. L'élaboration du guide d'entrevue a été réalisée afin qu'il y ait une cohérence entre les objectifs et les résultats attendus aux questionnaires (Daunais, 1993; Vilatte, 2007).

Dans cette optique, l'élaboration a été réalisée à travers une démarche proposée par Paillé (1991). Tout d'abord, le chercheur se questionne sur ce qu'il veut savoir. Lors de cette étape, trois sources ont permis d'alimenter le processus réflexif de la présente recherche : 1) l'expérience clinique de l'auteure de la thèse, c'est-à-dire les connaissances générales et les lectures antérieures concernant les personnes ayant un TPL; 2) l'analyse des bilans ainsi que des procès-verbaux des rencontres d'équipe des intervenants Jeunes en difficulté et santé mentale; et enfin 3) la tenue d'un journal de bord pendant près de six mois (suggéré dans Gélinas Proulx et al., 2012). L'équilibre a été recherché afin de ne pas réinventer ce qui existe déjà, mais bien de découvrir ce qui n'a pas encore été exploré chez les professionnels jeunesse (Gioia, Corley, & Hamilton, 2012).

À la lumière de l'analyse des informations obtenues grâce à l'expérience clinique, à la lecture des procès-verbaux et à la tenue du journal de bord, il est ressorti que certains professionnels se disaient en colère et impuissants face à la clientèle des parents et jeunes qui présentent un TPL. Ils mentionnaient vivre de l'anxiété. Ils ajoutaient ne pas savoir quoi faire avec ces parents qui « sont tout le temps en chicane contre tout le monde » et qui sont « traumatisés et traumatisants ». Aussi, selon eux, la fréquence, l'intensité et la diversité des interventions qu'ils doivent réaliser auprès des partenaires communautaires

ont un impact sur la qualité et la quantité des services offerts à l'enfant. Certaines interventions demandent temps et énergie et ne leur permettent pas d'atteindre les cibles ministérielles statistiques auxquelles ils doivent répondre. La tenue du journal de bord a permis d'identifier des éléments de surcharge et des symptômes d'épuisement (grande fatigue, difficulté de concentration, découragement, perte d'espoir, etc.) chez bon nombre de professionnels jeunesse qui travaillent avec cette clientèle. Ces informations ont permis de poursuivre la démarche avec une certaine connaissance des aspects à mieux documenter par les questions à poser. Aussi, il n'est quand même pas banal qu'une personne ait nommé que ces personnes traumatisées sont traumatisantes!

Pour conclure ce processus menant à ce que la chercheuse « veut trouver », une rencontre avec madame Elizabeth Harper (18 février 2015), professeure à l'Université du Québec à Montréal, a permis de mieux réfléchir à la façon de questionner la notion de « besoins » dans le cadre d'une recherche exploratoire. Cette chercheuse a accepté de partager son expérience et de discuter des guides d'entretien utilisés lors de sa recherche concernant les crimes basés sur l'honneur (investigation de la notion de besoins).

De ces différentes étapes du processus de collecte de données, quelques questions principales ont émergé :

- Qui sont ces enfants et ces parents? (Quel est leur portrait?)
- De quelles façons les difficultés relationnelles des parents affectent le travail auprès de l'enfant?
- Que vivent les professionnels au quotidien?

- Quels sont les besoins spécifiques des intervenants jeunesse de première ligne?
- Qu'est-ce qui est le plus difficile à vivre (émotions, relations)?
- Quelles sont les modalités de soutien qui fonctionnent, celles qui ne fonctionnent pas?
- Quel est l'idéal pour les intervenants en matière de soutien clinique?

Une fois les informations recueillies et les grandes questions émises, des thèmes ont été identifiés et les questions générales ont été revues, sélectionnées et reformulées (Van der Maren, 1996, 2010). Finalement, les questions ont respecté les recommandations de base en ce sens qu'elles ont été ouvertes, claires, simples, compréhensives et sans négation (Lejeune, 2004). La cohérence interne à travers la structuration et l'approfondissement des thèmes a été remise en question. Est-ce que chaque question exprime bien ce qu'elle doit exprimer? Est-ce que tous les objectifs de la recherche sont atteints?, etc. (Gioia et al., 2012; Paillé & Mucchielli, 2016). L'ordre des questions a été établi tout en considérant la dynamique logique de l'entrevue (Ouellet, 1994; Van der Maren, 1996, 2010). Pour conclure la démarche d'élaboration, l'ajout de probes, c'est-à-dire de questions de clarification ou de relance aux questions principales, a été réalisé (Blanchet, 1989). La structure du guide a été élaborée en fonction de quatre blocs principaux dont les thèmes sont en lien avec les objectifs de la recherche.

Cohérence interne. Le premier bloc « Portrait de l'enfant et du parent sélectionné » vise à mieux connaître la clientèle qui bénéficie des services. Les questions principales

sont générales, courtes, ouvertes et elles introduisent bien le sujet (questions 1.1 et 1.2). Dix minutes seulement sont accordées pour répondre à ces questions puisque le sujet a déjà été détaillé lors de la complétion des premiers questionnaires (voir Appendices A, B et C).

Le second bloc de 15 minutes a pour objectif de présenter l'accompagnement de l'enfant et du parent. À travers certains commentaires émis par les professionnels (bilan des rencontres d'équipe et journal de bord), il ressort que l'intervention peut être intense, complexe, difficile, voire même éprouvante. La question 2.1 permet donc à ces derniers de s'exprimer sur leur vécu. Les questions de relance orientent les réponses vers les émotions ressenties (charges contretransférentielles), les pensées, ainsi que vers l'état affectif. Cette question est une suite logique aux questions précédentes (1.1 et 1.2) et elle prédispose affectivement le participant aux questions à venir.

Le troisième bloc de 25 minutes est consacré aux besoins des professionnels. Le temps alloué est ajusté en fonction de l'objectif de la recherche portant précisément sur ce thème. Une fois que le professionnel a nommé son état affectif (question 2.1), il est désormais possible d'enchaîner sur les difficultés rencontrées pour ensuite laisser place aux besoins qui ont été ressentis à travers le suivi offert. À cette étape, le terme « besoin » est considéré dans son sens général. Le choix de ne pas offrir de définition préalable du concept avait pour objectif de permettre l'accès à un matériel plus riche et spontané (recommandé lors de la rencontre avec madame Harper en 2015).

Enfin, le quatrième et dernier bloc de 25 minutes vise à identifier les modes de soutien qui sont bénéfiques (question 4.1), ceux qui ne permettent pas de répondre aux besoins (question 4.2) et ceux qui sont indispensables (question 4.3). Le choix de débiter la série de questions par le soutien qui est bénéfique fait référence au mouvement qui est souhaité de la part du participant. On propose premièrement de placer la personne dans un état positif face à son expérience, d'enchaîner avec ce qui est plus difficile et de terminer avec l'espoir que peut générer l'évocation de soutien indispensable (Vilatte, 2007). La dernière question du bloc renvoie le participant au rêve et permet un accès au symbolisme inconscient dans ce qu'il met en scène (trois souhaits à formuler, question 4.4).

La fin de l'entrevue est organisée de façon à ce que le participant puisse nommer les ajouts possibles concernant les thèmes de la recherche (besoins et modes de soutien). Chaque participant est également informé que le questionnaire de validation de priorisation et d'organisation des données lui sera acheminé (temps 3 de la méthodologie). Pour les participants qui en ressentent le besoin, le numéro d'aide aux employés est remis et on leur rappelle qu'en tout temps, il est possible de se référer à la coordonnatrice, à la gestionnaire ou à la conseillère clinique pour recevoir du soutien en lien avec l'expérience vécue.

Fidélité scientifique de l'entrevue semi-structurée. La structure du guide a été validée auprès d'expertes et de participants représentatifs de l'échantillonnage visé tel que recommandé (Paillé, 1991; Paillé & Mucchielli, 2016; Van der Maren, 1996, 2010).

Mesdames Lise Laporte ainsi que Lyne Desrosiers, chercheuses au Centre jeunesse de Montréal, ont été rencontrées individuellement le 17 février et le 15 juin 2015. Ces deux chercheuses ont mené une étude exploratoire concernant le soutien des professionnels jeunesse de deuxième ligne (Laporte et al., 2014). Les objectifs visés dans le cadre de ces rencontres étaient de discuter avec elles de leur projet de recherche et du projet de recherche en cours. Dans ces rencontres, les questions des blocs 3 et 4 du guide (sauf la question 4.4 qui s'est ajoutée par la suite) leur ont été présentées librement. Toutes deux ont nommé la pertinence du sujet à l'étude. Elles ont commenté brièvement la structure du guide d'entretien et ajouté que cette recherche permettrait de documenter les besoins des professionnels de première ligne, envisagés sous l'angle individuel du sujet. Leur recherche portant sur le même thème a été effectuée auprès de professionnels de deuxième ligne qui ont été rencontrés en groupe avec des gestionnaires. Aucune modification n'a dû être faite à la suite de ces rencontres.

Le guide d'entretien a été prétesté à deux reprises. Il a ensuite été pré-expérimenté par la chercheuse auprès d'une professionnelle œuvrant dans un centre de santé de Montréal et d'une autre personne volontaire. La première participante a complété l'entrevue en 55 minutes et la seconde en 64 minutes. Dans l'ensemble, les commentaires des personnes rencontrées étaient positifs. Il a été relevé que la recherche était pertinente, que les questions étaient claires, que la suite était logique et que l'entrevue était d'une durée acceptable.

Le contenu a finalement été discuté avec une professionnelle non participante œuvrant dans le milieu d'accueil de la recherche. La durée de l'expérimentation a été de 120 minutes. La personne a souligné le temps considérable mis à décrire les interventions réalisées (bloc 2). Cette différence peut en partie s'expliquer en raison du travail systémique important qui est réalisé au sein de l'organisme ciblé. Les questions du bloc 2 ont donc dû être revues. Par exemple, la question initiale 2.1 (« Pouvez-vous décrire le travail que vous faites dans le suivi de cet enfant et de ce parent depuis le début de vos interventions jusqu'à ce jour? ») a dû être retirée du guide et remplacée par : « Prenez quelques minutes afin de revoir la chronologie des services rendus à cet enfant et à son parent » (questions 9 et 11 des questionnaires préalablement complétés pour l'enfant et le parent).

La validité écologique (Miles & Huberman, 2003) a été obtenue par la complétion du dernier questionnaire de la recherche (étape 3, voir Appendice E). Celui-ci regroupe les énoncés recueillis et les propos rapportés lors de l'entrevue. Les participants ont donc été invités à prioriser les données et à commenter la présentation préliminaire des résultats. C'est à travers cette dernière étape qu'ils ont eu la possibilité de se prononcer sur la congruence des contenus transcrits avec le « message » qu'ils souhaitaient livrer à la chercheuse. Une fois la démarche effectuée de construction et de validation des outils, une demande a été adressée au comité d'éthique des deux établissements impliqués dans la réalisation du projet de recherche.

Certificat éthique

Cette recherche a été approuvée par le Comité d'éthique à la recherche de l'Université du Québec à Trois Rivières (CER-15-215-08-02.12, émis le 8 avril 2015) et par celui du site d'accueil de la recherche, soit un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS, CÉR : CSSS-1516-109, émis le 25 juin 2015). Par souci de préserver la confidentialité des participants, celle des enfants et des parents, le site a été masqué. À travers les articles, le milieu d'accueil y est identifié comme un programme-services dédié à la clientèle jeunesse de première ligne situé dans une région urbaine du Québec.

Tel que figurant au certificat éthique, tous les participants du projet ont signé un formulaire d'information et de consentement. Considérant que la chercheuse occupe des fonctions d'APPR (agente de planification de programmation et de recherche) au sein d'une autre direction mais dans le même CIUSSS, une assistante de recherche étudiante au doctorat en psychologie a été embauchée, puis formée et sensibilisée afin de réaliser les entrevues individuelles. Une mise en situation a été effectuée avant le début du processus d'entrevue afin de s'assurer des étapes de réalisation et de ce qui peut être anticipé dans les réactions des participants. Les entrevues ont été réalisées dans le bureau des participants qui est un endroit calme, dont les paramètres assurent la confidentialité de l'échange tel que recommandé (Decroly, 2012). Par souci de préserver l'intégrité et donc le caractère fidèle des informations collectées, les entretiens ont été enregistrés (avec l'accord dûment officialisé des participants), puis transcrits par l'assistante ayant mené les entrevues et par une autre assistante de recherche. Les données de recherche ont été

anonymisées et un code numérique a été attribué à chacun des participants. Les données sont conservées dans un classeur sous clé dans le bureau de la directrice, madame Jourdan-Ionescu à l'UQTR, et ils seront conservés pendant une période de cinq ans.

Déroulement de la recherche

Une fois le processus d'élaboration des outils effectués ainsi que les certificats éthiques obtenus, les étapes du déroulement de la recherche ont été entreprises. La première d'entre elles fut la présentation au directeur, aux gestionnaires et aux coordonnatrices professionnelles des programmes-services Jeunes en difficulté (JED) et Santé mentale jeunesse (SMJ).

Recrutement

Une demande a été adressée au directeur des programmes-services jeunesse du CIUSSS d'accueil de la recherche. Une première présentation s'est tenue lors d'une rencontre de gestion clinico-administrative. Étaient présents le directeur, les gestionnaires ainsi que les coordonnatrices des équipes JED et SMJ. Les différentes composantes de cette recherche ont été présentées en référence avec les points abordés dans le formulaire d'information et de consentement (voir Appendice F). Une fois l'autorisation de réaliser la recherche obtenue, deux rencontres de 30 minutes se sont déroulées à l'intérieur des réunions d'équipe. La structure de présentation était la suivante : présentation de la doctorante, fonction occupée dans la direction des services multidisciplinaires volet des pratiques professionnelles, titre du projet de recherche, buts et objectifs visés, remise de

la lettre d'information et de consentement, reprise paragraphe par paragraphe, réponse aux questions et commentaires, processus d'inscription, questions ou plaintes concernant l'éthique à la recherche et date limite d'inscription. Une autre rencontre a été offerte; celle-ci visait à répondre aux questions et à approfondir l'implication des participants, l'engagement de la chercheuse, le consentement des professionnels et le droit de se retirer du projet à tout moment.

Les professionnels intéressés et correspondants aux critères établis dans le formulaire de consentement étaient invités à s'inscrire à la recherche par courriel ou encore en laissant un message vocal à la chercheuse au numéro indiqué sur le formulaire, et ce, avant la date limite. En tout temps, la chercheuse s'est montrée disponible pour répondre aux questions.

Devis et portrait des participants

Parmi les 38 professionnels composant les deux équipes visées (JED et SMJ), 13 se sont montrés intéressés. Afin de préserver l'anonymat de ces personnes au sein de ces petites équipes, la distribution sera d'abord présentée globalement et ensuite suivra le portrait un peu plus précis des participants.

Une seule professionnelle inscrite à la recherche n'a pu y participer en raison d'un arrêt de travail. Les neuf participants issus des 27 professionnels composant l'équipe JED se distribuent sur trois sites de CLSC. Ces psychologues, travailleurs sociaux et psychoéducateurs représentent bien le poids de la distribution selon les sites et selon les

professions, sauf pour les psychologues qui sont surreprésentés et les hommes sous-représentés en fonction du nombre total. Quant à eux, les trois professionnels de l'équipe SMJ – installés sur un seul site – représentent assez bien les trois professions. Considérant le nombre total des membres de cette équipe (8), nous pouvons dire que le groupe est assez complet. Les participants à la recherche composent donc un échantillon qui paraît non seulement diversifié, mais aussi assez représentatif des professions et de la composition des équipes que l'on peut généralement retrouver parmi les programmes-services dédiés à la jeunesse de première ligne.

De façon plus précise, parmi les 12 professionnels provenant des deux équipes qui ont complété toutes les étapes de la recherche, deux psychologues, trois psychoéducateurs et sept travailleurs sociaux âgés en moyenne de 39,5 ans en font partie. Onze femmes et un homme ont accepté volontairement de participer à la recherche¹.

L'objectif visé en sollicitant plusieurs participants était d'obtenir une diversification des points de vue et d'arriver à une vision plus globale du phénomène des besoins et des modalités de soutien des professionnels. Un devis à cas multiples a été la mesure utilisée; ce qui a permis d'atteindre l'objectif et de colliger l'ensemble des informations pertinentes sur le sujet (Pirès, 1997). Dans cette recherche, un « cas » est un professionnel. Considérant que ces professionnels travaillent au sein des programmes-services jeunesse

¹ Étant donné qu'un seul homme a participé à la recherche, aucune distinction sera rapportée en fonction du sexe dans les résultats.

et offrent des services directs aux parents ayant un TPL et à leurs enfants, ils sont considérés comme étant les « acteurs » les mieux placés pour répondre aux objectifs de la recherche.

Analyse des données

C'est donc à travers leurs discours que seront analysées les données en fonction des objectifs visés par la recherche.

Objectifs de la recherche

L'objectif principal de la recherche vise à identifier les besoins et les modes de soutien nécessaires aux professionnels de première ligne qui travaillent auprès d'enfants dont un parent présente un TPL.

D'autres sous-objectifs sont visés pour soutenir l'atteinte de l'objectif principal :

- 1) Tracer un portrait des professionnels, des enfants et des parents ciblés;
- 2) Cerner les difficultés rencontrées dans le cadre de la dispensation des soins à l'enfant dont le parent a un TPL;
- 3) Cerner et prioriser les besoins ressentis;
- 4) Cerner et prioriser les modalités de soutien nécessaires et essentielles à l'exercice de leur mandat;
- 5) Identifier les caractéristiques liées aux participants, aux enfants et aux parents, qui pourraient aider à comprendre les besoins et les modalités de soutien identifiés;

- 6) Définir un soutien clinique adapté aux bonnes pratiques pour les professionnels jeunesse de première ligne.

Dans le premier article (ayant pour titre « Portrait tracé par des professionnels d'enfants et de leurs parents présentant un trouble de la personnalité limite » paru dans le numéro 39(2), 65-92 de la *Revue québécoise de psychologie* en 2018), sont présentés en détail la recension des écrits et les différents résultats obtenus à cette collecte de données. Cet article répond donc à l'attendu du premier objectif.

En ce qui concerne les objectifs 2 à 6 portant sur l'identification des difficultés, des besoins, des modalités de soutien ainsi que sur l'analyse des liens entre les différentes caractéristiques associées à ces derniers, le second article en fait état : « Difficultés, besoins et mode de soutien des professionnels jeunesse impliqués auprès d'enfants dont un parent présente un trouble de personnalité limite » (article soumis à la *Revue québécoise de psychologie*).

Cependant, considérant le nombre de pages limité de chacun des articles, le texte suivant se consacre à la stratégie d'analyse des données et énumère en détail le processus qui a permis l'élaboration de la carte conceptuelle finale.

Stratégies d'analyse des données

Les données obtenues à l'aide des questionnaires et de l'entrevue semi-structurée ont toutes été analysées de deux façons. Premièrement, manuellement et, deuxièmement, à l'aide du logiciel d'analyse qualitative NVivo version 11.

Organisation et analyse des données obtenues aux questionnaires des portraits du professionnel, de l'enfant et du parent. Dans un premier temps et après plusieurs lectures de « reconnaissance », les données tirées des questionnaires ont été colligées sur trois cartons distincts (un par profil) pour en dégager une vision globale et schématique. Ces données ont été aussi importées dans l'outil NVivo (sous forme d'attributs), puis scrupuleusement vérifiées, notamment pour qu'il nous soit donné d'éditer une série de tableaux contenant l'ensemble des informations propres à chacun des cas. Le Tableau 1 (p. 49-50) présenté dans le premier article synthétise l'ensemble des résultats obtenus pour les parents et les enfants. Dans la section Résultats supplémentaires, pour chacun des profils (enfant et parent) figurent des tableaux spécifiques (les Tableaux 2 à 4, profil des enfants, et les Tableaux 5 à 7, profil des parents). Pour les professionnels, le tableau a été retiré de la thèse considérant que l'échantillon est petit et que certaines informations précises pouvaient contribuer à l'identification de certains d'entre eux (âge, années d'expérience, heures de formation, etc.).

L'analyse de ces données nous a permis de dresser un premier portrait des situations et du vécu de chacun des acteurs.

Les données ont ensuite été traitées et analysées, mais cette fois en lien avec certains contenus des verbatim tirés des entrevues semi-structurées. Il a ainsi été possible de questionner certaines relations établies entre les réponses obtenues aux questionnaires et l'expression des difficultés, des besoins et des modes de soutien demandés par les professionnels. Par exemple, dans le questionnaire portant sur le profil de l'enfant et du parent, une participante rapporte avoir réalisé plus de 200 interventions auprès d'un jeune et de sa mère ayant toutes deux un TPL. Cette même personne confie lors de l'entrevue semi-structurée qu'elle se sent dépassée, impuissante et elle demande que l'organisation offre des formations en lien avec la gestion de crises suicidaires et homicidaires. La même personne ajoute que les arrimages avec la deuxième ligne sont difficiles et que les services ne sont pas complémentaires. À la lecture des questionnaires, nous constatons que plus de sept signalements à la protection de la jeunesse ont été réalisés et qu'il a fallu plus de deux ans afin que cette jeune reçoive les services spécifiques. Le premier tableau rapporte certaines informations pertinentes qui ont été obtenues à l'aide des questionnaires et qui ont été soutenues ou validées dans le discours lors de l'entrevue semi-structurée. Cet aller-retour entre ces deux bases de données a augmenté la précision de nos perceptions et a bonifié la qualité des analyses. Pour d'autres types de croisement de données, l'encodage matriciel a aussi été employé tel que présenté à la fin de ce chapitre.

Analyse des données obtenues à l'entrevue semi-structurée. Le processus d'analyse des entretiens a débuté une fois que toutes les entrevues ont été complétées. Les entretiens ont été transcrits et les verbatim ont été lus une première fois sans prendre de

notes ni intervenir dans le processus de lecture. Le but de cette première « prise de contact » était de s'imprégner des discours et de se faire une première idée des contenus. Cette étape avait pour objectif de percevoir les grandes lignes, d'identifier les « zones sensibles », donc les aspects qui venaient confronter, défier et toucher ces professionnels travaillant auprès d'enfants dont un parent présente un TPL. Cette démarche a permis de laisser émerger naturellement les éléments principaux du phénomène qui est à l'étude. Rapidement, l'envahissement et la douleur du parent a été relevé en lien avec l'impact important que certaines de ces situations pouvaient avoir sur leur vie personnelle et dans la qualité des soins à offrir. Le soutien aux professionnels a été décrit non pas comme nécessaire, mais essentiel à la prestation de services. La supervision, les ressources spécialisées et la formation ont été exigées afin d'établir une relation professionnelle bienveillante avec ces personnes en grande douleur relationnelle.

Analyse de contenu thématique. Les autres lectures et relectures en profondeur des verbatim ont été effectuées selon l'analyse de contenu thématique utilisée en recherche qualitative inductive (Gioia et al., 2012; Paillé & Mucchielli, 2016). La méthode d'analyse thématique s'avérait la plus appropriée considérant l'objectif de la recherche et la nécessité de proposer des modalités nuancées et finement définies selon les catégories identifiées (besoins, soutien, etc.). Ce type d'analyse, largement documenté par Paillé et Mucchielli (2016), comporte deux fonctions principales. Une première fonction vise à repérer et coder les thèmes, c'est-à-dire cibler les courts extraits qui représentent bien ce que l'on veut documenter et une deuxième fonction, celle de la documentation proprement

dite. L'étape de documentation trace des parallèles entre les divergences et les ressemblances des thèmes qui sont ressortis à la première étape. Il s'agit alors de raffiner l'analyse et de mettre en lumière les thèmes qui se recoupent, se contredisent, se complémentent. Il s'agit de catégoriser, mettre en lien et organiser les informations. La démarche permet ultimement d'arriver à l'articulation d'un arbre thématique regroupant de façon hiérarchisée l'ensemble des unités de sens pertinentes à l'étude. Dans cette recherche, le processus de thématization en continu a été privilégié. Les thèmes ont donc été identifiés et notés au fur et à mesure que les lectures s'effectuaient. Le choix de ce processus se base sur la qualité de l'analyse qui s'avère être plus riche et plus fine que celle obtenue par la thématization séquencée. Elle offre également une meilleure validité et elle est recommandée dans le cas d'un corpus qui ressemble à celui qui nous concerne (Paillé & Mucchielli, 2016).

Processus de thématization continue : difficultés, besoins et mode de soutien des professionnels. Le corpus de 12 participants a été suffisamment significatif pour permettre de procéder aux différentes étapes de thématization.

Codification et catégorisation. L'étape de la codification consistait à lire et relire très attentivement les verbatim du corpus et à répertorier et noter chaque unité de sens qui se dégageait de chacune des questions posées à l'entrevue. Comme les questions de l'entrevue semi-structurée ciblaient directement les besoins et les modes de soutien nécessaires, deux catégories ont été dressées : d'un côté les besoins et, de l'autre, les

modalités de soutien. Une multitude de thèmes et de sous-thèmes a été identifiée pour chacune des catégories. Comme le soulignent Gioia et al. (2012), à cette étape, il faut se perdre avant de se retrouver! Pour les 12 entretiens codés, quelques centaines d'unités phénoménologiques ont été extraites des verbatim. Chacun des thèmes identifiés était documenté afin d'assurer une uniformité dans le processus de codification.

Mise en relation. Un deuxième codage axial des données a été effectué en vue de réduire le nombre de thèmes et de le rendre plus acceptable. La catégorisation s'est effectuée de façon parallèle à la codification si bien que le processus a permis de fusionner certains thèmes et d'en subdiviser d'autres pour permettre une hiérarchisation selon l'appartenance spécifique des thèmes abordés.

C'est à cette étape qu'une réflexion a permis de mieux comprendre le sens que les participants accordaient aux mots qu'ils utilisaient. Ainsi, prenons l'exemple du terme « besoin » (question « Quels sont vos besoins dans le suivi auprès de cet enfant et de ce parent? »). Les propos qui suivaient l'émission de la question laissent sous-entendre que ces derniers exprimaient un écart entre ce qu'ils vivaient et ce qu'ils auraient aimé vivre. Aussi, régulièrement, les participants nommaient les difficultés en lien avec les besoins qui en découlaient. Le sens de « besoin » pouvait également être compris comme un manque, une non-réponse à un sentiment, un état, une situation.

La définition de Legendre (2012) est celle qui s'apparente le mieux au sens général que les participants ont donné à cette question. Dans notre exemple, un besoin est « la conscience qu'a une personne d'un écart entre sa situation actuelle et une situation désirée ou souhaitable » (Legendre, 2012, p. 137). Envisagés sous cet angle, les thèmes récurrents ont été regroupés et une tendance s'est dessinée pour permettre d'identifier les thèmes saillants, comportant les difficultés, les écarts, les manques, ou encore l'atteinte d'un état souhaité (l'écart comblé).

Schématisation. Trois grands regroupements thématiques ont été identifiés et déclinés en axes selon les dimensions touchées par les difficultés ou encore par les besoins non comblés (axes personnel, professionnel et organisationnel). Une fois les axes créés et les thèmes plus définis, une relecture des propos a permis de constater que très peu de divergences ou d'oppositions apparaissaient chez les 12 participants. Au contraire, ces derniers avaient un discours élaboré et presque à chaque verbatim, les réponses se conjuguèrent ou se complétaient d'un participant à l'autre.

Les discours portant sur les modalités de soutien ont été plus facilement thématisés (question « Parlez-moi du soutien qui est bénéfique, celui qui ne répond pas à vos besoins et celui qui est indispensable »). Rapidement, des catégories se sont formées avec une grande convergence de thèmes faisant référence aux différentes modalités de soutien à offrir (personnes ressources, formation, supervision, etc.). Au fil des discours, certaines oppositions ont été notées dans les nuances d'appréciation de chacune des modalités ou

encore dans la formule à offrir. Par exemple, un professionnel disait apprécier les supervisions de groupe alors que pour un autre, ces supervisions le rendaient inconfortable. Ces différences ont pu être rapportées et des catégories particulières ont fusionné dans des thèmes dédiés. Plus l'exercice de thématisation avançait, plus le panorama de l'arbre se déployait, tant du côté des besoins que des modes de soutien nécessaires.

Saturation et validité. Lorsque la création de l'arbre thématique fut assez avancée, les éléments de réflexion se sont approfondis. À partir de cette étape, des discussions régulières ont été tenues avec monsieur Didier Dupont, chercheur spécialisé dans le domaine de la recherche qualitative. Plusieurs aspects ont été abordés permettant de confronter le modèle développé. Par exemple, il y a eu de nombreuses discussions, réflexions au sujet de la pertinence et de la précision des thèmes qui constituent l'arbre thématique. La recherche de congruence entre les thèmes et les titres a été adressée (fidélité des discours). Il a fallu également s'assurer du caractère clair et compréhensif des concepts choisis. Une mise en ordre logique du fonctionnement a été abordée pour faciliter la procédure elle-même. Cette lecture externe spécialisée a permis de revisiter la solidité du processus et de remettre en question la démarche étape par étape. Enfin, le processus a été repris du premier jusqu'au dernier entretien afin de s'assurer de la cohérence de la découpe thématique. Un autre regard s'est porté sur les segments encodés. Monsieur Dupont s'est également livré à une opération de validation sur un petit volume de segments de plusieurs entretiens codés jusqu'à gagner le sentiment d'une cohérence.

Une découpe thématique quasi finale s'est dessinée et a donné lieu à la création de la carte conceptuelle présentée dans le deuxième article (voir Figure 2 à la page 100).

Cet exercice d'approfondissement et de mise en lien a également permis de constater que la saturation a été largement atteinte. Pour chacune des questions posées, les réponses finissaient par se répéter. Il y avait bien des façons différentes et uniques de dire les choses, mais aucune nouvelle information n'émergeait à la fin de la lecture du neuvième entretien.

Analyse des informations colligées au dernier questionnaire. Ce dernier questionnaire avait pour objectif de présenter sommairement une première analyse des données. Les informations transmises devaient être validées, complétées, commentées et priorisées. Les participants ont tous rempli le questionnaire et très peu de modifications ont été apportées par les participants. Toutefois, l'organisation des données a été légèrement modifiée et enrichie en vue d'intégrer les priorités qui ont été identifiées. Sur la nouvelle carte conceptuelle (voir Figure 2 à la page 100), les zones rouges sont celles ayant été priorisées. Aussi, sans reprendre toutes les modifications, notons que des thèmes ont été fusionnés, ajoutés et d'autres retranchés. Dans l'axe des besoins personnels, l'équilibre psychologique s'est ajouté à celui physiologique. Le sentiment d'appartenance et la réalisation de soi ont été retirés. L'axe professionnel a aussi été modifié. Les besoins concernant la santé mentale des enfants et des parents sont apparus plus clairement. Les deux entités parent et enfant ont été fusionnés. Des thèmes ont été renommés pour correspondre davantage aux caractéristiques. Du côté des modalités de soutien, une

précision s'est ajoutée dans les ressources spécialisées (formation, supervision et expert) : l'offre de services spécifique a été ajoutée puisqu'elle est devenue une priorité ainsi que les arrimages de services. Une nouvelle vérification a été entreprise avec monsieur Dupont afin de s'assurer de la bonne analyse des priorités et de la justesse des modifications effectuées.

L'analyse qui découle de ce processus a tenté de dégager la meilleure compréhension possible des besoins et des modes de soutien nécessaires. Bien qu'imparfaite, la thématization a permis de créer des repères afin de donner un sens aux résultats. Ces résultats ont ensuite été « croisés » avec les données obtenues à l'ensemble des questionnaires portant sur l'enfant, le parent et le professionnel.

Analyse des données obtenues aux questionnaires et à l'entrevue semi-structurée : encodage matriciel. C'est à travers l'encodage matriciel que les données obtenues aux questionnaires et à l'entrevue semi-structurée ont pu être mises en lien de façon spécifique. Par exemple, il a été possible de croiser le nombre d'années d'expériences des professionnels en lien avec les différentes formes de soutien demandées, ou encore de croiser la profession exercée en lien avec les difficultés rencontrées. Le va-et-vient entre les questionnaires et les réponses obtenues à l'entrevue semi-structurée ont ainsi été complétées. Les deux articles suivants ainsi que la partie portant sur les Résultats complémentaires présentent en détail l'analyse de ces résultats ainsi que les forces et limites s'y rattachant.

ClicCourts.com

Article 1

Portrait tracé par des professionnels d'enfants et de leurs parents présentant un trouble de la personnalité limite

**PORTRAIT TRACÉ PAR DES PROFESSIONNELS D'ENFANTS ET DE LEURS
PARENTS PRÉSENTANT UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE**

**PROFESSIONAL PORTRAIT OF CHILDREN AND THEIR PARENTS
WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER**

Nathalie Boucher Université du Québec à Trois-Rivières

Colette Jourdan-Ionescu Université du Québec à Trois-Rivières

Résumé

Cette étude exploratoire a pour objectif de documenter le portrait de 12 enfants et de leurs parents ayant un trouble de personnalité limite (TPL) et de présenter la durée et l'intensité des services offerts en première ligne. Les données recueillies auprès de 12 professionnels travaillant dans des équipes enfance et santé mentale jeunesse suggèrent que les enfants et leurs parents qui consultent démontrent, pour la plupart, des signes de détresse importants et que la durée et l'intensité des services s'avèrent considérables, particulièrement pour les enfants plus âgés qui, au fil de leur évolution, seront diagnostiqués avec TPL et devront être retirés de leur milieu familial.

Mots clés : Services de première ligne, enfants, parent avec trouble de la personnalité, intervention psychosociale, intensité des services, professionnels

Abstract

This exploratory study aims to document the portrayal of 12 children and their parents with Borderline Personality Disorder (BPD) and to present the duration and intensity of the services offered in first line. Data from 12 professionals working in childhood and youth mental health teams suggest that children and their parents who seek counseling mostly show significant signs of distress and that the duration and intensity of services are considerable, particularly for older children who will be diagnosed with BPD and will have to be removed from their family environment.

Keywords: First-line services, Children, Parent with personality disorder, Psychosocial intervention, Intensity of services, Professionals

Contexte théorique

Attentes en matière de soins de santé en première ligne

Le plan d'action en santé mentale 2015-2020 du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS, 2015) soutient l'atteinte d'objectifs précis dont ceux d'améliorer les services de première ligne et de répondre à 70 % des besoins populationnels en matière de santé mentale. Des études d'une grande ampleur estiment qu'environ 2 % de la population générale présentent un trouble de personnalité limite (TPL) (Lenzenweger, Lane, Loranger, & Kessler, 2007). Ces personnes constitueraient près de 10 % de la population ambulatoire, de 15 à 25 % de toutes les personnes hospitalisées dans les services de psychiatrie (Gunderson, 2009) et de 6 % des personnes suivies dans les services de proximité (Gross, Olfson, & Gamerov, 2002).

Bien que plusieurs de ces personnes bénéficient de soins, peu d'études québécoises ont documenté le portrait des parents présentant un TPL et de leurs enfants rejoints par les programmes-services Jeunes en difficulté et Santé mentale jeunesse.

L'objectif de cet article vise donc à présenter le portrait de 12 enfants et de leurs parents ayant un TPL ainsi que la durée et l'intensité des services offerts. Cet article constitue la première partie d'une étude exploratoire globale portant sur les besoins et les modes de soutien des professionnels œuvrant au sein des programmes-services de première ligne dédiés à la jeunesse. Les résultats obtenus dans cette première partie visent

à décrire et à mieux comprendre la réalité clinique des enfants, de leurs parents et des professionnels qui les accompagnent dans leur processus évolutif complexe.

Trouble de personnalité limite

Le TPL est un trouble mental grave qui est caractérisé par une instabilité persistante qui affecte les sphères affectives, cognitives, relationnelles et identitaires de la vie de la personne. Ce trouble s'exprime par des manifestations d'instabilité et d'intensité dans les relations interpersonnelles, d'hypersensibilité au rejet et à l'abandon, de perturbation de l'identité de soi et de difficultés au niveau de la régulation émotionnelle. Ces symptômes débutent généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte (American Psychiatric Association, 2013). Les personnes qui présentent un TPL vivent des émotions intenses de tristesse, de colère, d'anxiété et de vide affectif. Elles présentent une souffrance importante et peuvent avoir recours de façon impulsive à des comportements dommageables tels que la consommation excessive de substances, l'automutilation et la répétition de gestes suicidaires. On estime d'ailleurs qu'entre 4 et 10 % d'entre eux décèderont par suicide (Paris & Zweig-Frank, 2001; Zanarini, Frankenburg, Reich, Hennen, & Silk, 2005).

Le TPL est considéré comme une affection hétérogène complexe et ses symptômes chevauchent souvent ceux d'autres troubles (McGlashan et al., 2000; Skodol et al., 2005). Ainsi, au cours de leur vie, plusieurs personnes pourront présenter des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, de l'abus de substances (Grant et al., 2008) et chez les

femmes, des troubles alimentaires (Zanarini et al., 1998). La présence d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) est également fréquente (Matthies & Philipsen, 2014) de même que celle d'un trouble de stress post-traumatique (Zanarini et al., 1998).

Au niveau des antécédents cliniques, une forte corrélation est observée entre les facteurs d'adversité dans l'enfance et le TPL (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009). Sans prétendre que ces familles sont « toxiques », il s'avère important de considérer avec justesse et discernement les résultats de certaines recherches. Lorsqu'interrogées, les personnes présentant un TPL ont rapporté de façon significative avoir vécu plus d'expositions à des événements de violence que les patients atteints d'autres troubles de la personnalité (TP) (Skodol et al., 2005). On constate que plusieurs d'entre elles ont été victimes d'abus sexuels (62 %), de négligence (92 %) et de maltraitance (91 %) avant l'âge de 18 ans (Zanarini et al., 1997). Plusieurs nomment également avoir été soumises à un état de stress intense et continu pendant une longue période (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004). Il s'avère essentiel de considérer ces aspects lorsque ces personnes deviennent parents et que la posture relationnelle amène des défis (régulation émotionnelle, attachement sécurisant, etc.) qui peuvent réactiver des situations de vie difficiles, voire potentiellement traumatisantes.

Trouble de personnalité limite et parentalité

Tel que le rapportent plusieurs recherches, les caractéristiques relationnelles et affectives de la structure de personnalité limite prédisposent à certains défis dans l'exercice du rôle parental (Lamont, 2006; Le Nestour, Apter-Danon, Héroux, Mourgues, & Patouillot-Slatine, 2007; Newman, Stevenson, Bergman, & Boyce, 2007; Rouillon et al., 2012; Stepp, Whalen, Pilkonis, Hipwell, & Levine, 2012). Il serait plus difficile pour une personne ayant un TPL d'accueillir inconditionnellement l'enfant et de créer un environnement lui permettant d'acquérir des compétences au niveau de l'attachement, de l'autodéveloppement et de l'autorégulation (Macfie, 2009). L'instabilité et l'intensité émotionnelle jumelées aux difficultés relationnelles avec l'entourage et au mode de vie parfois chaotique pourraient avoir un impact direct sur les membres de la famille (Adshead, 2003; Stepp et al., 2012). Pour les parents, les difficultés à réguler leurs émotions contreviendraient souvent aux capacités à soutenir et à gérer celles de leur enfant (Newman & Stevenson, 2008). Les mères auraient plus de difficultés à être rassurantes et à établir un dialogue interactif cohérent, présentant bien souvent des difficultés à mentaliser, c'est-à-dire à articuler au niveau réflexif et verbal leur propre émotivité (Fonagy, Target, Gergely, Allen, & Bateman, 2003).

Avec leur nourrisson, ces mères seraient décrites comme étant généralement plus intrusives (Crandll, Patrick, & Hobson, 2003), moins sensibles, moins structurées dans leurs interactions (Newman et al., 2007), et moins aptes à réagir positivement aux signaux de détresse persistants (Kiel, Gratz, Moore, Latzman, & Tull, 2011). On estime qu'à

travers le temps, ces enfants seraient plus à risque de développer un patron d'attachement non-sécurisant (Lamont, 2006; Macfie, 2009; Newman & Stevenson, 2008).

Le soutien au processus d'autonomisation et d'individualisation de l'enfant serait un enjeu développemental difficile à gérer pour le parent. Toute tentative d'éloignement de l'enfant pourrait faire émerger un sentiment de vide, d'abandon et de rage (Guedeney & Guedeney, 2006). Enfin, on estime qu'au plan environnemental, les enfants de parents présentant un TPL risquent davantage de vivre de l'instabilité, d'être exposés à des gestes de violence et de subir d'autres formes d'abus, formant ainsi une population particulièrement vulnérable (Feldman et al., 1995; Lamont, 2006; Laporte, 2007).

Parents ayant un trouble de personnalité limite : impacts possibles pour le développement de l'enfant. Il apparaît que les impacts pour les enfants évoluant avec un parent ayant un TPL sont à considérer sérieusement. L'étude de Newman et ses collègues (2007) effectuée auprès de nourrissons ayant une mère présentant un TPL démontre qu'ils sont dans l'ensemble moins intéressés, moins attentifs et moins désireux d'interagir avec leur mère. Les enfants présenteraient une prévalence plus élevée de problèmes d'ordre émotionnel et comportemental (Barnow, Spitzer, Grabe, Kessler, & Freyberger, 2006).

Par l'entremise de l'étude du récit narratif à compléter (Macfie & Swan, 2009), des enfants âgés de 4 à 7 ans, de parents ayant un TPL, présentaient un plus grand renversement de rôle parent-enfant, plus de peur de l'abandon et ils avaient des

représentations plus incongrues et honteuses de soi. Une plus grande confusion de frontières entre la fantaisie et la réalité était notée et on observait légèrement plus d'intrusion de thèmes traumatiques dans le récit.

Pour les enfants de parents présentant un TPL, la période de l'adolescence pourrait être vécue comme une période identificatoire complexe. Les adolescents auraient davantage tendance aux tentatives suicidaires (Barnow et al., 2006).

De façon générale, l'influence génétique, les vulnérabilités environnementales ainsi que l'importance des symptômes mettent ces enfants plus à risque de développer un trouble de santé mentale et plus particulièrement un TPL (Barnow et al., 2013; Distel et al., 2008; Stepp et al., 2012).

En considérant les défis relationnels importants des parents ayant un TPL et les besoins de leurs enfants, il n'est pas surprenant de constater que ces mères peuvent représenter jusqu'à 22,5 % de la population desservie par les programmes-services de la protection à l'enfance des centres jeunesse de Montréal (Laporte & Friedland, 2013). Sans connaître la prévalence des parents ayant un TPL qui consultent les services de proximité jeunesse au Québec, on estime que plusieurs d'entre eux ont été préalablement orientés vers les programmes-services de première ligne dédiés à la jeunesse, Programme-services Jeunes en difficulté (JED) et Santé mentale jeunesse (SMJ), tel que le recommandent les orientations ministérielles en matière de soins aux enfants (MSSS, 2013).

Programmes-services de première ligne dédiés à la jeunesse : responsabilité populationnelle et continuum de services hiérarchisé

Le programme-services Jeunes en difficulté du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) s'adresse aux jeunes de la petite enfance jusqu'à l'âge adulte qui présentent des difficultés développementales, sociales, des troubles de comportement ou à ceux dont la sécurité et le développement risquent d'être compromis (Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, 2013; Young, 2013). Les enfants qui manifestent des problèmes psychologiques importants – avec précocité, récurrence des troubles, haute intensité, plusieurs sphères de vie affectées et peu d'amélioration avec les traitements habituels – sont, quant à eux, orientés vers le programme-services spécifique de l'équipe de Santé mentale jeunesse (MSSS, 2005).

Selon les principes qui sous-tendent les mandats ministériels, les modalités de travail jeunesse doivent inclure l'enfant, les parents ainsi que les différents partenaires (centre de la petite enfance, école, centre hospitalier, etc.). Les services systémiques doivent répondre à des standards d'accessibilité, de qualité, de continuité et d'efficience selon une hiérarchisation des soins requis (Gouvernement du Québec, 2007). La qualité des services doit transparaître dans la réalisation, selon les besoins, d'un plan d'intervention (PI), d'un plan de services (PSI : plus d'un établissement impliqué) ou d'un plan de service individualisé intersectoriel (PSII : réseau de la santé et de l'éducation) que chaque professionnel doit réaliser avec l'enfant, ses parents et les différents partenaires impliqués en suivant cinq étapes définies (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2014; Lemay, 2014; Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport [MELS], 2008). Les

professionnels ont également le mandat de procéder au retrait du milieu familial et au placement d'un enfant dans un milieu substitut lorsque la situation le requiert (risque sérieux que l'enfant subisse des torts, incapacité temporaire des parents) et lorsque les parents et l'enfant de plus de 14 ans sont volontaires (Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, 2014).

Les professionnels œuvrant au sein des programmes-services dédiés à la clientèle jeunesse de première ligne doivent donc offrir des services de proximité en incluant les personnes significatives auprès de l'enfant et en ajustant l'intensité et la durée des services offerts selon les soins requis. Ces soins seront évidemment en lien direct avec le portrait clinique des enfants et des parents qui sont desservis par les professionnels.

Méthode

Le choix d'un devis de recherche qualitatif à cas multiples s'est imposé pour cette étude qui avait une visée descriptive et exploratoire. Ainsi, la démarche multiméthodes utilisée dans le cadre de cette recherche permet de décrire le portrait de 12 enfants et de leurs parents ayant un TPL ainsi que la durée et l'intensité des services offerts. Les résultats obtenus visent à cerner la réalité clinique des enfants, de leurs parents et des professionnels participant à la recherche. Les données obtenues à cette première partie permettront de mieux soutenir la compréhension des difficultés, des besoins et des modalités de soutien évoqués par les professionnels jeunesse de première ligne (deuxième partie).

Participants

Le groupe de participants est constitué de professionnels jeunesse (N = 12; psychologues, psychoéducateurs et travailleurs sociaux, âgés en moyenne de 39,5 ans) œuvrant au sein des programmes-services dédiés à la clientèle jeunesse de première ligne situés dans une région urbaine du Québec. Onze femmes et un homme ont accepté volontairement de participer à la recherche qualitative de type exploratoire. Ils ont tous complété un processus méthodologique multiméthodes.

Démarche de mesures multiméthodes

Dans un premier temps, les 12 participants devaient identifier un enfant dont le parent présente un trouble de la personnalité avéré ou probable (qui répond aux critères diagnostiques du DSM-5 selon leur évaluation clinique). Il est à noter que, considérant le nombre de professionnels ayant identifié des parents présentant un TPL, celui-ci a été retenu comme cible pour la recherche. Le suivi de cet enfant devait être actif ou terminé depuis moins de deux ans. Une fois l'enfant identifié, les participants devaient compléter le processus de recherche élaboré en fonction de trois étapes distinctes.

La première étape consistait à répondre à trois questionnaires qui visaient à documenter : (1) le profil du participant; (2) celui de l'enfant; et (3) celui du parent ayant un TPL. Les questionnaires comportaient chacun entre 6 et 11 questions, dont certaines avec quelques sous-questions à développement. La durée d'achèvement estimée était de quelques minutes à quelques heures selon le portrait clinique de l'enfant et du parent ciblé.

Les données recueillies par ces questionnaires permettaient d'obtenir de l'information non nominative sur chacun d'eux et d'explorer la durée et l'intensité des interventions réalisées par les participants.

La seconde étape consistait en une entrevue individuelle semi-structurée d'une durée de 90 minutes. Le but de cette démarche était d'approfondir les informations cliniques concernant les enfants et leurs parents, de documenter le vécu des participants ainsi que les besoins et les modes de soutien nécessaires dans l'exercice de leur fonction. Ces entrevues ont été menées par une assistante de recherche.

Enfin, la troisième étape consistait à remplir un dernier questionnaire de validation et de priorisation des informations obtenues au moyen de l'entrevue semi-structurée de la seconde étape. Ce dernier questionnaire a été acheminé suivant la réalisation des entrevues. Il présentait une synthèse des informations recueillies auprès des 12 participants et chacun d'eux devait valider cette synthèse, compléter les éléments manquants et commenter ceux non conformes. Le questionnaire se terminait par l'organisation des données présentées sous forme d'une figure et d'un tableau qui devaient également être commentées. Notons que les outils de la collecte de données utilisés dans le cadre de la recherche globale (questionnaires et entrevues semi-structurées) ont été conçus par les auteures de cet article.

Une fois les trois étapes complétées, les premières analyses se sont centrées sur les données concernant les enfants, les parents et les participants, la durée, l'intensité des services ainsi que les différents partenaires impliqués dans la prestation de soins. Ces données ont été colligées et enregistrées dans le logiciel d'analyse de données NVivo version 11.

Les entrevues semi-structurées ont été enregistrées selon les normes d'éthique et les verbatim ont tous été transcrits par deux assistantes de recherche. La transcription a ensuite été transférée sur le logiciel d'analyse de données NVivo version 11. Le processus de classification des informations a été réalisé selon la méthode qualitative d'analyse thématique pour les entrevues semi-structurées (Paillé & Mucchielli, 2016). Cette méthode d'analyse comprend la lecture minutieuse des entrevues et le choix des unités informationnelles qui seront conservées. La définition des catégories et la classification des unités de sens, l'analyse du contenu de ces catégories et enfin l'interprétation des résultats obtenus sont les étapes nécessaires qui ont été élaborées au fil du processus. Il faut toutefois mentionner que le processus de catégorisation a subi plusieurs transformations avant d'arriver à la version qui fut présentée aux participants dans le questionnaire de validation des données de la troisième étape. Après cette dernière collecte de données, une nouvelle analyse a permis d'ajouter et de classifier les informations obtenues au questionnaire de validation et de priorisation. Ensuite, le croisement des données a été effectué par l'encodage matriciel permettant de faire les liens entre les réponses obtenues aux questionnaires et les informations obtenues lors de l'entrevue

semi-structurée. Les données de recherche ont été révisées par un vérificateur externe indépendant à plusieurs étapes de ce processus.

Les principaux résultats qui sont présentés concernent le portrait des enfants, des parents et des participants ainsi que la réalité des mandats spécifiques aux programmes-services dédiés à la clientèle jeunesse de première ligne. Les besoins qui découlent de la réalité des participants et les modes de soutien nécessaires à l'exercice de leurs fonctions font l'objet d'un second article.

Résultats

L'analyse des données est présentée selon les trois thèmes : (1) le portrait des enfants; (2) le portrait des parents; et (3) le portrait des participants.

Selon les participants, il s'avère parfois difficile d'obtenir les informations nécessaires auprès de cette clientèle particulièrement éprouvée dans leur lien de confiance à l'autre. Les réponses à certaines questions de l'anamnèse peuvent donc s'avérer incomplètes, tant pour l'enfant que pour le parent. Les informations non nominatives ont été recueillies par les participants de façon libre par l'entremise de leur suivi ou des évaluations complétées antérieurement et portées au dossier. Les signes distinctifs ont été retirés afin de conserver la confidentialité des personnes.

Au moment de compléter l'étude, un seul participant a identifié un enfant qui ne recevait plus de soins. Tous les autres enfants et parents recevaient encore des services. Le Tableau 1 présente une synthèse des résultats obtenus aux différents questionnaires et à certaines questions de l'entrevue semi-structurée concernant le portrait des enfants et de leurs parents ainsi que le nombre et la durée des interventions réalisées.

Portrait clinique des enfants de parents ciblés qui présentent un trouble de la personnalité

L'âge des 12 enfants ciblés (dont sept filles) par les participants se situe entre 9 et 17 ans ($M = 12,2$ ans). Au niveau familial, tous les enfants sauf un ont une fratrie ou une demi-fratrie. Parmi les enfants ciblés, huit ont reçu au moins un diagnostic. De ces huit enfants diagnostiqués, quatre d'entre eux, âgés de 13 à 17 ans, ont reçu un diagnostic de TPL et trois d'entre eux étaient également traités pour un TDAH. Ce dernier diagnostic a été émis pour trois autres enfants dont un présentait également un syndrome Gilles de la Tourette. Un autre enfant du groupe présentait un trouble sévère du langage, un trouble de l'attachement et un trouble oppositionnel. Un enfant a reçu un diagnostic du syndrome Gilles de la Tourette, de TDAH et de trouble d'opposition avec agressivité, mais ce diagnostic a été invalidé par la suite. Au moment de la référence, dix enfants avaient reçu des services de différents professionnels (principaux référents au service) et seulement deux enfants (9 et 10 ans) n'avaient eu aucun service antérieurement sauf celui d'un médecin traitant.

Tableau 1

Portrait des enfants et des parents : diagnostics, signes cliniques, durée des épisodes de services et nombre d'interventions

Âge	DX	Raisons de consultations et signes cliniques	Diagnostics, signes cliniques et antécédents des parents	Durée des services (mois)	Interventions	
					Enfant	Parent
9-12 ans	Aucun	Symptômes TDAH, anxiété. Difficultés scolaires, vécu d'intimidation	TPL, TDAH, anxiopanique, symptômes dépressifs, maladie	0-12	21	25
	TDAH	Propos suicidaires, automutilation, hospitalisation	* TPL, abus sexuel, consommation	24-36	42	21
	Aucun	Négligence, violence des parents, propos suicidaires, difficultés scolaires	TPL probable, difficultés psychologiques	12-24	45	**35
	TDAH	Placement, négligence, absentéisme	TPL (médecin), anxiolytique, antidépresseurs, traumas dans l'enfance	12-24	**59	60
	TDAH, Gilles de la Tourette	* Angoisse, absentéisme scolaire, anxiété	* TPL (non-discuté avec le parent), paranoïa, traits narcissiques, abus	12-24	**54	30
	Diagnostic invalidé ¹	* Geste suicidaire, automutilation, hospitalisation, victime d'intimidation	* TPL, maladie, abus sexuel, trauma, gestes autodestructeurs, placement	12-24	40	102

Tableau 1 (suite)

Portrait des enfants et des parents : diagnostics, signes cliniques, durée des épisodes de services et nombre d'interventions

Âge	DX	Raisons de consultations et signes cliniques	Diagnostics, signes cliniques et antécédents des parents	Durée des services (mois)	Interventions	
					Enfant	Parent
13 -17 ans	Aucun	Placements, trouble affectif, ruptures relationnelles, instabilité domiciliaire	* TPL polytraumatisée, consommation, geste autodestructeur, abus, placement, itinérance, maladie	12-24	125	40
	DX complexe	Négligence, violence du parent. Troubles : attachement, oppositionnel, langage, difficultés scolaires	TP narcissique, trouble d'adaptation, humeur déprimée-anxieuse, abus, violence conjugale, itinérance, consommation	0-12	33	31
	TPL, TDAH	* Idéations suicidaires, abandon de la mère, problèmes d'attachement, difficultés scolaires	TP (non-discuté avec le parent), agressivité	12-24	29	29
	TPL, TDAH, dépression, STPT	* Placements, propos suicidaires et homicides, gestes d'automutilation, victime d'intimidation, difficultés scolaires	* TPL, dépression majeure, abus sexuel, consommation	Plus de 36 mois	223	35
	TPL	* Placements, comportements suicidaires, automutilation, négligence, exposition à de la violence conjugale, difficultés scolaires	TPL (non-discuté avec le parent), consommation, maladie	24-36	211	20
	TPL, TDAH, dépression	* Placements, automutilation, gestes suicidaires, consommation, difficultés scolaires	*TPL, TDAH, abus sexuel, gestes autodestructeurs, placement, traumas	24-36	206	194

* Services de santé mentale impliqués. ** Total estimé en fonction du nombre d'interventions rapportées.

¹ Diagnostic de Trouble d'opposition avec agressivité invalidé après 4 ans.

Référent et raison de consultation des enfants

Les professionnels qui ont référé initialement les enfants proviennent de centres hospitaliers (3), du milieu scolaire (5) ou d'un centre jeunesse du Québec (3). Seul un parent a demandé des services pour son enfant de sa propre initiative.

Les raisons de consultations évoquées par les référents étaient directement reliées à des difficultés relationnelles, et ce, pour la totalité des enfants. S'ajoutent d'autres difficultés dont des abus physiques de la part des parents (2) et de la négligence compromettant la sécurité et le développement (4). Des verbalisations ou gestes suicidaires étaient rapportés (7) ainsi que des comportements d'automutilation (5). On note également de l'intimidation à l'école (3) et des difficultés scolaires causant de la détresse (9). Plusieurs enfants ont aussi été retirés de leur milieu familial (5). Au moment de la recherche, la durée et l'intensité d'accompagnement des enfants variaient selon les besoins identifiés et les services offerts par les professionnels.

Intensité et durée des services offerts

Les services offerts décrivent les types d'interventions réalisés : soit une rencontre individuelle, une rencontre familiale, un contact téléphonique ou encore toutes les démarches (accompagnement, discussion de cas, etc.) effectuées dans le cadre du suivi de l'enfant ou du parent. Les interventions peuvent donc avoir une intensité différente en fonction de l'action portée, par exemple une rencontre individuelle peut demander moins de temps qu'un accompagnement. Selon les participants, l'intensité de services est

difficile à évaluer. La saisie statistique effectuée dans le cadre de leur travail ne rapporte pas fidèlement l'intensité offerte. Dans certaines situations, les normes informatiques de saisie statistique ne permettent pas de colliger plus d'une action professionnelle pour l'enfant ou le parent dans une journée, et ce, même si plusieurs actions ont été réalisées. Par exemple, pour le retrait familial d'un enfant, il peut y avoir bon nombre d'actions à poser (consultation téléphonique, accompagnement, etc.), mais seulement une intervention peut être enregistrée. Des écarts peuvent donc être observés entre le nombre et le type d'interventions rapportés à la saisie statistique et celui colligé grâce aux notes évolutives contenues au dossier. L'analyse du dossier pourrait s'avérer un outil qui rapporte plus fidèlement le nombre d'actions professionnelles, l'intensité et le type de personnes présentes au moment de la dispensation des soins. Devant l'évidence que les données recueillies ne reflèteront qu'une réalité partielle des actions professionnelles effectuées, une personne spécialisée a été mise à contribution pour fournir une assistance aux participants et obtenir une plus grande rigueur par rapport au nombre total de rencontres enregistrées dans le logiciel de saisie de données. Notons toutefois que malgré cette précaution, les statistiques doivent être considérées davantage à titre indicatif. Enfin, puisque certains participants n'ont pas répondu à toutes les questions concernant le nombre ou les types d'interventions (rencontres, discussions téléphoniques et toutes autres actions professionnelles), le total est rapporté selon les répondants.

La durée totale des différents épisodes de services rendus par les participants se situait entre 0-12 mois ($n = 2$), 12-24 mois ($n = 6$), 24-36 mois ($n = 3$) et plus de 36 mois ($n = 1$).

Pendant cette dispensation de soins par les participants, plusieurs jeunes ont connu une trajectoire de services considérable. Pour un adolescent ayant commencé un suivi à l'âge de 10 ans, plus de deux épisodes de services ont été offerts pour une durée totalisant plus de 36 mois. Ce jeune a été signalé plus de sept fois au directeur de la protection de la jeunesse et il a été retiré de son milieu familial trois fois pour être placé en centre d'hébergement. Il a fugué, a fait un dévoilement d'abus sexuel, a reçu des services du centre d'aide aux victimes d'actes criminels, a été traité pour consommation de psychotropes et a été conduit deux fois à l'urgence pour geste suicidaire ou risque homicidaire élevé. Il a également subi plusieurs évaluations, dont certaines psychologiques et psychiatriques.

Des services psychiatriques ont été offerts aux enfants pour des évaluations (2), des suivis actifs (6) et une hospitalisation (2). Cinq d'entre eux ont aussi été retirés de leur milieu familial pour être placés en centre d'hébergement, et ce, à une (1), deux (1) ou trois reprises (3). La trajectoire démontre qu'un de ces enfants a changé trois fois de milieu de vie pour être accompagné individuellement par plus de huit intervenants différents, et ce, à l'intérieur d'une période de moins de trois ans. Un autre a changé quatre fois de milieu de vie en l'espace de deux ans pour connaître de très nombreux intervenants différents. Enfin, l'analyse du parcours de services des enfants ayant reçu la plus grande intensité de soins révèle que certains ont pu être évalués par plus de quatre pédopsychiatres et cinq enfants ont rencontré jusqu'à cinq intervenants différents au même moment lors d'une situation de crise (centre hospitalier, médecin, infirmière, professionnels de première

ligne, milieu scolaire, Centre jeunesse de Montréal pour hébergement). Dans certaines situations, l'intensité de services peut donc s'avérer considérable pour un enfant.

La plus grande intensité de services rapportée dans l'étude concerne les trois adolescents de plus de 13 ans avec un total de 206, 211 et 223 interventions. Chacun cumule plus de 24 mois d'épisode de services. Ils ont tous reçu des services pédopsychiatriques, ont un diagnostic de TPL, ont posé des gestes suicidaires et adopté des comportements d'automutilation. Trois d'entre eux présentaient des difficultés scolaires importantes et ils ont reçu une grande quantité de services psychosociaux (35-76). Les trois adolescents ont aussi été placés volontairement deux fois et plus. La trajectoire de services illustre que pour les deux cas où les adolescents ont participé au programme de thérapie comportementale dialectique (TCD) avec leurs parents, les services avaient été demandés par les participants depuis plus de deux ans. Les signes cliniques démontraient une détérioration de la situation avec des agirs suicidaires qui se sont amplifiés aux dires des participants (Boucher & Jourdan Ionescu, soumis). Pour l'enfant de moins de 12 ans dont le suivi a été de plus de 24 mois avec 42 interventions, des services réguliers étaient offerts par un professionnel des centres jeunesse de Montréal; ce qui peut expliquer en partie le petit nombre d'interventions relativement à la durée. Pour les six enfants dont la durée du suivi se situe entre 12 et 24 mois, le nombre d'interventions varie entre 29 et 125. Deux enfants ayant reçu des services depuis moins de 12 mois ont bénéficié de 21 et de 33 interventions. Tel que mentionné, pour plusieurs de ces enfants, un certain nombre de personnes se sont impliquées auprès d'eux.

Personnes impliquées auprès de l'enfant

Les données obtenues concernant les personnes impliquées auprès de l'enfant sont rapportées en tenant compte du plus petit au plus grand nombre d'interventions effectuées pour les périodes de services s'échelonnant entre 0 et plus de 36 mois, et ce, en tenant compte encore du nombre de répondants. Tous les enfants ont été rencontrés en présence du parent ciblé (2-31), mais de façon moins intensive qu'individuellement (11-96) sauf pour deux enfants de 11 et de 13 ans. Les rencontres avec le parent non ciblé par la recherche et son enfant sont moins nombreuses (allant de 1 à 28; réalisées par neuf répondants) que celles avec le parent ciblé sauf pour un enfant de 13 ans qui a toujours été rencontré en présence de ses deux parents. De plus, pour trois enfants, le parent non ciblé n'était pas présent ou il a refusé les services et pour deux autres, aucune intervention n'a été enregistrée. Les résultats démontrent donc une faible implication de l'autre parent dans le suivi de son enfant. En ce qui concerne la fratrie de l'enfant ciblé, seulement cinq participants n'ont pas impliqué ces derniers dans leurs interventions (2-25). Plus de 25 interventions ont impliqué la fratrie. Les membres de la famille élargie (grands-parents, oncles, tantes, etc.) ont été impliqués dans les suivis rapportés (1-15). Tous les professionnels ont eu des rencontres de concertation ou des discussions avec des intervenants du milieu scolaire de l'enfant (1-30). Le nombre d'interventions le plus élevé touche trois adolescents (un de 15 ans et deux de 17 ans) avec 30, 30 et 19 interventions. Les participants ont également sollicité l'implication de partenaires relevant du système de santé (médecin, pédopsychiatre, spécialiste) lorsque c'était pertinent (3-76). On note par ailleurs que les répondants ont eu des rencontres ou des discussions avec des

intervenants des autres milieux de vie de l'enfant tels que les loisirs ou les camps de vacances (1-11). Des interventions en situation de crise ont aussi été répertoriées (1-20).

Concernant l'intensité de l'accompagnement d'une enfant, un participant dira :

« [...] la majeure partie du suivi a été centrée sur les comportements autodestructeurs, dont l'automutilation qui a pris beaucoup de place. Il y a eu plusieurs tentatives de suicide de répertoriées et de non répertoriées. C'est une jeune aussi qui avait beaucoup de difficultés relationnelles avec les amis, le chum, avec sa mère bien sûr, son beau-père, son père. Finalement, elle était en conflit toujours avec tout le monde. C'était une jeune quand même avec des belles forces, qui était créative, qui aimait beaucoup l'art, qui était intéressée par plein de choses, qui était quand même sociable, souriante, mais qui avait beaucoup de comportements à risque au niveau de ses relations sociales vraiment... c'est une jeune attachante. »

Portrait clinique des parents

L'âge des 12 parents des enfants ciblés varie de 31 à 47 ans ($M = 37,5$ ans). Le groupe se compose de dix femmes et de deux hommes. Quatre parents ont un seul enfant, six en ont deux et deux parents ont trois enfants ou plus. Cinq parents ont un statut monoparental, cinq familles sont recomposées, une famille est nucléaire et pour un parent le statut est instable. La source de revenus de ces parents est majoritairement la sécurité du revenu. Deux parents ont d'autres sources de revenus gouvernementales et trois parents occupent un emploi à temps complet, dont une personne est en arrêt de travail. L'analyse des propos rapportés par les professionnels indique que certains de ces parents manifestent un grand niveau de détresse.

Le diagnostic de TP a été émis pour 11 des 12 parents ciblés par la recherche. La très grande majorité de ceux-ci ont un TPL diagnostiqué (9); pour les autres, la précision n'a

pas été apportée, mais la suspicion de TPL est fortement considérée. Pour le parent ayant un TPL probable, celui-ci a été évalué par la participante en référence aux critères diagnostiques du DSM-5.

Les parents pour lesquels le diagnostic est avéré, des chevauchements de troubles associés figuraient au dossier : traits narcissiques (2) avec éléments de paranoïa (1), trouble d'adaptation avec humeur déprimée et anxieuse (1), TDAH (1), anxiété, trouble panique et TDAH (1), symptômes de choc post-traumatique (3), épisode dépressif majeur (1). S'ajoutaient également des problèmes de santé physique handicapants (4) et la consommation de drogues pour certains d'entre eux (5).

Antécédents familiaux connus. L'histoire personnelle que les parents ont rapportée aux participants met en évidence des événements de vie difficiles, voire potentiellement traumatiques. Deux parents ont nommé avoir vécu l'abandon d'un de leurs parents et cette situation aurait été vécue très difficilement pour les enfants et pour le parent restant. Pour chacun d'eux, le parent présent a été décrit comme abusif. Une surconsommation a été rapportée par 5 des 12 parents et certains d'entre eux ont mentionné consommer encore. Un parent du groupe a rapporté avoir grandi au sein d'une famille criminalisée et il serait toujours en lien avec des membres de ce milieu.

Certains parents ont rapporté des éléments de violence et d'abus. Des 12 parents ciblés, 7 ont nommé avoir été victimes de formes d'abus répétés lorsqu'ils étaient enfants.

Quatre parents disent avoir subi des abus et de la violence sexuelle s'échelonnant sur plusieurs années. Trois parents du groupe ont rapporté avoir eu des comportements autodestructeurs, dont deux des gestes suicidaires importants, et trois parents disent avoir été retirés de leur milieu familial pour être placés en centre d'hébergement pour enfants. L'itinérance a été un mode de vie pour deux parents. À travers ces conditions adverses, les participants rapportent que les parents disent avoir reçu plusieurs services différents.

Services antérieurs et actuels impliqués auprès des parents

Les services rapportés pour les parents ont été décrits par les participants comme étant principalement des épisodes de suivi individuel ou familial d'une durée variable. Tous les parents ont reçu des services de santé ou des services sociaux à un moment de leur vie et, pour la moitié, ils en ont reçu plus de cinq différents. Sept d'entre eux ont bénéficié de services psychiatriques et dix de services psychologiques. De l'ensemble du groupe, six parents reçoivent encore des services individuels des membres de l'équipe santé mentale (incluant les services de DBT). Pour sept parents, les professionnels du centre de la protection de la jeunesse offrent différents services, allant de l'hébergement de l'enfant au soutien parental, par l'entremise d'un suivi régulier. Aussi, 3 des 12 parents ont bénéficié d'épisodes de services et de suivi psychosocial familial dès la naissance de l'enfant ciblé. Bien qu'un nombre important de services ait été et soit encore offert aux parents, les participants soutiennent que leur participation demeure fluctuante et, souvent, les soins offerts le sont à l'intérieur d'épisodes de services individuels limités dans le temps (services de psychiatrie et des centres jeunesse).

Durée et intensité des services reçus par les parents

Les données statistiques illustrent le nombre d'interventions réalisées dans le cadre du suivi individuel et familial auprès ou pour le parent (de 20 à 194). Les participants rapportent être intervenus individuellement auprès du parent ciblé par la recherche (de 3 à 75 interventions). Dans plusieurs situations, les professionnels ont établi des communications avec des personnes du réseau de la santé (2-52) et avec des membres de la famille d'origine du parent (1-15). Les quatre parents pour lesquels le plus haut taux d'interventions (194, 102, 60 et 40) a été réalisé affichent plusieurs éléments de détresse psychologique et de nombreux facteurs de risque tel qu'illustré dans le Tableau 1 (p. 49-50). Ces quatre parents ont un historique de traumatisme dans l'enfance, un de ces parents est traité pour dépression et trouble anxieux, un autre a vécu une période d'itinérance, trois d'entre eux ont posé des gestes autoagressifs et ont rapporté avoir été retirés de leur milieu familial étant jeune. Trois de ces parents ont également effectué le placement de leur enfant. Enfin, deux d'entre eux présentent des problèmes de santé physique handicapants. Lors de l'entrevue semi-structurée menée dans la seconde partie de la recherche, (Boucher & Jourdan-Ionescu, soumis) les participants rapportent que l'état de détresse des parents (antécédents cliniques, geste autoagressif), le placement des enfants, la présence d'enfants en bas âge dans la famille ainsi que la difficulté d'accès aux services spécialisés adultes ont contribué au nombre élevé d'interventions qu'ils ont dû accomplir.

De façon générale, pour l'ensemble des parents rencontrés, la durée des services varie entre 12 mois et moins et plus de 36 mois. Pour les deux parents dont le suivi a été de moins de 12 mois, le nombre d'interventions rapportées est de 25 et de 31. Pour ceux dont la durée du suivi se situe entre 12 et 24 mois, le nombre varie entre 29 et 102 interventions. Entre 21 et 194 interventions ont été rapportées pour les deux parents d'enfants qui ont accepté des services s'échelonnant entre 24 et 36 mois. Pour le parent qui a reçu des services depuis plus de 36 mois, 35 interventions ont été répertoriées. L'intensité de services rendus aux parents ne semble pas être en lien direct avec l'âge de l'enfant, la composition familiale, le statut socioéconomique, ni même dans certains cas la durée de l'intervention. Quelques constats se dégagent cependant du portrait clinique tracé pour les enfants et leurs parents.

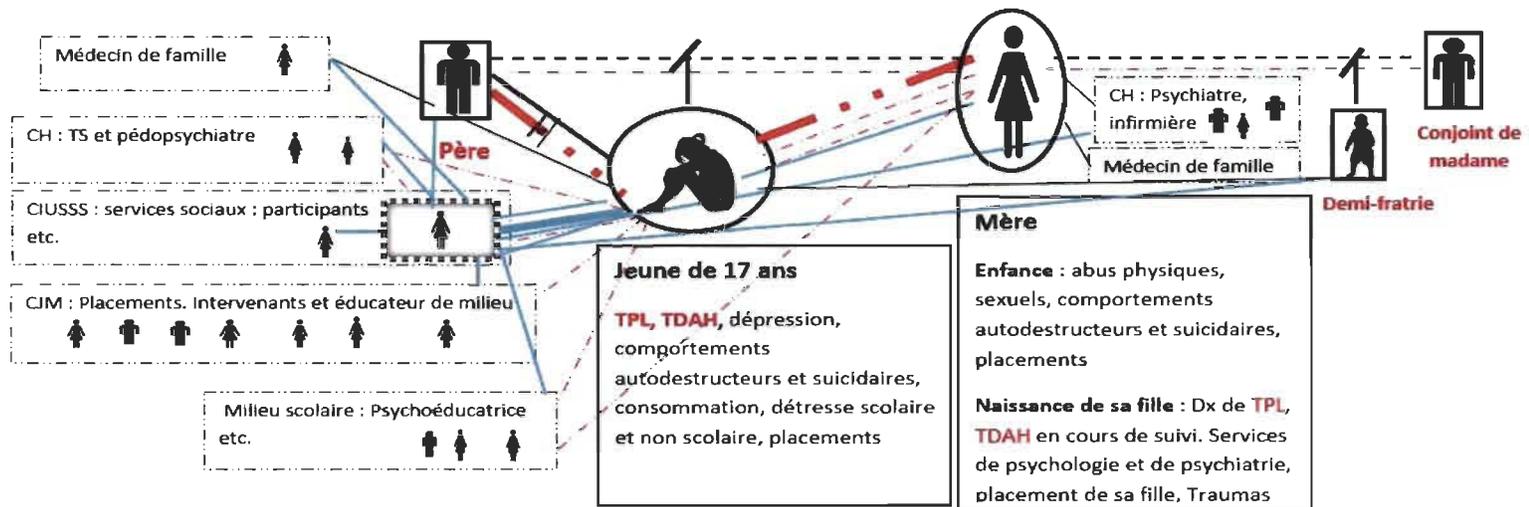
Constats quant au portrait des enfants et de leurs parents

Le portrait des enfants met en lumière des symptômes préoccupants. Huit d'entre eux ont déjà un diagnostic psychiatrique. Neuf expriment vivre des difficultés scolaires causant de la détresse. Ils sont sept à avoir mentionné vouloir mourir et cinq qui se blessent. De ces jeunes, cinq ont été retirés de leur milieu familial et pour quatre des signes de négligence parentale compromettent leur développement. Pour la plupart des enfants, la précocité, la gravité des agirs, la récurrence et l'intensité des symptômes affectent plusieurs sphères de leur vie. La durée et l'intensité des services sont importantes, particulièrement pour les jeunes de plus de 15 ans qui ont un diagnostic de TPL, qui ont été placés et dont les parents ont reçu un diagnostic de TPL en cours de suivi.

Pour l'ensemble des jeunes, l'histoire développementale de leurs parents est aussi jonchée de situations relationnelles difficiles. Rappelons que sept parents relatent avoir vécu des abus répétés étant enfants et soulignent avoir vécu de la négligence affective. Certains auraient commis des gestes autodestructeurs et trois auraient été retirés de leur milieu familial. L'itinérance a également été un mode de vie pour deux parents. Plusieurs d'entre eux affichent aussi un statut socioéconomique précaire; ce qui occasionne de multiples difficultés sociales qui s'ajoutent aux problèmes relationnels (déménagement, stress financier, etc.). Selon les participants, les antécédents cliniques, la comorbidité d'autres difficultés (trauma, consommation, dépression, anxiété), les gestes autoagressifs, la maladie physique, la présence d'enfants en bas âge dans la famille et les placements seraient des facteurs qui contribueraient au plus grand nombre de rencontres avec et pour le parent. La Figure 1 illustre, à l'aide d'un génogramme sur deux générations, le portrait d'une adolescente de 17 ans et de sa mère ayant bénéficié d'intensité de services sur une période s'échelonnant de 12 à 24 mois. Les différents partenaires impliqués y sont illustrés ainsi que le nombre d'interventions dispensées. Sont également illustrées la demi-fratrie ainsi que la qualité des relations reliant les différentes personnes et les différents organismes concernés.

Cette figure nous amène à constater que les soins à apporter à l'enfant et aux parents demeurent un défi pour les professionnels si l'on considère la souffrance clinique que révèlent les expériences vécues et la trajectoire de services à travers laquelle ces personnes ont dû évoluer (très nombreux services). Si l'on ajoute à ces facteurs les collaborations à

établir dans une cohérence et une complémentarité de soins, nous sommes alors vivement interpellés par l'importance de mieux connaître ces professionnels jeunesse.



Période de services : 24-36 mois, 206 interventions pour et avec la jeune de la part du participant :

- 69 rencontres individuelles,
- 31 rencontres avec son parent ayant un TPL,
- 19 concertations avec le milieu scolaire (incluant la jeune et son parent ayant TPL),
- 76 concertations, rencontres avec des professionnels de la santé et des services sociaux (incluant la jeune et son parent ayant TPL)
- Père 5 rencontres rapportées

S'ajoutent : 194 interventions pour et avec la mère de la part du participant (excluant les interventions avec et pour sa fille).

S'ajoutent également les interventions dispensées par les autres professionnels (médecins, éducateurs des centre jeunesse, intervenants milieu scolaire etc.)



Participant à la recherche du programme-services jeunesse du CIUSSS

Boucher, N. 2018

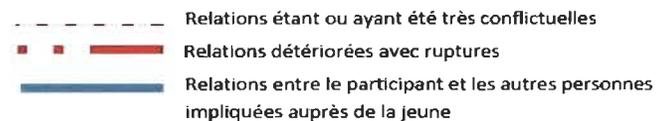


Figure 1. Génogramme sur deux générations, partenaires associés aux interventions cliniques : jeune de 17 ans et sa mère ayant un TPL.

Portrait des professionnels

Les 12 participants qui travaillent au quotidien avec ces enfants et ces parents présentent un profil varié en termes d'années d'expérience ainsi que d'heures de formation reçues en lien avec les TPL. Trois participants présentent moins de dix ans d'expérience et neuf d'entre eux en présentent plus de dix (certains plus de 20 ans). Au fil de leur parcours, 11 personnes ont assisté à des formations spécialisées visant l'intervention auprès d'adultes ayant des TPL. La durée des formations variait entre 14 heures et moins et plus de 32 heures (14 heures et moins [$n = 5$], 14 et 28 heures [$n = 3$] et plus de 32 heures [$n = 3$]). Une seule personne a participé à une supervision spécialisée (de moins de deux heures), mais neuf personnes ont bénéficié de supervisions professionnelles non spécifiques.

Ces professionnels, expérimentés pour la plupart, nomment tous vivre des émotions difficiles et intenses dans l'accompagnement des enfants et de leurs parents. Un participant confiera :

« Qu'est-ce que ça m'a fait vivre? Un sentiment de toujours courir, de toujours être en train de rattraper quelque chose, de toujours être en train d'éteindre un feu. Et puis beaucoup d'impuissance parce que tu vois un peu la trajectoire, tu vois la détérioration des symptômes... on dirait que tu vois le mur dans lequel la famille se dirige puis malgré tous les efforts que tu fais.... Des fois, tu penses que tu as fait des belles victoires, que tu as réussi à dénouer une crise et puis que l'harmonie est revenue, mais c'est éphémère parce que deux semaines après, pour une tranche de pain pas rangée, c'est reparti de plus belle. C'est beaucoup de rejet, d'abandon dans ton bureau. C'est beaucoup de « je vais la placer », « ma mère c't'une folle j'veux pu la voir », « on va l'envoyer en psychiatrie, on va l'interner ». C'est toujours, toujours, toujours des gros drames sans fin. »

Lorsque l'on questionne les participants sur les interventions réalisées en lien avec le portrait clinique des enfants et de leurs parents (voir Tableau 1, p. 49-50), ils se disent grandement préoccupés par la détresse importante des parents et par la détérioration de l'état de santé mentale de certains enfants. Ils nomment vouloir s'impliquer afin de trouver des moyens d'intervenir selon les bonnes pratiques dans leur milieu de proximité. Ils identifient, dans la deuxième partie de cette recherche, les besoins qui leur semblent prioritaires ainsi que des modalités permettant de soutenir la réponse à ces besoins (Boucher & Jourdan-Ionescu, soumis).

Discussion

L'objectif de cet article visait à présenter le portrait de 12 enfants et de leurs parents ayant un TPL ainsi qu'à décrire la durée et l'intensité des services jeunesse offerts dans le cadre de l'application du mandat spécifique de première ligne. Le premier constat qui se dégage concerne les caractéristiques du portrait des parents et de leur enfant.

Portrait des parents et des enfants qui consultent les services de première ligne

Le portrait des parents et des enfants ciblés par la recherche exploratoire (voir Tableau 1, p. 49-50) se compare de par sa complexité à celui présenté dans différentes études portant sur des services ambulatoires répertoriés dans le guide de bonnes pratiques (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009). Il correspond aussi à la clientèle qui pourrait bénéficier des services spécialisés de santé mentale offerts en deuxième et troisième ligne selon le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM, 2017).

Sans reprendre toutes les caractéristiques spécifiques, plusieurs ont présenté de la comorbidité durant l'épisode de service (dépression, anxiété, traits narcissiques, abus de substances, TDAH, traumatismes, maladie invalidante) et plusieurs ont rapporté avoir vécu de l'abandon parental, de la négligence affective, des abus et quelques-uns des placements durant leur enfance.

Les diagnostics posés, les raisons de consultations et les signes cliniques laissent entrevoir une détresse marquée pour plusieurs enfants (problèmes scolaires, verbalisations suicidaires, comportements autoagressifs, hospitalisation) des parents ciblés par les participants.

Évolution des difficultés des enfants au cours du suivi. La durée et l'intensité des services révèlent que plusieurs enfants ont développé des problèmes de santé mentale au cours de l'épisode de soins (voir Tableau 1, p. 49-50) tel que décrit dans certaines études (Barnow et al., 2013; Chanen & Kaess, 2012). Les enfants de plus de 12 ans présentaient précocement des symptômes qui méritaient d'être étudiés sous l'angle d'un possible TPL tel que le recommande le National Health and Medical Research Council (NHMRC, 2012, p. 48) : « (1) comportements suicidaires, automutilations fréquentes; (2) instabilité émotionnelle marquée; (3) multiples cooccurrences psychiatriques – TDAH, anxiété, dépression; (4) aucune amélioration notable suite aux traitements psychiatriques; et (5) dysfonction familiale et psychosociale ». Plusieurs d'entre eux cumulaient des facteurs de risque considérables. Ils avaient tous un parent ayant un TPL dont certains avec de la

comorbidité. Plusieurs d'entre eux ont été victimes d'abus, de négligence (Zanarini et al., 2005) et avaient un diagnostic de TDAH (Matthies & Philipsen, 2014). Malgré les nombreuses démarches et les consultations répétées avec les partenaires des services de santé, les diagnostics de TPL ont été émis assez tardivement. Ce sont les autres diagnostics (dépression, trouble d'opposition) qui ont précédé et qui ont ajouté à la complexité de la psychopathologie, comme il est fréquemment rencontré (Feenstra, Busschbach, Verheul, & Hutsebaut, 2011).

Types de services offerts en fonction des portraits cliniques. Concernant les services offerts, on note que par moment, les enfants et les parents ont été surchargés de professionnels et surévalués (pédopsychiatres, psychiatres, psychologues, placement, hospitalisation). Le nombre de services peut effectivement s'accroître considérablement lorsque les symptômes du TPL se manifestent de façon aiguë (Institut national de santé publique du Québec, 2015; Sansone, Farukhi, & Wiederman, 2011).

Les avancées au niveau des traitements efficaces soutiennent que même s'il est difficile d'évaluer cliniquement le TPL à l'adolescence (Chanen, Berk, & Thompson, 2016; Sansone et al., 2011), il s'avère essentiel de considérer rapidement cette possibilité (Miller, Muehlenkamp, & Jacobson, 2008; NHMRC, 2012) et d'offrir précocement des traitements adaptés (Chanen, 2015; Chanen et al., 2016). L'énorme fardeau au niveau personnel et sociétal de ces observations devraient orienter davantage les interventions de la santé publique vers l'enfance et l'adolescence considérant le risque potentiel de la

progression de la maladie (Kessler et al., 2005). Il se trouve que le délai de prise en charge adéquate augmente les chances de recourir à des interventions inappropriées et peut aggraver des atteintes fonctionnelles du jeune (Chanen et al., 2016; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009). Bien que plusieurs s'entendent pour dire que les enfants peuvent connaître une évolution favorable si de bons traitements complémentaires et intégrés sont offerts (Chanen & Mc Cutcheon, 2013; Fonagy et al., 2015; Linehan et al., 2006), seulement deux adolescents du groupe ont eu la chance de participer à un programme reconnu comme étant efficace (TCD), et ce, après plus de deux ans d'attente et une aggravation marquée des passages à l'acte suicidaire (Boucher & Jourdan-Ionescu, soumis). La littérature démontre d'ailleurs que la probabilité d'une nouvelle tentative suicidaire est plus élevée chez un adolescent qui a déjà posé un geste suicidaire (Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1994; Pfeffer et al., 1993). Ce dernier risque aussi davantage de compléter un suicide (Brent et al., 1993; Renaud, Brent, Birmaher, Chiappetta, & Bridge, 1999), et ce, de façon encore plus importante lors des premières étapes de la maladie (Pompil, Girardi, Ruberto, & Tatarelli, 2005).

Travail systémique auprès de l'enfant et des parents. Devant le portrait clinique des enfants et des parents ciblés, les professionnels ont travaillé afin de permettre l'accordage entre les différentes personnes significatives impliquées telles que le stipulent les recommandations gouvernementales des services de santé de première ligne (MSSS, 2005). Bien que la nature des traitements offerts ne fasse pas l'objet de l'étude, l'intensité et la durée des services dispensés ont considéré certaines actions spécifiques relativement

aux besoins des enfants et de leurs parents. Par exemple, lors de situations de placements, la saisie statistique démontre que dans toutes les situations, les membres de la famille élargie ont été impliqués. On peut supposer que les professionnels ont d'abord exploré les milieux de vie permettant aux enfants de conserver des alliances familiales et un hébergement plus naturel. Lors de situations de compromission (abus des parents, négligence persistante), une intensité de services apparaît et des signalements au directeur de la protection de la jeunesse ont été effectués. Les professionnels ont également référé les enfants et les parents vers des centres hospitaliers ou des services spécifiques quand le profil clinique le recommandait (refus de manger pendant plusieurs jours, détresse suicidaire récurrente, symptômes de dépression majeure) et ils ont travaillé en collaboration avec les partenaires du réseau scolaire pour tous les enfants présentant des situations scolaires difficiles (MELS, 2008). L'arrimage de soins a donc été tenté tel que le demandent également les parents de jeunes ayant à collaborer avec plusieurs professionnels et différentes institutions (Beaudry, 2016).

Portrait des enfants, des parents, intensité des services et caractéristiques des professionnels

L'analyse des résultats ne permet pas d'établir de liens entre l'intensité de services et le nombre d'années d'expérience du professionnel. Aucune particularité ne ressort également en ce qui a trait à la profession (psychologue, psychoéducateur et travailleurs sociaux) ni à l'appartenance à l'équipe jeunesse ou santé mentale jeunesse. Toutefois, ces derniers aspects auraient avantage à être explorés avec un plus grand nombre de participants de différentes équipes et différentes disciplines d'autant plus que, pour les

professionnels qui travaillent au sein des équipes spécifiques telles que santé mentale jeunesse, l'offre de services peut être de plus courte durée.

En contrepartie, on observe que les jeunes de plus de 15 ans qui ont un diagnostic de TPL et qui ont été retirés de leur milieu familial présentent une plus grande intensité et durée des services. Ce portrait peut appuyer le fait que la période d'autonomisation de l'adolescence peut provoquer un déséquilibre familial, accentuant les difficultés relationnelles et les passages à l'acte de l'enfant et du parent (Desrosiers, 2012). Le placement en milieu de protection aura été un des moyens utilisés pour permettre le bon développement de l'enfant. Toutefois, bien que ce moyen s'avérât certainement le plus approprié, il faudrait questionner davantage les tenants et les aboutissants de ce choix, considérant l'impact que provoquent parfois la distance relationnelle et les multiples changements de lieux d'hébergement pour ces jeunes qui ont besoin de constance et de stabilité. Aucun traitement spécifique n'avait été rendu avant ces placements et l'étude de Toupin, Pauzé, Frappier, Cloutier et Boudreau (2004) souligne qu'après une année d'hébergement en milieu de protection, peu de changements sont observés chez les jeunes et leurs parents. Les difficultés des jeunes, tout comme l'inadéquation des conditions à la maison (violence verbale des parents, etc.), sont encore présentes pour bon nombre d'entre eux.

Toutefois, tel que le soulignent parfois les participants (Boucher & Jourdan Ionescu, soumis), il ne s'agit pas tant de provoquer des changements que d'offrir un milieu de vie

sécurisant, encadrant, permettant ainsi d'éviter la détérioration de la situation et de préserver un lien d'attachement parent-enfant plus viable.

En regard de ce portrait, nous constatons que contrairement à la clientèle des services ambulatoires qui abandonnent précocement leur suivi (Desrosiers, 2012; Kazdin, 1996), les jeunes et les parents ont reçu une durée et une intensité de services importantes. Notons cependant qu'à certains moments, les services de santé de première ligne ont semblé être insuffisants pour ces jeunes et ces parents qui présentaient une récurrence et une dangerosité au niveau des comportements impulsifs, suicidaires et parasuicidaires (Boucher & Jourdan-Ionescu, soumis).

Le travail de collaboration a été dès lors important, mais la concrétisation des objectifs visant à offrir un continuum de soins hiérarchisés s'est vu éprouvée tel que le rapportent les participants lors de la deuxième partie de cette recherche exploratoire globale. Le portrait démontre également que les enfants et leurs parents se sont livrés à de multiples évaluations, les obligeant probablement à exposer encore et encore des expériences de vie douloureuses et parfois même traumatisantes. On peut se demander si un tel parcours a pu alimenter des symptômes d'agitation, d'insécurité et de désorganisation en n'ayant pas permis de dispenser les soins spécialisés avec toute la bienveillance et la diligence nécessaires dans de telles situations de blessures relationnelles. Tel que le rapportent plusieurs études, la mise en place d'une structure de soins « assez bonne » est souvent tardive et elle s'impose longtemps après l'apparition et les manifestations des premiers

symptômes (Bendid, Bensaber, & Fuseau, 2016; Chanen, Sharp, & Hoffman, 2017). Pendant ce temps, il s'avère que la situation des jeunes se détériore souvent et que les professionnels s'épuisent à chercher des soins spécialisés efficaces. Dans l'attente de plans de soins par étapes et de traitements intégrés à venir (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009), les professionnels continuent de travailler intensément dans des conditions difficiles auprès d'une population réputée pour éprouver la relation (Bessette, 2010; Betan, Heim, Conklin, & Westen, 2005; Bodner et al., 2015; Dawson, 1988; Linehan, 2014; Lussier, 2015).

Afin de pouvoir répondre à l'attente ministérielle visant à rejoindre 70 % de la population, il serait intéressant de considérer certains aspects de cette recherche (portrait, durée et intensité de services offerts). Au mois de mai 2017, le CNESM (2017, p. 4) soulignait l'importance de revisiter l'offre de services pour les personnes ayant un TPL en contexte de soins de première ligne. Il recommandait « la mise en place d'une offre de services structurée ». Les participants à la recherche nomment vouloir s'impliquer dans ce processus d'élaboration des services, mais ils disent vivre des défis relationnels, professionnels et organisationnels importants à considérer (Boucher & Jourdan-Ionescu, soumis; Laporte, Baillargeon, Sanchez, & Desrosiers, 2014). Les espaces de dialogue et de partenariat deviennent donc essentiels pour ces intervenants qui sont les premiers dispensateurs de soins.

Limites et forces

Cette recherche comporte évidemment des limites. La démarche multiméthodes est assez complexe (au niveau des nombreuses étapes à compléter) et a exigé temps et énergie aux participants. De nombreuses données ont été collectées; ce qui peut limiter la précision de l'interprétation. Elle a aussi été produite sur un territoire québécois ayant un indice de défavorisation élevé; ce qui teinte peut-être plus négativement le portrait des enfants et de leurs parents. Considérant l'objectif de la recherche, il est également possible que les participants aient sélectionné les situations les plus difficiles au niveau de l'intervention. Le nombre restreint de 12 participants limite par ailleurs la généralisation de certains propos tenus. Le processus de collecte de données portant sur la durée et l'intensité de services affiche plusieurs irrégularités qui peuvent affecter la justesse d'un portrait si on visait qu'il soit représentatif. Tel que mentionné par les participants, il s'avère très difficile de comptabiliser avec rigueur le nombre d'interventions effectuées (discussion téléphonique, accompagnement, rencontre individuelle/familiale, etc.) ainsi que le type de personnes ou de ressources impliquées. Bien que dix d'entre eux aient nommé clairement que les statistiques étaient inférieures à ce qu'ils ont rapporté, il est impossible de connaître l'étendue de cet écart. Il en est de même pour la nature des services offerts et les questions qui sont restées sans réponse. Ajoutons à cela que l'absence de comparatif avec la population générale est également à considérer.

En contrepartie, cette recherche comporte plusieurs forces. Le sujet à l'étude est pertinent et peu documenté dans la littérature, particulièrement auprès d'une clientèle

jeunesse en contexte de soins de première ligne. L'engagement volontaire des participants démontre l'intérêt qu'ils accordent au sujet d'étude, d'autant plus qu'un seul participant s'est désisté du lourd processus, et ce, en raison d'un arrêt de travail. La séquence de la recherche ainsi que les modalités de collecte de données multiméthodes ont aussi permis d'établir une certaine logique et une complémentarité des informations que les participants ont pu valider.

Conclusion

Les résultats de la présente étude permettent de mieux comprendre le contexte d'intervention auprès d'enfants dont un parent présente un TPL tel que rapporté par 12 professionnels œuvrant au sein du programme-services jeunesse de première ligne. Le développement de problèmes de santé mentale de plusieurs de ces enfants est grandement à considérer par rapport à la souffrance et à l'impact relationnel et social que de tels problèmes génèrent. Le nombre de placements effectués de façon volontaire, l'intensité et la durée des services offerts peuvent nous permettre de croire que ces parents et ces enfants souffrants continuent d'espérer et de s'impliquer dans la relation. La persévérance des professionnels qui les soutiennent nous rappelle également que ces personnes méritent d'être accompagnées avec rigueur, professionnalisme et bienveillance. Il serait nécessaire que les prochaines études tracent un portrait plus complet de cette population en contexte de proximité, qu'elles documentent la nature des services offerts (approches utilisées, cadre conceptuel de référence, etc.) ainsi que l'impact du faible statut socioéconomique sur la trajectoire développementale des enfants et de leurs parents.

Une révision de l'offre de services de santé mentale de première ligne est actuellement en cours et cette recherche a été possible grâce aux gestionnaires jeunesse qui, soucieux de l'amélioration des soins, ont permis aux participants de bonifier la connaissance d'une population de leur territoire.

Sachant que la restructuration des soins peut s'échelonner sur plusieurs années, il serait intéressant de permettre des espaces de dialogue entre les services de santé offerts en première, deuxième et troisième ligne. Il serait tout aussi intéressant d'établir ce partenariat par l'entremise d'une vision holistique et globale non stigmatisante de la personne s'appuyant sur l'expérience de pays ayant déjà élaboré prioritairement une structure de soins pour cette clientèle (Angleterre, Australie). Le développement des projets pilotes conjoints est nécessaire en vue d'identifier et d'utiliser des pratiques efficaces et complémentaires qui ont déjà permis d'améliorer significativement la vie d'un bon nombre de personnes. Bien que les participants trouvent difficile d'intervenir avec les parents ayant un TPL, ils veulent contribuer à l'amélioration des services. Ils nomment avec authenticité les difficultés, les besoins et les modes de soutien nécessaires aux bons soins des enfants et de leurs parents. Une réflexion en profondeur a été réalisée et fait l'objet d'un second article intitulé « Difficultés, besoins et mode de soutien des professionnels jeunesse impliqués auprès d'enfants dont un parent présente un trouble de personnalité limite ».

Références

- Adshead, G. (2003). Dangerous and severe parenting disorder? Personality disorder, parenting and new legal proposals. *Child Abuse Review, 12*(4), 227-237.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2014). *Une réalité unique, un projet commun. Cadre de référence montréalais pour les plans de services individualisés et intersectoriels (PSII) pour les jeunes de 4 à 21 ans*. Repéré à https://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89510-816-0.pdf
- Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides. (2013). *Cadre de référence pour l'élaboration d'ententes de collaboration. Guide visant l'arrimage des services aux jeunes en difficulté et à leur famille*. Révisé en décembre 2013. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2436126>
- Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides. (2014). *Politique en matière de retrait du milieu familial et placement d'un enfant (LSSSS)*. Repéré à <https://cdi.merici.ca/2015-04-15/placement-enfant.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Washington, DC: Authors.
- Barnow, S., Aldinger, M., Arens, E. A., Ulrich, I., Spitzer, C., Grabe, H. J., & Stopsack, M. (2013). Maternal transmission of Borderline Personality Disorder symptoms in the community-based Greifswald Family Study. *Journal of Personality Disorders, 27*(6), 806-819.
- Barnow, S., Spitzer, C., Grabe, H. J., Kessler, C., & Freyberger, H. J. (2006). Individual characteristics, familial experience, and psychopathology in children of mothers with Borderline Personality Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45*(8), 965-972.
- Beaudry, M. (2016). *Les mères avec un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse : un paradoxe entre les difficultés et les services* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Montréal, QC.
- Bendib, B., Bensaber, B., & Fuseau, A. (2016). Construction diagnostique et thérapeutique d'un trouble de la personnalité borderline à l'adolescence. *L'information psychiatrique, 92*(2), 143-149. doi: 10.1684/ipe.2016.1450
- Bessette, M. (2010). Psychothérapie des troubles de la personnalité : quand l'impasse n'est pas du côté du client. *Santé mentale au Québec, 35*(2), 87-116.

- Betan, E., Heim, A. K., Conklin, C. Z., & Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *The American Journal of Psychiatry*, *162*(5), 890-898.
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., Mashiah, M., Segal, M., Grinshpoon, A., Fischel, T., & Iancu, I. (2015). The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of patients with Borderline Personality Disorder. *BMC Psychiatry*, *15*(2). doi: 10.1186/s12888-014-0380-y
- Boucher, N., & Jourdan-Ionescu, C. (soumis). Difficultés, besoins et modes de soutien des professionnels jeunesse impliqués auprès d'enfants dont un parent présente un trouble de personnalité limite. *Revue québécoise de psychologie*.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C., Friend, A., Roth, C., ... Baugher, M. (1993). Psychiatric risk factors for adolescent: A case control study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *32*(3), 521-529.
- Centre national d'excellence en santé mentale. (CNESM, 2017). *Cadre de référence. Offre de services de groupe pour troubles de la personnalité en contexte de 1^{re} ligne santé mentale – Le trouble de personnalité limite*. Repéré à <http://www.douglas.qc.ca/uploads/File/Centre%20national%20d%27excellence%20en%20sant%C3%A9%20mentale/060717-Offre%20de%20services%20TPL.pdf>
- Chanen, A. M. (2015). Borderline Personality Disorder in young people: Are we there yet? *Journal of Clinical Psychology*, *71*(8), 778-791.
- Chanen, A. M., Berk, M., & Thompson, K. (2016). Integrating early intervention for Borderline Personality Disorder and mood disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, *24*(5), 330-341.
- Chanen, A. M., & Kaess, M. (2012). Developmental pathways to Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports*, *14*(1), 45-53.
- Chanen, A. M., & Mc Cutcheon, L. (2013). Prevention and early intervention for Borderline Personality Disorder: Current status and recent evidence. *The British Journal of Psychiatry*, *202*(s54), s24-s29. doi: 10.1192/bjp.bp.112.119180
- Chanen, A. M., Sharp, C., & Hoffman, P. (2017). Global Alliance for prevention and early intervention for borderline personality disorder: A novel public health priority. *World Psychiatry*, *16*, 215-216.
- Crandell, L., Patrick, M., & Hobson, P. (2003). 'Still-face' interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-month-old-infant. *British Journal of Psychiatry*, *183*, 239-247.

- Dawson, D. F. (1988). Treatment of the borderline patient, relationship management. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33(5), 370-374.
- Desrosiers, L. (2012). *Modèle de l'engagement et de l'abandon de traitement de l'adolescent avec trouble de personnalité limite* (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Trois-Rivières, QC.
- Distel, M., Trull, T. J., Derom, C. A., Thiery, E. W., Grimmer, M. A., Martin, N. G., ... Boomsma, D. I. (2008). Heritability of Borderline Personality Disorder features is similar across three countries. *Psychological Medicine*, 38(9), 1219-1229.
- Feenstra, D. J., Busschbach, J. J. V., Verheul, R., & Hutsebaut, J. (2011). Prevalence and comorbidity of Axis I and Axis II disorders among treatment refractory adolescents admitted for specialized psychotherapy. *Journal of Personality Disorders*, 25(6), 842-850.
- Feldman, R. B., Zelkowitz, P., Weiss, M., Vogel, J., Heyman, M., & Paris, J. (1995). A comparison of the families mothers with Borderline and Non Borderline Personality Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 36(2), 157-163.
- Fonagy, P., Speranza, M., Luyten, P., Kaess, M., Hessels, C., & Bohus, M. (2015). ESCAP Expert Article: Borderline Personality Disorder in adolescence: An expert research review with implications for clinical practice. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(11), 1307-1320. doi: 10.1007/s00787-015-0751-z
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J. G., & Bateman, A. W. (2003). The developmental roots of Borderline Personality Disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(3), 412-459.
- Gouvernement du Québec. (2007). *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Programme-services Jeunes en difficulté 2007-2012*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-838-04.pdf>
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533-545. doi: 10.4088/jcp.v69n0404
- Gross, R., Olfson, M., & Gamerov, M. (2002). Borderline Personality Disorder in primary care. *Archives of International Medicine*, 162(1), 53-60.

- Guedeney, N., & Guedeney, A. (2006). *L'attachement : concepts et applications* (2^e éd.). Paris, France : Masson.
- Gunderson, J. G. (2009). Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a diagnosis. *The American Journal of Psychiatry*, 166(5), 530-539.
- Institut national de santé publique du Québec. (2015). *Surveillance des troubles de la personnalité au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1996_Surveillance_Troubles_Personnalite.pdf
- Kazdin, A. (1996). Dropping out of child psychotherapy: Issues for research and implications for practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1(1), 133-156.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kiel, E., Gratz, K. L., Moore, S. A., Litzman R. D., & Tull, M. T. (2011). The impact of borderline personality pathology on mother's responses to infant distress. *Journal of Family Psychology*, 25(6), 907-918.
- Lamont, A. (2006). Mothers with Borderline Personality Disorder. *Graduate Student Journal of Psychology*, 8(1), 39-43.
- Laporte, L. (2007). Un défi de taille pour les centres jeunesse. Intervenir auprès des parents ayant un trouble de personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 32(2), 97-114.
- Laporte, L., Baillargeon, L., Sanchez, I., & Desrosiers, L. (2014). Être intervenant auprès de parents ayant un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse : quand la souffrance de l'un se conjugue au désarroi de l'autre. *Revue de psychoéducation*, 43(2), 323-347.
- Laporte, L., & Friedland, N. (2013, Juin). *Les mères ayant un trouble de personnalité limite et le système de protection de la jeunesse : déterminants et conséquences des disparités entre besoins et services*. Journées professionnelles Batshaw, Montréal, QC.
- Lemay, M. (2014, Septembre). *Formation l'action en partenariat interdisciplinaire et intersectoriel dans le secteur jeunesse. Les démarches de plans de services individualisés et intersectoriels (PSII) pour les jeunes âgés de 4 à 21 ans à Montréal*. Conférence à l'Université de Sherbrooke, QC.

- Le Nestour, A., Apter-Danon, G., Héroux, C., Mourgues, B., & Patouillot-Slatine, I. (2007). Parentalités limites et prises en charge thérapeutiques. *La psychiatrie de l'enfant*, 50(1), 125-177.
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62(6), 553-564.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1994). Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 297-305.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline Personality Disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461.
- Linehan, M. M. (2014). *DBT® Skills Training Manual* (2^e éd.). New York, NY: The Guilford Press.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757-766. doi: 10.1001/archpsyc.63.7.757
- Lussier, E. (2015). *Étude sur le contretransfert et l'empathie des thérapeutes travaillant avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite ou narcissique* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, QC.
- Macfie, J. (2009). Development in children and adolescents whose mothers have Borderline Personality Disorder. *Child Development Perspectives*, 3(1), 66-71. doi: 10.1111 /j.17508606.2008.00079.x
- Macfie, J., & Swan, S. A. (2009). Representations of the caregiver–child relationship and of the self, and emotion regulation in the narratives of young children whose mothers have Borderline Personality Disorder. *Development and Psychopathology*, 21(3), 993-1011.
- Matthies, S. D., & Philipsen, A. (2014). Common ground in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Borderline Personality Disorder (BPD) – review of recent findings. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1, 3. doi: 10.1186/2051-66731-3

- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C., & Stout, R. L. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: Baseline axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *102*(4), 256-264.
- Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J., & Jacobson, C. M. (2008). Fact or fiction: Diagnosing Borderline Personality Disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review*, *28*(6), 969-981. doi: 10.1016/j.cpr.2008.02.004
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (MSSS, 2005). *Plan d'action en santé mentale jeunesse 2005-2010. La force des liens*. Repéré à publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-914-01.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (MSSS, 2013). *Cadre de référence pour les ententes de collaboration CSSS-Centres jeunesse - Programme-services Jeunes en difficulté*. Repéré à publications.msss.gouv.qc.ca/msss/sujets/jeunes-en-difficulte
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (MSSS, 2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020. Faire ensemble et autrement*. Repéré à publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (MELS, 2008). *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes. Guide d'élaboration d'un protocole d'entente sur la prestation conjointe de services aux jeunes par le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux*. Repéré à http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_c_ompl/MELS-MSSS_Guide-elaboration.pdf
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). *Borderline Personality Disorder: Treatment and management*. Repéré à <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78/evidence/bpd-full-guideline-242147197>
- National Health and Medical Research Council. (NHMRC, 2012). *Clinical practice guideline for the management of Borderline Personality Disorder*. Melbourne, Australie: National Health and Medical Research Council.
- Newman, L. K., & Stevenson, C. S. (2008). Issues in infant-parent psychotherapy for mothers with Borderline Personality Disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *13*(4), 505-514.

- Newman, L. K., Stevenson, C. S., Bergman, L. R., & Boyce, P. (2007). Borderline Personality Disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions: Preliminary findings. Australian et New Zealand. *Journal of Psychiatry*, 41(7), 598-605.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en science humaine et sociale* (4^e éd.). Paris, France : Armand Colin.
- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (2001). The 27-year follow-up of patients with Borderline Personality Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 482-487.
- Pfeffer, C. R., Klerman, G. L., Hurt, S. W., Kakuma, T., Peskin, J. R., & Siefker, C. A. (1993). Suicidal children grow up: Rates and psychosocial risk factors for suicide attempts during follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(1), 106-113.
- Pompil, M., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2005). Suicide in Borderline Personality Disorder: A meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(5), 319-324.
- Renaud, J., Brent, D. A., Birmaher, B., Chiappetta, L., & Bridge, J. (1999). Suicide in adolescents with disruptive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(7), 846-851.
- Rouillon, L., Cailhol, L., Raynaud, J.-P., Hazane, F., Carpentier, L., & Garrido, C. (2012). Les mères borderline : comprendre et soutenir les interactions avec leur(s) enfant(s). *L'information psychiatrique*, 88(3), 187-193.
- Sansone, R. A., Farukhi, S., & Wiederman, M. W. (2011). Utilization of primary care physicians in borderline personality. *General Hospital Psychiatry*, 33(4), 343-346. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2011.04.006
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Sanislow, C. A., & Stout, R. L. (2005). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): Overview and implications. *Journal of Personality Disorders*, 19(5), 487-504.
- Stepp, S. D., Whalen, D. J., Pilkonis, P. A., Hipwell, A. E., & Levine, M. D. (2012). Children of mothers with Borderline Personality Disorder: Identifying parenting behaviors as potential targets for intervention. *Personality Disorders*, 3(1), 76-91.

- Toupin, J., Pauzé, R., Frappier, J.-Y., Cloutier, R., & Boudreau, J. (2004). *La santé mentale et physique des adolescents québécois des Centres jeunesse : une étude cas-témoin*. Rapport final d'une étude financée dans le cadre du programme d'Initiative sur la Santé de la Population Canadienne (ISPC). Repéré à https://www.researchgate.net/profile/Jean_Toupin/publication/242387387_La_sante_mentale_et_physique_des_adolescents_Quebecois_des_Centres_jeunesse_une_etude_cas-temoin/links/54be682b0cf218d4a16a5fb6/La-santementale-et-physique-des-adolescents-Quebecois-des-Centres-jeunesse-une-etude-cas-temoin.pdf
- Young, S. (2013). *Programme-cadre montréalais en négligence, guide pratique. Programme Alliance : un réseau pour le mieux-être de l'enfant et sa famille* (Document adopté à la Table régionale des directeurs du programme-services Jeunes en difficulté, le 28 janvier 2013). Montréal, QC : Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire. Repéré à <http://observatoiremaltraitance.ca/Documents/Programmecadre%20montr%C3%A9alais%20en%20n%C3%A9gligence%202013.pdf>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1733-1739.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Hennen, J., & Silk, K. R. (2005). Adult experiences of abuse reported by borderline patients and Axis II comparison subjects over six years of prospective follow-up. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(6), 412-416.
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Bradford Reich, R., Vera, S. C., Marino, M. F., & Frankenburg, F. R. (1997). *Reported pathological childhood experiences associated with the development of Borderline Personality Disorder*. Repéré à https://www.barendspsychology.com/wpcontent/uploads/2016/06/Reported_pathological_childhood_experien.pdf

ClicCourts.com

Article 2

Difficultés, besoins et modes de soutien des professionnels jeunesse impliqués auprès d'enfants dont un parent présente un trouble de personnalité limite

**DIFFICULTÉS, BESOINS ET MODES DE SOUTIEN DES PROFESSIONNELS
JEUNESSE IMPLIQUÉS AUPRÈS D'ENFANTS DONT UN PARENT
PRÉSENTE UN TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE**

**DIFFICULTIES, NEEDS AND SUPPORT FOR YOUTH PROFESSIONALS
INVOLVED IN CHILDREN WITH PARENTS WITH LIMITED
PERSONALITY DISORDER**

Nathalie BOUCHER

Université du Québec à Trois-Rivières

Nathalie.Boucher1@uqtr.ca

Colette JOURDAN-IONESCU

Université du Québec à Trois-Rivières

Colette.Jourdan@uqtr.ca

Adresse de correspondance : Nathalie Boucher, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, 3351, bld. des Forges, Trois-Rivières (Québec), G9A 5H7, Canada.

Difficultés, besoins et modes de soutien des professionnels jeunesse impliqués auprès d'enfants dont un parent présente un trouble de personnalité limite

Résumé

Cet article a pour objectif d'identifier les difficultés, les besoins et les modes de soutien nécessaires à 12 professionnels jeunesse de première ligne qui travaillent auprès d'enfants dont un parent présente un trouble de personnalité limite (TPL). Les résultats révèlent que les professionnels vivent des défis importants. Ils identifient des besoins qui se situent au niveau personnel, professionnel et organisationnel. Certaines modalités de soutien clinique s'avèrent assez efficaces. Par contre, les professionnels demandent prioritairement que l'organisation développe une offre de services multiaxiale adaptée aux besoins importants de cette population.

Mots clés : Soutien professionnel, première ligne, enfants, parents, trouble de personnalité limite, besoins des professionnels

Abstract

This article aims at identifying challenges, needs and means of support required by 12 professionals in the Youth Team on first line intervention services working with children living with a parent affected by a Borderline Personality Disorder (BPD). Results reveal that professionals have to face great challenges. They identify needs at personal, professional and institutional levels. Some clinical supports are considered quite efficient, but professionals are requesting in priority that the institution develops a multiaxial service offer adapted to the great needs of this population.

Keywords: Professional support, First line intervention, Children, Parents, Borderline Personality Disorder, Needs for professionals

Contexte théorique

On estime qu'environ 22,5 % des mères qui reçoivent des services de la protection de l'enfance des centres jeunesse de Montréal présentent un trouble de personnalité limite (TPL) avéré ou probable (Laporte & Friedland, 2013). Sans connaître la prévalence des parents qui consultent les services de proximité, on croit que plusieurs d'entre eux ont été préalablement orientés vers les services volontaires. Il existe peu d'études qui présentent le portrait des parents et de leurs enfants bénéficiaires des services de première ligne. Nous avons aussi peu d'informations sur les défis que relèvent ces professionnels dispensateurs de soins.

La première partie de la recherche exploratoire menée par Boucher et Jourdan-Ionescu (2018) a permis de tracer le portrait de 12 parents ayant un TPL et de leurs enfants desservis par les professionnels de première ligne. Cet article constitue la seconde partie de l'étude et a pour objectif d'identifier les difficultés, les besoins et les modes de soutien nécessaires à la pratique de ces mêmes professionnels. La question de recherche sous-tend que la connaissance des difficultés, des besoins et des modalités de soutien permettra de mettre en lumière le vécu et la représentation qu'ont les professionnels de leur travail et de dégager des pistes de solution pour définir un soutien clinique adapté.

Trouble de personnalité limite

Le TPL est un trouble mental grave qui est caractérisé par une instabilité persistante qui affecte les sphères affectives, cognitives, relationnelles et identitaires de la personne.

Ce trouble s'exprime à travers des manifestations d'instabilité et d'intensité dans les relations interpersonnelles, d'hypersensibilité au rejet et à l'abandon, de perturbation de l'identité de soi et de difficultés au niveau de la régulation émotionnelle. Ces symptômes débutent généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte (American Psychiatric Association, 2013). Les personnes qui présentent un TPL vivent des émotions intenses de tristesse, de colère, d'anxiété et de vide affectif. Elles présentent une souffrance importante et peuvent avoir recours de façon impulsive à des comportements dommageables, allant de la consommation excessive de substances à l'automutilation, à la répétition de gestes suicidaires. On estime qu'entre 4 et 10 % d'entre eux décèderont par suicide (Paris & Zweig-Frank, 2001; Zanarini, Frankenburg, Reich, Hennen, & Silk, 2005).

Le TPL est considéré comme une affection hétérogène complexe et ses symptômes chevauchent souvent ceux d'autres troubles (McGlashan et al., 2000; Skodol et al., 2005). Au cours de leur vie, plusieurs personnes ayant un TPL présenteront des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, de l'abus de substances (Grant et al., 2008) et chez les femmes, des troubles alimentaires (Zanarini et al., 1998). La présence d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) est également fréquente (Matthies & Philipsen, 2014) ainsi que celle du trouble de stress post-traumatique (Zanarini et al., 1998).

Ce trouble de santé mentale sérieux entraîne une souffrance importante pour les personnes qui en sont affligées, mais également pour les membres de leur famille. On observe que les enfants de parents ayant un TPL présenteraient plus de problèmes d'ordre émotionnel, comportemental et ils auraient une plus faible estime de soi (Barnow, Spitzer, Grabe, Kessler, & Freyberger, 2006). La combinaison d'influence génétique, de vulnérabilités environnementales ainsi que l'importance des symptômes mettraient également ces enfants plus à risque de développer un trouble de santé mentale, et plus particulièrement un TPL (Barnow et al., 2013; Chanen, Berk, & Thompson, 2016; Distel et al., 2008; Stepp, Whalen, Pilkonis, Hipwell, & Levine, 2012).

Portrait de 12 enfants et de leurs parents : résultats de l'analyse exploratoire de la présente recherche. Les résultats obtenus à la première partie de cette recherche (Boucher & Jourdan-Ionescu, 2018) rejoignent ceux des différentes études citées en termes de comorbidité de problèmes de santé mentale et d'adversité familiale. Parmi les 12 enfants ciblés âgés de 9 à 17 ans, 67 % ont déjà un diagnostic psychiatrique dont 33 % ont un TPL (100 % des adolescentes de plus de 15 ans), 75 % ont rapporté des difficultés scolaires faisant vivre de la détresse, 58 % ont mentionné vouloir mourir et près de 42 % ont posé des gestes d'automutilation. Ils sont 33 % à avoir rapporté de la négligence et des abus compromettant leur sécurité et leur développement. De ces jeunes, 42 % ont été retirés volontairement de leur milieu familial et pour la majorité, plus de deux fois. La durée des services reçus était de plus de 12 mois pour 83 % des enfants dont 33 % recevaient des soins depuis plus de 24 mois. La plus grande intensité de services a été

enregistrée pour les trois adolescentes de plus de 15 ans qui ont cumulé 206, 211 et 223 interventions. Pour la plupart des enfants, on note la précocité des symptômes, la gravité des agirs et la récurrence de comportements qui affectent plusieurs sphères de leur vie.

Pour leur part, plusieurs des 12 parents ayant un TPL ont révélé aux professionnels vivre une situation économique précaire. Ils relatent de l'abandon parental, des abus répétés dans l'enfance, de la négligence et des traumatismes relationnels. Pour 33 % d'entre eux, il y a présence de maladies physiques invalidantes et pour 42 % des parents, il y a présence de comorbidité s'ajoutant au diagnostic de TPL (polytraumatismes, dépression, trouble de panique, consommation, etc.). Certains d'entre eux ont bénéficié de plus d'une centaine d'interventions. Considérant que pour tous les participants sauf un, les services rendus se poursuivaient après l'épisode ciblé par la recherche, tout porte à croire que le nombre d'interventions, tant pour les enfants que pour leurs parents, a continué d'augmenter.

Devant l'expression d'une telle intensité et d'une si grande complexité clinique, les professionnels ont mentionné vivre plusieurs défis liés à ce travail d'accompagnement de l'enfant et de son parent présentant un TPL.

Impact des manifestations du trouble de personnalité limite dans la dispensation des soins. Bien que la littérature fasse état de bons pronostics de changement concernant

les personnes présentant un TPL (Bateman & Fonagy, 2009; Biskin & Paris, 2012; Choi-Kain, Albert, & Gunderson, 2016; Linehan et al., 2006), cette clientèle reste encore stigmatisée. Ces personnes provoquent l'aversion, voire l'inquiétude de bon nombre de professionnels, et ce, avant même le début de la dispensation des soins (Linehan, 1993). L'instabilité émotionnelle, les débordements hostiles et les gestes suicidaires ou parasuicidaires augmentent le niveau de stress des professionnels ambulatoires impliqués auprès d'eux et contribuent aux difficultés nommées par ces derniers (Bodner, Cohen-Fridel, & Iancu, 2011; Paré-Miron, 2010). Cette clientèle qui engendre depuis toujours de grandes difficultés pour les thérapeutes (Paris, 1996) est encore assujettie à éprouver fortement la relation à travers les charges négatives intenses de contretransfert qu'elle génère (Bessette, 2012; Betan, Heim, Conklin, & Westen, 2005; Bodner et al., 2015; Liebman & Burnette, 2013; Normandin & Ensink, 2007; Rossberg, Karterud, Pederson, & Friis, 2007). Ces patients poussent les professionnels dans leurs limites, relèvent leurs failles et de par leur ambivalence, remettent en question régulièrement leur désir de recevoir des soins (Bouchard, 2010; Cailhol & Ragonnet, 2013; Van Damme, 2006).

Le maintien d'attitudes empreintes de bienveillance, de compassion, de non-jugement et d'objectivité (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009) s'avère donc plus que difficile. Les professionnels qui sont confrontés à cette clientèle éprouvent des émotions de colère ou d'hostilité qui peuvent parfois miner le déroulement du processus thérapeutique (Bessette, 2010; Bouchard, 2010; Linehan, 1993, 2014) et entraver la compréhension juste du client (Normandin & Ensink, 2007).

Au Québec, l'étude menée par Laporte, Baillargeon, Sanchez et Desrosiers (2014) auprès de 104 professionnels issus du centre de la protection de la jeunesse (deuxième ligne) rapporte que les intervenants vivent du découragement et de l'impuissance. Ils nomment se sentir déstabilisés et désorganisés par les parents présentant un TPL. Une participante dira : « *On est tous sur le bord du burn out* » et une autre : « *À un moment donné, t'es pu capable. Pis t'as rien pour t'accrocher.* » Certains nomment même avoir envie d'éviter ces parents, de les laisser tomber ou encore de placer rapidement l'enfant pris en charge par leur institution.

Ce qui est intéressant c'est que de leur côté, lorsqu'interrogées, les mères présentant un TPL qui sont desservies par le centre de la protection de la jeunesse diront que parmi les principales expériences négatives vécues, figure justement la relation avec l'intervenant (Beaudry, 2016).

Ces mères disent qu'elles se sentent par moment jugées et stigmatisées en raison de leur problème de santé mentale. Elles s'engageraient fréquemment dans des relations de confrontation avec les professionnels plutôt que de collaborer à leurs soins. Elles nomment être perçues comme étant de mauvaises mères alors qu'elles vivent des impasses importantes dans leur relation avec leur enfant et souhaitent au bout du compte faire davantage équipe avec leur intervenant.

Mesures de soutien offerts aux professionnels offrant des services aux personnes présentant un TPL. Faire équipe avec son intervenant pourrait bien se traduire par l'amélioration de cette relation éprouvée pour l'un et éprouvante pour l'autre. Pour Bouchard (2010), la qualité du lien s'avère être essentielle à la qualité des soins et à la réussite des traitements. Lecomte (2014) rappelle d'ailleurs que, toutes thérapies confondues, un des facteurs les plus importants pour expliquer la variabilité des résultats thérapeutiques est sans contredit le psychothérapeute. Pour Dawson (1988) et Dimeff et Linehan (2001), la mise en application pertinente et efficace d'interventions spécialisées avec les personnes ayant un TPL est une danse qui est intrinsèquement liée à la capacité qu'a le professionnel d'établir une alliance thérapeutique, de suivre le mouvement et de réguler les impasses relationnelles qui se créent.

Or, la communauté scientifique identifie des mesures de soutien clinique permettant en partie de tisser ce maillage empreint de confiance, de bienveillance et de non-jugement dans l'arrimage relationnel recherché.

De façon unanime, les quatre traitements reconnus empiriquement selon les normes des bonnes pratiques (*Dialectical Behavioral Therapy*, *Mentalization-Based Treatment*, *Transference-Focused Psychotherapy* et *General Psychiatric Management*) soutiennent la pertinence que les professionnels puissent bénéficier de formation et de supervision (Choi-Kain et al., 2016; National Health and Medical Research Council [NHMRC], 2012).

Pour ces approches préconisées, il s'avère essentiel que les thérapeutes soient accompagnés et soutenus de façon continue.

La formation permettrait d'augmenter les connaissances tandis que la supervision offrirait un espace sécuritaire sans jugement dans lequel le professionnel pourrait ventiler, identifier les charges associées à ses impasses, normaliser la situation et réfléchir aux étapes de soins à offrir (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; NHMRC, 2012). Bien que ces études soient à considérer sérieusement, elles ont été pour la majorité d'entre elles conduites en deuxième et troisième ligne.

Très peu d'études ont permis d'identifier les défis spécifiques et les mesures de soutien à offrir aux professionnels œuvrant auprès des enfants et de leurs parents utilisant des services volontaires de première ligne. Alimenter ces questions permettrait possiblement de soutenir le développement de compétences, d'améliorer le sentiment d'efficacité et de prévenir l'épuisement des professionnels jeunesse offrant des soins de proximité.

Cette recherche exploratoire tente donc d'identifier les difficultés et de cerner les besoins et les modalités de soutien nécessaires aux professionnels jeunesse de première ligne intervenant auprès d'enfant dont un parent présente un TPL.

Méthode

Le choix d'un devis de recherche qualitatif à cas multiples s'est imposé pour cette étude qui avait une visée descriptive et exploratoire.

Participants

Le groupe de participants est constitué de professionnels jeunesse (N = 12; psychologues, psychoéducateurs et travailleurs sociaux, âgés en moyenne de 39,5 ans) œuvrant au sein des programmes-services dédiés à la clientèle jeunesse de première ligne situés dans une région urbaine du Québec. Onze femmes et un homme ont accepté volontairement de participer à la recherche qualitative de type exploratoire. Ils ont tous complété un processus méthodologique multiméthodes.

Démarche de mesures multiméthodes

La démarche multiméthodes utilisée dans le cadre de cette recherche permet d'identifier les difficultés, les besoins et les modalités de soutien de 12 professionnels travaillant auprès d'enfants dont un parent présente un TPL. Dans un premier temps, les participants devaient identifier un enfant dont le parent présente un trouble de la personnalité avéré ou probable (qui réponde aux critères diagnostiques du DSM-5 selon leur évaluation clinique). Le suivi de cet enfant devait être actif ou terminé depuis moins de deux ans. Une fois l'enfant identifié, les participants devaient compléter le processus de recherche élaboré en fonction de trois étapes distinctes.

La première étape consistait à répondre à trois questionnaires qui visaient à documenter : (1) le profil du participant; (2) celui de l'enfant; et (3) celui du parent ayant un TPL. Les questionnaires comportaient chacun entre 6 et 11 questions dont certaines avec quelques sous-questions à développement. La durée d'achèvement estimée était de quelques minutes à quelques heures selon le portrait clinique de l'enfant et du parent ciblé. Les données recueillies par ces questionnaires permettaient d'obtenir de l'information non nominative sur chacun d'eux et d'explorer la durée et l'intensité des interventions réalisées par les participants.

La seconde étape consistait en une entrevue individuelle semi-structurée d'une durée de 90 minutes. Le but de cette démarche était d'approfondir les informations cliniques concernant les enfants et leurs parents, de documenter le vécu des participants ainsi que les besoins et les modes de soutien nécessaires dans l'exercice de leurs fonctions. Ces entrevues ont été menées par une assistante de recherche.

Enfin, la troisième étape consistait à remplir un dernier questionnaire de validation et de priorisation des informations obtenues au moyen de l'entrevue semi-structurée de la seconde étape. Ce dernier questionnaire a été acheminé suivant la réalisation des entrevues. Il présentait une synthèse des informations recueillies auprès des 12 participants et chacun d'eux devait valider cette synthèse, compléter les éléments manquants et commenter ceux non conformes. Le questionnaire se terminait par l'organisation des données présentées sous forme d'une figure et d'un tableau qui devaient

également être commentés. Notons que les outils de la collecte de données utilisés dans le cadre de la recherche globale (questionnaires et entrevues semi-structurées) ont été conçus par les auteures de cet article.

Une fois les trois étapes complétées, les premières analyses se sont centrées sur les données concernant les enfants, les parents et les participants, la durée, l'intensité des services ainsi que les différents partenaires impliqués dans la prestation de soins. Ces données ont été colligées et enregistrées dans le logiciel d'analyse de données NVivo version 11.

Les entrevues semi-structurées ont été enregistrées selon les normes d'éthique et les verbatim ont tous été transcrits par deux assistantes de recherche. La transcription a ensuite été transférée sur le logiciel d'analyse de données NVivo version 11. Le processus de classification des informations a été réalisé selon la méthode qualitative d'analyse thématique pour les entrevues semi-structurées (Paillé & Mucchielli, 2016). Cette méthode d'analyse comprend la lecture minutieuse des entrevues et le choix des unités informationnelles qui seront conservées. Vient ensuite la définition des catégories et la classification des unités de sens. L'analyse du contenu de ces catégories permet d'arriver à l'interprétation des résultats obtenus qui finalise les étapes nécessaires au processus. Il faut toutefois mentionner que le processus de catégorisation a subi plusieurs transformations avant d'arriver à la version qui fut présentée aux participants dans le questionnaire de validation des données de la troisième étape. Après cette dernière collecte

de données, une nouvelle analyse a permis d'ajouter et de classifier les informations obtenues au questionnaire de validation et de priorisation. Ensuite, le croisement des données a été effectué par l'encodage matriciel permettant de faire les liens entre les réponses obtenues aux questionnaires et les informations obtenues lors de l'entrevue semi-structurée. Les données de recherche ont été révisées par un vérificateur externe indépendant à plusieurs étapes de ce processus.

Une fois les trois étapes complétées, les premières analyses se sont centrées sur les données concernant les enfants, les parents et les professionnels, le type, la durée et l'intensité des services. Dans le présent article, les principaux résultats qui seront présentés sont issus de la deuxième et de la troisième étape. Les données obtenues concernant le portrait des enfants, de leurs parents ainsi que le vécu des professionnels ont fait l'objet d'un premier article (Boucher & Jourdan-Ionescu, 2018).

Résultats

L'analyse des propos des professionnels mis en lien avec le portrait des enfants et des parents ciblés a permis de définir trois axes de difficultés et de besoins rencontrés. Les axes ont été définis en fonction des domaines qu'ils touchent, plus particulièrement : 1) l'axe personnel; 2) l'axe professionnel; et 3) l'axe organisationnel. Chacun de ces trois axes est constitué de différentes dimensions reprenant les principaux thèmes identifiés par les participants. Ces dimensions ne sont pas mutuellement exclusives, bien au contraire, elles s'influencent, se complètent et parfois même elles se chevauchent de par leurs

impacts. La Figure 2 illustre, à l'aide d'une carte conceptuelle, les principaux besoins et les modes de soutien tels que rapportés par les participants.

Difficultés et besoins liés à l'axe personnel : des défis humains au-delà de ceux professionnels

Les participants mentionnent se sentir affectés par un enfant qui dit vouloir mourir ou par les blessures qu'une adolescente s'inflige. Ils disent déplorer sincèrement le parcours difficile d'abus que les enfants et les parents ont vécu. Ils nomment avec émotion l'attachement qu'ils ont pour eux « malgré » une relation qui est bien souvent tumultueuse. Ils disent comprendre le sens des réactions impulsives et parfois démesurées qu'ils ont à vivre. La plupart reconnaît que les comportements peuvent être des mécanismes d'adaptation à des conditions de vie éprouvantes. Cependant, force est de constater que par moment, la répétition et l'intensité de ces comportements ont pour eux un impact jusque dans leur vie personnelle. Les besoins qui se dégagent des difficultés qui ont été nommées par les participants sont : 1) maintenir l'équilibre physiologique et psychologique; 2) être et se sentir en sécurité; 3) préserver l'estime de soi; et 4) respecter ses valeurs (voir Figure 2).

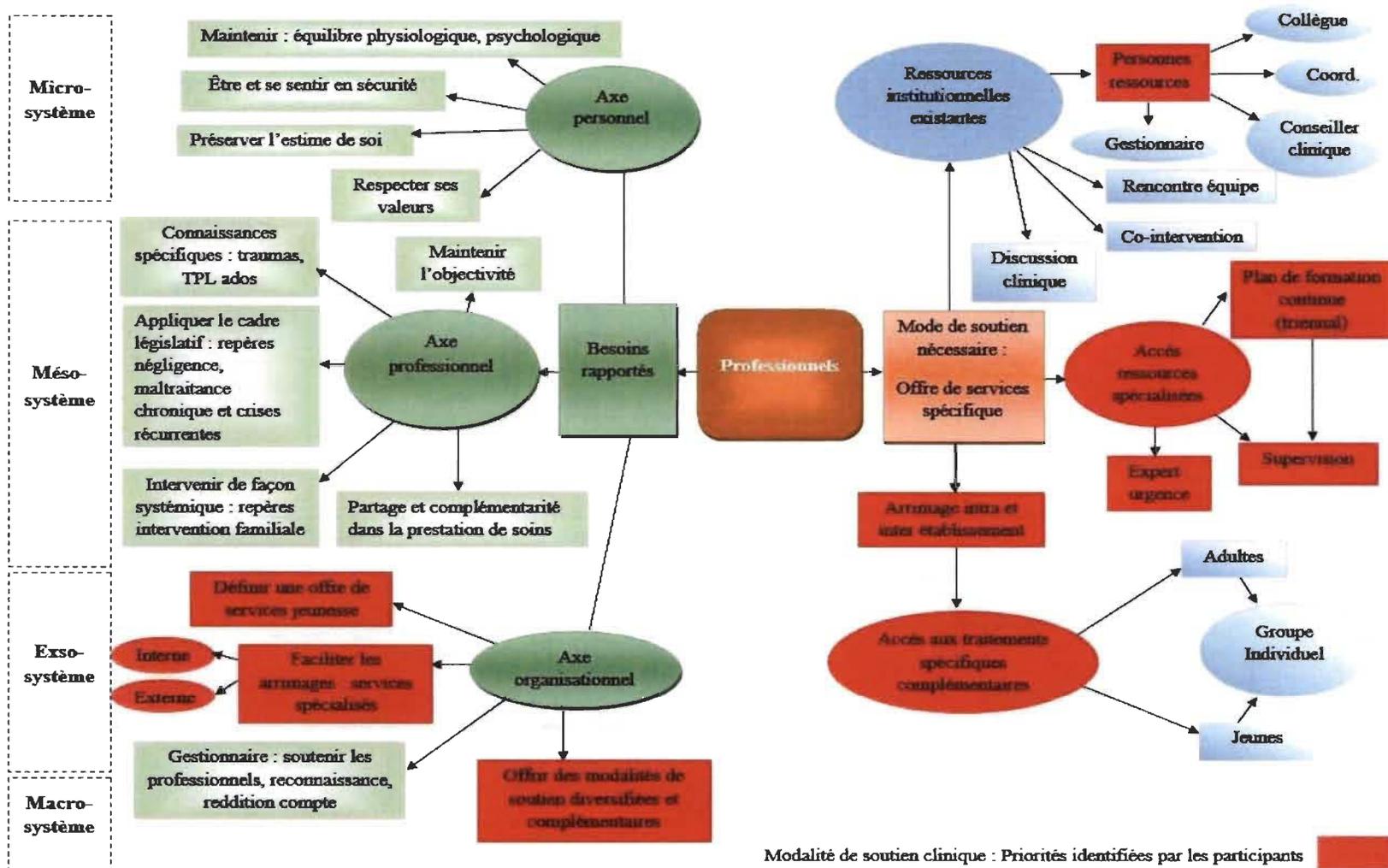


Figure 2. Carte conceptuelle des besoins et modes de soutien des intervenants jeunesse de première ligne.

Maintenir l'équilibre physiologique et psychologique. « *Comment faire en sorte pour ne pas que ça t'envahisse jusque chez toi?* ». Lorsqu'ils sont appelés à gérer certaines situations particulières (crises suicidaires, traumas, violence répétée, placement), les intervenants nomment qu'ils peuvent y penser de façon récurrente en dehors des heures de travail et ils disent éprouver un sentiment de très grande fatigue. Une personne dira : « *j pense que c'est le type de dossier qui peut t'amener rapidement en épuisement...* ». Une autre : « *c'en est un que des fois le samedi matin, je vais penser à ces clients-là. Ouais. Des fois, ils nous envahissent* », et une ajoute « *mon conjoint m'a dit, je comprends que tu es impliquée dans certaines familles, mais il a dit : tu nous as un peu laissés de côté* ».

Être et se sentir en sécurité. Le sentiment d'insécurité physique et psychologique est également éprouvé. Des participants ont fait état de cris et d'injures à leurs égards. Des menaces et du harcèlement téléphoniques ont également été rapportés. Certains nomment « *être constamment aux aguets* », un autre souligne « *se sentir menotté, figé, en état de vigilance, piégé* », et enfin un dernier dira avoir « *peur de recevoir des charges agressives importantes et de la colère* ». Une personne avoue que « *se sentir dénigrée, menacée* » est très difficile. Une participante insiste pour nommer que le besoin de se sentir protégée et en sécurité est plus qu'important. Le « *besoin d'être protégée quand ma sécurité, mon intégrité sont menacées. Ça, c'est clair que c'est un besoin très important* ».

Enfin, tous les participants mentionnent être aux aguets face à l'hostilité, l'instabilité et à l'imprévisibilité de l'humeur du parent : « ... *des fois, y faut j'me mette une armure parce que je ne sais jamais avec le temps ce qui va rentrer, avec quelle vitesse, avec quelle force d'impact...* ».

Préservation de son estime personnelle et respecter ses valeurs. Les professionnels disent ressentir plusieurs émotions qui amènent une certaine remise en question. Une personne confie : « *Ça m'a amenée toutes sortes d'autres questionnements aussi, des remises en question sur mes compétences... Ça m'a amenée aussi à être parfois honteuse de dire que j'trouvais ça lourd, que j'trouvais ça harcelant* ». Ils observent une hypervigilance, un émoussement de l'estime de soi et une remise en question de leurs qualités personnelles. Ils rapportent que leur intégrité peut être remise en question et que des comportements visant à les humilier publiquement peuvent se produire « ... *j'me suis fait dénigrer tout le long... j'ai eu droit à beaucoup d'humiliation là à l'école... c'était difficile* ».

Certains nomment qu'ils sentent une dissonance entre leurs valeurs humaines et certaines situations vécues. Ils trouvent important le respect de l'enfant et observent dans plusieurs contextes que le parent y arrive difficilement. Ils mentionnent que malgré les interventions effectuées, ils ont l'impression d'être le témoin silencieux de comportements de négligence et de maltraitance qui se perpétuent. Une participante dira que le soutien apporté à une enfant victime d'abus sexuels a été particulièrement éprouvant : « *Au niveau*

des abus sexuels là, ça là, j'ai trouvé ça vraiment horrible. Vraiment horrible ». Le manque de cohérence est ressenti lorsqu'ils sont confrontés aux enfants blessés qui ont un parcours de services multiples et pour lesquels la réponse aux besoins n'est pas toujours suffisante ou satisfaisante malgré les tentatives de travailler de façon systémique avec l'ensemble des autres professionnels impliqués.

Difficultés et besoins liés à l'axe professionnel : le travail systémique auprès d'une clientèle jeunesse

Les professionnels nomment que le travail systémique auprès d'enfants, d'adolescents, de familles et des partenaires comporte des difficultés et des particularités. Ils ressortent cinq sphères dans lesquelles les besoins sont spécifiques au travail auprès de cette clientèle : 1) connaissances spécifiques concernant la santé mentale; 2) repères dans le travail systémique auprès de l'enfant, du parent et de la famille; 3) application du cadre législatif en matière de protection de l'enfant; 4) partage et complémentarité des responsabilités dans la prestation des soins; et enfin 5) distance relationnelle nécessaire à l'objectivité professionnelle (voir Figure 2 à la page 100).

Connaissances spécifiques concernant la santé mentale. En faisant référence au vécu des enfants et des parents qu'ils rencontrent, les professionnels disent que par moment, ils ne possèdent pas les connaissances suffisantes pour répondre adéquatement aux problèmes de santé mentale auxquels ils sont confrontés. Ils mentionnent avoir besoin de connaissances au niveau des soins à apporter aux enfants qui présentent des manifestations traumatiques, aux adolescents qui ont un diagnostic de TPL et aux parents

ayant un TPL qui présentent de la comorbidité (dépression, anxiété) et qui adoptent des comportements de négligence ou de maltraitance sévères et persistants. Ils rappellent que l'intervention auprès des personnes présentant un TPL est particulièrement complexe au niveau du portrait clinique à considérer.

« ... la complexité de la situation ou la complexité des deux portraits cliniques individuels, la complexité de l'interaction de tout ça ensemble, la complexité de l'histoire de vie de non seulement la mère parce qu'il y a plein de choses qui appartiennent à son histoire à elle, mais en lien aussi avec son histoire de vie avec son enfant, les traumatismes vécus de part et d'autre... »

Ces traumatismes, ils en perçoivent l'impact dans l'établissement de la relation. Ils disent avoir l'impression d'avoir un « double mandat » auprès d'un parent malade, de son enfant et d'une famille souffrante. La situation se complexifie davantage lorsque les deux parents présentent un problème de santé mentale, lorsque l'enfant a lui aussi un TPL ou que les autres membres de la fratrie manifestent des besoins de soins tout aussi importants. Les professionnels rapportent des défis lorsqu'ils ne possèdent pas les notions suffisantes pour accompagner les parents résistants aux soins ou lorsque ces derniers ne sont pas diagnostiqués. Les services sont alors orientés vers les enfants, ce que l'on peut questionner.

« C'est juste en 2015 que la maman a accepté... elle a eu un diagnostic de trouble de la personnalité, dysthymie. Elle a été référée en santé mentale adulte au groupe relationnel... mais ç'a pris comme sept ans pour qu'elle arrive là. Tandis qu'on a offert des années de service à la jeune à l'école en psychoéducation, à l'urgence, en consultation pédopsychiatrique, ici avec le psychiatre répondant, avec les centres jeunesse... »

Il est demandé que l'on considère le besoin d'acquérir des connaissances afin d'offrir les soins qui sont requis dans le cadre du travail jeunesse. Il en va de même dans l'intervention familiale qu'ils doivent dispenser.

Intervenir de façon systémique : repères dans l'intervention familiale systémique. Les professionnels nomment avoir besoin d'obtenir des indicateurs leur permettant d'identifier la structure des soins à offrir au niveau du suivi familial. Ils demandent aussi de parfaire leurs connaissances des différents outils permettant l'évaluation et la gestion d'une crise suicidaire.

Les participants soulèvent le fait que le travail auprès d'enfants dont un parent présente un TPL comporte des défis. La création d'un lien de confiance avec le parent ayant un TPL demande de l'authenticité, du temps, de la patience et, qu'une fois créée, cette relation porte son lot d'exigences face aux attentes qu'elle génère.

« c'est le poids que ça amenait sur le professionnel. C'était difficile d'établir la confiance, c'était difficile de créer l'alliance avec le parent, mais à partir du moment où cette alliance-là est créée, je pense que j'ai toujours senti une lourdeur ou un poids dans le sens c'est toi la professionnelle, tu vas le sauver-là, tu vas le réparer mon enfant... il faut que l'enfant soit soulagé quand même assez vite. »

La relation avec l'enfant comporte aussi ses particularités. L'enfant peut être méfiant et les manifestations de détresse ambiguës : *« C'est un enfant qu'il faut apprendre à apprivoiser, il était hypervigilant. Aujourd'hui c'est correct, mais au début, ce n'était pas facile de comprendre ses réactions, qu'est-ce que ça veut dire, est-il content, pas content, il réagit à quoi au juste? »*. Une fois le lien créé avec le parent et l'enfant, il est nécessaire

de considérer le rythme de chacun et de s'y adapter en fonction de ce qui est possible dans cet accordage parent-enfant.

« Donc, ça, c'est une autre chose qui n'est pas évidente d'accompagner un enfant qui a un parent TPL dans le sens que ça ne va pas aussi vite qu'on voudrait que ça aille. L'enfant peut faire certains progrès, moi j'ai travaillé beaucoup l'anxiété chez cet enfant-là et j'ai travaillé à trouver des moyens pour qu'il soit capable d'être sensible à l'apprentissage, mais ça ne veut pas dire qu'à la maison, maman était capable de maintenir ce que je montrais. Parfois, ça doublait mon travail... L'enfant prenait conscience de certaines choses, mais là fallait que je fasse le modeling auprès de la mère aussi là... il fallait que je réexplique, il fallait lui montrer et là, il y avait les réactions excessives comme : je ne suis pas une bonne mère... il y avait les nombreux pleurs. Alors, je reprenais ça. Ce n'est pas ça que je vous dis là, je ne vous dis pas que vous n'êtes pas une bonne mère, je vous dis que j'essaie de travailler ça et il faut que ça se maintienne. Donc, il faut que vous essayiez ça à la maison. C'est dans ce sens-là que ça double le travail. »

Dans l'établissement des liens, les professionnels ont l'impression d'être partagés dans la relation entre le parent et l'enfant. Selon eux, ils devront « réparer l'enfant » et s'y consacrer entièrement ou ils auront de la difficulté à le faire exister tellement les besoins du parent sont grands et envahissants (besoins affectifs, déménagement, crise financière, etc.). Ils observent qu'il existe une certaine loyauté de l'enfant envers le parent qui affecte le lien de confiance qui peut se créer *« je me sens souvent coincé quand l'enfant va me confier des choses et que je sais pertinemment que si j'confronte les adultes avec l'information de l'enfant, l'enfant va avoir des représailles »*. Ils ont l'impression que dans certaines situations, l'enfant ne peut pas se confier librement.

« j'ai rencontré l'enfant et il avait plus ou moins le goût d'être en rencontre. C'est certain, ce sont des rencontres où il ne peut pas complètement se livrer. S'il se livre complètement et que je détecte des situations de compromissions, il sait ce que ça veut dire. C'est un enjeu majeur dans cette famille-là ... les adultes ont peur que je signale à la DPJ... donc tout ce que l'enfant peut me dire qui va m'inquiéter peut mener à enlever les enfants. Alors, cet enfant-là sait qu'il doit faire attention à ce qu'il me dit. »

Lorsque la relation se développe avec l'enfant, c'est parfois un défi « *d'accepter les sautes d'humeur, accepter qu'un enfant vive avec un parent ayant un TPL et avec tout ce que ça implique pour l'enfant* ». Ils ajoutent que lorsqu'il y a présence de conflits importants entre les deux parents, l'intensité de services à l'enfant en est encore plus affectée. Ce dernier peut être mis à l'écart des interventions pendant quelques semaines. Ils nomment également se sentir parfois comme l'enfant « *pris entre* » les deux parents. Ils rapportent qu'il est difficile de recevoir les charges négatives que les parents leur adressent et de poursuivre ce lien avec eux en toute bienveillance : « *... on s'est fait discréditer, diminuer en l'espace de 15 minutes, moi physiquement, je me suis retenue là pour pas, pour pas partir* ».

Ils identifient un malaise lorsqu'ils sont confrontés à des parents qui insistent pour obtenir des évaluations psychologiques et pédopsychiatriques pour leur enfant alors que selon leur évaluation, l'enfant n'en a pas besoin : « *ce n'est pas un enfant qui a des troubles de comportement, c'est un enfant qui manque d'affection* ». Pour une autre participante : « *on travaille avec une hypothèse de TDAH, mais moi je vois que l'enfant n'est pas disponible à l'apprentissage parce qu'elle est tout le temps préoccupée pour sa mère... il y a toujours une partie de son cerveau qui est inquiète... qui la rend indisponible à l'apprentissage... il y a tout un contexte familial et de vie autour de ça* ». Ils croient que d'adhérer à ces évaluations comporte un risque de porter préjudice, de stigmatiser l'enfant dans un rôle de « *malade* » et de ne pas adresser l'entièreté du problème.

Le travail avec la fratrie de l'enfant s'avère aussi un défi à gérer; le soutien à un enfant pouvant créer des tensions pour les autres. Les professionnels se demandent de quelle façon offrir de bons services dans le cas d'une famille nombreuse lorsqu'un seul enfant reçoit des services alors que les autres en ont tout autant besoin « *j'ai travaillé... avec la mère et l'enfant, le deuxième ne supportait pas qu'on parle à son frère... il voulait avoir toute l'exclusivité sinon il se désorganisait, il montait dans les fenêtres et il faisait le p'tit singe* ».

Ils estiment également qu'il serait aidant d'avoir accès à des moyens concrets pour expliquer aux enfants la maladie du parent et les impacts sur la famille sans stigmatiser ce dernier : « *Comment expliquer aux enfants ce qui se passe sans porter préjudice au parent, sans que le parent devienne une maladie là* ». La totalité des participants rapporte combien l'intervention auprès des familles est intense « *... je ne suis pas capable de te dire combien de fois j'ai vu la famille, que j'ai eu des discussions. C'était un contact téléphonique par semaine, au moins 40 semaines d'interventions intensives, c'est 40 téléphones plus des rencontres à domicile, etc.* ». Ils se questionnent à savoir est-ce que les suivis devraient être plus importants avec les parents, avec les membres de la famille ou encore avec l'enfant seul? Au fil des épisodes de services, ces questions resurgissent, mais encore plus lorsqu'il y a des situations de crise ou d'urgence.

Gestion des crises et cadre d'intervention. En ce qui concerne la gestion des crises et le maintien du cadre d'intervention, les participants évoquent que les périodes

d'autonomisation, d'éloignement, de ruptures, de changements (passage du primaire au secondaire, l'adolescence) génèrent davantage de crises, de comportements explosifs, imprévisibles et intenses. Ils mentionnent que les interventions comportent une certaine complexité au niveau des soins à offrir et des moyens à mettre en place avec les membres du réseau de l'enfant. C'est particulièrement le cas lorsqu'ils doivent intervenir lors d'une rupture de liens, de crises suicidaires, homicidaires ou d'un placement en urgence d'un enfant. Lorsqu'il y a une activation du système défensif, il devient très difficile de maintenir les liens avec ces parents. Certains d'entre eux entrent dans une relation de combat qui génère des attitudes de méfiance encore plus grandes « ... lorsqu'elle ressent trop d'émotions difficiles à tolérer, la tristesse, la peur, la colère... la mère s'active dans des combats sans fin... et elle devient très paranoïaque ». Pour d'autres, il est extrêmement difficile de sensibiliser les parents à l'importante détresse de leur enfant. Certains banalisent les comportements autoagressifs et peuvent même refuser de se présenter pour permettre la prise en charge de leur jeune.

L'évaluation et la gestion du risque de passage à l'acte suicidaire peut s'avérer être parmi les interventions les plus délicates et difficiles pour les professionnels :

« ... dans des situations d'urgence suicidaire, parfois il n'y a plus de solution possible, là c'est tu places l'enfant ou bien on ne sait pas ce qui va arriver avec elle...tu la places ou elle va mourir... des fois c'est un dilemme et ça nous place dans des positions qui ne sont pas évidentes, ça nous amène dans des situations d'urgence, de crises, donc, ça, c'est pas facile. »

Pour sa part, une participante dira que lors d'une situation de crise suicidaire, il faut « gérer le risque suicidaire, parasuicidaire; recevoir l'intensité de la souffrance, de

la détresse, les gestes de mutilation, mettre un filet de sécurité; désamorcer la crise et avoir accès à l'affect ». Les participants rapportent que la gestion de ces états de crise demande une expertise qui doit être bonifiée au niveau des interventions à appliquer et de celles à éviter. Certains outils utilisés semblent moins ajustés pour les adolescents ayant un TPL (grille Suicide action Montréal) et complexifient le travail d'évaluation et la prise de décision. En se basant sur cet outil, les jeunes se retrouvent régulièrement dans une zone considérée fortement à risque de passage à l'acte et ils sont régulièrement dirigés vers le centre hospitalier. De façon générale, ces derniers en sortent quelques heures après y être entrés. Ils se questionnent grandement sur ce processus d'évaluation qui affecte le jeune, complexifie le travail, éprouve l'alliance et porte peu de fruits au niveau des soins reçus. La gestion de crises demande également une mobilisation de temps et d'énergie et ils rapportent vivre parfois de la culpabilité face à l'impact que cela génère sur la diminution de services aux autres familles tout aussi importantes.

À travers leur accompagnement, les professionnels nomment qu'il est nécessaire d'établir et de maintenir un cadre de travail avec les personnes qui présentent un TPL. Toutefois, la majorité d'entre eux disent avoir de la difficulté à le faire : « *Le parent vient gruger le cadre petit peu par petit peu. On ne voit jamais la fin du suivi...* ». Ils mentionnent que parmi les principales difficultés rencontrées figure celle visant à ajuster le cadre de travail et le plan d'intervention aux besoins changeants de ces familles.

« ... décourageant, c'est décourageant, oui voilà ce que je vis, c'est ça qui est le plus difficile. Être flexible en tant qu'intervenant, devoir être flexible là-dedans parce que oui le cadre est important, mais en même temps, ça prend une forme de flexibilité quelque part. Si moi aussi je suis rigide, on est vraiment mal pris avec madame. »

Le travail familial systémique et la gestion des crises comportent bon nombre de défis dont celui de s'assurer de la sécurité et du bon développement des enfants.

Application du cadre législatif en matière de protection de l'enfant. Bien que la protection de l'enfant soit partie prenante de leur responsabilité professionnelle, les participants disent être régulièrement ambivalents face au signalement à la Direction de la protection de la jeunesse dans certaines situations.

« ... je suis toujours à me demander est-ce que je devrais signaler ou pas. Il n'y a jamais d'éléments suffisamment concrets. À chaque fois je me disais : est-ce que ça serait utile, est-ce que ça les aiderait de signaler, qu'est-ce que ça donnerait? On est toujours sur la marge en sachant qu'on ne voit qu'une pointe d'iceberg, qui a d'autres choses qui se passent en dessous. »

Ils se questionnent lorsque les jeunes sont victimes de négligence affective ou victime de maltraitance (dénigrement constants, menaces verbales, etc.) et que leur situation s'avère « moins compromise » en raison de la subtilité des actes et du caractère volontaire des parents qui disent vouloir s'améliorer. Quel type de services offrir en première ligne alors que certaines de ces familles ont reçu bon nombre de services pendant quelques années et que les comportements ont très peu changé ou même pas du tout? Devant de telles situations, les professionnels trouvent difficile de concilier la protection de l'enfant et le maintien de la relation avec le parent ayant un TPL. Selon eux, le signalement risque

de porter atteinte à la relation de confiance si chèrement gagnée. Il peut s'ensuivre un retrait des services volontaires et une perte de contact avec l'enfant en souffrance. Les professionnels disent avoir besoin que l'on développe des moyens de considérer davantage l'historique des services antérieurs, le type de services rendus, les manifestations comportementales de l'enfant et les capacités de changement réelles du parent (non-compliant aux thérapies offertes). À la suite d'un signalement effectué pour un enfant ayant reçu plusieurs épisodes de services, une participante dira : « *Volontaire là, ce n'est pas comme oui je veux des services, c'est comment est-ce que ça s'actualise. Nous ne sommes pas dans du volontariat* ».

Dans ces situations précises, ils nomment combien la collaboration et la complémentarité des soins sont nécessaires afin d'avoir une vision globale des soins à offrir.

Partage et complémentarité des responsabilités dans la prestation des soins (continuum).

« Parfois, ça aide les partenaires, mais ça peut aussi complexifier les choses (rire). Avoir des versions différentes d'une situation. Eux me rapportent les faits d'une situation, l'enfant me rapporte d'autres faits, l'école me rapporte d'autres faits qu'ils ont vus. Et là, on se dit ouf ce sont toutes des versions un peu différentes et c'est difficile de se faire une idée. Comment on peut les aider avec toutes ces infos-là? »

Les professionnels évoquent que même s'il est nécessaire d'entretenir des liens de collaboration dans la complémentarité des soins, cela s'avère parfois délicat et difficile. Ils disent que ce travail peut être éprouvant puisqu'il remet en scène le même

fonctionnement que la famille : « *Mais c'était, c'était vraiment frappant à quel point on était atteint, contaminé par cette situation-là et qu'on la revivait entre nous autres* ».

Dans de tels contextes, il est plus ardu de réaliser certaines tâches communes pour le bien-être de l'enfant. L'élaboration de plan d'intervention et de plan de services est difficile à actualiser tellement les partenaires peuvent être nombreux, la situation changeante et parfois les relations tendues. Selon les participants, lors de situations complexes, les échanges interdisciplinaires devraient s'effectuer avec ouverture en considérant les points de vue de chacun dans leurs histoires et leurs responsabilités spécifiques face à l'enfant. Cependant, bien que cet objectif soit louable, il n'est pas facile à atteindre en raison des difficultés relationnelles des parents. Ces derniers affichent des comportements d'hostilité et souvent, même s'il est important de considérer justement leurs revendications et de soutenir leurs paroles, ces enjeux demeurent un défi dans le maintien de bons liens avec les partenaires.

« ... À chaque fois qu'elle était appelée, la mère réagissait très intensément, elle débarquait à l'école, discréditait l'ensemble des intervenants, la directrice, l'enseignante qui a quitté son poste et je ne serais pas loin de dire que c'est en lien avec cette situation-là. La mère a beaucoup d'agressivité, elle est comme une personne très impressionnante qui peut parler très près du visage, mais ce n'est pas dirigé nécessairement envers la personne qui est en face d'elle, c'est sa façon impulsive de ne pas être d'accord. »

Pour une autre personne, ce qui s'avère difficile est de demeurer juste dans le soutien au parent et aux partenaires : « ... *il y avait la situation avec l'école, la pression de l'école. Madame n'avait pas tort sur toute la ligne. C'est vrai que d'année en année, le corps enseignant, avec les plans d'intervention, maintenait un peu la réputation de l'enfant. Elle*

était étiquetée négativement ». Certains soulignent que le nombre de partenaires impliqués dans l'accompagnement d'une famille n'est pas garant de leur implication, du travail de collaboration et de la prise en charge conjointe : *« face aux services aussi... Ça a été long. Je vivais un autre sentiment qui est de l'isolement... de l'impuissance, je pensais qu'ils devaient s'impliquer, mais ils ne le faisaient pas »*.

En essayant de conjuguer les différents aspects de leur tâche, les professionnels nomment ressentir souvent de l'épuisement. Ils se demandent jusqu'où mener l'intervention de première ligne lorsqu'un enfant a un diagnostic pédopsychiatrique, qu'il n'obtient pas de services spécialisés, et ce, malgré la précocité des agirs, l'intensité des symptômes, les nombreuses sphères affectées et la dynamique familiale hautement conflictuelle. Selon leurs expériences, lorsque leurs interventions ne s'avèrent pas suffisantes et que les institutions du réseau donnent accès aux services spécialisés, ils observent une évolution positive, un soulagement chez l'enfant et la famille et une diminution des comportements souffrants (placement de l'enfant, participation au groupe *Dialectic Behavior Therapy* [DBT]).

« ... donc ça été bénéfique quand on a rencontré les pédopsychiatres pour mettre un peu de médication et quand finalement la DP a retenu le signalement, ça été bénéfique. Quand elle a été placée, ç'a été très bénéfique... Là elle commence en septembre le programme DBT. Ça aussi c'est bénéfique. »

Cependant, certains éléments ne permettent pas d'avoir accès à ces services spécialisés en raison de facteurs d'exclusion (âge, sexe, comportements trop dangereux), d'incapacité à « prouver » que les enfants en bénéficieraient ou encore en raison d'un arrêt

de ces services (arrêt des groupes DBT) « *beaucoup de critères d'exclusion pour avoir accès au DBT, ce qui ne fait pas beaucoup de sens* ». Une autre personne ajoute : « *ils offrent juste ça aux filles de 14 à 16 ans programme Cadillac (DBT). C'est un projet de recherche... ils ont des critères très spécifiques et il y'a rien d'autre qui s'offre* ».

Devant ce constat, les participants rapportent que les enfants et les parents sont souvent référés et il s'ensuit des séries de discussions et de rencontres pour déterminer qui assurera les services nécessaires : « *On a l'impression d'être dans des portes tournantes de services, CLSC, hôpital, centre jeunesse, ça finit pu* ».

En général, dans de telles situations, les enfants sont réorientés vers les services de première ligne. Les professionnels disent être découragés et choqués qu'à travers tout ce processus, l'enfant n'ait pas obtenu les soins dont il avait besoin. De plus, au niveau de la charge de travail, ils nomment vivre une pression de devoir à nouveau offrir une intensité de services à la même famille et par le fait même, être incapables de répondre aux normes en ce qui a trait au nombre de familles différentes à rencontrer. Selon eux, le manque de personnels, l'instabilité et la restructuration du système de santé (pédopsychiatrie, scolaire, centre jeunesse) ont un impact important sur leur charge de travail.

L'ensemble des facteurs auxquels les professionnels sont confrontés les amène à vivre des émotions intenses et négatives qui, selon eux, affectent parfois leurs services.

Justesse de la distance relationnelle nécessaire à l'intervention : maintenir l'objectivité. Les professionnels disent qu'avec la clientèle jeunesse, la situation est encore plus compliquée que pour les professionnels qui travaillent auprès d'adultes ayant un TPL. Plusieurs nomment qu'il peut s'avérer particulièrement difficile pour un parent de soutenir son enfant à travers ses étapes développementales alors que pour eux-mêmes, ces étapes peuvent évoquer de grandes souffrances. Ils disent se sentir coincés dans ces enjeux parfois fusionnels et vivre de fortes émotions qui peuvent les interpeller dans leur histoire de vie.

« ... ils te font vivre toutes sortes de choses au niveau de leur transfert et au niveau du contretransfert là, des fois ils sont dérangeants, ça te tente de les égorger. D'autres fois, ils te touchent tellement que tu te dis attention là. Qu'est-ce qui m'appartient et qu'est-ce qui appartient à la cliente-là? Personnellement, c'est très demandant parce qu'il faut que tu te regardes aller, faut que tu te demandes est-ce que c'est moi? Est-ce que ça me touche dans mes propres choses à moi ou bien si ça appartient à la cliente? »

Les participants nomment vivre des charges intenses d'impuissance, d'isolement, de colère et de sentiment d'incompétence. Ils veulent « ventiler ». Ils mentionnent se sentir envahis et avoir besoin de moyens de régulation émotionnelle. Plusieurs professionnels évoquent qu'il est essentiel d'avoir recours à différentes modalités de soutien afin d'établir la distance relationnelle nécessaire. Pour certains, un manque de recul peut entraver le processus de soutien : *« ... parfois on ressent et vit la détresse de l'enfant »*. Certains nomment être tentés de prendre parti pour l'enfant contre le parent : *« comment ne pouvez-vous pas voir les besoins de votre fille? Ça vient te chercher... »* ou l'inverse. Ils peuvent modifier l'intensité des services ou même demander d'être retirés de la famille. Enfin,

certaines diront que lorsque la distance n'est pas bien instaurée, ils pourront observer la reproduction de mécanismes adoptés par la famille dans leur intervention.

« ... ce que ça m'a fait vivre, c'est souvent de m'agiter dans l'urgence alors que ça devenait difficile pour moi de prendre une distance parfois par rapport à cette jeune-là. »

Les participants demandent que certains aspects des sphères personnelles et professionnelles soient soutenus par leur organisation. Ils identifient des priorités et des modalités de soutien essentielles à la bonne prestation de soins.

Difficultés et besoins liés à l'axe organisationnel : des modalités de soutien prioritaires à développer

Selon les professionnels, les principaux besoins d'ordre organisationnel concernent le développement et l'intégration de différentes modalités de soutien clinique permettant de répondre aux besoins liés aux axes personnel et professionnel. Puisque les besoins ont été priorisés lors de la passation du questionnaire de validation des données (étape 3 du processus de recherche), seules ces priorités sont présentées pour cet axe (voir Figure 2 à la page 100, volet Mode de soutien nécessaire).

Les modalités de soutien que les professionnels identifient comme étant prioritaires et indispensables sont : 1) la définition d'une offre de services jeunesse intégrée incluant des ententes de soins intra et inter établissements; 2) l'accessibilité à des ressources spécialisées : personnes ressources expertes, formations et supervisions figurant dans un plan de soutien clinique continue pendant quelques années (plan triennal); et 3) la

reconnaissance des gestionnaires et l'ajustement de la reddition de compte en fonction de la complexité qu'exigent ces suivis (temps, charge de travail). Ces derniers mentionnent également le désir de conserver les modalités qu'ils estiment efficaces (accès aux personnes ressources existantes).

Définition d'une offre de services jeunesse intégrée incluant des ententes de soins intra et inter établissements. Les participants nomment qu'actuellement : *« ... le réseau de la santé n'est pas outillé pour travailler avec cette clientèle-là »*. Les participants n'ont pas le sentiment que l'organisation propose un cadre de travail clair concernant le type de services à offrir dans une structure de soins définis : *« C'est comme si on n'a pas développé une approche spécifique... comme un « package deal » pour le parent et l'enfant alors c'est ça, c'est dur? »*. Il est aussi difficile de savoir quels services offrir dès le début et d'évaluer leur efficacité : *« ... peut-être qu'on n'arrive pas à mettre en place le meilleur service dès le début. Donc là, on offre des années de services, mais je ne sais pas, je ne trouve pas que ce sont des services nécessairement efficaces »*.

Selon les participants, la définition de l'offre de services permettrait de réviser les pratiques professionnelles et d'offrir des soins structurés et intégrés : *« On pourrait avoir une offre de services avec plusieurs angles, plusieurs facettes... de la pédopsychiatrie, des services plus intenses pour les parents, de la psychoéducation ... »*. Ils soulignent aussi que les soins devraient être adaptés aux besoins développementaux des enfants et des adolescents. Il serait nécessaire de penser les traitements en fonction de l'utilisation de

médiums permettant de travailler les aspects non verbaux (jeux, etc.) et non uniquement les aspects verbaux. Ils se disent intéressés d'offrir des services individuels et de groupes (thérapie comportementale dialectique [TCD]). Cependant, ils soulignent que l'on doit user de discernement et reconnaître l'unicité de chaque situation. L'application des méthodes par étapes et manualisées devraient s'ajuster, car certaines familles ont davantage besoin de soins que ceux recommandés dans les plans proposés, d'autant plus qu'il y a souvent de nombreuses conditions adverses (violence conjugale, stress financier, instabilité domiciliaire, famille nombreuse, etc.) qui s'ajoutent au portrait clinique.

Les ententes de soins intra et inter établissements sont pour les participants un autre défi qui s'ajoute à la complexité.

« On n'est pas bien coordonnés malgré les efforts, on est des institutions différentes, des mandats différents, des directeurs différents, on n'y arrive pas super bien parce qu'il y a plein d'autres dossiers qui vont bien, mais ceux-là, je trouve que c'est vraiment eux qui sont notre maillon faible. »

Ils notent un manque de cohérence et de fluidité entre les équipes et les institutions impliquées. Il y a encore beaucoup de travail en « silo ».

Accessibilité à des ressources spécialisées : personnes ressources expertes, formations et supervisions. L'accès rapide à un professionnel spécialiste s'avère prioritaire principalement lors de situations de grande dangerosité ou même de récurrence de comportements autoagressifs (consommation abusive, conduites sexuelles à risque, etc.). Selon eux, ces personnes pourraient guider les interventions à privilégier et celles à

éviter. Elles pourraient ajuster l'utilisation d'outils et faciliter les arrimages vers les services spécialisés en temps voulu (urgence, hospitalisation, placement, etc.).

« ESSENTIEL, d'avoir quelqu'un de ferré, qui connaît bien la dynamique et les difficultés, les symptômes d'un trouble de la personnalité limite et qui est capable de nous accompagner, de nous soutenir là-dedans. »

Plusieurs professionnels nomment avoir besoin que l'organisation structure un plan de formation continue (triennal) permettant le développement de compétences précises et l'obtention du soutien clinique nécessaire à leur travail. Ce plan permettrait d'établir une séquence d'apprentissage intégrative en regard des compétences à développer.

« ... à mes yeux à moi, ce qui est indispensable, c'est d'avoir du soutien et ce qui est difficile, c'est que ça soit inexistant, presque inexistant. Ce n'est pas parce qu'on a plusieurs années d'expérience qu'on en a moins besoin, parce que nous sommes notre propre outil d'intervention, alors si nous n'avons pas de soutien nous-mêmes, nous n'avancions pas et nous ne sommes pas aidants face à la clientèle. »

Ils proposent plusieurs modalités : formation ponctuelle, formation continue, capsules d'information, mentorat, etc. Certains participants précisent que ces formations devraient considérer les connaissances telles que décrites à l'axe professionnel (traumas, TPL adolescent) : *« ... Quand on comprend plus comment ils fonctionnent, ça devient agréable avec eux, on s'attache et on dépersonnalise le comportement. Ils peuvent évoluer beaucoup et travailler très fort sur eux-mêmes »*. En ce qui concerne les supervisions, ils soulignent que les supervisions ne devraient pas être axées sur la « to do list », mais qu'elles devraient cibler les aspects réflexifs, le travail sur les résonances et sur la compréhension de sa « contribution » à l'activation des comportements des parents et des

familles. Plusieurs précisent l'importance que le superviseur soit un spécialiste extérieur à l'organisation.

Il va sans dire que les participants connaissent les limites organisationnelles et ils estiment qu'il est possible d'être créatifs et de structurer un plan de soutien clinique réaliste qui comprend certaines modalités échelonnées selon une séquence temporelle adaptée. Plusieurs se disent ouverts à s'impliquer dans le processus et à contribuer à l'amélioration des services (défrayer certains coûts de formation avec l'employeur, prendre des heures de lunch, etc.). Certains professionnels ont profité de formations privées mais pour la majorité, il semble que ces dernières n'étaient pas tout à fait adaptées aux situations qu'ils rencontrent avec les enfants et leurs parents (conditions adverses, comorbidité importante, etc.).

Soutien des gestionnaires : reconnaissance et ajustement de la reddition de compte. Le soutien des gestionnaires s'avère important pour plus de la moitié des répondants. Ils mentionnent vouloir que ces derniers reconnaissent la complexité du travail, l'intensité et la durée des services et ajustent la reddition de compte en fonction de cette réalité. Plusieurs d'entre eux ont nommé accumuler du retard au niveau de la tenue de dossiers et cette situation ferait vivre un stress important.

« Ce qui n'est pas aidant, c'est tout le contexte de performance. Il faut avoir un certain nombre de familles, il faut un certain nombre de rencontres, il y a une intensité que ces dossiers-là demandent qui va avoir des impacts sur le reste de la charge de cas aussi. C'est difficile de garder l'équilibre, et ce, même en recadrant. En dessous de ça, il y a une détresse, il y a une détresse qui est réelle autant chez l'enfant que chez le parent. Une détresse à laquelle il faut quand même minimalement répondre même si on essaie de cadrer, c'est quand même des gens en souffrance et ça prend beaucoup de place dans une charge de cas. »

Bien que les professionnels estiment que ces modalités de soutien soient prioritaires et indispensables à leur travail, ils reconnaissent qu'actuellement, certains moyens sont soutenus et appréciés.

Modalités de soutien bénéfiques dans l'intervention auprès d'enfants dont le parent présente un trouble de personnalité limite

Les professionnels nomment que plusieurs modalités existantes répondent en partie à leurs besoins de soutien clinique. Ces modalités comportent des limites, mais elles figurent parmi les modalités de soutien pouvant contribuer aux bonnes pratiques selon eux.

De façon significative, les professionnels mentionnent que le soutien bénéfique est d'abord la proximité et l'accessibilité à des personnes ressources connues (coordonnatrice, conseillère clinique, gestionnaires) lors de situations de crise. Même si actuellement ces personnes ne possèdent pas une expertise en matière de TPL, elles sont dans l'ensemble appréciées. Également, plusieurs diront que les rencontres cliniques organisées régulièrement selon une séquence définie (révision du plan d'intervention aux trois mois)

les aident à instaurer et maintenir le cadre thérapeutique au client. Cela permet une rigueur dans le plan d'intervention et leur permet une plus grande objectivité.

« De savoir que j'avais un temps arrêté pour en parler, c'était très aidant. De savoir que c'était prévu et que j'allais avoir cet espace-là, c'était très aidant. Donc, un soutien clinique d façon constante et régulière. »

Ils apprécient également les discussions avec les collègues et les sensibilisations cliniques lors de rencontres d'équipe. Ils mentionnent que les rencontres multidisciplinaires incluant les parents et les enfants peuvent être soutenantes. Toutefois, elles doivent être menées avec diligence et avec respect pour le parent et l'enfant qui, de par leurs difficultés relationnelles, peuvent davantage se sentir humiliés ou jugés. Une personne dira que ce type de rencontre « ... peut être bénéfique et peut être difficile en raison de plusieurs facteurs : cohésion des partenaires, respect des parents, nombre de professionnels présents, etc. ».

L'intervention copartagée s'avère être très importante pour plusieurs participants l'ayant expérimentée. Ces personnes soulignent que cette modalité a permis le partage des tâches, le soutien émotionnel, la nuance dans la compréhension des comportements difficiles et le sentiment d'être moins isolé et moins impuissant. Ils soulignent l'importance d'une bonne relation entre les professionnels qui travaillent au sein d'une même famille. La concertation au niveau des tâches et la communication régulière sont des facteurs qui permettraient une meilleure cohésion des interventions et une meilleure gestion des différents mécanismes de défense (dont le clivage) selon eux.

« ... j'étais avec le collègue avec qui j'interviens. On peut se valider aussi dans le ressenti, dans ce que ça nous a fait vivre et on se sent moins coupables d'avoir ressenti cette émotion-là. Il y a beaucoup de transfert aussi, on se rend compte aussi qu'on vit des émotions qui ne nous appartiennent pas. »

Le travail complémentaire avec les professionnels de l'équipe santé mentale adulte de première ligne s'avère aussi être un soutien bénéfique qui permet l'acquisition de connaissances, un meilleur ajustement du travail familial et favorise un espace nécessaire dédié aux parents. Malheureusement, ce partenariat est beaucoup moins fréquent que souhaité. Enfin, les participants estiment soutenant les gestionnaires qui facilitent les arrimages inter établissements lors de situations complexes.

Pour terminer, les professionnels nomment des difficultés et des besoins en fonction de différents axes. Ils estiment que certaines modalités de soutien clinique peuvent contribuer à diminuer considérablement l'impact de ces défis quotidiens. Ils demandent donc aux gestionnaires ayant permis cette démarche de poursuivre l'engagement dans un processus de coconstruction réaliste visant l'application de certaines modalités identifiées en lien avec les pratiques dites efficaces.

Discussion

L'objectif de la deuxième partie de cette recherche exploratoire visait à identifier les difficultés, les besoins et les modes de soutien nécessaires aux professionnels travaillant auprès d'enfants dont le parent présente un TPL. L'analyse des données a permis de mettre en évidence que les participants expriment des difficultés et des besoins d'ordre personnel,

professionnel et organisationnel. Ils nomment que le soutien aux enfants et aux parents les amène parfois à se sentir envahis jusque dans leur vie personnelle. Ils disent ressentir plusieurs émotions allant de l'impuissance à l'admiration en passant par la colère. Parfois, ils se sentent incompetents face au double mandat qu'implique le soutien systémique des enfants et de leurs parents. Ils rapportent avoir du mal à prioriser l'enfant et à maintenir le cadre thérapeutique dans une organisation en perte de repères. Ils ont l'impression de manquer de connaissances face aux problèmes de santé mentale et ils évoquent avoir des limites importantes au niveau des soins spécifiques à dispenser lors de gestion des risques suicidaires et homicidaires. Ces résultats sont similaires en certains points à ceux obtenus par l'étude de Laporte et al. (2014) auprès des professionnels de deuxième ligne issus du milieu de la protection de l'enfance.

Selon les participants à cette recherche, il s'avère essentiel que l'organisation développe des modalités de soutien clinique permettant d'offrir une qualité de services à ces enfants en développement. Pour les professionnels, certaines modalités actuelles contribuent au bon soutien. Par contre, d'autres doivent être priorisées afin de permettre l'actualisation d'un plan cohérent répondant à l'ensemble des besoins précédemment identifiés (voir Figure 2 à la page 100).

Besoins de soutien prioritaires : définition d'une offre de services spécifique intégrée dans un arrimage de soins pour les parents et les jeunes présentant un trouble de personnalité limite

Les professionnels demandent qu'une offre de services soit définie en matière de soins à offrir (services individuels, de groupe, familiaux). Plusieurs d'entre eux nonment vivre des expériences difficiles et ils expriment un découragement face au manque de complémentarité et aux arrimages institutionnels compliqués. Il ressort que la réorganisation du réseau, le manque de ressources et la discontinuité des soins pourraient contribuer à la détérioration des familles et à l'insatisfaction du personnel œuvrant dans les services de santé (Cailhol & Ragonnet, 2013; Paré-Miron, 2010). Darlington, Feeney et Rixon (2005) recommandent fortement de développer un modèle de soins intégrés dans le travail auprès de familles en difficulté et de prévoir un soutien à long terme pour les professionnels. Pour d'autres encore, le poids sociétal découlant des déficiences fonctionnelles et des besoins de soins que présente cette clientèle est si important (Skodol et al., 2005; Stepp et al., 2012) qu'ils considèrent qu'un plan de services (prévention, intervention précoce) devrait figurer parmi les priorités de santé publique (Chanen, Sharp, & Hoffman, 2017; Kessler et al., 2005).

Certains pays (comme l'Angleterre et l'Australie) se sont d'ailleurs dotés de guides de référence concernant les services offerts aux personnes ayant un TPL. Selon leurs recommandations, il s'avère essentiel que le système de santé priorise l'organisation des soins pour cette clientèle et qu'il considère les besoins des parents, des enfants et ceux des professionnels (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; NHMRC, 2012).

Devant des personnes présentant des difficultés si importantes, le travail de collaboration, de complémentarité et de continuité peut se révéler complexe. Il est difficile pour les équipes de garder confiance, de ne pas se diviser, se polariser, ou encore se blâmer entre collègues (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; NHMRC, 2012). Pourtant, la communication, la connaissance, la clarté des rôles et des ressources contribueraient à améliorer la collaboration (Darlington et al., 2005) et à réduire l'anxiété des professionnels, permettant ainsi de mieux soutenir les familles.

Bendib, Bensaber et Fuseau (2016) nous invitent donc à travailler ensemble afin de créer un système de soins multimodal permettant d'offrir une prise en charge globale, évitant ainsi de soigner ponctuellement des blessures qui ne peuvent se révéler que dans des relations soignantes sécuritaires, organisées, complémentaires et continues pour les enfants ayant un TPL. Le cadre de référence élaboré par le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM, mai 2017) va dans ce sens et souligne qu'actuellement, l'offre de services en première ligne est peu adaptée et que la mise en place d'une offre de services structurée est nécessaire. Les recommandations qui figurent dans ce document mentionnent que pour atteindre ces objectifs, la formation et la supervision des professionnels sont importantes.

Besoins liés à l'axe personnel et professionnel : formation, supervision et accès à une personne-ressource spécialisée

Acquisition des connaissances à travers les formations. Tel que mentionné, la revue des écrits scientifiques démontre clairement que les formations et les supervisions

continues sont essentielles dans l'apprentissage des approches validées empiriquement dans le traitement des personnes ayant un TPL (Choi-Kain et al., 2016; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; NHMRC, 2012). Le contenu abordé lors des formations et d'ateliers humanise les soins (Linehan, 1993), arrive à contrer les attitudes négatives du personnel (Bodner et al., 2015; NHMRC, 2012; Shanks, Pfohl, Blum, & Black 2011) et permet de mieux saisir le sens de l'intervention (Bessette, 2012). Il donne accès à une compréhension qui favorise l'empathie et qui augmente la sensibilité des professionnels (Bouchard, 2010).

La formation permet l'acquisition d'habiletés précises dans l'application du cadre d'intervention important au travail d'élaboration interne de la personne (Bessette, 2010; Yeomans, Delaney, & Renaud, 2016). L'amélioration des connaissances concernant les adolescents ayant des manifestations de TPL permet la détection précoce; ce qui pourrait déboucher sur des interventions permettant de réduire l'altération du fonctionnement psychosocial et par le fait même, d'améliorer le pronostic des jeunes (Chanen et al., 2016; Fonagy et al., 2015). Pour Bouchard (2010), les formations continues offertes aux professionnels contribuent à l'amélioration des soins dans leur ensemble et elles vont de pair avec la supervision régulière.

Préserver l'équilibre personnel, trouver des repères professionnels et conserver l'objectivité à travers les supervisions

Sachant combien les charges contretransférentielles peuvent être intenses et parfois prévisibles lorsqu'il s'agit de personnes ayant un TPL (Bessette, 2012; Betan et al., 2005;

Liebman & Burnette, 2013; Normandin & Ensink, 2007; Rossberg et al., 2007), il n'est pas surprenant que les professionnels jeunesse demandent d'avoir accès à des supervisions spécialisées.

Ils nomment tous combien ces charges leur font vivre des sentiments intenses d'incompétence, d'hostilité et de tristesse, interférant parfois avec le processus thérapeutique. Bessette (2010) soutient que lorsque l'intensité affective atteint un certain seuil, celle-ci désorganise les capacités de mentalisation du thérapeute et place ce dernier dans une difficulté d'intervention. Lorsqu'il n'arrive pas à contenir ses affects, le thérapeute peut tomber dans l'activation d'un système défensif semblable à celui du client et ainsi se voir adopter des comportements destructeurs qui portent atteinte à l'alliance thérapeutique (Bessette, 2010; Bouchard, 2010; Linehan, 1993). Le mécanisme d'identification projective est souvent à la base même des contretransferts liés à ce type de clientèle (Masterson, 1983), d'autant plus que ce dernier est « régulièrement habité par des parties de la structure intrapsychique de son client et peut finir par se retrouver temporairement dans le même état mental et affectif clivé que lui » (Bessette, 2010, p. 90).

Toutefois, lorsque bien utilisés, les charges affectives et le contretransfert s'avèrent être des sources d'information importantes du processus thérapeutique (Gabbard, 2001; Kernberg, Yeomans, Clarkin, & Levy, 2008; Normandin & Ensink, 2007), de la compréhension diagnostique et de la dynamique du patient (Betan et al., 2005). Les études qui valident l'efficacité des traitements offerts aux personnes ayant un TPL insistent pour

dire que les traitements structurés (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009), la régulation et l'utilisation du contretransfert sont des facteurs de grande importance dans l'efficacité thérapeutique (Bateman & Fonagy, 2009; Clarkin et al., 2007; Linehan, 1993; Masterson, 1983).

Le professionnel aura donc besoin de ressentir le contretransfert d'incompétence, de peur, de rejet ou d'abandon s'il veut entrer en résonance empathique avec son client. Il aura besoin de plonger, de réguler ce contretransfert afin que celui-ci ne bloque sa capacité d'empathie (Bessette, 2010; Bouchard, 2010). Hefez (2010) dira que « l'être thérapeute » devra héberger pour un temps les fantômes de ces patients afin de les déloger de leur caverne. Schore (2003) précise qu'il sera nécessaire que ce dernier s'observe dans ses propres réactions intenses et parfois viscérales, qu'il soit disposé à contenir les projections de l'autre aussi longtemps qu'il soit nécessaire et qu'il accepte d'en être envahi comme si elles faisaient partie de lui, et ce, peu importe la nature qui en découle (rage, haine meurtrière, mort, etc.).

La supervision continue soutiendrait ce processus de métabolisation clinique interne permettant de supporter efficacement les personnes ayant un TPL sévère lorsque plongées dans des tempêtes affectives importantes (Bessette, 2010; Bouchard, 2010; Kernberg et al., 2008; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; NHMRC, 2012). Elle permettrait un accueil non-jugeant, une normalisation des affects et une meilleure régulation émotionnelle (Linehan, 2014). Lorsque le professionnel prend conscience de

ses attitudes négatives envers le client, il peut offrir de meilleurs traitements, cesser le cercle de renforcement de ces attitudes (Liebman & Burnette, 2013); ce qui lui permet de transformer les impasses cliniques en opportunités de travail (Bouchard, 2010). Les professionnels se doivent donc d'être supervisés afin que les réactions émotives qu'ils éprouvent ne se traduisent pas par l'actualisation d'interventions contrethérapeutiques (Normandin & Ensink, 2007).

Pour terminer, Lecomte (2014) affirme que le thérapeute en difficulté a avant tout besoin d'avoir un lieu et un espace de réflexion pour risquer d'apprendre, de se dévoiler, de comprendre et d'intervenir avec compétence selon l'aide et le soutien du superviseur. Lors d'une gestion de risque, les professionnels ont nommé plus fortement ce besoin de se dévoiler, de comprendre et d'intervenir.

Soutenir la gestion du risque à travers le recours à une personne-ressource spécialisée

La formation, la supervision et les autres modalités de soutien intégratifs se doivent d'être considérées, et ce, particulièrement lors de situations potentiellement à risque. La gestion d'une crise suicidaire, parasuicidaire (Laporte et al., 2014; Paré-Miron, 2010), le signalement à la protection de la jeunesse et le placement d'un enfant sont des interventions délicates qui génèrent la plupart du temps de très lourdes charges émotives pouvant aller jusqu'à impacter sérieusement le propre système d'attachement des professionnels (Guédeney, 2008).

Considérant que ces professionnels effectuent bon nombre de placements, qu'ils sont confrontés à une population ayant posé des gestes autoagressifs et des gestes suicidaires, nous pouvons comprendre qu'ils demandent d'avoir accès rapidement à une personne ressource spécialisée. N'oublions pas que les personnes ayant un TPL posent davantage de gestes autoagressifs et sont plus nombreuses à compléter leur suicide (Paris & Zweig-Frank, 2001; Zanarini et al., 2005). Les professionnels « gèrent » donc parfois de véritables vies humaines avec toutes les charges affectives que peuvent exiger de telles situations.

Selon la démarche proposée dans le cas d'intervention suicidaire ou d'automutilation (NHMRC, 2012), plusieurs éléments doivent être évalués de façon continue et pointue par les professionnels. Par exemple, il y a nécessité de savoir si la suicidalité est chronique ou aiguë. Lorsque la suicidalité est chronique, le recours à l'hospitalisation et à l'observation est contre-indiqué, car il peut accroître le risque de passage à l'acte. Dans un tel cas, l'intervention à promulguer serait de guider la personne afin qu'elle pratique sa régulation émotionnelle pour freiner l'impulsivité d'un passage à l'acte. Plusieurs personnes ne sont pas entraînées à évaluer les différents types de crises suicidaires ou encore les gestes autoagressifs chez la personne ayant un TPL important.

Enfin, puisque plusieurs parents et enfants présentent de la comorbidité (dépression, anxiété, dysthymie, activation traumatique) et que les adolescents sont parmi la clientèle

la plus compliquée à bien évaluer (Chanen et al., 2016), il s'avère pertinent qu'ils demandent de discuter avec une personne expérimentée.

[...] Les professionnels de la santé qui accompagnent une personne souffrant de TPL pendant une crise sont susceptibles d'éprouver des préoccupations et de fortes émotions, comme de l'anxiété, de la frustration et de la colère. Il est nécessaire de reconnaître ces sentiments comme étant une réponse normale et de demander de l'appui ou de la supervision de collègues. [traduction libre] (NHMRC, 2012, p. 130)

Cette réponse considérée comme étant « normale » se doit d'être accompagnée et soutenue dans ce qu'elle a de plus intime face aux charges qu'elle suscite. Au regard de cette réalité jeunesse, il serait donc important que les professionnels puissent être accueillis, entendus, soutenus et mieux outillés pour composer avec le vécu qu'elle fait naître et les risques encourus dans le travail auprès des enfants. La rencontre parfois brutale entre la dynamique du parent, du thérapeute et celle de l'enfant en développement peut être dévastatrice pour le clinicien. Ce travail délicat d'accompagnement comporte des risques de retraumatisations iatrogènes qui s'avèrent être non négligeables (Bessette, 2010), et ce, même quand le travail clinique est effectué par des professionnels d'expérience.

Modalité complémentaire d'un soutien global et intégratif

Ces professionnels expérimentés ou moins expérimentés ont nommé les nombreux défis émotionnels et affectifs auxquels ils sont confrontés. Devant le vécu qu'ils livrent si authentiquement, les manifestations qu'ils vivent (hypervigilance, sentiment d'impasse, impuissance, peur, colère, impression d'être figé, etc.) mériteraient d'être un peu plus

envisagées sous l'angle des pratiques dites sensibles aux traumatismes (Milot, Collin-Vézina, & Godbout, 2018). Considérant les nombreux traumatismes relationnels auxquels ont été soumis les enfants et leurs parents, la compréhension de certaines de leurs manifestations s'en trouveraient peut-être plus riches de sens lorsque les intervenants plongent eux-mêmes dans ces charges contretransférentielles si intenses. Tel que le souligne Schore (2003), l'identification projective entre les systèmes limbiques des dyades parent-enfant et thérapeute-client soutient une interaction qui implique un « transfert d'affect » à considérer grandement dans la dispensation des soins et dans la manifestation de symptômes perçus de part et d'autre.

Il apparaît donc important, voire prioritaire, de considérer les demandes de modalités de soutien adressées par les professionnels, particulièrement lorsqu'elles sont liées à la sphère personnelle et au maintien parfois si fragile de leur équilibre psychologique et physiologique (voir Figure 2 à la page 100).

Dans la foulée de la médecine globale et intégrative, certains chercheurs se sont penchés sur les aspects holistiques de la personne, permettant aux professionnels de se panser (penser) autrement et peut-être même plus intimement lorsque confrontés à des défis humains exigeants. Il ne s'agit pas ici d'entrevoir l'élaboration psychique du monde interne du professionnel, du parent ou de l'enfant, mais bien de se donner le moment d'Être. Ainsi, Desrosiers et Laporte (2016) ainsi que Linehan (2014) intègrent des

exercices tirés de l'approche de la pleine conscience afin de soutenir la démarche du professionnel dans sa relation envers lui-même et envers l'autre en souffrance.

La pleine conscience vise notamment à amener le professionnel à centrer intentionnellement son esprit au moment présent. C'est l'attention portée à l'expérience actuelle sans filtre, sans jugement, sans attente et sans effort qui permet de rester au cœur de soi-même (André, 2010). La pratique de la pleine conscience à travers diverses activités (méditation, respiration, marche, etc.) permet donc « d'entrer dans le moment présent et à prendre conscience de tout ce qu'il contient et de tout ce qui en émane » (Linehan, 2014, p. 196).

Kabat-Zinn (2009), dans son livre « Au cœur de la tourmente, la pleine conscience », invite toute personne à considérer davantage les apports de la médecine intégrative pour façonner le mieux-être face aux multiples « stress du monde » et aux diverses blessures relationnelles. Il souligne que :

sans la pleine conscience, et la présence non jugeante qu'elle encourage et nourrit chez les professionnels de la santé, la dimension sacrée de la relation patient-médecin est trop facilement érodée ou perdue, et le potentiel profond qu'a chaque être humain pour apprendre, croître, guérir et se transformer personnellement au long de sa vie, s'en trouve ignoré ou involontairement mais activement contrarié (p. 44)

Ces dernières phrases doivent résonner face aux demandes que formulent les professionnels de rester impliqués auprès de ces enfants et de leurs parents avec pour

modalités de soutien les mesures nécessaires aux bons soins dans la rigueur, le respect et la diligence humaine.

Limites et forces

Cette recherche exploratoire, ayant comme objectif d'identifier les défis, les besoins et les modalités de soutien nécessaires aux professionnels jeunesse de première ligne, comporte évidemment des limites. La démarche multiméthodes est assez complexe (au niveau des nombreuses étapes à compléter) et a exigé temps et énergie aux participants. De nombreuses données ont été collectées; ceci peut limiter la précision de l'interprétation. L'étude a aussi été produite sur un territoire ayant un indice de défavorisation élevé (Centre de santé et de services sociaux, 2006); ce qui teinte peut-être plus négativement le portrait des enfants et de leurs parents et les défis à relever pour le personnel soignant. Considérant l'objectif de la recherche, il est également possible que les participants aient sélectionné les situations les plus difficiles au niveau de l'intervention. Le nombre restreint de 12 participants limite également la généralisation des propos tenus. De plus, un seul homme a participé à la recherche; ce qui amène une sous-représentation de ce genre qu'il faudra considérer. Les données d'une participante qui avait identifié une belle-mère ont aussi été incluses dans la recherche au même titre que les autres parents. Également, les répondants ont mentionné que certaines questions de l'entrevue étaient redondantes (besoins et modes de soutien), ainsi que certaines sphères du questionnaire de validation.

En contrepartie, cette recherche comporte des forces notables. Le sujet à l'étude est pertinent et peu documenté dans la littérature auprès d'une clientèle jeunesse en contexte de première ligne. La libération du personnel par les gestionnaires et l'engagement volontaire des professionnels démontrent l'intérêt accordé au sujet d'étude, d'autant plus qu'un seul participant s'est désisté au cours du lourd processus, et ce, en raison d'un arrêt de travail. Également, rappelons-nous que l'étude a été produite sur un petit territoire dans lequel 38 professionnels jeunesse travaillent. Même si la généralisation semble limitée, nous pouvons convenir que pour cette population territoriale, les 12 professionnels peuvent être considérés comme étant représentatifs de l'ensemble des intervenants jeunesse. La séquence de la recherche ainsi que les modalités de collecte de données multiméthodes ont aussi permis d'établir une certaine logique et une complémentarité des informations que les participants ont pu valider.

Conclusion

Nous ne saurions traduire l'importance du travail qu'effectuent chaque jour ces professionnels de première ligne qui œuvrent auprès d'enfants dont un parent présente un TPL. Cette recherche a permis d'identifier certains besoins et certaines modalités de soutien qu'ils estiment importants. Le cadre de référence développé par le CNESM (mai 2017) permettra possiblement de répondre à quelques-uns de ces besoins dont la formation, la supervision et la révision de l'offre de services de première ligne.

Tel que le rappelle Choi-Kain et al. (2016) avec la multitude de recherches qui ont été évaluées et qui sont disponibles, il est davantage possible d'offrir des soins suffisamment bons en fonction des coûts et des besoins de chaque milieu. Les professionnels précisent quand même qu'il est primordial de statuer sur les facteurs d'exclusion pour cette clientèle. Cette population présente des comportements souvent inadmissibles dans les services spécialisés (conduites à risque, toxicomanie, etc.) et finit par se retrouver bénéficiaire de soins de la première ligne. Ce processus de « portes tournantes » abîme les personnes et peut même contribuer à retraumatiser ces enfants et ces parents qui ne cessent de raconter leur histoire douloureuse et de revivre des situations de rejet, d'abandon et d'exclusion (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009). Les recommandations visant les bonnes pratiques stipulent clairement que cette clientèle ne devrait pas être exclue en fonction de critères qui se rapportent précisément aux symptômes du trouble (p. ex., les comportements autodestructeurs).

Malgré les obstacles rencontrés et forts de leur expérience clinique, les professionnels interrogés ont su offrir une durée et une intensité de services auprès d'une clientèle qui figure parmi les plus difficiles à rejoindre. Il est donc important de reconnaître et de maintenir les modalités de soutien cliniques qu'ils estiment efficaces. L'accessibilité rapide à des personnes ressources connues, l'utilisation de lieux de discussions de cas, l'intervention copartagée et le soutien des gestionnaires s'avèrent être indispensables pour eux. Aussi, malgré leur persévérance à offrir des soins, rappelons-nous que ces 12 professionnels jeunesse de première ligne ainsi que 104 autres de deuxième ligne

(Laporte et al., 2014) livrent un témoignage touchant concernant leur réalité de travail difficile. Ils se font menacer, intimider et parfois même dévaloriser publiquement. Ils présentent par moment des symptômes s'apparentant à ceux des enfants et des parents ayant vécu des relations que l'on pourrait qualifier de traumatisantes. Ainsi, ils nomment vivre de la confusion, de la colère, de l'hostilité, du découragement, de l'impuissance et de l'incompétence à travers des défis relationnels quasi quotidiens. Certains ajoutent même se sentir percutés par des situations « horribles » qui les habitent intimement.

Dans ce sens, les approches complémentaires intégratives, voire holistiques, mériteraient d'être davantage explorées, notamment l'ensemble des pratiques (verbales et non-verbales) dites sensibles aux traumatismes. Ces pratiques incitent à percevoir la personne à travers son histoire de relations traumatiques (Nérette, 2018) et invitent par le fait même les organisations à une plus grande sensibilité dans leur structure de soins (Bloom, 2005).

Également, la pratique de la pleine conscience pourrait être une avenue intéressante permettant de soutenir les besoins liés à l'axe personnel. Il serait intéressant que cette pratique soit davantage orientée vers l'autocompassion et la compassion des professionnels. Ces deux axes transversaux de la pleine conscience leur permettraient d'accueillir les multiples blessures dont ils reçoivent la charge et d'être en lien de façon non jugeante et bienveillante envers eux-mêmes, les enfants, les parents et les autres professionnels avec lesquels ils se doivent de tisser des relations dans des conditions trop

souvent adverses. Souvenons-nous qu'il sera parfois nécessaire d'héberger les fantômes de l'autre afin qu'ils sortent de leurs cavernes. Il faudra donc s'en donner les moyens.

Ces dernières modalités intégratives pourraient bonifier celles précédemment décrites (formation, supervision spécialisée, etc.) et celles qui s'actualisent présentement dans le milieu d'accueil de cette recherche.

En effet, les témoignages des participants n'auront pas été vains. En ce moment, certaines retombées de la recherche se concrétisent (voir Figure 3). Cinq gestionnaires ont conclu des ententes avec des chercheuses qui offrent un programme de formation et de supervision. La formation TANGO (Desrosiers & Laporte, 2016) a été offerte à 30 professionnels jeunesse de première ligne. D'autres professionnels débutent une formation visant à offrir huit rencontres à un groupe de parents ayant des difficultés de régulation émotionnelle (Laporte & Desrosiers 2017). Certains autres projets se développent parallèlement dont celui d'offrir une série d'ateliers (huit rencontres) basée sur la pleine conscience d'autocompassion et de compassion et de participer à la sensibilisation d'une trousse permettant de mieux repérer les enfants présentant des symptômes traumatiques (Côté & Leblanc, 2016).

La dernière partie de la thèse ayant soutenu cet article (voir Tableau 9 à la page 193 et Figure 3) permet de visualiser les résultats du processus de recherche en lien avec le

déploiement d'un plan de soutien intégré pour les professionnels jeunesse de première ligne.

Cette offre multimodale vise à ce que les professionnels de ce milieu acquièrent différents types de savoir (savoir, savoir être, savoir faire et savoir expérientiel) qui leur permettront de métaboliser cliniquement les concepts (principalement TCD, pratiques sensibles aux traumatismes) et de s'ajuster aux enfants et à leurs parents dans un arrimage affectif, sécuritaire, juste et réparateur.

On estime que 50 % des problèmes de santé mentale apparaissent avant l'âge de 14 ans (Kessler et al., 2005) et que les enfants de parents présentant un TPL sont parmi les plus vulnérables. Il serait donc nécessaire de prioriser les services aux enfants et aux adolescents et par le fait même, le soutien aux professionnels qui « assistent » chaque jour la résilience de ces familles.

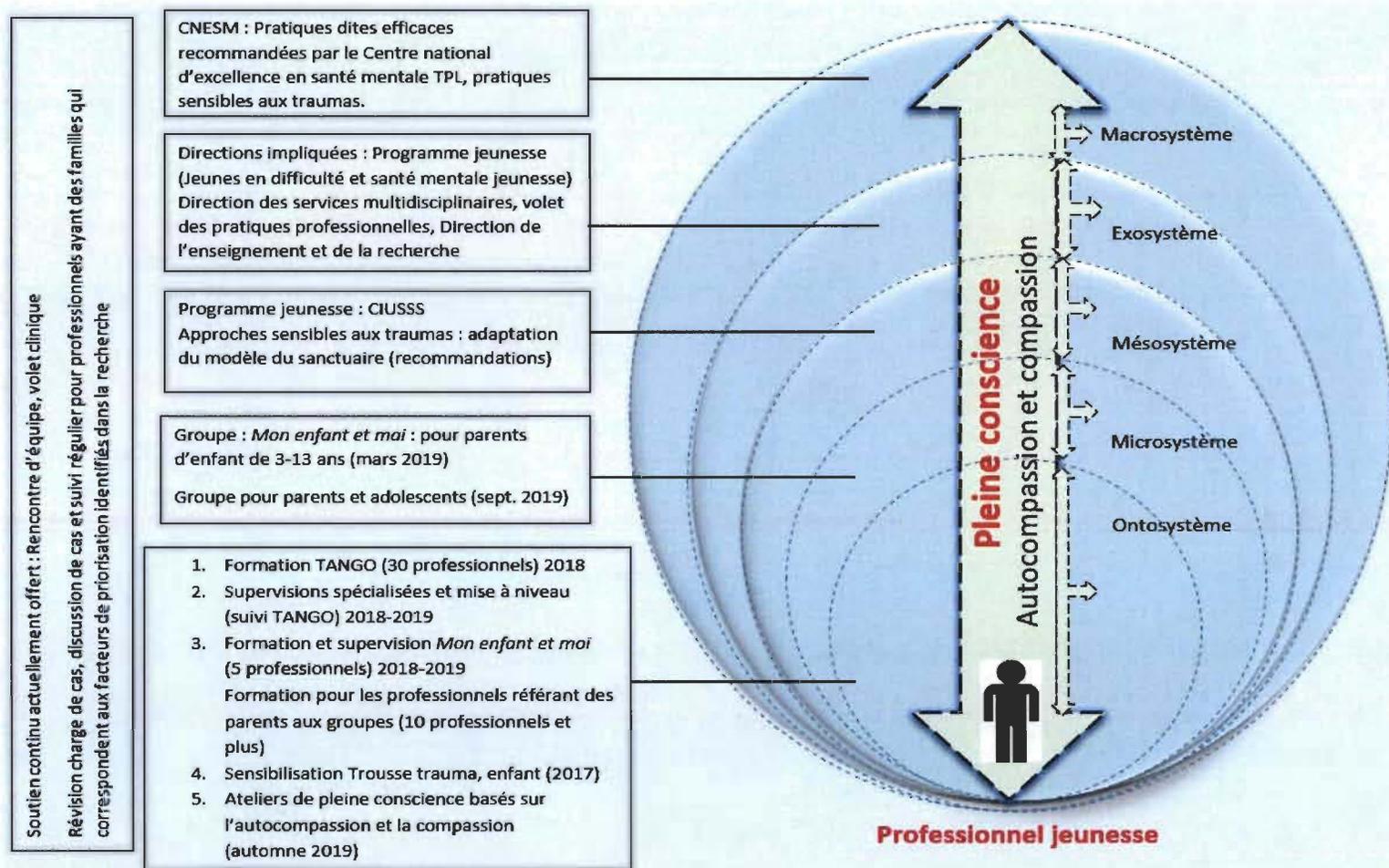


Figure 3. Modèle intégratif de soutien clinique des professionnels jeunesse de première ligne travaillant auprès d'enfants dont un parent présente un TPL (site d'accueil).

Références

- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Washington, DC: Authors.
- André, C. (2010). La méditation de pleine conscience. *Cerveau & Psycho*, 41. Repéré à http://christopheandre.com/meditation_CerveauPsycho_2010.pdf
- Barnow, S., Aldinger, M., Arens, E. A., Ulrich, I., Spitzer, C., Grabe, H. J., & Stopsack, M. (2013). Maternal transmission of Borderline Personality Disorder symptoms in the community-based Greifswald family study. *Journal of Personality Disorders*, 27(6), 806-819.
- Barnow, S., Spitzer, C., Grabe, H. H., Kessler, C., & Freyberger, H. J. (2006). Individual characteristics, familial experience, and psychopathology in children of mothers with Borderline Personality Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(8), 965-972.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1355-1364.
- Beaudry, M. (2016). *Les mères avec un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse : un paradoxe entre les difficultés et les services* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Montréal, QC.
- Bendib, B., Bensaber, B., & Fuseau, A. (2016). Construction diagnostique et thérapeutique d'un trouble de personnalité borderline à l'adolescence. *L'information psychiatrique*, 92(2), 143-149. doi: 10.1684/ipe.2016.1450
- Bessette, M. (2010). Psychothérapie des troubles de la personnalité : quand l'impasse n'est pas du côté du client. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 87-116.
- Bessette, M. (2012). *La régulation émotionnelle du thérapeute avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité : traitement intégré*. Repéré à http://institut-victoria.ca/Form_sup_15_16.pdf
- Betan, E., Heim, A. K., Conklin, C. Z., & Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *The American Journal of Psychiatry*, 162(5), 890-898.
- Biskin, R., & Paris, J. (2012). Evaluating treatments of Borderline Personality Disorder. *Clinical Practice*, 9, 425-437.

- Bloom, S. L. (2005). The sanctuary model of organizational change for children's residential treatment. *Therapeutic Community: The International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations*, 26(1), 65-81.
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., & Iancu, I. (2011). Staff attitudes toward patients with Borderline Personality Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 548-555.
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., Mashiah, M., Segal, M., Grinshpoon, A., Fischel, T., & Iancu, I. (2015). The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of patients with Borderline Personality Disorder. *BMC Psychiatry*, 15(2). doi: 10.1186/s12888-014-0380-y
- Bouchard, S. (2010). Impasses et opportunités dans le traitement des personnes souffrant d'un trouble sévère de la personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 61-85. doi: 10.7202/1000554ar
- Boucher, N., & Jourdan-Ionescu, C. (soumis). Difficultés, besoins et mode de soutien des professionnels jeunesse impliquée auprès d'enfants dont un parent présente un trouble de personnalité limite. *Revue québécoise de psychologie*.
- Boucher, N., & Jourdan-Ionescu, C. (2018). Portrait tracé par des professionnels d'enfants et de leurs parents présentant un trouble de la personnalité limite. *Revue québécoise de psychologie*, 39(2), 65-92.
- Cailhol, L., & Ragonnet, C. (2013). Besoins ressentis des patients et des soignants quant à la prise en charge des troubles de personnalité limite. *Annales médico-psychologiques*, 171(2), 100-103.
- Centre de santé et de services sociaux. (2006). *Portrait statistique - La population du territoire du CSSS du Sud-ouest — Verdun*. Repéré à https://sov.ciuss-centresudmtl.gouv.qc.ca/fileadmin/csss_sov/Menu_du_haut/Publications/PAL/Portrait_de_la_population.pdf
- Centre national d'excellence en santé mentale. (CNESM, 2017). *Cadre de référence. Offre de services de groupe pour troubles de la personnalité en contexte de 1^{re} ligne santé mentale – Le trouble de la personnalité limite*. Repéré à <http://www.douglas.qc.ca/uploads/File/Centre%20national%20d%27excellence%20en%20sant%C3%A9%20mentale/060717-Offre%20de%20services%20TPL.pdf>
- Chanen, A. M., Berk, M., & Thompson, K. (2016). Integrating early intervention for Borderline Personality Disorder and mood disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 25(5), 330-341.

- Chanen, A., Sharp, C., & Hoffman, P. (2017). Global Alliance for prevention and early intervention for borderline personality disorder: A novel public health priority. *World Psychiatry, 16*, 215-216.
- Choi-Kain, L. W., Albert, E. B., & Gunderson, J. G. (2016). Evidenced-based treatments for Borderline Personality Disorder: Implementation, integration, and stepped care. *Harvard Review of Psychiatry, 24*(5), 342-356.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. (2007). Evaluating three treatments for Borderline Personality Disorder: A multiwave study. *The American Journal of Psychiatry, 164*(6), 922-928.
- Côté, C., & Leblanc, A. (2016). *Pratique intégrant la notion de trauma : trousse de soutien*. Montréal, QC : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Ile-de-Montréal. Repéré à http://observatoiremaltraitance.ca/Documents/trauma_trousse_soutien_CCSMTL.pdf
- Darlington, Y., Feeney, J. A., & Rixon, K. (2005). Interagency collaboration between child protection and mental health services: Practices, attitudes and barriers. *Child Abuse & Neglect, 29*(10), 1085-1098.
- Dawson, D. F. (1988). Treatment of the borderline patient, relationship management. *Canadian Journal of Psychiatry, 33*(5), 370-374.
- Desrosiers, L., & Laporte, L. (2016). *Formation Projet Tango. Une technologie d'intervention adaptée pour adolescents avec symptômes de trouble de personnalité limite en Centre jeunesse* (Document inédit). Centre de recherche et d'expertise Jeunes en difficulté, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Ile-de-Montréal.
- Dimeff, L., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy in Nutshell. *The California Psychologist, 34*, 10-13.
- Distel, M., Trull, T., Derom, C., Thiery, E., Grimmer, M., Martin, N., ... Boomsma, D. (2008). Heritability of Borderline Personality Disorder features is similar across three countries. *Psychological Medicine, 38*(09), 1219-1229.
- Fonagy, P., Speranza, M., Luyten, P., Kaess, M., Hessels, C., & Bohus, M. (2015). ESCAP Expert Article: Borderline Personality Disorder in adolescence: An expert research review with implications for clinical practice. *European Child & Adolescent Psychiatry, 24*, 1307-1320.
- Gabbard, G. O. (2001). Psychodynamic psychotherapy of Borderline Personality Disorder: A contemporary approach. *Bulletin of the Menninger Clinic, 65*(1), 41-57. doi: 10.1521/bumc.65.1.41.18705

- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., ... Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, *69*, 533-545. doi: 10.4088/jcp.v69n0404
- Guédéney, N. (2008). Les émotions négatives des professionnels de l'enfance confrontés à la situation de placement : l'éclairage de la théorie de l'attachement. *Devenir*, *20*(2), 101-117.
- Hefez, S. (2010). Contretransfert et résonnance : le thérapeute en présence du patient. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*, *45*(2), 157-169. doi: 10.3917/ctf.045.0157
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Au coeur de la tourmente, la pleine conscience: MBSR, la réduction du stress basée sur la mindfulness, programme complet en 8 semaines*. Bruxelles: De Boeck.
- Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2008). Transference focused psychotherapy: Overview and update. *International Journal of Psychoanalysis*, *89*, 601-620.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*(6), 593-602.
- Laporte, L., Baillargeon, L., Sanchez, I., & Desrosiers, L. (2014). Être intervenant auprès de parents ayant un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse : quand la souffrance de l'un se conjugue au désarroi de l'autre. *Revue de psychoéducation*, *43*(2), 323-347.
- Laporte, L., & Desrosiers, L. (2017). *Évaluation du programme Mon enfant et moi pour parents présentant un trouble de personnalité limite* (Document inédit). Montréal, QC : Centre jeunesse de Montréal, Institut universitaire Jeunes en difficulté.
- Laporte, L., & Friedland, N. (2013, Juin). *Les mères ayant un trouble de personnalité limite et le système de protection de la jeunesse : déterminants et conséquences des disparités entre besoins et services*. Journées professionnelles Batshaw, Montréal, QC.

- Lecomte, C. (2014). *Présentation de Conrad Lecomte donnée au colloque 2014 de l'Association québécoise de Gestalt. « À quelle psychothérapie avons-nous droit? Efficacité, accessibilité et données probantes ». Partie 2/3.* Repéré à https://www.youtube.com/watch?v=fHInZGt_TwA
- Liebman, R. E., & Burnette, M. (2013). It's not you, it's me: An examination of clinician - and client-level influences on countertransference toward Borderline Personality Disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83(1), 115-125.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, NY: The Guilford Press.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757-766. doi: 10.1001/archpsyc.63.7.757
- Linehan, M. M. (2014). *DBT® Skills Training Manual (2^e éd.)*. New York, NY: The Guilford Press.
- Masterson, J. F. (1983). *Countertransference and psychotherapeutic technique: Teaching seminars on psychotherapy of the borderline adult*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Matthies, S. D., & Philipsen, A. (2014). Common ground in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Borderline Personality Disorder (BPD) – review of recent findings. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1, 3. doi: 10.1186/2051-6673-1-3
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C., Zanarini, M. C., Stout, R. L. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: Baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(4), 256-264.
- Milot, T., Collin-Vézina, D., & Godbout, N. (2018). *Le trauma complexe : comprendre, évaluer et intervenir*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). *Borderline Personality Disorder: Treatment and management*. Repéré à <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78/evidence/bpd-full-guideline-242147197>
- National Health and Medical Research Council. (NHMRC, 2012). *Clinical practice guideline for the management of Borderline Personality Disorder*. Melbourne: National health and medical research council.

- Nérette, P.-A. (2018). *Et si on arrêtait le temps? Journée de réflexion sur le trauma*. Repéré à <http://capsuletrauma.com/>
- Normandin, L., & Ensink, K. (2007). GAC : grille d'analyse du contretransfert dans le traitement des troubles sévères de la personnalité. *Santé mentale au Québec*, 32(1), 57-74. doi: 10.7202/016509ar
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en science humaine et sociale* (4^e éd.). Paris, France : Armand Colin.
- Paré-Miron, V. (2010). *La perception des thérapeutes sur les difficultés d'intervenir auprès des adolescentes atteints d'un trouble de personnalité limite (TPL) avec conduites suicidaires* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Montréal, QC.
- Paris, J. (1996). Succès et échecs dans le traitement de patients souffrant de troubles de la personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, XXII(1), 16-29.
- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (2001). 27-year follow-up of patients with Borderline Personality Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 482-487.
- Rossberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., & Friis, S. (2007). An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 48(3), 225-230.
- Schore, A. N. (2003). *Affect regulation and the repair of the self*. New York, NY: W.W. Norton.
- Shanks, C., Pfohl, B., Blum, N., & Black, D. W. (2011). Can negative attitudes toward patients with Borderline Personality Disorder be changed? The effect of attending a STEPPS workshop. *Journal of Personal Disorder*, 25, 806-812.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T. G., Morey, L. C., Sanislow, C. A., & Stout, R. L. (2005). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): Overview and implications. *Journal of Personality Disorders*, 19, 487-504.
- Stepp, S. D., Whalen, D. J., Pilkonis, P. A., Hipwell, A. E., & Levine, M. D. (2012). Children of mothers with Borderline Personality Disorder: Identifying parenting behaviors as potential targets for intervention. *Personality Disorders*, 3(1), 76-91.
- Van Damme, P. (2006). Souffrance et rupture de lien chez le borderline. *Gestalt*, 1(30), 101-117.

- Yeomans, F., Delaney, J. C., & Renaud, A. (2016). La psychothérapie focalisée sur le transfert. *Santé mentale au Québec, XXXII*(1), 17-34.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Elyse, D., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., ... Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry, 155*(12), 1733-1739.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Hennen, J., & Silk, K. R. (2005). Adult experiences of abuse reported by borderline patients and Axis II comparison subjects over six years of prospective follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease, 193*, 412-416.

Résultats supplémentaires

Tel que mentionné dans l'Introduction, le nombre de pages convenu dans les articles ne permettant pas de faire état de l'ensemble des informations obtenues, la partie des Résultats supplémentaires présente les différents tableaux qui ont été édités selon les informations obtenues aux questionnaires concernant le portrait de l'enfant et du parent. Ce sont ces mêmes résultats qui ont permis de créer le Tableau synthèse 1 et aussi de documenter les différentes parties du premier article. Ainsi, les Tableaux 2 à 4 traitent des informations obtenues concernant l'enfant et les Tableaux 5 à 7 traitent des informations obtenues concernant son parent ayant un TPL. Le dernier tableau de cette section, soit le Tableau 8, présente les résultats obtenus au questionnaire de priorisation des données lors de la dernière étape du processus dont les résultats ont été présentés au fil du second article. Considérant que le contenu a déjà été livré pour l'ensemble de ces tableaux, il ne sera donc pas repris. Nous nous contenterons ici de décrire les tableaux de référence et la mise en lien générale sera présentée dans la Discussion.

Concernant le portrait de l'enfant, le Tableau 2 présente les réponses portant sur la composition de la fratrie, les diagnostics émis pour l'enfant et les services antérieurs reçus par ce dernier. Quant au Tableau 3, il permet de connaître les personnes ayant référé l'enfant aux services de première ligne. Il présente le détail des raisons de consultation, la chronologie des différents services reçus et la durée des soins dont il a bénéficié.

Tableau 2

Réponses obtenues au questionnaire portant sur le profil de l'enfant

Fratrie	Demi-fratrie	Diagnostic	Diagnostic émis	Services antérieurs
0	2	Aucun	N/A	Non
1	1	TDAH	Plus de 3 ans	Oui
1	0	Aucun	N/A	Non
2	2	TDAH	1-3 ans	Oui
2	0	Syndrome de Gilles de la Tourette, TDAH	Plus de 3 ans	Oui
1	0	Hypothèse diagnostic : Syndrome de Gilles de la Tourette, TDAH, Trouble d'opposition avec agressivité, invalidé à la suite de l'hospitalisation	N/A	Oui
2	1	Aucun	N/A	Oui
1	0	Trouble du langage sévère, Trouble de l'attachement, Trouble d'opposition	Plus de 3 ans	Oui
0	1	TDAH, TPL	Moins de 1 an	Oui
0	1	TDAH, TPL, Dépression, Trouble d'opposition, Trouble de la conduite, Symptômes de stress post-traumatique	Plus de 3 ans	Oui
0	0	TPL, Symptôme dépressif	1-3 ans	Oui
0	1	TPL émergent, Dépression, TDAH, Trouble d'adaptation	Plus de 3 ans	Oui

Tableau 3

Référents, raisons de consultation et chronologie de services des enfants

Référents	Raisons de consultation et difficultés associées	Chronologie des services connus	Durée des services (mois)
Professionnels scolaires	Hypothèse de TDAH et anxiété. Difficultés scolaires. Victime d'intimidation. Relation avec la mère difficile, créative, mature, sensible	*Service pour la mère à la naissance : soutien de son enseignante. A été en attente au GAISMJ pour évaluation TDAH	0-12 2 épisodes
Médecin	Propos suicidaires. Intervention de crise. Gestes d'automutilation, voulait mourir. Refus de s'alimenter. Risque de passage à l'acte suicidaire. Détresse associée aux relations familiales	JED : TS (A) Scolaire : TS CH : Hospitalisation	24-36
Professionnels scolaires et parents	Négligence. Violence du parent, relation détériorée entre le parent et l'école. Difficultés scolaires. Propos suicidaires	Aucun service CJM : Deux signalements non-retenus	12-24 2 épisodes
CJM transfert	Négligence parentale-éducative. Difficultés familiales. Absentéisme scolaire. Suspensions de difficultés d'apprentissage. Père inconnu	*Suivi petite enfance Scolaire : Psychologue CLSC : JED. Refus de service DPJ : Deux signalements CJM : Un placement (A) CH : Évaluation pédopsychiatrique	12-24
Médecin	Problème de santé physique et mentale. Angoisse de mort, sentiment de persécution. Absentéisme scolaire et difficultés. Anxiété. Peu de socialisation. Dynamique familiale conflictuelle	Médical : Services spécialisés (A) Scolaire : TES (A) CLSC : JED (A) pour la famille, SMJ (A) CH : Suivi pédopsychiatrique (A) DPJ : Signalement	12-24

Tableau 3

Référents, raisons de consultation et chronologie de services des enfants (suite)

Référents	Raisons de consultation et difficultés associées	Chronologie des services connus	Durée des services (mois)
CJM Transfert	Difficultés parentales. Aider la différenciation. Enfant qui fait de grosses crises, s'inflige des blessures au visage, se désorganise, boule par terre. Comportement et gestes suicidaires. Victime d'intimidation	<p>*Service équipe petite enfance à la naissance de l'enfant CH : Hospitalisation et suivi pédopsychiatrie Scolaire, Pséd et infirmières. Ponctuelle Avant : 2014 *CH : Évaluation pédopsychiatrie *CH : Urgence 3X, crise d'opposition * Crises suicidaires, automutilation. *DPJ : Signalement d'allégation d'abus sexuel, exposition à de la violence conjugale *CJM : Prise en charge, séance de gestion des émotions *CAVAC : Indemnisation des victimes d'actes criminels. Victime d'intimidation</p>	12-24
Parent	Dynamique familiale conflictuelle. Rejet parental. Difficulté avec l'encadrement, règles, routine. Enfant instable, caractéristiques qui s'apparentent à un trouble affectif. Compétition entre les enfants. Ruptures relationnelles, instabilité domiciliaire : quatre changements de milieux de vie en moins de deux ans. Réussite académique	<p>*Suivi en postnatal pour la mère : CLSC : JED, éducateur spécialisé DPJ : Trois signalements CJM : 2 placements volontaires et 1 non-volontaire (A)</p>	12-24

Tableau 3

Référents, raisons de consultation et chronologie de services des enfants (suite)

Référents	Raisons de consultation et difficultés associées	Chronologie des services connus	Durée des services (mois)
CJM transfert et signalement	Négligence parentale et dynamique familiale conflictuelle. Manque de supervision, manque de réponse aux besoins affectifs. Victime de violence physique de la part de son parent. Difficultés scolaires. Opposition. Résilience	*CJM : Prise en charge (A) *Évaluations psychologiques et 2 pédopsychiatriques Scolaire : Orthopédagogie (A), psychoéducation (A) CLSC : JED(A)	0-12
Centre hospitalier Médecin	Difficultés familiales, abandon de la mère, problème d'attachement. Somatisation, mal de ventre, vomissement. Problème scolaire, instabilité émotionnelle. Idéations suicidaires	*Début demande de services au CLSC : Âge de 2 ans. Arrêt de service et reprise en jeunesse CH : Suivi pédopsychiatrie (A) CJM : (A) CLSC : SMJ (A) CLSC: CAFE	12-24
Trois épisodes par la même professionnelle 1) Ts scolaire, 2 et 3) CJM	1) TDAH, TPL, dépression, trouble d'opposition, trouble de la conduite, symptômes de stress post-traumatique, gestion des émotions difficile, conflits avec parent, menaces suicidaires. 2) Problème de comportement, consommation de cannabis, propos suicidaires et homicides, gestes d'automutilation. 3) Impulsivité, gestion de la colère, problème relationnel mère-fille, abus sexuel possible. Vécu d'intimidation. Difficultés scolaires. Exposition à la violence conjugale. Comportement sexuel à risque	*Début services CLSC : 4 ans *Scolaire : ps.éd CLSC : JED, (A) SMJ CH : Urgence pédopsychiatrie DPJ : Sept signalements, intervention urgence CJM : Trois placements (A), une urgence, 2 volontaires Police : Fugue CH : Suivi pédopsychiatrie programme DBT(A) CMV : Centre d'aide aux victimes d'abus sexuel Suivi toxicomanie 1 an	36 mois et plus 3 épisodes

Tableau 3

Référents, raisons de consultation et chronologie de services des enfants (suite)

Référents	Raisons de consultation et difficultés associées	Chronologie des services connus	Durée des services (mois)
Professionnel scolaire	Négligence parentale au niveau alimentaire, vestimentaire, éducatif, santé. Exposition à de la violence conjugale. Instabilité domiciliaire : trois milieux de vie différents en six mois. Difficultés scolaires. Comportements suicidaires et automutilation	*Scolaire : TS (A) CLSC : JED, SMJ (A) DPJ : Deux signalements CJM : Trois placements volontaires CH : Suivi pédopsychiatrique (A)	24-36
Professionnel scolaire	Automutilation, six gestes suicidaires, difficultés scolaires, difficultés relationnelles importantes. Parent peur de son enfant, hypersexualisation. Consommation	*Scolaire : ps éd CLSC : JED, SMJ DPJ : Deux signalements CJM : Deux placements (A) CH : Suivi pédopsychiatrique (A) DBT	24-36

Notes. Tableau tiré des verbatim de l'entrevue semi-structurée, question 1.1 et du Questionnaire profil de l'enfant, question 9.

JED = Équipe Jeunes en difficulté; GAISMJ = Référence au Guichet d'accès intégré en santé mentale jeunesse; CLSC SMJ = Professionnels de l'équipe santé mentale jeunesse; CJM = Professionnels du Centre jeunesse de Montréal; CH = Professionnels de l'équipe du Centre Hospitalier; CLSC CAFE = Équipe Crise Ados Famille Enfance; DPJ = Directeur de la protection de la jeunesse; TS = Travailleur social; ps.éd. = Psychoéducateur; CJM = Centre jeunesse de Montréal; TES = Technicien en éducation spécialisé.

*Services avant la référence au professionnel

(A) service actuellement impliqué

Il est à noter que tous les enfants présentaient des difficultés relationnelles

Le Tableau 4 est un peu plus complexe. Celui-ci a pour objectif de documenter le type de services reçus (individuel, avec le parent, les discussions de cas concernant cet enfant, etc.) ainsi que le nombre d'interventions réalisées. Rapidement, nous pouvons constater ce qui a été expliqué antérieurement. Rappelons que la saisie statistique a été difficile; ce qui explique en partie les irrégularités figurant au tableau. Quelques hypothèses ont été élaborées afin d'expliquer l'état de la situation. Lors de l'interprétation des résultats, il est important de considérer que lorsque le total est inférieur au nombre de toutes les interventions, plusieurs interventions peuvent avoir été colligées au dossier, mais une seule statistique par jour doit être enregistrée lors de la saisie. Cette situation a pu influencer le nombre. Lorsque le total est supérieur au nombre qui figure pour chaque item, les participants ont nommé combien il était difficile de retracer avec exactitude le type de personnes impliquées. Probablement que ces derniers n'ont pas fait les démarches d'analyse du dossier et d'autres documents permettant de connaître avec exactitude le type d'intervention dispensée. Enfin, des interventions non répertoriées peuvent également apparaître dans ce tableau. Même si le nombre total des interventions a pu être retracé par un spécialiste de la saisie statistique, rappelons que ces données sont davantage présentées à titre indicatif.

Tableau 4

Réponses obtenues au questionnaire portant sur le profil de l'enfant

Total	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	Durée des services (mois)
21	11	6	1	1	0	0	3	NA	1	0	0	0	6	0-12
42	21	8	2	3	0	0	3	0	0	5	0	0	2	24-36
45	31	5	0	0	3	0	15	6	0	2	2	--	3	12-24
**59	9	13	5	2	2	--	3	7	11	4	2	1	--	12-24
**54	11	30	NA	NA	5	0	4	3	1	0	0	0	0	12-24
40	15	3	0	4	2	2	10	4	2	3	0	0	20	12-24
125	41	16	3	5	25	10	10	6	2	1	3	2	4	12-24
33	1	2	2	2	3	2	6	8	2	1	1	--	3	0-12
29	28	28	28	28	0	1	1	3	0	0	0	0	4	12-24
223	70	20	NA	NA	0	3	30	52	3	20	7	3	15	36 mois et plus
211	96	5	NA	NA	NA	15	30	35	0	12	2	2	18	24-36
206	69	31	1	4	0	1	19	76	--	4	2	2	--	24-36

Notes. Question 7 : Combien d'interventions avez-vous réalisées auprès de cet enfant ou pour cet enfant à ce jour : C et D, NA = non-présent, E = enfant unique, H = enfant sans services (pas de Md ou autre) ** Total estimé en fonction du nombre d'interventions rapportées. C et D, NA = parent non impliqué, sans coordonnée ou inconnu.

À considérer dans l'interprétation des données : hypothèse émise face aux résultats obtenus. Total inférieur au nombre de toutes les interventions : plusieurs interventions sont colligées au dossier, mais une seule statistique par jour peut être enregistrée lors de la saisie statistique. Total supérieur au nombre qui figure pour chaque item : difficile pour les participants de retracer avec exactitude le type de personnes impliquées. D'autres interventions non répertoriées dans ce tableau ont pu être réalisées.

Questions A : Rencontres ou discussions individuelles avec l'enfant; B : Rencontres ou discussions avec le parent ayant un trouble de la personnalité et son enfant; C : Rencontres ou discussions avec l'autre parent (sans trouble de la personnalité) et l'enfant; D : Rencontres ou discussions avec l'autre parent (sans trouble de la personnalité) seul; E : Rencontres ou discussions avec des membres de la fratrie de l'enfant; F : Rencontres ou discussions avec toutes autres personnes de la famille élargie de l'enfant (grands-parents, oncles, tantes, etc.); G : Rencontres ou discussions de concertation avec le milieu scolaire; H : Rencontres ou discussions de concertation avec des partenaires du milieu de la santé et des services sociaux (psychiatre, médecin généraliste, centre d'accueil, etc.); I : Rencontres ou discussions de concertation dans un autre milieu de vie (loisir, etc.); J : Intervention en situation de crise auprès de cet enfant (suicidaire, troubles de comportements sévères ou autres); K : Signalement au directeur de la protection de la jeunesse pour cet enfant; L : Placement volontaire ou non volontaire de cet enfant; M : Autres rencontres ou discussions significatives (incluant les discussions de cas pour du soutien personnel)

Concernant le portrait des parents, le Tableau 5 présente la composition familiale, le type de famille, les sources de revenus, le diagnostic du parent et la présence de services antérieurs. Quant à lui, le Tableau 6 trace le portrait clinique du parent, les services antérieurs reçus et ceux offerts actuellement.

Tableau 5

Réponses obtenues au questionnaire portant sur le profil du parent

Type famille	Source de revenus	Diagnostic de trouble de la personnalité probable évalué par le participant ou avéré par un psychologue ou psychiatre et autres éléments diagnostics émis	Services antérieurs
Monoparentale	Autres revenus gouvernementaux	TPL avéré, traits anxio-paniques, TDAH, symptômes dépressifs, maladie	Oui
Nucléaire	Sécurité du revenu	TPL avéré, abus sexuel, consommation	Oui
Monoparentale	Travail à temps complet	TP probable, difficultés psychologiques	Oui
Instable	Sécurité du revenu	TPL (médecin), trauma, anxiolytique-antidépresseurs	Oui
Monoparentale	Sécurité du revenu	TPL avéré (non communiqué au parent), abus, paranoïa, narcissique	Oui
Recomposée	Sécurité du revenu	TPL avéré, abus sexuel, trauma, geste autodestructeur, placement, maladie	Oui
Recomposée	Sécurité du revenu	TPL avéré, abus, polytraumatisme, placement, itinérance, consommation, geste autodestructeur, maladie	Oui
Monoparentale	Autres revenus gouvernementaux	TP avéré, narcissique, abus, trouble d'adaptation avec humeur déprimée et anxieuse, itinérance, violence conjugale	Oui
Recomposée	Travail à temps complet	TP avéré (non-communicé au parent), agressivité	Oui
Monoparentale	Sécurité du revenu	TPL avéré, dépression majeure, abus sexuel, consommation	Oui
Recomposée	Sécurité du revenu	TPL (non communiqué au parent), consommation, maladie	Oui
Recomposée	Travail à temps complet	TPL avéré, TDAH, abus sexuel, geste autodestructeur, placement	Oui

Tableau 6

Profil du parent et chronologie des services antérieurs et actuels

Profil clinique rapporté librement par les participants	Services antérieurs connus	Services actuels
A vécu stress relationnel et financier. Accumulation excessive d'objets Sens de l'humour, créative, potentiel Faible réseau social, intelligente, entrentent	Suivi postnatal au CLSC, services généraux adulte, centre de crise, psychiatrie, psychothérapie individuelle et de groupe	Suivi médical
Abus sexuel. Consommation. Dit vivre pour ses enfants. Bonne collaboration	Évaluation psychiatrique, centre de réadaptation en toxicomanie, SMA, suivi de couple et suivi psychosocial communautaire	SMA
Difficultés psychologiques. Passé de suivi psychologique	Service de santé mentale communautaire	Aucun
Négligence parentale. Traumas dans l'enfance, milieu criminalisé	Plus de 18 ans de services dans le réseau de la santé	CJM placement
Abandon du père. Abus dans l'enfance. Violence conjugale	Suivi services enfance CLSC Référé à l'équipe en SMA par le participant	SMA
Stress financier. Déterminé, combatif, intelligent. Veut le bien de son enfant		
Placement durant l'enfance, événements traumatiques, abus sexuel. Long suivi en psychiatrie durant l'enfance, violence conjugale, gestes suicidaires. Maladie	Suivis lors de la grossesse, équipe Petite enfance, SMA, service courant adulte, nutrition, suivi psychologique, psychiatrie et CJM	Intervenante communautaire, professionnels pour soins médicaux, SMA, SAD
Polytraumatisé, abus, gestes autodestructeurs, placement durant l'enfance, itinérance, consommation, problèmes de santé importants	Suivis au CJM au moment de la naissance de l'enfant, SMA, psychiatrie, centre de crise	SMA, CJM, placement

Tableau 6

Profil du parent et chronologie des services antérieurs et actuels (suite)

Profil clinique rapporté librement par les participants	Services antérieurs connus	Services actuels
Itinérance, épisodes dépressifs, abandon du père, relation difficile avec mère. Abus. Violence conjugale. Consommation. Créatif, artiste	SMA et psychiatrie. Plusieurs épisodes de suivi au CJM et au CLSC pour capacités parentales	Suivi par professionnels des CJM pour négligence parentale
Difficulté à gérer ses émotions. Agressivité, saute d'humeur, cris, conflits	Suivi familial ponctuel	CJM
Abus sexuel probable, dépression majeure, dysthymie, toxicomanie, jeux, diagnostic en cours de suivi	Évaluation psychiatrique, suivi psychologique	CJM, placement Suivi PE, DBT
Refus de collaboration, consommation, maladie, antidépresseurs	Suivi par des professionnels des CJM	Aucun : refus de services, mais CJM, placement
Abus physique et sexuel. Soutien durant l'enfance pour comportements autodestructeurs, placement en CJM. Diagnostic en cours de suivi	Évaluation psychiatrique, suivi psychologique, DBT	CJM, placement, DBT

Notes. Tiré des verbatim de l'entrevue semi-structurée, question 1.2 et du Questionnaire profil du parent, questions 7 et 11.

CLSC = Centre local de services communautaires (maintenant CIUSSS); SMA = Santé mentale adulte; DBT = Dialectic Behavior Therapy; SAD = Soutien à domicile; CJM = Centre jeunesse de Montréal.

Quant au Tableau 7, il est également plus complexe. Il nous renvoie aux mêmes difficultés que celles rencontrées dans le quatrième tableau du portrait des enfants. Encore une fois, nous pouvons constater les irrégularités au niveau de la saisie statistique et l'analyse des résultats doit tenir compte des hypothèses émises pour expliquer la situation.

Tableau 7

Réponses obtenues au questionnaire portant sur le profil du parent

Total	A	B	C	D	E	F	G	H	I	Durée des services (mois)
25	17	0	2	0	0	0	0	0	6	0-12
21	16	0	2	0	0	5	0	0	0	24-36
*35	15	1	5	2	0	3	3	0	6	12-24
60	40	0	7	3	0	4	1	1	--	12-24
30	3	0	5	0	0	0	0	0	1	12-24
102	75	3	15	0	1	6	0	0	20	12-24
40	8	0	8	--	4	4	3	2 (+ ou - 22)	4	12-24
31	12	--	15	--	--	--	1	--	3	0-12
29	28	0	3	0	0	0	0	0	3	12-24
35	12	--	52	5	--	4	7	3	--	36 mois et plus
20 Refus	0	15	--	--	--	1	2	2	--	24-36
194	--	0	--	0	0	--	3	2	--	24-36

Question 9 : Combien d'interventions avez-vous réalisées auprès de ce parent ou pour ce parent à ce jour?

** Total estimé en fonction du nombre d'interventions rapportées.

À considérer dans l'interprétation des données : hypothèse émise face aux résultats obtenus. Total inférieur au nombre de toutes les interventions : Plusieurs interventions sont colligées au dossier, mais une seule statistique par jour peut être enregistrée lors de la saisie statistique. Total supérieur au nombre qui figure pour chaque item : difficile pour les participants de retracer avec exactitude le type de personne impliquée. D'autres interventions non répertoriées dans ce tableau ont pu être réalisées. Le nombre total des interventions a pu être retracé par un spécialiste de la saisie statistique.

Questions A : Rencontres ou discussions individuelles; B : Rencontres ou discussions avec un ou des membres de la famille d'origine du parent (mère de Madame ou Monsieur, frère, etc.); C : Rencontres ou discussions de concertation avec des partenaires du milieu de la santé et des services sociaux (psychiatre, médecin généraliste, etc.); D : Rencontres ou discussions de concertation avec un autre milieu (hébergement, ressources communautaires parentales, etc.); E : Répit-dépannage; F : Intervention en situation de crise (suicidaire ou autres); G : Signalement au directeur de la protection de la jeunesse pour un (des) enfant(s) de ce parent; H : Placement volontaire ou non-volontaire pour un (des) enfant(s) de ce parent; I : Autres rencontres ou discussions significatives (incluant les discussions de cas pour du soutien personnel)

Finalement, le dernier tableau présenté dans cette partie, soit le Tableau 8, fait référence aux réponses obtenues au questionnaire de validation et de priorisation des données (dernière étape). Celui-ci fait état des besoins identifiés, du soutien clinique ayant été bénéfique et celui étant indispensable aux professionnels.

L'ensemble des résultats présentés dans ces tableaux permet de mieux comprendre le sens des difficultés exprimées par les professionnels ainsi que les besoins et les modalités de soutien nécessaires à leur bonne prestation de soins. La discussion qui suit tente donc d'expliquer ce processus général de lien et de sens entre les résultats présentés dans les deux articles scientifiques.

Tableau 8

*Réponses obtenues au questionnaire de validation et de priorisation.
Besoins importants, soutien bénéfique et soutien indispensable*

Besoins qui ont été les plus importants	Soutien qui a été bénéfique	Soutien qui est indispensable
Formation continue et supervision (ventiler et résonance) Cadre dans les rencontres	Accessibilité rapide à des personnes ressources et des ressources spécialisées en santé mentale adulte	Définition d'une offre de services jeunesse incluant des arrimages de services interne et externe
Personne ressource et soutien personnalisé	Soutien et suivi planifié de façon régulière pour les situations complexes. Discussions de cas, comité d'orientation clinique et soutien personnalisé	Accès rapide à une personne ressource et spécialiste (jeunesse et adulte)
Reconnaissance de la prise en charge par les gestionnaires	Co-intervention et partage des responsabilités en santé mentale adulte	Formation spécialisée et supervision (plan triennal)
Co-intervention	Soutien des gestionnaires	Appui des gestionnaires
Offre de services qui encadre		Concertation clinique et discussions de cas

Discussion

La recherche qualitative de type exploratoire avait pour objectif d'identifier les difficultés, les besoins et les modes de soutien nécessaires aux professionnels jeunesse travaillant auprès d'enfants dont un parent présente un TPL.

Tel que mentionné dans la méthode, six objectifs spécifiques ont été choisis en vue d'atteindre l'objectif principal. Les deux articles inclus dans cette thèse doctorale ont permis de répondre aux quatre premiers objectifs, soit de présenter le portrait des participants, des parents, des enfants (objectif 1) et celui de présenter les besoins, les modalités de soutien et la priorisation de ces derniers (objectifs 2, 3 et 4).

Afin de faciliter la mise en contexte, la discussion débutera par la présentation sommaire des résultats obtenus dans les deux articles inclus dans cette thèse doctorale. Par la suite, les liens existants entre les caractéristiques associées aux portraits et celles associées aux modalités de soutien (articles 1 et 2; objectif 5) seront discutés en détail. Certains éléments n'ayant pu être abordés précédemment seront également développés. Cette partie se terminera enfin par la portée clinique générale et spécifique de cette recherche (objectif 6).

Synthèse des résultats obtenus tels que présentés dans les deux articles soumis

Les résultats présentés dans le premier article démontrent clairement que les enfants et leurs parents ont un portrait clinique complexe et que ces derniers ont demandé par moment une durée et une intensité de services considérable. Les jeunes ayant reçu le plus grand nombre de services (206 à 223 interventions, plus de deux ans de suivis) sont ceux âgés de plus de 15 ans et qui ont un diagnostic de TPL, qui ont été retirés volontairement de leur milieu familial et dont les parents ont été diagnostiqués TPL en cours de suivi. Pour ces jeunes, on observe que plusieurs interventions ont été effectuées avec le parent, avec la famille élargie et en collaboration avec les partenaires scolaires, ceux des services de la santé et ceux de la communauté. Le parcours de ces adolescents démontre qu'au fil du suivi, il y a eu une aggravation de conduites à risque (passage à l'acte suicidaire, gestes autoagressifs), et que ces derniers ont rencontré un très grand nombre de professionnels. À travers la dispensation des soins, ces jeunes ont finalement été évalués, réévalués, placés dans un milieu d'accueil et déplacés de leur famille et de leur milieu d'accueil.

Pour leur part, plusieurs parents ont rapporté avoir vécu des événements de vie difficiles. Plus de la moitié d'entre eux ont dit avoir été victimes d'abus répétés dans l'enfance. Selon les participants, les antécédents cliniques, la comorbidité d'autres troubles (trauma, consommation, dépression), les gestes autoagressifs, la maladie physique, la présence d'enfants en bas âge dans la famille et les placements de leurs enfants seraient des facteurs qui contribueraient au plus grand nombre de rencontres avec et pour le parent.

Notons enfin qu'à certains moments, les services de première ligne ont semblé être insuffisants pour ces jeunes et ces parents qui présentaient une intensité, une récurrence et une dangerosité au niveau des comportements impulsifs, suicidaires et parasuicidaires.

Les résultats présentés dans le deuxième article démontrent que les participants qui ont offert les soins aux enfants et aux parents ont des besoins d'ordre personnel, professionnel et organisationnel. Ces besoins se déploient à travers des dimensions précises reliées aux difficultés rencontrées. Afin d'être soutenus à travers l'accompagnement complexe des familles qu'ils desservent, les participants nomment avoir besoin que l'organisation définisse une offre de services cohérente, qu'elle déploie un plan de soutien continu dans lequel des formations et des supervisons pourraient s'offrir. Ils expriment également le besoin de pouvoir se référer à une personne experte lors de situations de crises récurrentes.

Lorsque l'on considère le portrait des professionnels, celui des enfants, celui de leurs parents et que l'on associe certaines caractéristiques aux besoins exprimés et aux modalités de soutien demandées, de grands constats se dégagent.

Liens entre le portrait des participants, des parents, des enfants et les modalités de soutien demandées

Un des premiers constats qui ressort de l'analyse des résultats obtenus est sans doute la grande cohérence entre le portrait clinique des enfants, de leurs parents (article 1) et le discours des professionnels (article 2). Lorsque ces derniers parlent de la complexité

clinique du portrait des enfants conjugué à celui des parents, ils n'évoquent pas les diagnostics qui se superposent, mais une souffrance qui, par moment, s'interpelle intimement dans de multiples dimensions (individuelle, familiale, sociale).

Les professionnels ont à composer avec des enfants ayant des diagnostics psychiatriques variés (pour 67 % d'entre eux; TDAH, syndrome Gilles de la Tourette, trouble d'opposition, trouble sévère du langage, trouble de l'attachement, TPL). Certains ont des verbalisations suicidaires (58 %), d'autres ont posé des gestes autoagressifs, plusieurs vivent des difficultés scolaires importantes (75 %), quelques-uns ont été placés dans des foyers d'accueil et déplacés de ces foyers (42 %) et pour d'autres, leur sécurité et leur développement s'avèrent compromis. Les professionnels composent également avec l'histoire de vie difficile des parents (58 %, abus répétés, trauma diagnostiqué) et avec la comorbidité d'autres troubles de santé mentale pouvant affecter leurs capacités parentales (42 %). Ils négocient les déplacements pour les parents ayant des maladies invalidantes et ils gèrent la communication et l'arrimage entre les nombreuses ressources impliquées auprès de ces familles (plus de 50 % ont plusieurs ressources en même temps).

Si l'on considère que ces derniers doivent posséder quelques connaissances pour intervenir selon les bonnes pratiques associées aux troubles spécifiques et que l'on ajoute une intensité et une durée des services significative (de plus de 206 interventions pour une adolescente et 194 pour son parent s'échelonnant sur 24 mois de services), nous pouvons

comprendre davantage la nature des besoins personnels, professionnels et organisationnels que les intervenants expriment.

Un autre constat qui apparaît tout aussi fortement concerne, d'un côté, les caractéristiques des participants (nombre d'années d'expérience, nombre d'heures de formation et de supervision reçues) et, de l'autre côté, les modalités de soutien qui ont été demandées.

Il semble que le nombre d'années d'expérience, les heures de formations reçues concernant les parents ayant un TPL et la participation à des supervisions non spécialisées (enfance) ne soient pas des facteurs de protection suffisants pour les professionnels jeunesse. Au contraire, l'analyse du discours illustre que par moment, les participants ont éprouvé des symptômes qui s'apparentent à ceux des enfants et de parents ayant vécu des traumatismes, voire des grandes difficultés relationnelles. Ils évoquent entre autres l'hypervigilance, l'impuissance, la sensation d'« être figé », l'épuisement, la colère, ou encore la confusion des rôles. Ils mentionnent toutefois que les formations reçues concernant les parents ayant un TPL ont amélioré leur compréhension et leur sensibilité. Cet aspect a peut-être contribué à préserver le lien dans les moments plus difficiles du suivi. On peut alors se demander de quelle façon les caractéristiques associées aux professionnels ont pu contribuer aux demandes de soutien qu'ils expriment.

L'hypothèse émergente postule que le nombre d'années d'expérience, c'est-à-dire les nombreuses situations auxquelles ils ont été confrontés, jumelées aux formations et aux supervisions reçues, conjuguées à leur réalité organisationnelle, leur ont permis de « métaboliser cliniquement » différentes formes de savoir : savoir, savoir être, savoir faire et savoir expérientiel afin de formuler une demande de soutien multimodale dans laquelle chacune des composantes est plus grande que la somme des parties.

Ces professionnels demandent prioritairement de la formation, de la supervision spécialisée, un contact avec une experte lors de gestion de crises récurrentes, tout cela figurant dans un plan de formation continue échelonné sur quelques années (trois ans) qui doit s'inscrire dans une offre de services jeunesse intégrée.

Les données de cette recherche convergent parfaitement avec les recommandations des écrits figurant dans les guides des bonnes pratiques (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; National Health and Medical Research Council [NHMRC], 2012). Pour ajouter à cette convergence, au moment d'analyser les résultats de cette recherche, le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM, 2017) publiait un cadre de référence validant encore une fois les demandes des professionnels de revoir la structure des services de première ligne et d'offrir des modalités de soutien adaptées à cette clientèle (formation, supervision). Bien sûr, nous pouvons aussi voir dans ces résultats une évidence : nul n'est contre la vertu et de façon générale, plusieurs

professionnels disent avoir besoin de formation, de supervision et de modalités d'intégration.

Caractéristiques des enfants, des parents et précisions des demandes

Cependant, les participants à cette recherche définissent de façon précise les situations pour lesquelles ils doivent être accompagnés, et ce, pour chacune des modalités identifiées (formation, supervision, personne-ressource, plan triennal, définition de l'offre de services). Lorsque l'on porte attention au portrait des enfants, des parents ainsi qu'à la durée et à l'intensité des services, nous constatons que leurs demandes sont fortement appuyées par leur réalité clinique particulière. Lorsqu'en plus nous faisons le lien entre ces composantes et la revue des écrits scientifiques, nous passons alors de la vertu à la nécessité exprimée.

Connaissances spécifiques : traumatisme, conduite à risque, comportement de négligence et de maltraitance parentale

Par exemple, au niveau des connaissances spécifiques, les professionnels demandent de bonifier leurs connaissances concernant les problèmes de santé mentale, les traumatismes et les jeunes ayant un TPL. Ils demandent également d'obtenir des repères pour les interventions qu'ils effectuent auprès de parents faisant preuve de comportements de maltraitance et de négligence sévères et persistants.

Les traumatismes figurent au portrait clinique de la population ayant un TPL (Zanarini et al., 1998) ainsi que de celle ciblée par les participants. Si on ajoute aux

traumas diagnostiqués, les événements d'abus sexuels, la violence subie, l'exposition à la violence conjugale répétée, nous obtenons un très grand registre de symptômes associés à de potentiels traumatismes chez les enfants et parents rencontrés par les participants (plus de 67 %). Non seulement le travail auprès des personnes traumatisées est délicat, mais les recommandations sont à l'effet que le trauma doit être évalué systématiquement pour les enfants et les adolescents, et ce, principalement auprès d'une clientèle vulnérable (Strand, Sarmiento, & Pasquale, 2005). On estime que plus le nombre d'événements traumatiques auquel l'enfant est exposé est important, plus les symptômes manifestés risquent d'être complexes (Collin-Vézina, Coleman, Milne, Sell, & Daigneault, 2011; Hodges et al., 2013). Vu le tableau clinique des enfants et de leurs parents (voir Tableau 1, p. 49-50), il est possible d'émettre l'hypothèse que les professionnels sont confrontés non seulement à un enfant traumatisé relationnellement, mais bien parfois à des traumas complexes transgénérationnels. D'ailleurs, selon la conception plus large au niveau développemental des traumas, on y inclut plusieurs facteurs dont l'exposition à la violence familiale, la rupture dans les liens d'attachement, la négligence parentale et la maladie mentale d'un parent. Les enfants manifesteraient des troubles anxieux, des troubles des conduites, des troubles oppositionnels, un TDAH ou des troubles de l'humeur (Milot, Collin-Vézina, & Godbout 2018).

Lorsque l'on considère que 33 % des jeunes ciblés présentent un TPL, que plusieurs ont posé des gestes autoagressifs (42 %) et qu'ils ont manifesté des verbalisations suicidaires (58 %), nous pouvons être sensibles aux besoins de soutien que les

professionnels espèrent obtenir et aux symptômes de détresse qu'ils manifestent parfois eux-mêmes.

Ils ne sont d'ailleurs pas les seuls à exprimer des difficultés associées à la gestion des passages à l'acte des personnes ayant un TPL (Bodner, Cohen-Fridel, & Iancu, 2011; Laporte et al., 2014). Dans l'étude de Paré-Miron (2010), les professionnels travaillant en contexte hospitalier nomment aussi qu'ils peuvent se sentir « facilement envahis par les jeunes à haut risque suicidaire » (p. 69). Même si ces derniers ont accès à un centre de soins permettant de prendre en charge le jeune, ils estiment que ces situations figurent parmi les plus difficiles. Il est alors possible d'imaginer ce que peut comporter l'accompagnement de ces jeunes en contexte volontaire alors que les professionnels doivent évaluer le risque, intervenir selon le guide des bonnes pratiques, accompagner l'ensemble des membres de la famille dans cette situation difficile en plus de faire le lien avec les partenaires associés à ce jeune tel que présenté dans la Figure 1 du premier article (p. 63).

Le Guide de bonnes pratiques en matière de prévention du suicide (Gouvernement du Québec, 2010) identifie concrètement les actions professionnelles qui doivent être portées en première ligne. Face à cette procédure à suivre, certains professionnels révèlent qu'ils rencontrent des difficultés dans l'estimation de la dangerosité du passage à l'acte. Le principal outil de référence (grille d'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire SAM) comporterait certaines ambiguïtés. La grille d'estimation de la

dangerosité présente des indicateurs (tentatives récentes, grand désespoir, abus grave de substances, forte impulsivité, solitude et isolement, se laisser aller) permettant d'identifier le degré d'intervention requis. Ces indicateurs sont situés sur un continuum de couleur allant du vert (pas d'indice de danger) au rouge (danger grave et immédiat) et ils servent de repères à la prise de décision. Lorsque les professionnels évaluent le risque de passage à l'acte avec ces indicateurs, ils se retrouvent régulièrement dans la zone de danger (rouge ou orange). Ils doivent donc référer les jeunes au centre hospitalier. Or, selon eux, ces indicateurs peuvent être associés à des comportements liés à la structure même du TPL. Certains diront qu'ils réfèrent les jeunes tel que requis, mais il s'ensuit alors le processus de « portes tournantes ». En effet, les jeunes sont régulièrement réorientés en première ligne, et ce, même si les conditions familiales s'avèrent difficiles, voire contribuant à la détresse du jeune (conflits parentaux, abus et négligence parentale, détresse parentale, etc.).

Devant de telles circonstances, les professionnels se retrouvent aux prises avec des décisions importantes qui sont souvent associées à une compréhension précise de la problématique et à des compétences spécifiques en ce qui a trait à l'évaluation et à l'orientation de jeunes suicidaires.

Pour la clientèle ayant un TPL, sachant qu'il peut parfois s'avérer contre indiqué de diriger la personne vers les centres hospitaliers, la référence à une personne spécialisée pourrait contribuer à soutenir l'intervenant dans son vécu, à augmenter les connaissances

et améliorer l'évaluation d'une suicidalité chronique ou aiguë (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; NHMRC, 2012).

Ce processus est d'autant plus important que la probabilité d'une nouvelle tentative suicidaire est plus élevée chez un adolescent ayant déjà posé un geste suicidaire (Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1994; Pfeffer et al., 1993). Ce dernier risque aussi davantage de compléter un suicide (Brent et al., 1993; Renaud, Brent, Birmaher, Chiappetta, & Bridge, 1999).

Finalement, de par leur demande de soutien, nous pouvons comprendre que les professionnels souhaitent être entendus dans la difficulté que peut comporter l'accompagnement de jeunes qui s'infligent des blessures ou qui tentent de mourir. Lorsque certains évoquent qu'il leur arrive de penser à ces jeunes hors de leur contexte de travail, il est possible d'en imaginer les raisons. Il faudrait même se demander si le manque de soutien ne constitue pas un élément de dangerosité supplémentaire auprès de ces personnes impliquées dans des situations complexes si hautement à risque.

Enfin, parmi les autres besoins exprimés, les professionnels évoquent manquer de repères dans l'intervention auprès de parents ayant des comportements de négligence et de maltraitance sévères et persistants. Les résultats obtenus révèlent que la moitié des participants (50 %) ont identifié des enfants ayant été victimes d'abus physiques et de négligence parentale. Les parents ciblés ont eux aussi déclaré aux participants avoir été

victimes d'abus répétés. Confrontés aux parents qui adoptent ces comportements négligents et maltraitants de façon répétée et considérant les impacts désastreux sur le développement des enfants, les professionnels se demandent quelles doivent être les interventions les plus appropriées pour cette clientèle instable qui a souvent reçu une multitude de services qui se sont soldés par peu d'amélioration. Pour cet aspect cependant, les écrits mentionnent que les traitements qui ont démontré une efficacité pourraient ne pas être appropriés pour une clientèle de parents maltraitants (Marziali, Damianakis, & Trocmé, 2003). Les atteintes spécifiques au niveau des habiletés parentales n'ont pas été justement considérées dans ces différentes approches. Il faudra alors davantage de concertation avec les partenaires de la protection de l'enfance afin que ces parents cessent d'être orientés vers les services volontaires. Les participants rapportent qu'ils vivent beaucoup d'instabilité dans la prestation de services offerts à ces parents majoritairement non collaborants. Comme le dit si bien Bouchard (2010) :

Il y a une responsabilité morale des parents et des professionnels d'assurer la protection des enfants. Le cadre contraint peut être un véritable levier de changement, qui serait impossible sans lui. C'est même parfois le seul qui permet de rejoindre des enfants et des familles qui autrement seraient laissés à eux-mêmes (p. 13)

Intervention systémique auprès des familles : maintien du cadre thérapeutique, intervention familiale

Les données obtenues (voir les Tableaux 4 [p. 158] et 7 [p. 164]) démontrent que les participants travaillent activement auprès des membres de la famille. Le nombre de rencontres incluant les parents, l'enfant, la fratrie et la famille élargie a été à certains moments considérable (jusqu'à 25 rencontres avec la fratrie d'un enfant placé). Face à la

complexité de ce travail d'arrimage relationnel, les participants ont nommé humblement que par moment, il y a eu un glissement face au maintien du cadre thérapeutique. Selon eux, il existe un écart entre ce qui est recommandé et ce qu'ils peuvent appliquer. Cependant, la définition et le maintien d'un cadre thérapeutique serait un des facteurs incontournables que l'on retrouve dans l'ensemble des cadres conceptuels de référence portant sur les traitements offerts aux personnes ayant un TPL (selon David [2016] en référence : *Dialectical Behavior Therapy*; *Mentalization Base Therapy*, Linehan; *Transference Focused Psychotherapy*, Fonagy & Bateman; *Schema Focused Therapy*, Kernberg; STEEPS, Young; *General Psychiatric Management*, Blum). La littérature est unanime sur le sujet (Bateman & Fonagy 2009; Linehan, 2014; Neuman, 2012; Villeneuve, 2006), tous s'entendent pour dire que le cadre permettrait d'établir et de coordonner une structure de traitement cohérente. Il permettrait de définir les rôles, les engagements, les attentes et les buts visés par la personne ou la famille. Le cadre ou le contrat d'entente servirait de tiers entre le thérapeute et le client, favorisant ainsi le travail d'analyse interne du transfert et du contretransfert. Il serait plus facile de prioriser, de réévaluer et d'ajuster les soins au fil du suivi avec un cadre préétabli qui a été discuté avec le client (Yeomans, Delaney, & Renaud, 2016). Ce dernier permettrait à l'intervenant, aux parents et aux jeunes d'évoluer dans un climat de sécurité et d'empêcher que chaque professionnel adopte différentes façons de travailler; ce qui peut contribuer aux mécanismes de clivage au sein des équipes (Laporte, 2007). Se doter d'un cadre thérapeutique structuré et cohérent serait une des six stratégies identifiées par Bouchard (2010) pour limiter le risque d'impasse avec la clientèle ayant un TPL. Selon ce dernier,

plusieurs difficultés seraient attribuées à la définition d'un cadre thérapeutique flou ou mal compris entre le patient et l'intervenant. La flexibilité du cadre avec les familles serait un défi constant pour bon nombre de professionnels jeunesse (Laporte et al., 2014), et il serait vraiment nécessaire de réfléchir aux modalités de soutien considérant les impacts importants qui peuvent survenir lorsque celui-ci n'est pas actualisé avec la souplesse et la rigueur nécessaire.

Le Nestour, Apter, Héroux, Mourgues et Patouillot-Slatine (2007) nous invitent cependant à être vigilants et à définir un cadre qui tienne compte du parent ayant un TPL et son enfant. Tel que le nomment les professionnels, le parent présenterait tellement de besoins ou d'omniprésence que de faire exister son enfant deviendrait un enjeu relationnel parfois insurmontable. Porter la même considération aux deux offrirait une possibilité au parent d'adresser la partie infantile qui peut parfois se déployer à travers une rivalité importante et entraver la qualité des soins offerts à l'enfant. Il serait toutefois difficile d'atteindre cet objectif pour un seul intervenant. Celui-ci risquerait de se retrouver essentiellement centré sur une relation transférentielle et contretransférentielle parents-thérapeutes et la gestion du risque d'effondrement psychique du parent canaliserait une bonne partie des soins à offrir.

D'un autre côté, bien que le travail de cothérapie et de partenariat soit recommandé (Bendib, Bensaber, & Fuseau, 2016), celui-ci porte son lot de défis. La tendance des parents à penser de façon dichotomique place souvent les différents professionnels dans

des situations de clivage, les rendant l'un et l'autre parfois tout bon ou tout mauvais (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; NHMRC, 2012). Le travail de concertation devient donc un enjeu important et les liens entre partenaires, bien qu'essentiels, peuvent faire naître de véritables « guerres de clocher » chez les professionnels non avisés.

Complémentarité des soins et arrimage de services

Les données obtenues (dans plus de 50 % des cas, plusieurs services impliqués) illustrent bien l'important travail de collaboration que les professionnels ont effectué avec les partenaires de deuxième ligne et avec ceux de la communauté (école, centre hospitalier, centre jeunesse, équipe de santé mentale adulte; par exemple, voir Figure 1 à la page 63). Les guides de référence (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; NHMRC, 2012), le Plan d'action en santé mentale 2015-2020 du MSSS (2015) et les plans ministériels (« Vers une meilleure intégration des services pour les jeunes en difficulté et leur famille », « Orientation ministérielles relatives au programme-services destiné aux jeunes en difficulté ») soutiennent l'importance de cette étroite collaboration dans l'élaboration d'une trajectoire de soins intégrés, hiérarchisés et continus. Cependant, une recherche menée dans trois institutions de première ligne de Montréal a montré qu'il était difficile d'élaborer une vision commune entre la première ligne et le centre hospitalier (Nadeau, Rousseau, & Measham, 2012). La discontinuité s'avèrerait peu favorable à une prise en charge de nature écosystémique entre ces institutions (Rousseau et al., 2014). Cet arrimage constitue encore un des grands défis de la réforme. Depuis plus

de dix ans, Laporte (2007) adresse cette préoccupation et somme les instances psychiatriques de s'unir et de collaborer dans une vision multidisciplinaire de soins partagés aux familles.

Sachant que les soins structurés offrent davantage d'amélioration dans le traitement des TPL (Bateman & Fonagy, 2009; Rousseau et al., 2014), nous pouvons comprendre les raisons qui motivent les participants à demander l'implication des gestionnaires dans les arrimages intra et inter établissement avec lesquels ils négocient actuellement seuls.

En effet, malgré le fait que plusieurs enfants ciblés par la recherche soient bénéficiaires de soins hospitaliers, ceux-ci n'intègrent que très tardivement les services spécifiques (lorsqu'ils le peuvent). Les évaluations et le suivi de la médication sont les principaux services offerts. La création des équipes de santé mentale jeunesse a semé une confusion dans le continuum de soins à offrir et les services de première ligne auraient tout avantage à définir plus clairement les traitements offerts aux personnes ayant un TPL (CNESM, 2017; Paquet, Bouchard, & Clément, 2012).

Étant donné la situation actuelle, les professionnels mentionnent qu'ils pallient en offrant aux jeunes et aux familles des services dont ils ignorent parfois la réelle efficacité. Ces derniers nomment que le plus grand impact de cet arrimage difficile concerne le type de traitement, la durée et l'intensité des services qu'ils doivent assurer.

Type, durée et intensité du suivi en lien avec les besoins et les modalités de soutien

L'analyse des résultats ne permet pas d'établir des liens significatifs entre la durée, l'intensité des services et les modalités de soutien spécifiques demandées. Toutefois, les participants ayant accompagné des jeunes pendant plus de deux ans et ayant effectué 35, 52 et 76 interventions avec le personnel du réseau de la santé demandent de façon unanime que les arrimages soient facilités (voir le Tableau 4 à la page 158). De ce groupe, les personnes affichant le plus haut taux de contacts diront avec conviction que le système n'est pas outillé pour travailler avec les personnes ayant un TPL. Par contre, un autre participant dont l'enfant a reçu moins de 12 mois de services et qui a établi peu de contacts avec les personnes du réseau de la santé tiendra sensiblement les mêmes propos.

La durée et l'intensité du suivi ne peuvent pas être associées directement au besoin de formation, de supervision ou à une autre modalité particulière. Cependant, nous pouvons identifier des facteurs étant associés au plus grand nombre d'interventions et être particulièrement vigilants afin d'offrir un soutien continu aux professionnels. Considérant les résultats rapportés (article 1), les parents qui seraient les plus à risque sont ceux ayant vécu des traumatismes, des placements et de la négligence dans l'enfance. Ceux qui présenteraient de la comorbidité et ceux qui auraient des antécédents de passage à l'acte avec présence de maladie invalidante seraient également identifiés comme étant plus exigeants en termes d'intensité de soins à apporter. La présence d'enfants en bas âge serait aussi un facteur à prendre en considération ainsi que le placement volontaire de l'enfant. Les enfants qui sont plus à risque sont ceux étant dans la période de l'adolescence, ayant

eu des passages à l'acte et ayant besoin d'être retirés de leur milieu familial. Au niveau statistique, nous pouvons d'ailleurs observer que des participants ayant effectué plus de 100 interventions affichent un grand nombre de consultations cliniques (voir Tableau 4 à la page 158, question M et Tableau 7 à la page 164, question I). Il est possible de penser que l'intensité du suivi offert aux jeunes et aux familles a contribué pour ces personnes à recourir à plusieurs modalités de soutien différentes telles que les discussions de cas, les comités d'orientation clinique, le recours aux coordonnatrices professionnelles, etc.

Modalités de soutien considérées bénéfiques par les professionnels

L'accessibilité à une personne ressource connue telle que les coordonnatrices professionnelles, les gestionnaires et le conseiller clinique s'avère le soutien le plus apprécié par les participants. Ils apprécient également les échanges avec leurs collègues et l'accès aux professionnels des équipes santé mentale adulte lorsque possible (voir Tableau 8 à la page 166).

Le recours à du personnel de soutien est fortement recommandé puisque le travail auprès des parents et des jeunes ayant un TPL s'avère être une danse relationnelle qui peut provoquer de lourdes charges négatives et induire chez l'autre des mécanismes semblables à ceux des clients (Dimeff & Linehan, 2001). Rappelons que l'identification projective est souvent à la base même des contretransferts liés à ce type de clientèle (Masterson, 1983) et risque d'amener le professionnel à être « régulièrement habité par des parties de la

structure intrapsychique de son client et peut finir par se retrouver temporairement dans le même état mental et affectif clivé que lui » (Bessette, 2010, p. 90).

Considérant que les participants et que d'autres professionnels estiment que les charges reçues peuvent faire émerger des attitudes contrethérapeutiques et ainsi entraver la qualité des services (Laporte et al., 2014; Liebman & Burnette, 2013; Paré-Miron, 2010), il s'avère pertinent de conserver la consultation et le recours au personnel de soutien, modalité qui répond à des besoins complémentaires, voire par moment différents de ceux de la supervision et de la formation (Laporte, 2007).

Le soutien individuel planifié et organisé selon une séquence prédéterminée serait également une modalité de soutien appréciée, particulièrement par les professionnels qui trouvent en ce moyen la possibilité de maintenir davantage le cadre thérapeutique. Sachant combien ce cadre de travail est essentiel aux bons soins, ces rencontres pourraient être utilisées pour offrir un lieu sécurisant aux professionnels, revoir le contrat de services et permettre le suivi et la révision du plan d'intervention si souvent élagué (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2014; Lemay, 2014; ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2008).

D'autres modalités qui ont pour objectif de rassembler différents partenaires intra et inter établissement sont également très appréciées pour la création des liens que ces partenaires permettent. Dans cette organisation, le comité d'orientation clinique offre une

instance régulière (1 fois par semaine, 3 blocs de 90 minutes) dans laquelle les parents, les partenaires, les gestionnaires et toutes les personnes significatives peuvent se rassembler pour convenir de stratégies d'intervention communes et complémentaires pour le bien-être de l'enfant et de sa famille. Comme le souligne une participante, il sera toutefois important de revoir les règles de fonctionnement de ce comité afin de mieux s'adapter aux personnes qui peuvent, sous le joug de plusieurs regards, se sentir davantage jugées et condamnées qu'aidées et supportées (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009). Les parents ayant un TPL rencontrés dans le cadre de l'étude de Beaudry (2016) soulignaient l'importance de coordonner les services et d'avoir des espaces de communication transparente dans lesquels ils participeraient activement.

Enfin, pour la quasitotalité des participants, le soutien et la reconnaissance des gestionnaires passent par l'ajustement de la charge de travail et l'aménagement de la réédition de compte. Le portrait assez éloquent des besoins des enfants et de leurs parents soutient l'importance d'offrir des services parfois en grande intensité.

Si la durée et l'intensité des services demeurent un enjeu important au sein d'une organisation menée par une performance statistique, il faut se rappeler que certaines études ont montré les bienfaits d'interventions précoces à plus long terme pour les familles vulnérables montrant une détresse multifactorielle associée à une problématique d'attachement (Dumaret & Picchi, 2005; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009). Dans ces études, les soins de longue durée, la relation avec un soignant ou

un membre de l'équipe sociale et le travail réseau joueraient un rôle de médiateur. Nous pouvons conclure que plusieurs parents et enfants ciblés dans cette recherche correspondent au portrait décrit.

Bien que cette recherche ne puisse déterminer avec précision l'impact des besoins identifiés face aux différentes modalités de soutien demandées, l'analyse textuelle permet « d'entendre » bon nombre d'émotions se livrer. Il serait faux de croire que seuls les gestes suicidaires portent atteinte au vécu des professionnels. Bien que ces situations particulièrement difficiles à vivre soient parmi celles qui demandent le plus de soutien, plusieurs participants du groupe nomment que l'intensité émotionnelle des parents ainsi que les différents facteurs de risque (pauvreté, abus antérieurs, violence conjugale, etc.) les affectent presque tout autant. En guise de constat, plusieurs d'entre eux présentent même des symptômes pouvant s'apparenter aux manifestations traumatiques des personnes auprès desquelles ils travaillent.

Les trois souhaits : ces professionnels qui rêvent peu!

Malgré l'importance de certaines difficultés livrées, les professionnels sont peu exigeants face à leur institution. La dernière question de l'entrevue semi-structurée avait pour objectif de permettre aux professionnels d'identifier trois souhaits. Cette question n'a pas été élaborée puisque les professionnels ont principalement répété, de différentes façons, les modalités de soutien qu'ils souhaitent obtenir.

Un peu comme les familles auxquels ils s'adressent, est-ce possible que les professionnels rêvent peu? Certains d'entre eux ont toutefois insisté pour nommer combien il était important que cette recherche puisse se traduire par des apports et par des actions concrètes visant à améliorer leurs pratiques et les services aux enfants et aux parents ayant un TPL. Leurs demandes n'auront pas été vaines.

Retombées scientifiques et cliniques de cette étude doctorale

Cette recherche exploratoire a eu quelques retombées concrètes de plusieurs natures. Elle aura principalement permis de tracer un portrait sommaire de la clientèle jeunesse (dont un parent présente un TPL) qui fréquente les programmes-services de première ligne. Elle offre également des indicateurs permettant le dépistage d'enfants et des parents ayant besoin d'une plus grande intensité et durée des services; ce qui permet d'agir en amont et d'offrir un soutien clinique plus important aux professionnels jeunesse impliqués auprès de cette clientèle. Cette étude permet aussi de prioriser les modalités de soutien et les situations cliniques les plus importantes (symptômes aigus, gestes autodommageables, placement, etc.) pour les professionnels. Certaines pistes de réflexion peuvent également être soulevées d'après les résultats obtenus.

Il serait pertinent d'étudier les mécanismes qui permettent le maintien du lien avec les personnes présentant un TPL au niveau des soins dispensés (intensité des services). Alors que cette clientèle est considérée comme celle ayant un taux d'abandon important aux traitements, le nombre de services rendus ainsi que leur durée démontrent que les

professionnels jeunesse de première ligne ont su maintenir le lien et la participation aux soins malgré, rappelons-le, la grande complexité du travail avec les nombreux partenaires (voir Figure 1 à la page 63).

Également, le portrait des enfants et de leurs parents nous invite fortement à questionner le type de services à dispenser à une clientèle de première ligne qui démontre des caractéristiques associées à celles de deuxième et troisième ligne. Des services un peu plus spécialisés devraient-ils être offerts à une clientèle qui se présente et semble collaborer plus longtemps dans des services de proximité?

Cette recherche a également tenté de dégager certaines pistes pour le développement d'un modèle de soutien clinique multiaxial, basé sur les besoins des professionnels jeunesse de première ligne. L'analyse des résultats démontre l'importance de développer une logique de soutien qui s'apparente à celle des soins à offrir. Elle devrait être globale, intégrée, multimodale et soutenue par l'organisation, la communauté, voire la santé publique. Une seule modalité de soutien (formation, supervision, co-intervention) pourrait s'avérer limitée considérant la complexité des défis cliniques rencontrés et l'interconnexion entre eux. Aussi, les modalités de soutien appréciées par les participants pourraient constituer des pistes d'action pour certaines organisations (utilisation de portion de rencontres d'équipe, co-intervention, soutien clinique hiérarchisé – coordonnatrice professionnelle, conseiller clinique, gestionnaire, etc.).

Les résultats peuvent également être utilisés afin de soutenir plus finement la réflexion face à l'organisation des soins à offrir aux enfants ayant un parent présentant un TPL. Est-ce que les services sont optimums en termes de quantité, de durée et d'intensité? Quels sont les éléments communs aux pratiques reconnues comme étant efficaces, permettant d'ajuster l'offre de services et d'offrir un cadre intégré et adapté en première ligne? Quels types de liens devrions-nous établir avec les différents partenaires qui sont les principaux référents? Quel travail de collaboration pouvons-nous développer avec le personnel des soins spécialisés pour les adolescents ayant un diagnostic de TPL émergent? Enfin, comment améliorer la concertation entre les services de première ligne et le Centre jeunesse de Montréal vis-à-vis des parents ayant des comportements de négligence et de maltraitance récurrents qui passent sans cesse d'une institution à l'autre? Chaque milieu peut définir des actions à développer en fonction de sa réalité de soins et de besoins en fonction du modèle proposé.

Services de première ligne : milieu d'accueil de la recherche

Pour le milieu dans lequel la recherche a été effectuée, les retombées sont assez intéressantes. Les gestionnaires ayant permis d'accueillir le projet y voyaient déjà une pertinence clinique pour les membres de leur personnel et pour la population qu'ils desservent. Cet intérêt s'est concrétisé davantage au fil des dernières années et à la suite de la diffusion préliminaire des résultats de recherche. Certaines activités de soutien ont été actualisées afin que les membres du personnel puissent bonifier leurs connaissances au niveau des parents ayant un TPL. Dans une équipe, 25 professionnels ont bénéficié de

quatre modules de sensibilisation d'une durée de plus de deux heures trente. Ces modules ont été préparés par les coordonnatrices professionnelles, les intervenants volontaires et l'auteur de la thèse. Une personne spécialisée auprès d'adultes ayant un TPL a offert une formation de six heures à plus de 15 professionnels désirant parfaire leurs connaissances face aux interventions en situation de crises suicidaires (coût défrayé par l'organisation).

D'autres projets se réaliseront et certains sont actuellement à l'étude. Le Tableau 9 et la Figure 3 (p. 142) illustrent l'exercice clinique entrepris par l'auteur de la thèse afin d'opérationnaliser les différents résultats obtenus dans le cadre de la recherche. Dans le Tableau 9, la colonne de gauche (les portraits) appuie ce qui a été identifié dans la colonne des besoins exprimés. Les besoins d'ordre personnel, professionnel et organisationnel sont détaillés et les modalités de soutien qui sont identifiées par une pastille rouge tentent de répondre à ces derniers. La dernière colonne présente les outils qui pourront contribuer à l'actualisation des modalités de soutien.

Tableau 9

Modalités de soutien en fonction du portrait de la clientèle et des besoins identifiés

Portrait enfants, parents, profession	Besoins : personnels, professionnels, organisationnels	Modalités de soutien demandées *											Outils cliniques		
		Ressources spécialisées				Ressources existantes					Arrimage				
		F	S	SS	PRS	G	CO	CC	RÉ	DC	CI	A		T	
Personnels															
Complexité, risque suicidaire, placement Durée, intensité : suivi 83 % depuis +2 ans 21 à 223 interventions	Équilibre physiologique, psychologique Être et se sentir en sécurité Respect de ses valeurs Estime de soi	●		●	●										Matériel : Formation TANGO Atelier MPC (à confirmer) Groupe mon enfant et moi
Professionnels															
Enfant : 67 % Dx, psychiatrique 33 % TPL 58 % Verb. suicidaire 42 % Automutilation 33 % Négligence recc. 42 % Placement Parents : TPL 33 % Maladie, stress \$ 42 % Cooccurrence, famille avec plusieurs enfants Intensité, durée	Maintenir l'objectivité Connaissances : TPL ados, trauma Intervention systémique Gestion, crise Cadre d'intervention, PI-PSI Complémentarité : prestation de soins Cadre législatif : négligence, maltraitance	●		●			●	●			●	●	●	Atelier MPC (à confirmer), supervision spécialisée Trousse : Trauma enfant, TANGO Révision charge de cas Protocole : suicidaire Consentement aux soins Livres, sites Internet, etc. Chronosystème, génogramme Antécédents, négligence, etc.	
		●		●				●			●	●	●		
		●		●				●			●	●	●		
		●		●	●	●	●	●	✓	●	●	✓	●		
		●		●				●	✓		✓				
							●								
						●	●	●							

Tableau 9

Modalités de soutien en fonction du portrait de la clientèle et des besoins identifiés (suite)

Portrait enfants, parents, profession	Besoins : personnels, professionnels, organisationnels	Modalités de soutien demandées *											Outils cliniques
		Ressources spécialisées			Ressources existantes						Arrimage		
		F	S	SS	PRS	G	CO	CC	RÉ	DC	CI	A	
Organisationnels													
Arrimage difficile : Parent : SMA 20 à 194 interventions Enfants : CH : 6 à 76 interv. Scolaire : 1 à 30 interv. Présence autres partenaires	Définition : Offre de services spécifique pour les enfants et parents ayant un TPL	Diffusion préliminaire des résultats : Début décembre 2016 Rencontres avec gestionnaires des équipes jeunesse : 7; rencontres avec gestionnaires DSM : 6 Autres rencontres de diffusion des données de recherche : 3 Dépôt d'un plan de soutien triennal : janvier 2017											
F :	Formations. Deux types de formations offertes année 2018. TANGO et ateliers de Méditation Pleine conscience												
S :	Supervision selon l'approche écosystémique déjà offertes (rythme : 6X année)												
SS :	Supervision spécialisée selon la TCD (7,5 heures)												
PRS :	Personne ressource spécialisée disponible dans le cadre de la formation TANGO												
G :	Gestionnaire. Cheffe de programme jeunesse et santé mentale jeunesse. Disponible pour offrir du soutien lors d'arrimages complexes. Informée systématiquement lors de gestion d'une crise suicidaire par un professionnel.												
CO :	Coordonnatrice professionnelle. Offre soutien clinique régulier en toutes circonstances. Révision charge de cas (3 fois par année)												
CC :	Conseillère clinique. Interpellée par coordonnatrices professionnelles et gestionnaires lors de situations complexes.												
RE :	Réunion d'équipe. Thèmes portant sur les TPL (présentation du protocole d'intervention suicidaire, livres pour enfants, etc.)												
DC :	Discussion de cas clinique et comité d'orientation clinique. Suivi des situations complexes dans lesquels parents et jeunes présentent un TPL. Concertation avec les parents, jeunes et les partenaires de la communauté (suivi régulier)												
CI :	Co-intervention. Deux intervenants et plus d'impliqués auprès de familles complexes												
Arrimage :	A : Accessibilité, T : Traitement. Groupe pour adolescents (à confirmer)												

Formation et supervision spécialisées

Récemment, une entente a été conclue avec une chercheuse expérimentée et 30 professionnels ont reçu une formation et de la supervision spécialisée. La formation (TANGO) de plus de 20 heures s'inspire de la thérapie comportementale dialectique (TCD). La formation :

[...] vise à habiliter les professionnels à utiliser les pratiques de pointes dans leur accompagnement. De par les connaissances théoriques et les exercices pratiques, les professionnels seront amenés à s'entraîner et à réguler leur propre comportement et attitude pendant les interventions. Ils pourront développer des compétences de savoir être et savoir faire pour modifier leurs réactions comportementales, émotionnelles et cognitives lors de situations d'intervention complexes courantes. (Desrosiers & Laporte, 2016, p. 4)

À la suite de cette formation, un projet s'est développé afin d'offrir huit ateliers de méditation de pleine conscience coanimés par une psychologue de l'équipe santé mentale adulte et l'auteure de la thèse. Ces ateliers seront offerts à l'heure du lunch aux professionnels volontaires. Ils permettront de poursuivre certains apprentissages (TANGO) et de découvrir les éléments du processus d'autocompassion ainsi que de nouvelles stratégies d'apaisement et de régulation émotionnelle.

Aussi, l'offre de services pour les parents a également été bonifiée. La participation au projet de recherche *Mon enfant et moi* permettra à des parents, étant décrits comme sensibles et intenses (TPL), de participer à huit rencontres de groupe visant à « aider le parent à avoir une meilleure compréhension de leurs difficultés et de l'impact de celles-ci sur leur(s) enfant(s) et de développer un "coffre à outils" de stratégies pour y faire face » (Laporte & Desrosiers, 2017).

Les animateurs de ces groupes (5) participeront à une formation de 24 heures et ils auront 16 heures de supervision. Les professionnels jeunesse référant des parents au groupe auront pour leur part neuf heures de formation en vue de réinvestir les stratégies abordées lors des rencontres.

Enfin, concernant les manifestations traumatiques chez les enfants, la demi-journée de sensibilisation et la remise de la trousse *Pratique intégrant la notion de trauma de la théorie à la pratique* permettront aux professionnels de mieux évaluer l'état de l'enfant. Ces différentes mesures complètent les modalités déjà utilisées.

Maintien des modalités actuelles : attention particulière aux personnes présentant un trouble de personnalité limite

Le maintien de modalités de soutien spécifiques a été adressé par l'ensemble des participants. Cependant, certaines de ces modalités pourraient être ajustées afin de mieux identifier les familles et ainsi offrir le soutien clinique nécessaire avant l'aggravation de certaines situations.

Parmi les modalités existantes, notons les révisions de charges de cas. Cette modalité est un processus de discussion clinique obligatoire entre la coordonnatrice et chaque professionnel. D'une durée approximative d'une heure, ces rencontres qui ont lieu trois fois par année servent à évaluer l'ensemble de la tâche professionnelle ainsi qu'à réviser l'offre de services aux familles présentant des besoins particuliers. Lors de ces rencontres, une attention pourrait être portée aux familles vulnérables dont un membre présente un

TPL (négligence chronique, maltraitance, parents TPL avec comorbidité, adolescent TPL, etc.). Les outils utilisés lors de l'évaluation initiale de la famille (généogramme, chronosystème) pourraient fournir des repères (parent non diagnostiqué ou non stabilisé, comorbidité, maladie invalidante, plusieurs enfants dont certains en bas âge, placement antérieur, négligence, adolescents ayant des gestes suicidaires ou automutilatoires, négligence transgénérationnelle, grands-parents ayant un TPL, etc.) pour une meilleure évaluation. L'identification des familles et le suivi soutenu de la coordonnatrice pourraient aider les intervenants à maintenir le cadre thérapeutique, à réévaluer le plan d'intervention et à assurer la complémentarité des soins dispensés. Si des difficultés se présentent dans l'atteinte de certains objectifs ou dans l'arrimage de services, la coordonnatrice, la gestionnaire ou la conseillère clinique pourrait être mise à contribution pour ajuster l'offre de services. Ce travail permettrait d'offrir du soutien en amont pour les situations plus délicates.

Les rencontres de discussion de cas et les rencontres de comité d'orientation clinique sont des modalités qui permettent de réunir les parents ayant un TPL, les enfants (avec ou sans TPL, lorsque l'âge le permet), ainsi que les différents partenaires impliqués dans la situation (direction d'école, enseignants, pédopsychiatre, éducateur, etc.). Dans ces rencontres, il est convenu d'établir ensemble le plan de soins et de déterminer les étapes de réalisation des actions à entreprendre pour chaque partenaire. Depuis quelques mois, un processus de révision systématique du plan est organisé tous les trois ou quatre mois suivant la rencontre. Ainsi, les membres du groupe peuvent se rassembler ensemble trois à

quatre fois par année afin de s'assurer de l'ajustement des soins, du partage d'informations et ainsi éviter toutes ambiguïtés relationnelles entre les parents et entre les différents partenaires.

Les rencontres d'équipe jeunesse ont été identifiées comme étant un autre moyen de bonifier certaines connaissances et de présenter différents outils. Les protocoles d'intervention en gestion de crises suicidaires, les politiques de consentement aux soins (cadre thérapeutique), les livres, les sites Internet et les autres moyens de rejoindre les enfants et les familles pourraient être présentés lors de ces moments.

Modalités de soutien futur: plan de formation continue et structure organisationnelle adapté et sensible aux traumatismes

Enfin, au niveau de la complémentarité des soins à offrir (arrimage, traitements), un plan de formation triennal (2016-2019) a été soumis à la direction des services multidisciplinaires ainsi qu'aux cheffes de programmes jeunesse. L'articulation de certaines modalités de soutien y figure de façon intégrée dans un continuum de soins (selon le modèle multiaxial proposé). Par exemple, une chercheuse accepte de soutenir la création d'un groupe d'adolescents et de parents dans un contexte de première ligne. Le matériel est offert (contenu du groupe) et quelques rencontres seront instaurées afin d'en faire le suivi. La participation à ces groupes pourrait être proposée aux jeunes et aux parents avant le transfert vers les soins spécialisés de deuxième ligne. Toutes les modalités de ce plan sont actuellement à l'étude.

Finalement, comme le voulaient les professionnels, les approches permettant une meilleure gestion des comportements à haut risque ont été priorisées (TCD) et d'autres formations et supervisions incluant différentes approches sont aussi à prévoir, particulièrement les approches intégratives incluant la pleine conscience et celles sensibles aux traumatismes. N'oublions pas que plusieurs professionnels travaillent auprès de personnes présentant des traumatismes relationnels importants (Boucher & Jourdan-Ionescu, 2018) et qu'eux-mêmes en présentent à certains égards des manifestations.

Le premier article fait même état de structures institutionnelles ne permettant pas suffisamment d'offrir des soins en toute bienveillance, exposant les enfants et leurs parents à être référés d'une institution à l'autre dans le cycle « des portes tournantes » du réseau de la santé, complexifiant le travail des professionnels et retraumatisant des personnes déjà lourdement éprouvées.

Il serait donc intéressant de profiter des résultats de cette étude pour sensibiliser les institutions travaillant auprès des enfants vulnérables, traumatisés et des personnes si éprouvées à considérer ce que Sandra Bloom (2005) appelle « le modèle du sanctuaire ». Il s'agit ici que l'institution réorganise ses politiques, ses structures et ses procédures en fonction des besoins précis de sa clientèle. Ce modèle pourrait servir de cadre référence à l'ajustement des pratiques envers les enfants, leurs familles et le personnel en grand besoin de soutien.

La Figure 3 (p. 142) fait état des différentes modalités de soutien offertes depuis la diffusion des résultats préliminaires de cette recherche et celles qui sont à venir ou encore recommandées dans un plan de soutien intégré. Même si certaines des retombées cliniques de cette étude s'actualisent déjà, il est nécessaire de se rappeler que cette recherche comporte des limites à considérer, à côté de ses forces.

Limites et forces

Tel que mentionné dans les articles, cette recherche comporte en effet des limites et la généralisation des résultats obtenus doit être faite avec prudence. L'échantillon de 12 participants est principalement composé de femmes. Le point de vue des hommes est donc relativement méconnu en regard des défis rencontrés et des besoins de soutien clinique en première ligne. Force est de constater qu'il existe un vide conceptuel et empirique concernant la présence des hommes, que ce soit les pères ayant été identifiés comme recevant des services et, avant tout, les intervenants participant à la recherche (un seul homme pour 11 femmes). La réalité rencontrée dans notre étude est similaire aux autres études, s'attardant davantage aux mères qu'aux pères présentant un TPL.

De plus, la complexité de la démarche multiméthodes a été un défi pour bon nombre de participants. En effet, les différentes étapes du processus et certaines questions posées ont demandé temps et énergie aux professionnels. Entre autres, dans les questionnaires du parent et de l'enfant, la question portant sur la chronologie de l'ensemble des services rendus et l'autre question visant à documenter le type d'interventions effectuées ont toutes

deux exigé une démarche de repérage assez ardue aux dires des professionnels. Plusieurs participants nomment avoir investi plus de six heures à « épilucher les dossiers » afin de bien répondre aux questions. Certains ont même questionné les réponses émises en soulignant que celles-ci peuvent être incomplètes tellement il était difficile de retracer toute la chronologie des services et tous les types d'interventions effectuées. Il faudra considérer que l'analyse des dossiers ne contient pas nécessairement toutes les données et que ce processus est complexe et peut s'avérer moins rigoureux que voulu par moment (manque d'information ou trop d'informations, processus de classement aléatoire selon les personnes, etc.).

Le portrait des parents et de leurs enfants pourrait aussi présenter certaines limites si l'on considère que les éléments cliniques tels que les abus antérieurs, les gestes de violence et les conditions de négligence parentale ont été rapportés par les participants à la suite de l'évaluation et de la lecture des rapports. Les personnes ayant un TPL et les enfants rencontrés auraient peut-être nommé eux-mêmes davantage de facteurs que ceux qui figurent à l'étude. Le profil présenté dans le premier article devrait donc être interprété en considérant ces éléments importants.

Dans le même ordre d'idées, mentionnons que la recherche a traité un bon nombre de données différentes et que parfois, il fut ardu de mettre en lien certaines d'entre elles. Par exemple, il est difficile de bien traduire l'impact que peuvent avoir sur le professionnel les éléments associés au diagnostic psychiatrique du parent (intensité des réactions,

impulsivité, etc.) cumulé à ceux associés à la détresse de l'enfant (hyperactivité, gestes autoagressifs, etc.). Bien que les efforts furent déployés pour y intégrer la rigueur voulue, le poids de chacun de ces éléments est, au final, difficilement estimable. Il en est de même pour les liens existant entre les besoins identifiés et les modalités de soutien demandées. Par exemple, le besoin personnel de maintenir l'équilibre physiologique et psychologique peut être comblé par plusieurs modalités de soutien (formation, supervision, etc.). Il n'est donc pas possible de tracer des liens directs entre les concepts à l'étude (besoins et modalités de soutien) ni d'estimer le poids des éléments identifiés. Au mieux, les données obtenues ont permis de créer une carte conceptuelle qui illustre de façon un peu dichotomique les besoins et les modalités de soutien.

Il s'avère aussi important de souligner que cette recherche a été réalisée dans un secteur défavorisé du Québec et que les professionnels qui devaient cibler un parent et un enfant ont probablement sélectionné ceux pour lesquels les plus grands besoins de soutien étaient ressentis, c'est-à-dire les parents ayant un TPL plus sévère. Une personne avait aussi identifié une belle-mère faisant office de mère et les résultats de tous ces parents ont été analysés sans distinction. Il faut donc en tenir compte dans l'interprétation des résultats.

Des irrégularités ont aussi été notées concernant le processus de saisie statistique. La durée, l'intensité et le type de services ne peuvent être rapportés avec justesse. Bien que le nombre total d'interventions corresponde à ce qui figure dans le système ministériel, il

est impossible de saisir avec précision l'intensité et le type d'interventions effectuées. Ces dernières doivent donc figurer à titre indicatif.

Finalement, sans être une limite proprement dite, il s'avère important de considérer que cette recherche s'est effectuée dans un contexte de réorganisation du système de santé et des services sociaux du Québec. Cette période de bouleversement a créé des fusions institutionnelles qui ont marqué le visage des services. Plusieurs abolitions de postes de gestionnaires se sont effectuées et l'ensemble des professionnels a été touché par des facteurs d'instabilité sans précédent. Les employés de plus dix ans d'expérience ont vécu deux vagues de changements importants. L'institution du CLSC est passé de 400 à 4000 employés dans la fusion des CSSS pour aujourd'hui compter quelques milliers d'employés dans une nouvelle fusion de CIUSSS. Dans un tel contexte, il n'est pas surprenant que les participants demandent de définir une offre de services jeunesse pour les personnes ayant un TPL. Leur système organisationnel était, au moment de l'étude, en perte de repères.

En contrepartie, cette recherche comporte aussi des forces indéniables. L'ensemble de la revue de littérature consultée soutient l'importance du sujet à l'étude. En effet, les guides des bonnes pratiques (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; NHMRC, 2012) nomment l'importance de soutenir les professionnels. Considérant que les besoins et les modalités de soutien nécessaires aux intervenants jeunesse de première ligne étaient méconnus, ce sujet est d'actualité. L'autorisation des gestionnaires et la

participation de près du tiers des membres des équipes sollicitées appuient tout autant la pertinence de cette recherche. Bien que les étapes du processus comportent des limites, la complémentarité des outils utilisés a permis de mettre en lumière certaines informations appuyant le soutien demandé. De plus, les retombées peuvent être intéressantes pour les milieux de première ligne. Tel que mentionné, même si l'étude est imparfaite, elle fournit des informations sur le portrait des parents et des enfants, sur le type et l'intensité des services. Elle met en relief les besoins de soutien prioritaires (personnes ressources lors des urgences, distance relationnelle nécessaire aux bons soins, etc.) et présente des modalités de soutien appréciées et facilement applicables dans la réalité organisationnelle actuelle (rencontres d'équipe, discussions de cas, etc.). Cette recherche aura donc eu une certaine portée clinique et scientifique. Pour le milieu d'accueil de cette recherche, les formations et les supervisions qui sont offertes l'ont été en fonction des résultats obtenus au portrait de la clientèle et aux besoins et modes de soutien prioritaire identifiés par les professionnels; ce qui contribue par le fait même à améliorer l'offre de services jeunesse pour les parents présentant un TPL et pour leur enfant.

Conclusion

La recherche exploratoire a permis d'identifier les besoins d'ordre personnel, professionnel et organisationnel d'intervenants jeunesse de première ligne travaillant auprès d'enfants dont un parent présente un TPL. Elle a aussi permis de définir certaines priorités de soutien clinique à offrir à ce personnel confronté quotidiennement à des défis relationnels de taille. Ainsi, la définition d'une offre de services jeunesse structurée s'avère essentielle ainsi que l'établissement d'un plan de formation continue dans lequel différentes mesures de soutien se conjuguent (formation, supervision, modalités intégratives, etc.). Le maintien de moyens déjà existants est également recommandé par les professionnels qui voient dans les rencontres d'équipe les discussions de cas, le soutien de la coordonnatrice professionnelle, des repères sécurisants et un ancrage collectif nécessaire à la bonne prestation de soins.

De cette étude, il ressort également une convergence importante entre ce qui est nommé par les participants, ce qui figure dans le portrait de la population rejointe (article 1) et ce qui est identifié à travers la revue des écrits scientifiques. Le CNESM (2017) considère lui aussi la difficulté de travailler auprès de cette clientèle et l'importance de revoir l'offre de services de première ligne. Cette démarche s'avère être une occasion intéressante de transformer les impasses nommées en opportunité d'action (Bouchard, 2010).

Cependant, bien que ces écrits soient pertinents, nous ne pouvons pas nous référer uniquement aux recommandations qu'ils proposent pour prioriser collectivement l'amélioration des soins offerts aux personnes ayant un TPL. Tout comme le modèle de soutien clinique présenté, ce changement est multimodal et chaque jour, il est possible de s'engager individuellement au développement d'une meilleure pratique tout en tenant compte de ce qu'elle révèle d'éprouvant. Bien sûr, nous assumons encore le contrecoup d'une restructuration d'un système de santé qui a plongé le Québec au cœur d'une identité diffuse, impulsive, émotionnelle et parfois même mal aimante. Le manque de repères, la discontinuité des services et les nombreuses ruptures relationnelles nous ramènent aux principes de base. Ce changement passe nécessairement par ce fil d'Ariane qui nous relie. Ce lien humain dans lequel chacun fait partie de ce processus si important : cliniciens, gestionnaires, directeur, décideurs. Ce changement ne peut s'effectuer que dans la mesure où nous accueillerons chacun nos propres souffrances et impasses institutionnelles respectives, où nous accepterons collectivement et individuellement d'être cette caisse de résonance forte et contenant malgré l'adversité. Et il y en aura! Il sera donc nécessaire de se rencontrer dans nos patrons d'attachement, nos blessures, nos traumatismes et nos vulnérabilités, d'user d'autocompassion et de compassion permettant d'être en soi, cette justesse relationnelle réparatrice nécessaire à la bienveillance de tous. Il nous faudra opter davantage pour le développement d'une médecine psychosociale inclusive, intégrative et holistique en utilisant entre autres des stratégies empruntées aux pratiques sensibles aux traumatismes et à ceux de la pleine conscience (voir Figure 3 à la page 142). Souvenons-nous

qu'il sera parfois nécessaire d'héberger les fantômes de l'autre afin qu'ils sortent de leurs cavernes. Il faudra donc s'en donner les moyens.

Certains projets intégratifs nous permettraient aussi d'avancer dans ce chemin avec nos partenaires. L'implication dans des projets pilotes (première ligne, deuxième ligne, communauté) permettrait, telle la ficelle de Winnicott (1971), de rassembler tous et chacun et de créer un espace commun dans lequel pourrait se vivre un dessin collectif d'amélioration de soins.

D'autres modalités de soutien qui n'ont pas été nommées pourraient également être considérées. La création de liens transversaux à travers les communautés de pratiques s'avère constituer une stratégie efficace pour faire évoluer les savoirs, établir des liens entre les professionnels et permettre un soutien mutuel (Cefrio, 2005; Rousseau et al., 2014). Les séminaires et les discussions de cas cliniques sont aussi considérés comme étant des stratégies permettant de réduire la fragmentation des services et de créer des liens inter établissements favorisant le partage de connaissances (Rousseau et al., 2005). Les formations basées sur le mentorat seraient aussi des modalités intéressantes à envisager considérant le faible coût qui y est associé et les résultats qui sont générés (Bateman & Fonagy, 2009).

Souvenons-nous toutefois que le travail d'articulation transdisciplinaire devient une source de changements et de créativité que s'il contient les principes nécessaires afin

d'assurer la sécurité émotionnelle et professionnelle (Le Nestour et al., 2007). Les besoins personnels ont été livrés avec humilité et authenticité. Le travail auprès des parents et des enfants présentant un TPL s'avère exigeant, complexe et il peut faire naître des charges affectives ayant un impact sur la qualité des services offerts (Laporte et al., 2014). Il serait important de considérer ces aspects dans l'engagement des professionnels qui peuvent être impliqués durant quelques années auprès de familles dont les membres présentent un TPL avec des symptômes aigus importants (comorbidité, gestes autoagressifs, etc.). La relation de confiance si chèrement gagnée auprès de familles et des jeunes peut être par moment considérée au détriment du bien-être du premier dispensateur de soins. Il faut questionner davantage quelles sont les conséquences à long terme pour un professionnel composant avec des profils cliniques complexes qui se conjuguent ou encore pour celui ayant effectué plus de 200 interventions auprès d'un enfant qui présente une grande souffrance. Il est essentiel au regard de cette étude de porter « soutien » à ces professionnels qui, régulièrement, préservent la vie et l'intégrité physique et psychique des personnes qu'ils desservent.

Bien que nous connaissions de mieux en mieux l'efficacité de certains services offerts aux personnes ayant un TPL et que nous connaissions également assez bien les caractéristiques associées au TPL, nous connaissons moins bien les facteurs se rattachant aux professionnels impliqués auprès de ces familles. Même si cette thèse donne la parole à ces acteurs principaux et permet d'avancer un peu les connaissances à ce sujet, il faut encore s'attarder à cette composante majeure de l'équation, et ce, particulièrement chez

les hommes. La meilleure connaissance de ces trois éléments permettra de maximiser l'efficacité des soins à ces enfants et parents ayant de grands besoins.

Références générales

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2014, Avril). *Une réalité unique, un projet commun. Cadre de référence montréalais pour les plans de services individualisés et intersectoriels (PSII) pour les jeunes de 4 à 21 ans*. Repéré à https://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89510-816-0.pdf
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Washington, DC: Author.
- Barnow, S., Aldinger, M., Arens, E. A., Ulrich, I., Spitzer, C., Grabe, H. J., & Stopsack, M. (2013). Maternal transmission of Borderline Personality Disorder symptoms in the community-based Greifswald family study. *Journal of Personality Disorders*, 27(6), 806-819.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1355-1364.
- Beaudry, M. (2016). *Les mères avec un trouble de personnalité limitée en protection de la jeunesse : un paradoxe entre les difficultés et les services* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Montréal, QC.
- Bendib, B., Bensaber, B., & Fuseau, A. (2016). Construction diagnostique et thérapeutique d'un trouble de personnalité borderline à l'adolescence. *L'information psychiatrique*, 92(2), 143-149. doi: 10.1684/ipe.2016.1450
- Bessette, M. (2010). Psychothérapie des troubles de la personnalité : quand l'impasse n'est pas du côté du client. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 87-114.
- Blanchet, A. (1989). Les relances de l'interviewer dans l'entretien de recherche : leurs effets sur la modélisation et la déictisation du discours de l'interviewé. *Année psychologique*, 89(3), 367-391.
- Bloom, S. L. (2005). The sanctuary model of organizational change for children's residential treatment. *Therapeutic Community: The International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations*, 26(1), 65-81.
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., & Iancu, I. (2011). Staff attitudes toward patients with Borderline Personality Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 548-555.

- Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (2007). *Qualitative research for education: An introduction to theory and methods* (5^e éd.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Bouchard, S. (2010). Impasses et opportunités dans le traitement des personnes souffrant d'un trouble sévère de la personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 61-85. doi: 10.7202/1000554ar
- Boucher, N., & Jourdan-Ionescu, C. (2018). Portrait tracé par des professionnels d'enfants et de leurs parents présentant un trouble de la personnalité limite. *Revue québécoise de psychologie*, 39(2), 65-92.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C., Friend, A., Roth, C., ... Baugher, M. (1993). Psychiatric risk factors for adolescent suicide: A case control study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(3), 521-529.
- Cefrio. (2005). *Guide de mise en place et d'animation de communautés de pratique intentionnelles. Travailler, apprendre et collaborer en réseau*. Repéré à <https://cefrio.qc.ca/media/1329/guide-de-mise-en-place-et-danimation-de-communautés-de-pratique-intentionnelles.pdf>
- Centre national d'excellence en santé mentale. (CNESM, 2017). *Cadre de référence. Offre de services de groupe pour troubles de la personnalité en contexte de 1^{re} ligne santé mentale – Le trouble de la personnalité limite*. Repéré à <http://www.douglas.qc.ca/uploads/File/Centre%20national%20d%27excellence%20en%20sant%C3%A9%20mentale/060717-Offre%20de%20services%20TPL.pdf>
- Chanen, A. M., Berk, M., & Thompson, K. (2016). Integrating early intervention for Borderline Personality Disorder and mood disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 25(5), 330-341.
- Collin-Vezina, D., Coleman, K., Milne, L., Sell, J., & Daigneault, I. (2011). Trauma experiences, maltreatment-related impairments, and resilience among child welfare youth in residential care. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(5), 577-589.
- Daunais, J. P. (1993). L'entretien semi-directif. Dans B. Gauthier (Éd.), *Recherche sociale* (2^e éd., pp. 273-293). Sillery, QC : Presses de l'Université du Québec.
- David, P. (2016, Mars). *Trouble de la personnalité limite. État actuel des connaissances*. Conférence organisée à l'Institut Universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM). Repéré à http://alpbem.qc.ca/wp-content/uploads/2016/02/conference_tpl_alpbem_mars-2016-final.pdf

- Decroly, J.-M. (2012). *Introduction à l'entretien semi-directif. Recherches dirigées en géographie humaine*. Repéré à http://homepages.ulb.ac.be/~jmdecrol/Upload_enseignement/GeogF419_EntretiensPP.pdf
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2000). *Handbook of qualitative research* (2^e éd.). Thousand Oaks : Sage Publications
- Desrosiers, L., & Laporte, L. (2016). *Formation Projet Tango. Une technologie d'intervention adaptée pour adolescents avec symptômes de trouble de personnalité limite en Centre jeunesse* (Document inédit). Centre de recherche et d'expertise Jeunes en difficulté, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
- Dimeff, L., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy in Nutshell. *The California Psychologist*, 34, 10-13.
- Distel, M., Trull, T., Derom, C., Thiery, E., Grimmer, M., Martin, N., ... Boomsma, D. (2008). Heritability of Borderline Personality Disorder features is similar across three countries. *Psychological Medicine*, 38(09), 1219-1229.
- Dumaret, A. C., & Picchi, V. (2005). Soins précoces : devenir psychosocial des familles et développement des enfants. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 163(6), 476-485.
- Feldman, R. B., Zelkowitz, P., Weiss, M., Vogel, J., Heyman, M., & Paris, J. (1995). A comparison of the families mothers with Borderline and Non Borderline Personality Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 36(2), 157-163.
- Gélinas Proulx, A., Ruest-Paquette, A.-S., Simões Forte, L. A., Cotnam-Kappel, M., Fallu, C., & Bartosova, L. (2012). *La réflexivité : exercice pédagogique et outil d'accompagnement aux cycles supérieurs*. Repéré à <http://journals.openedition.org/ripes/672>
- Gioia, A. D., Corley, J. K., & Hamilton, A. L. (2012). *Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia Methodology*. Repéré à <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1094428112452151>
- Gouvernement du Québec. (2010). *Prévention du suicide. Guide des bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux 2010*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-247-02.pdf>
- Green, J., & Thorogood, N. (2004). *Qualitative methods for health research* (3^e éd.). New York, NY: Sage Publications.

- Hodges, M., Godbout, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A., & TaylorKletzka, N. (2013). Cumulative trauma and symptom complexity in children: A path analysis. *Child Abuse & Neglect*, 37(11), 891-898.
- Lamont, A. (2006). Mothers with Borderline Personality Disorder. *Graduate Student Journal of Psychology*, 8(1), 39-43.
- Laporte, L. (2007). Un défi de taille pour les centres jeunesse. Intervenir auprès des parents ayant un trouble de personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 32(2), 97-114.
- Laporte, L., Baillargeon, L., Sanchez, I., & Desrosiers, L. (2014). Être intervenant auprès de parents ayant un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse : quand la souffrance de l'un se conjugue au désarroi de l'autre. *Revue de psychoéducation*, 43(2), 323-347.
- Laporte, L., & Friedland, N. (2013, Juin). *Les mères ayant un trouble de personnalité limite et le système de protection de la jeunesse : déterminants et conséquences des disparités entre besoins et services*. Journées professionnelles Batshaw, Montréal, QC.
- Laporte, L., & Desrosiers, L. (2017). *Évaluation du programme Mon enfant et moi pour parents présentant un trouble de personnalité limite* (Document inédit). Montréal, QC : Centre jeunesse de Montréal, Institut universitaire Jeunes en difficulté.
- Legendre, R. (2012). *Dictionnaire actuel de l'éducation* (3^e éd.). Saint-Jean-sur-Richelieu, QC : Guérin éditeur.
- Lejeune, C. (2004). *Méthodologie de l'enquête. La rédaction du questionnaire*. Repéré à http://www.squash.ulg.ac.be/courses/methodo_questionnaires.html
- Lemay, M. (2014, Septembre). *Formation l'action en partenariat interdisciplinaire et intersectoriel dans le secteur jeunesse. Les démarches de plans de services individualisés et intersectoriels (PSII) pour les jeunes âgés de 4 à 21 ans à Montréal*. Conférence à l'Université de Sherbrooke.
- Le Nestour, A., Apter, G., Héroux, C., Mourgues, B., & Patouillot-Staline, I. (2007). Parentalité limite et prise en charge thérapeutiques. *La psychiatrie de l'enfant*, 50(1), 125-177.
- Lewisohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1994). Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 297-305.

- Liebman, R. E., & Burnette, M. (2013). It's not you, it's me: An examination of clinician - and client-level influences on countertransference toward Borderline Personality Disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83(1), 115-125.
- Linehan, M. M. (2014). *DBT® Skills Training Manual* (2^e éd.). New York, NY: The Guilford Press.
- Macfie, J. (2009). Development in children and adolescents whose mothers have Borderline Personality Disorder. *Child Development Perspectives*, 3(1), 66-71. doi: 10.1111 /j.17508606.2008.00079.x
- Marziali, E., Damianakis, T., & Trocmé, N. (2003). Nature and consequences of personality problems in maltreating caregivers. *Families in society: The Journal of Contemporary Social Services*, 84(4), 530-538. doi: 10.1606/1044-3894.141
- Masterson, J. F. (1983). *Countertransference and psychotherapeutic technique: Teaching seminars on psychotherapy of the borderline adult*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Merriam, S. B. (2009). *Qualitative research. A guide to design and implementation*. Repéré à <https://leseprobe.buch.de/images-adb/f2/46/f2465cf6-b1d1-4d13-829d-e5c985f6ee5c.pdf>
- Miles, M. B., & Huberman, M. A. (2003). *Analyse des données qualitative* (2^e éd.). Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Milot, T., Collin-Vézina, D., & Godbout, N. (2018). *Le trauma complexe : comprendre, évaluer et intervenir*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (MSSS, 2013). *Cadre de référence pour les ententes de collaboration CSSS-Centres jeunesse - Programme-services Jeunes en difficulté*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/sujets/jeunes-en-difficulte>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (MSSS, 2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020. Faire ensemble et autrement*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (2008). *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes. Guide d'élaboration d'un protocole d'entente sur la prestation conjointe de services aux jeunes par le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux*. Repéré à http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/MELS-MSSS_Guide-elaboration.pdf

- Nadeau, L., Rousseau, C., & Measham, T. (2012). Guest editorial: Integrated networks in child and youth mental health: A challenging role transformation for child psychiatrists and allied mental health professionals?. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21(2), 83-84.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). *Borderline Personality Disorder: Treatment and management*. Repéré à <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78/evidence/bpd-full-guideline-242147197>
- National Health and Medical Research Council. (NHMRC, 2012). *Clinical practice guideline for the management of Borderline Personality Disorder*. Melbourne, Australie: National health and medical research council.
- Neuman, C. J. (2012). Impact of Borderline Personality Disorder on parenting: Implications for child custody and visitation recommendations. *Journal of Child Custody*, 9(4), 233-249. doi: 10.1080/15379418.2012.748350
- Newman, L. K., & Stevenson, C. S. (2008). Issues in infant-parent psychotherapy for mothers with Borderline Personality Disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(4), 505-514.
- Ouellet, A. (1994). *Processus de recherche : une introduction à la méthodologie de la recherche*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Paillé, P. (1991, Mai). *Procédures systématiques pour l'élaboration d'un guide d'entrevue semi-directive : un modèle et une illustration*. Communication présentée au Congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences, Université de Sherbrooke, QC.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en science humaine et sociale* (4^e éd.). Paris, France : Armand Colin.
- Paquet, S., Bouchard, S., & Clément, M. (2012, Septembre). *Formations et cadre d'intervention spécialisé pour les troubles de personnalité : impacts positifs et défis perçus par des intervenants du CSSS de la Vieille-Capitale*. Rapport de recherche, non publié, du Consortium en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux en première ligne (CETMISS-PL) du CSSS de la Vieille-Capitale. Repéré à http://www.aruci-smc.org/fileadmin/documents/documents_divers/RapportTPL.pdf
- Paré-Miron, V. (2010). *La perception des thérapeutes sur les difficultés d'intervenir auprès des adolescentes atteintes d'un trouble de la personnalité limite (TPL) avec conduites suicidaires* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Montréal, Montréal, QC.

- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (2001). 27-year follow-up of patients with Borderline Personality Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 482-487.
- Pfeffer, C. R., Klerman, G. L., Hurt, S. W., Kakuma, T., Peskin, J. R., & Siefker, C. A. (1993). Suicidal children grow up: Rates and psychosocial risk factors for suicide attempts during follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(1), 106-113.
- Pirès, A (1997). *Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique*. Repéré à http://www.dphu.org/uploads/attachements/books/books_1837_0.pdf
- Renaud, J., Brent, D. A., Birmaher, B., Chiappetta, L., & Bridge, J. (1999). Suicide in adolescents with disruptive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(7), 846-851.
- Rousseau, C., Alain, N., De Plaen, S., Chiasson-Lavoie, M., Elejalde, A., Lynch, A., & Moss, E. (2005). Repenser la formation continue dans le réseau de la santé et des services sociaux : l'expérience des séminaires inter-institutionnels en intervention transculturelle. *Nouvelles pratiques sociales*, 17(2), 109-125.
- Rousseau, C., Nadeau, L., Pontbriand, A., Johnson, J., Lafleur, M., Measham, T., & Broadhurst, J. (2014). La santé mentale jeunesse : un domaine à la croisée des chemins. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 101-118.
- Stepp, S. D., Whalen, D. J., Pilkonis, P. A., Hipwell, A. E., & Levine, M. D. (2012). Children of mothers with Borderline Personality Disorder: Identifying parenting behaviors as potential targets for intervention. *Personality Disorders*, 3(1), 76-91.
- Stoléru, S. (2012). *L'entretien semi structuré Multiregistes*. Repéré à <https://www.youtube.com/watch?v=LyhmXIIIt3fs>
- Stoléru, S., Kosmadakis, C., & Allilaire, J.-F. (2011). Présentation de l'entretien semi-structuré Multiregistes. *Annales médico-psychologiques*, 169, 78-83.
- Strand, V. C., Sarmiento, T. L., & Pasquale, L. E. (2005). Assessment and screening tools for trauma in children and adolescents sage journals. A review 2005. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(1), 55-78.
- Van der Maren, J.-M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation* (2^e éd.). Montréal, QC : Presse de l'Université de Montréal.

- Van der Maren, J.-M. (2010). La maquette d'un entretien. Son importance dans le bon déroulement de l'entretien et dans la collecte de données de qualité. *Recherches qualitatives*, 29(1), 129-139.
- Vilatte, J.-C. (2007). *L'entretien comme outils d'évaluation*. Repéré à http://www.lmacmp.fr/telecharger.php?id_doc=48
- Villeneuve, C. (2006). *L'intervention en santé mentale. Le pouvoir thérapeutique de la famille*. Montréal, QC : Les presses de l'Université de Montréal.
- Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité*. Paris, France : Éditions Gallimard.
- Yeomans, F., Delaney, J. C., & Renaud, A. (2016). La psychothérapie focalisée sur le transfert. *Santé mentale au Québec*, XXXII(1), 17-34.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1733-1739.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Hennen, J., & Silk, K. R. (2005). Adult experiences of abuse reported by borderline patients and Axis II comparison subjects over six years of prospective follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 412-416.

Appendice A
Questionnaire sociodémographique - participants

Projet de recherche sur les besoins et les modes de soutien nécessaires aux intervenants jeunesse impliqués auprès d'enfants de 8 à 17 ans dont un parent présente un trouble de la personnalité

Questionnaire sociodémographique des intervenants

Le but de ce questionnaire est de recueillir des informations descriptives pour dresser un portrait des intervenants.

1. **Âge** : _____ ans et _____ mois

2. **Sexe** : Femme Homme

3. Formation académique

3a Quelle profession exercez-vous au sein de l'organisation?

Psychologue Psychoéducateur Travailleur social

3b S'il vous plait, veuillez faire la liste de tous les diplômes de niveau universitaire ou de formation privée que vous avez complétée (formation de psychothérapeute ou autres) :

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

4. Contexte de travail

4a Depuis combien de temps travaillez-vous au programme Multiclientèles CIUSSS [REDACTED] [REDACTED]?

_____ ans et _____ mois

4b Combien comptez-vous d'années d'expérience en clinique ou en relation d'aide, en dehors des stages reliés à vos études?

_____ ans

temps plein (4 ou 5 jours/semaine) _____

temps partiel (1 à 3 jours/semaine) _____

5. Histoire de formation continue et de supervision clinique

5a Avez-vous suivi une ou des formations reliées aux personnes qui présentent des troubles de la personnalité?

Oui Non

Si oui, à quand remonte cette formation? _____

Votre formation a duré combien d'heures? _____

5b Qu'avez-vous retenu de cette formation? _____

6. Supervision clinique

6a Avez-vous participé à une ou des supervisions spécifiques afin de vous soutenir dans votre travail auprès des personnes qui présentent des troubles de la personnalité?

Oui Non

Si oui, à quand remonte cette supervision? _____

Combien d'heures étaient consacrées à votre situation en supervision? _____

6b Qu'avez-vous retenu de cette supervision? _____

Merci de votre participation

Appendice B

Profil de l'enfant du parent identifié pour la recherche

Projet de recherche sur les besoins et les modes de soutien nécessaires aux intervenants jeunesse impliqués auprès d'enfants de 8 à 17 ans dont un parent présente un trouble de la personnalité

Profil de l'enfant du parent identifié pour la recherche

Le but de ce questionnaire est de recueillir des informations descriptives pour dresser un portrait de l'enfant pour lequel les services ont été rendus. Vous devez remplir ce questionnaire et le remettre à la chercheuse lors de votre rencontre individuelle.

1. Âge : _____

2. Sexe : Fille Garçon

3. Nombre de frères, sœurs, demi-frères et/ou demi-sœurs :

Frères _____

Sœurs _____

Demi-frères _____

Demi-sœurs _____

4. Est-ce que l'enfant a un diagnostic?

Oui Non

Si oui, indiquez la nature du diagnostic émis : _____

Qui a posé le diagnostic de l'enfant? _____

Depuis quand? _____

5. Est-ce que l'enfant a reçu des services antérieurement?

Oui Non

Si oui, indiquer lesquels : _____

6. Depuis combien de temps offrez-vous des services à cet enfant? _____
7. Combien d'interventions avez-vous réalisées auprès de cet enfant ou pour cet enfant à ce jour?
- Nombre total d'interventions : _____ interventions
- Combien de :
- Rencontres ou discussions individuelles avec l'enfant : _____
- Rencontres ou discussions avec le parent ayant un trouble de la personnalité et son enfant : _____
- Rencontres ou discussions avec l'autre parent (sans trouble de la personnalité) et l'enfant : _____
- Rencontres ou discussions avec l'autre parent (sans trouble de la personnalité) seul : _____
- Rencontres ou discussions avec des membres de la fratrie de l'enfant : _____
- Rencontres ou discussions avec toutes autres personnes de la famille élargie de l'enfant (grands-parents, oncles, tantes, etc.) : _____
- Rencontres ou discussions de concertation avec le milieu scolaire : _____
- Rencontres ou discussions de concertation avec des partenaires du milieu de la santé et des services sociaux (psychiatre, médecin généraliste, centre d'accueil, etc.) : _____
- Rencontres ou discussions de concertation dans un autre milieu de vie (loisir, etc.) : _____
- Intervention en situation de crise auprès de cet enfant (suicidaire, troubles de comportements sévères ou autres) : _____
- Signalement au directeur de la protection de la jeunesse pour cet enfant : _____
- Placement volontaire ou non volontaire de cet enfant : _____
- Autres rencontres ou discussions significatives (incluant les discussions de cas pour du soutien personnel) : _____

8. Est-ce que l'enfant reçoit des services actuellement d'autres professionnels que vous?

Oui Non

Si oui, indiquer lesquels : _____

9. Pouvez-vous faire la chronologie des services rendus à cet enfant depuis le début de vos interventions jusqu'à ce jour (de votre part et de la part d'autres professionnels et d'autres institutions)?

Merci de votre participation

Appendice C

Profil du parent identifié pour la recherche

Projet de recherche sur les besoins et les modes de soutien nécessaires aux intervenants jeunesse impliqués auprès d'enfants de 8 à 17 ans dont un parent présente un trouble de la personnalité

Profil du parent identifié pour la recherche

Le but de ce questionnaire est de recueillir des informations descriptives pour dresser un portrait du parent pour lequel les services ont été rendus. Vous devez remplir ce questionnaire et le remettre à la chercheuse lors de votre rencontre individuelle.

1. **Âge** : _____ ans et _____ mois

2. **Sexe** : Femme Homme

3. **Type de famille** :
 Nucléaire Monoparentale Reconstituée

4. **Nombre d'enfants du parent** : _____ enfants

5. **Source de revenus** : _____

6. **Diagnostic de trouble de la personnalité émis par** : _____
en date de : _____

Diagnostic probable : _____

7. **Est-ce que le parent a reçu des services antérieurement?**
 Oui Non
Si oui, veuillez indiquer lesquels : _____

8. Depuis combien de temps offrez-vous des services à ce parent?

9. Combien d'interventions avez-vous réalisées auprès de ce parent ou pour ce parent à ce jour?

Nombre total d'interventions : _____ interventions

Combien de :

Rencontres ou discussions individuelles : _____

Rencontres ou discussions avec un ou des membres de la famille d'origine du parent (mère de Madame ou Monsieur, frère, etc.) : _____

Rencontres ou discussions de concertation avec des partenaires du milieu de la santé et des services sociaux (psychiatre, médecin généraliste, etc.) : _____

Rencontres ou discussions de concertation avec un autre milieu (hébergement, ressources communautaires parentales, etc.) : _____

Répit-dépannage : _____

Intervention en situation de crise (suicidaire ou autres) : _____

Signalement au directeur de la protection de la jeunesse pour un(des) enfant(s) de ce parent : _____

Placement volontaire ou non volontaire pour un(des) enfant(s) de ce parent : _____

Autres rencontres ou discussions significatives (incluant les discussions de cas pour du soutien personnel) : _____

10. Est-ce que le parent reçoit des services actuellement d'autres professionnels que vous?

Oui Non

Si oui, indiquer lesquels : _____

11. Pouvez-vous faire la chronologie des services rendus au parent depuis le début de vos interventions jusqu'à ce jour (de votre part et de la part d'autres professionnels et d'autres institutions)?

Merci de votre participation

Appendice D
Guide d'entrevue pour les rencontres individuelles semi-structurées

Guide d'entrevue pour les rencontres individuelles semi-structurées

Guide d'entrevue individuelle semi-structurée (90 minutes)

Participant numéro :

Interviewer :

Date : _____ 2015

Introduction

Merci de votre participation.

L'objectif de l'entrevue semi-structurée est d'explorer les besoins et les modes de soutien nécessaires aux intervenants jeunesse impliqués auprès d'enfants de 8 à 17 ans dont un parent présente un trouble de la personnalité.

- *L'entrevue va comporter 4 blocs*
- *Blocs : 1) Le portrait de l'enfant et du parent que vous avez sélectionné; 2) L'accompagnement de l'enfant dont le parent a un trouble de la personnalité; 3) Les besoins ressentis dans le cadre de cet accompagnement; et 4) Les solutions et modes de soutien nécessaires aux professionnels*
- *Pendant la discussion, n'ayez pas peur d'illustrer vos propos à l'aide d'exemples de situations concrètes.*
- *Le contenu de la discussion restera confidentiel.*
- *La durée de l'entrevue est d'environ 1 h 30. Avez-vous des questions?*

1. Le portrait de l'enfant et du parent sélectionné (10 minutes)

Le premier bloc vise à tracer un portrait de l'enfant et du parent que vous avez sélectionné.

Thèmes	Questions principales	Relances possibles
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Raisons de consultation et personnes impliquées. ▪ Caractéristiques du parent et de son enfant au niveau de la santé mentale et des difficultés relationnelles. 	<p>1.1 Parlez-moi un peu de l'enfant. Pourquoi cet enfant vous a-t-il été référé et par qui?</p> <p>1.2 Parlez-moi du parent. Qui est-elle, qui est-il?</p>	<p>Problèmes identifiés, référent du milieu ou autres.</p> <p>Composition familiale, événements importants vécus : traumatisme, stresser chronique, etc.</p>

2. L'accompagnement de l'enfant dont le parent a un trouble de la personnalité (15 minutes) :

Nous avons discuté tout à l'heure du portrait de l'enfant et du parent que vous avez choisi. Je voudrais maintenant que vous me parliez de cet accompagnement.

Thèmes	Questions principales	Relances possibles
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervention systémique : types de services, fréquence, durée, intensité, motivation aux services, personnes et ressources du milieu impliqués. ▪ Vécu du professionnel 	<p>Prenez quelques minutes afin de revoir la chronologie des services rendus à cet enfant et à son parent (question 9 et question 11 des questionnaires complétés pour l'enfant et pour le parent).</p> <p>2.1 Parlez-moi de ce que vous fait vivre (vous a fait vivre) cet accompagnement?</p>	<p>Les émotions ressenties, les pensées, l'état affectif.</p>

3. Les besoins du professionnel (25 minutes)

Nous avons discuté de ce que vous fait vivre (vous a fait vivre) l'accompagnement de l'enfant et du parent. Maintenant, j'aimerais que vous me parliez de ce que ce suivi génère (ou a généré) comme besoins pour vous.

Thèmes	Questions principales	Relances possibles
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Défi relationnel, réactions intenses aux ruptures, aux conflits avec les autres professionnels impliqués. ▪ Confusion des affects, transfert, contretransfert intense. ▪ Soutien : formation, supervision, thérapie. 	<p>3.1 Parlez-moi de ce qui a été (était) difficile dans l'accompagnement de cet enfant dont le parent a un trouble de la personnalité.</p> <p>3.2 Quels sont vos besoins dans le suivi auprès de cet enfant et de ce parent?</p>	<p>L'alliance entre le parent et l'intervenant, place des soins prodigués à l'enfant.</p> <p>Besoins personnels, professionnels et organisationnels. Écoute, ventilation, prendre du recul, supervision.</p>

4. Solution et modes de soutien (25 minutes)

Nous avons discuté des besoins que vous avez ressentis. Abordons, pour terminer, les modes de soutien nécessaires aux professionnels qui travaillent auprès d'enfants dont un parent présente un trouble de la personnalité.

Thèmes	Questions principales	Relances possibles
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rencontre avec coordonnatrice, professionnels, formations de base. ▪ Soutien empathique, constance. 	<p>4.1 Parlez-moi du soutien qui a été bénéfique pour vous.</p> <p>4.2 Parlez-moi du soutien qui n'a pas permis de répondre à vos besoins.</p> <p>4.3 Parlez-moi du soutien qui est selon vous indispensable.</p> <p>4.4 En terminant, si vous aviez trois souhaits à formuler concernant le soutien à recevoir, quels seraient-ils?</p>	<p>Personnes ressources dans l'institution, collègues, gestionnaires, formation reçue.</p> <p>Rencontres de concertation nombreuses, divergences d'orientation et des conseils cliniques.</p>
<p>Souhaitez-vous ajouter quelque chose concernant les besoins des professionnels et les modes de soutien nécessaires?</p>		

Merci de votre participation

Appendice E

Formulaire de validation, de priorisation des informations obtenues et commentaires concernant la présentation préliminaire des réponses

Projet de recherche sur les besoins et les modes de soutien nécessaires aux intervenants jeunesse impliqués auprès d'enfants de 8 à 17 ans dont un parent présente un trouble de la personnalité

Validation, priorisation des informations obtenues et commentaires concernant la présentation préliminaire des réponses lors de l'ensemble des entrevues individuelles

Le but de ce questionnaire est, de valider et prioriser les réponses émises lors des entrevues individuelles. Il vise également à commenter la présentation préliminaire des réponses obtenues.

1. L'accompagnement de l'enfant et du parent ayant un trouble de la personnalité

Lors de la rencontre individuelle, nous vous avons demandé de parler de ce que vous fait vivre (ou vous a fait vivre) cet accompagnement.

Dimension personnelle

- Impuissance personnelle. Remise en question de soi, sentiment d'impuissance fréquemment ressenti. Sentiment de vivre la détresse de l'enfant sans pouvoir l'adoucir. Fatigue, épuisement, révolte, impatience, malaises physiques et psychologiques, difficulté de sommeil, envahissement dans sa vie personnelle, inconfort, stress, nervosité face à l'imprévisibilité et l'intensité des réactions, hypovigilance, frustration, désespoir, honte, ressentir beaucoup d'émotions extrêmes. Inquiète pour l'enfant (seul) et pour le parent et son enfant. Besoin de se protéger (mettre une armure, fuir), peur face aux menaces, harcèlement, besoin de protéger l'enfant. Crainte de la plainte professionnelle. Isolement. Remise en question de sa qualité comme personne, remise en question de ses valeurs familiales.
- Sentiments contraires qui cohabitent : empathie, colère face au parent et admiration devant les parents qui ont vécu de nombreux traumatismes relationnels.
- Sentiments d'être ignoré, rejeté, agressé dans la relation.
- Plaisir de travailler avec eux, gens spontanés, grande force dans l'adversité, compassion, empathie au vécu douloureux du parent et de l'enfant.

Dimension professionnelle

Suivi :

- Impuissance professionnelle. Limites importantes, face à l'intervention avec l'enfant, le parent, le réseau. Remise en question, des interventions, du cadre de travail, du Plan d'intervention (PI), plan de service (PSI), sentiment d'être toujours un peu à côté de la traque.
- Lourdeur face à l'intensité de services requis et face à la complexité des besoins.
- Dans l'intervention, courir toujours en train de rattraper quelque chose, d'éteindre des feux. Impression d'être saboté dans les interventions, parentage : devoir prendre la place du parent, incompétence professionnelle, avoir l'impression de travailler avec des pièces manquantes (manque une photo complète de la situation), être pris et reproduire la dynamique familiale avec les partenaires. Surcharge, beaucoup de travail pour peu de résultats.
- Dans des situations d'urgence : agitation, surcharge, impression d'être en urgence constante sans répit, amène une désorganisation et un chaos interne, une incohérence entre ses valeurs et ses actions. Se questionner c'est quoi une crise, c'est quoi la bonne action à faire (urgence, DPJ, etc.).
- Impression d'être toujours dans le drame.

Partage des responsabilités :

- Travail en réseau parfois facilitant parfois difficile. Isolement dans des situations complexes qui ajoute à l'impuissance. Intervenant qui a l'impression de travailler plus que le parent avec les partenaires. Pris dans des enjeux relationnels avec les différentes personnes impliquées auprès de l'enfant, pas ou peu de frontières, clivage, être coincée.

1.1 Selon vous, est-ce que la liste représente ce que l'accompagnement vous a fait vivre?

Oui Non, pourquoi : _____

1.2 Avez-vous des ajouts à faire?

2. Les difficultés rencontrées et les besoins du professionnel

Lors de la rencontre individuelle, nous vous avons demandé de parler de ce qui a été le plus difficile dans l'accompagnement de cet enfant et de ce parent et des besoins que vous aviez face à ce suivi.

Difficultés :

Dimension personnelle

- Se sentir dénigrée-menacée.
- Être isolée.
- Conserver l'empathie nécessaire à l'intervention.
- Gérer ses propres résonances face à l'enfant. Vouloir sauver l'enfant, le protéger.
- S'attacher à la personne et ne pas tomber dans la toute-puissance de l'intervenant qui va sauver. Ne pas rester clivé comme bonne et puissante thérapeute qui est extraordinaire.
- Comment faire en sorte que ça ne t'envahisse pas jusque chez toi?

Dimension professionnelle

Suivi :

- Comme intervenant, ne pas avoir de place pour l'erreur.
- Être flexible avec le cadre tout en étant ferme. Mettre un cadre très clair à la jeune, au parent; mettre des limites.
- Faire l'arbitre, identifier ce que la personne vient véritablement chercher (c'est quoi le but de sa démarche).
- Composer avec les deux troubles de la personnalité (mère-enfant). La complexité de la situation des deux portraits cliniques (la mère et l'enfant) et la complexité de l'interaction.
- Travailler avec un parent et un enfant fusionnel.
- Travailler avec un parent qui projette sur son enfant plusieurs éléments qui sont probablement plus en lien avec sa propre pathologie (stigmatisation de l'enfant malade).
- Recevoir les charges affectives reliées aux traumatismes vécus de la part du parent et de l'enfant.

Enfant :

- Rester centré sur les besoins de l'enfant devient très difficile.
- Expliquer à l'enfant le trouble de la personnalité du parent (lui faire comprendre).
- Aider l'enfant à se construire une identité, voir que l'enfant est isolé, parentifié, adultifié.
- Avoir accès aux informations, mais ne pas pouvoir les divulguer, avoir peur que nos interventions causent un préjudice à l'enfant.
- Constater que les services offerts ne sont pas les services les plus efficaces pour l'enfant. Constater que les services ne portent pas fruit, qu'il n'y a pas d'amélioration malgré les services offerts depuis longtemps. Déception que le parcours continue d'être si difficile pour l'enfant.
- Devoir rester créative auprès de l'enfant. Trouver des moyens de le faire participer selon son niveau de développement et ses capacités (dessins, poupées, pâte à modeler, etc.).

Parent :

- Créer l'alliance thérapeutique avec le parent. Toujours avoir à questionner ce que la personne nous rapporte, qu'il n'y ait pas de transparence (confiance), secrets, non-dits.
- La résistance du parent aux services qui aideraient l'enfant.
- Empêcher l'enfant de se confier.
- Être vue comme une maudite travailleuse sociale qui place les enfants.
- Être témoin que certaines difficultés du parent accentuent ou aggravent les problèmes de l'enfant. La disproportion que prend le problème de l'enfant pour le parent (tout prend des proportions énormes).
- La demande du parent de sauver l'enfant et de le réparer.
- Accepter que ça ne va pas aussi vite qu'on voudrait, répéter, réexpliquer et travailler avec des réactions excessives.
- Faire une double tâche, faire un processus thérapeutique pour aller en profondeur et pas juste patcher le problème avec le parent : on ne peut pas aller au bout de ce qu'on peut faire en raison des redditions de compte (exigences organisationnelles au niveau statistique).
- Travailler avec un parent qui se dit volontaire mais qui dans les faits, est très limité dans sa participation (absence, retard, non-implication, etc.).

Gestion crise :

- Gérer le risque suicidaire, parasuicidaire; recevoir l'intensité de cette souffrance, cette détresse, gestes de mutilation, mettre un filet de sécurité; désamorcer la crise et avoir accès à l'affect.

Distance relationnelle :

- Rester objectif, prendre une distance face à la situation : on est tenté de prendre parti, émotionnellement c'est prenant. Être dans le reaching out
- Les difficultés liées à l'enfant, c'est complexe et lourd. Accepter que le processus se fasse à très petits pas et avoir du recul pour voir les progrès demande énormément de temps et d'implications émotionnelles.
- Vivre des rencontres très chargées émotionnellement, recevoir des réactions très intenses, devoir toujours faire attention à la façon de présenter les choses et d'intervenir (marcher sur des œufs, faire attention aux pièges).
- Accepter les sautes d'humeur, accepter qu'un enfant vive avec un parent ayant un TP avec tout ce que ça implique pour l'enfant.

Dimension organisationnelle

Partage des responsabilités :

- L'arrimage des services et les délais associés à la prestation des services.
- Le délai de prise en charge, l'accès aux services spécialisés, les portes tournantes; les signalements à la DPJ non retenus pour négligence affective (très difficile de démontrer les impacts).
- La complexité du travail de collaboration avec le parent, l'école, la DPJ, les centres hospitaliers avec les partenaires à l'intérieur de l'institution et ceux à l'extérieur (incohérence).

2.1 Selon vous, est-ce que la liste représente bien ce qui a été le plus difficile?

Oui Non, pourquoi : _____

2.2 Avez-vous des ajouts à faire?

2.3 Classifiez par ordre de priorité les cinq difficultés qui ont été les plus importantes en incluant celles que vous avez ajoutées :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Besoins :

Dimension professionnelle

Suivi

Cadre de travail :

- Établir un cadre de services clair dès le début de l'intervention (absente, retard, non-engagement, etc.), avoir un rôle moins élastique et réviser la situation systématiquement. Savoir quel est mon rôle?
- Fermer l'épisode de service quand on a fait le tour.

Distance relationnelle nécessaire à l'action professionnelle :

- Avoir des moyens concrets de se réguler au niveau affectif (colère, tristesse, etc.).
- Ventiler sur ce que ça fait vivre, analyser ce qui nous appartient et appartient à l'autre, aller dans la connaissance de soi. Renouer avec nous-même dans les émotions difficiles (parfois on les déteste, mais c'est le résultat d'un échange qui a pour objectif de les rejeter alors qu'il faut davantage comprendre le mécanisme que d'y réagir).
- Résonnance. Besoins de voir ce qui m'appartient et ce qui appartient à l'autre. Comprendre le sens de ce qui est ressenti : lien entre son histoire et celle de la personne aidée (confusion des rôles : substitut parental, etc. lien entre le fonctionnement du système familial et son propre système. Normaliser les charges contretransfert, la détresse qu'on peut ressentir dans la relation).
- Moment de recul.
- Espace individuel pour apprendre (supervision), espace neutre pour aider à la prise de distance émotionnelle.
- Validation des émotions vécues au cours du processus dans un encadrement soutenu avec des outils (moyens) concrets (plus que juste de vider son sac).

Partage des responsabilités :

- Partager l'intervention au sein d'une même famille (co-intervention pour reproduire un couple parental).
- Être deux paires d'épaules pour supporter la famille, être deux pour échanger sur ce que la famille fait vivre et trouver ensemble de nouvelles stratégies plus aidantes, se repositionner. Par contre, peut aussi être un piège. Il faut une bonne communication pour éviter le clivage en co-intervention en travail de partenariat.
- Avoir accès à des services spécifiques pour donner les bons soins (p. ex., DBT individuel et groupe)
- En situation de risque : partager la responsabilité inhérente à la gestion du risque, se valider dans ses décisions cliniques.

Acquisition de connaissances :

- Formations et supervisions spécialisées en ce qui concerne le parent et enfants avec un trouble de la personnalité.
- Comprendre le sens de la souffrance dans la dynamique de la personne, bien accompagner les transitions sans nourrir le sentiment de rejeter, d'abandonner la personne.
- Connaître les différents moyens (outils) afin de soutenir plus efficacement les enfants (livres, groupes de soutien ou d'éducation pour enfants de parents TP).
- Développer des moyens concrets d'accompagner les jeunes dans la régulation des émotions (aider à diminuer les acting-out : suicidaire, parasuicidaire, conduites à risque).
- Connaissance au niveau du travail familial, systémique.
- Outils concrets, littérature pertinente, etc.
- Être entraîné aux approches qui sont dites efficaces.

Dimension organisationnelle

Ressources :

- Formations, supervisions.
- Mettre en place des processus d'apprentissage : formation ponctuelle, formation continue, plan de formation sur plusieurs années.

Personnes ressources :

- Ne pas être seul. Avoir des gens qualifiés et spécialisés qui peuvent nous soutenir lors des urgences stats, ponctuelles.
- Voir où ça s'en va? De mettre une fin aux services, clarifier l'offre et l'orientation.
- Soutien ponctuel (coordonnatrice professionnelle, conseillère clinique, gestionnaire).

Soutien des gestionnaires :

- Être appuyé par mon organisation.
- Reconnaissance de la grande charge de travail dans ces suivis (beaucoup de rencontres, de concertations, etc.).
- Offrir un bloc de services qui tienne compte de plusieurs choses.
- Être appuyé dans mes décisions cliniques (fermer un épisode de service).

Arrimage des services :

- Des arrimages mieux définis avec les ressources externes lors de crises, d'urgence et de prise en charge (placement, hospitalisation, etc.).

2.4 Selon vous, est-ce que la liste représente bien les besoins qui ont été ressentis?

Oui Non, pourquoi : _____

2.5 Avez-vous des ajouts à faire?

2.6 Classifiez par ordre de priorité les cinq besoins qui ont été les plus importants en incluant ceux que vous avez ajoutés :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

3. Modes de soutien bénéfiques

Lors de la rencontre individuelle, nous vous avons demandé de parler des modes de soutien qui ont été bénéfiques, de ceux qui n'ont pas permis de répondre à vos besoins et des modes de soutien qui s'avèrent indispensables.

Personnes de soutien :

- Soutien des membres de l'équipe et du programme (collègues).
- Personnes ressources disponibles rapidement dans les situations de crise (coordonnateurs (trices), conseillère clinique).
- Discussion de cas avec une personne spécialisée au programme santé mentale adulte, en psychiatrie.
- Un soutien personnalisé individuel ou en dyade lorsqu'il y a co-intervention.
- Révision de charge de cas par les coordonnateurs (trices) : Ajustement de la charge de cas et diversité des dossiers.
- La co-intervention.
- Personne qui connaît bien situation.

Gestionnaire :

- Implication des gestionnaires dans les situations litigieuses et suivi auprès des professionnels des autres établissements.

Discussion de cas et comité d'orientation clinique (COC):

- Discussion multidisciplinaire.
- Discussion clinique de groupe.
- Un soutien régulier planifié dans le temps lorsqu'il y a une situation complexe.
- Comité d'orientation clinique (peut-être bénéfique et peut être difficile en raison de plusieurs facteurs : cohésion des partenaires, respect des parents, nombre de professionnels présents, etc.).

Partage des responsabilités :

- Lorsque les partenaires assument leur part de responsabilité (Centre jeunesse, centre hospitalier, hébergement, etc.), cette modalité de travail permet du soutien qui est bénéfique.

Autres :

- Utilisation de différents outils : Réaliser les évaluations au fur et à mesure (moyens qui aident à prendre une distance), effectuer le génogramme et le chronosystème.
- Formation et sensibilisation d'équipe.

3.1 Selon vous, est-ce que la liste représente bien les modes de soutien qui ont été bénéfiques?

Oui Non, pourquoi : _____

3.2 Avez-vous des ajouts à faire?

3.3 Classifiez par ordre de priorité les cinq modes de soutien qui ont été les plus bénéfiques pour vous :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Modes de soutien qui n'ont pas permis de répondre à vos besoins :

Formation :

- Formation de base.
- Soutien imposé.
- Consultation avec les centres jeunesse de Montréal dans des situations de négligence et de gestion du risque suicidaire.
- Discussion de cas scolaire dans laquelle l'orientation n'est pas claire et pas centrée sur les besoins de l'enfant.

Manque d'arrimage entre les institutions :

- En situation de crise ou pour des suivis, l'arrimage est difficile entre la première ligne et les services plus spécialisés (1^{re}, 2^e et 3^e ligne). Ça peut parfois être nuisible à l'intervention, à l'enfant et à la famille.

Absence de soutien nécessaire offert par l'organisation :

- Formations spécialisées : déception, car l'employeur ne donne pas accès aux connaissances nécessaires pour bien intervenir dans des situations lourdes et complexes.
- Supervisions avec une personne spécialisée en trouble de la personnalité.
- Manque de personnes ressources spécialisées au sein de notre institution (exemple : accès à un pédopsychiatre répondant ayant une expertise en TP).

Dimension organisationnelle

- Le contexte de performance.

Autres :

- Les réactions de certaines personnes face à la présentation de la situation en supervision : c'est à la fois décourageant et aidant (décourageant, car ça suscite des réactions, voire des contretransferts, et c'est lourd et aidant en même temps d'obtenir quand même du soutien).
- Avoir des conseils qui disent de signaler la situation au DPJ, mais qu'il n'y a pas de fait nouveau.
- Comité d'orientation clinique qui a augmenté le système défensif du parent.

3.4 Selon vous, est-ce que la liste représente bien l'ensemble des modes de soutien qui n'ont pas permis de répondre à vos besoins?

Oui Non, pourquoi : _____

3.5 Avez-vous des ajouts à faire ou des modifications?

Modes de soutien indispensables :

Organisationnelle

Mandats :

- Des lieux où les gestionnaires pourront définir un continuum de services et faciliter les arrimages entre la première, deuxième et troisième ligne.
- Partenariat bien arrimé entre les différentes institutions.
- Soutien, implication dans les traitements de la part de la deuxième et troisième ligne.
- Définir une offre de services adaptée aux besoins de cette population. Offrir une gamme de services diversifiés : évaluation en pédopsychiatrie, évaluation et services spécifiques pour le parent, groupe DBT parent jeune, services individuels en DBT pour les jeunes sans facteurs d'exclusion (âge, sexe, comportements à risque, consommation), groupe pour enfant dont un parent a un TP, etc.
- Être appuyé par les gestionnaires.

Ressource :

- Formation avec des personnes spécialisées auprès de parents et d'enfants.
- Supervision individuelle et en groupe par des spécialistes.

Personne de soutien :

- Conserver l'accès aux collègues.
- Avoir un espace de discussion avec les collègues.
- Modalité qui permettrait de se sentir moins isolé.
- Personnes ressources disponibles rapidement (coordonnateurs(trices), conseiller clinique).
- Accès à une personne-ressource spécialisée lors de situation de crise.
- Accès à une personne-ressource spécialisée externe à l'institution.
- Avoir un répondant pédopsychiatre spécialisé qui peut nous répondre en tout temps.

Groupe :

- Groupe de soutien qui organise un temps déterminé pour discuter de l'ensemble des situations dont un parent-enfant présente un TP et qui pourrait être parfois en lien avec une personne spécialisée.

Discussion de cas et COC :

- Avoir un espace de concertation entre les partenaires (COC).
- Soutien de la pédopsychiatrie (traitement spécifique).
- Avoir accès à un lit, une ressource d'hébergement en situation de crise.
- Pour le personnel qui travaille dans le milieu scolaire, prévoir des mécanismes pour éviter l'isolement.

3.6 Selon vous, est-ce que la liste représente bien les modes de soutien qui sont indispensables pour travailler auprès d'un enfant dont le parent présente un trouble de la personnalité?

Oui Non, pourquoi : _____

3.7 Avez-vous des ajouts à faire?

3.8 Classifiez par ordre de priorité les cinq modes de soutien qui sont indispensables :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Commentaires sur le questionnaire :

Commentaires concernant la présentation préliminaire des réponses

Les réponses obtenues ont été organisées de la façon suivante. Pouvez-vous commenter?
(choix des thèmes, conceptualisation, etc.)

Cadre d'analyse écosystémique des besoins de soutien personnels, professionnels, organisationnels des intervenants psychosociaux.

Cette section vise à recueillir vos commentaires concernant *l'organisation* des informations permettant une analyse de vos besoins.

Trois documents présentent les informations obtenues.

Figure 2. Un triangle représente le cadre d'analyse des informations colligées. Il est construit selon trois axes avec des besoins regroupés par thèmes dans chaque axe.

L'axe personnel représente l'intervenant comme personne; l'axe professionnel, les besoins comme professionnel et l'axe organisationnel représente les besoins que vous avez nommés au niveau de l'organisation du CIUSSS [REDACTED]

[REDACTED] Chaque axe représente des catégories de besoins principaux qui sont ressortis au fil des entrevues. Les axes ne sont pas mutuellement exclusifs et les besoins regroupés non plus. Il existe une interdépendance entre les axes et entre les besoins. Cette configuration est davantage utilisée pour représenter une vision écosystémique des besoins généraux des professionnels qui travaillent auprès d'enfants dont un parent présente un trouble de la personnalité.

Plusieurs d'entre vous reconnaîtront la référence faite au cadre d'analyse des besoins de l'enfant selon le modèle de l'*Assessment Framework* adapté par Claire Chamberland et son équipe (Initiative AIDES).

Cette référence au cadre d'analyse est particulièrement choisie en raison :

- de la pertinence de l'organisation des concepts de besoins des professionnels;
- du potentiel de généralisation possible auprès des gestionnaires, des coordonnateurs et des professionnels qui ont tous été sensibilisés à ce cadre d'analyse.

Les autres documents qui suivent tentent de représenter sous forme de tableaux et de carte les concepts du cadre d'analyse.

Le Tableau I : Explique les thèmes qui ont été présentés dans la première figure. Vous trouverez en Annexe du document remis, les éléments des entrevues qui ont permis d'élaborer le cadre conceptuel. Le document est volumineux; vous n'êtes aucunement tenu de le lire. Il est inséré dans votre questionnaire à titre de référence pour ceux qui voudraient en savoir plus sur l'élaboration et l'organisation des données. Vous pourrez y retrouver des extraits des entrevues réalisées.

Enfin, la Figure 3 représente les informations illustrées à l'aide de la carte conceptuelle.

Vos commentaires généraux sont appréciés pour l'ensemble des documents ou encore pour chacun d'eux, à vous de nommer ce qui vous semble pertinent pour la suite du projet et réaliste selon vos disponibilités.

Les informations qui figurent dans ces documents sont des propos recueillis des participants, ils sont **TOTALEMENT CONFIDENTIELS**. Il est donc demandé de les considérer avec tout le respect éthique nécessaire, et ce, même si vous êtes en désaccord avec certains propos rapportés. Vous pourrez faire part de vos commentaires dans la section prévue à cet effet.

Il est également interdit de reproduire, distribuer en totalité ou en partie les données qui figurent dans ces documents. Le matériel est une propriété intellectuelle de la chercheuse. Ce sont des données de recherche qui feront l'objet d'une demande de publication et la diffusion pourrait nuire à la suite du projet. Merci de votre compréhension et de votre engagement dans le respect de tous.

** Prenez note que le projet est un travail évolutif qui subira probablement de multiples changements dans l'organisation des informations obtenues. Soyez assuré que vos commentaires seront considérés, la présentation peut changer au fil du processus et prendre un aspect final très différent.

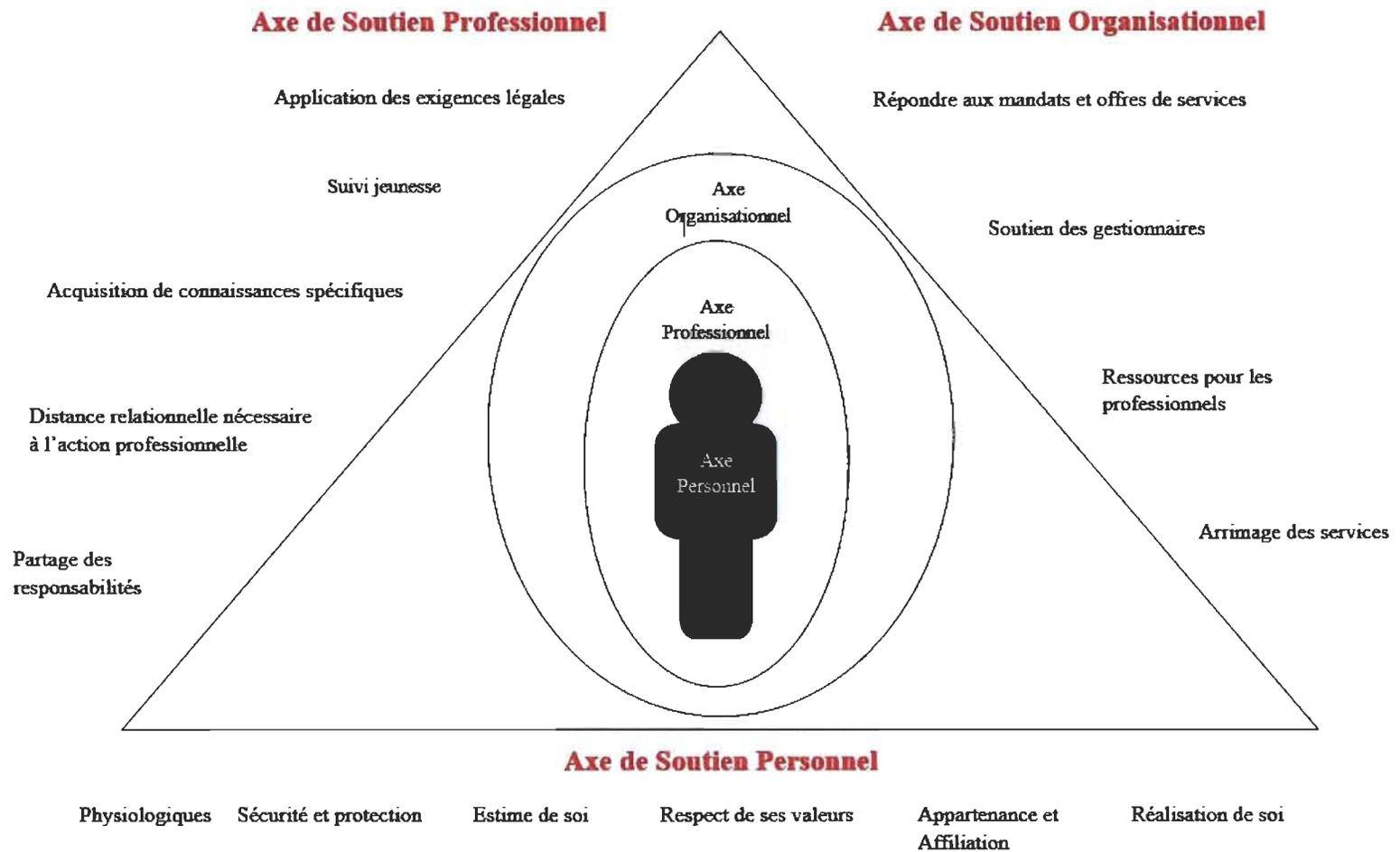


Figure 2. Cadre d'analyse écosystémique des besoins des professionnels impliqués auprès d'enfant dont un parent présente un trouble de la personnalité.

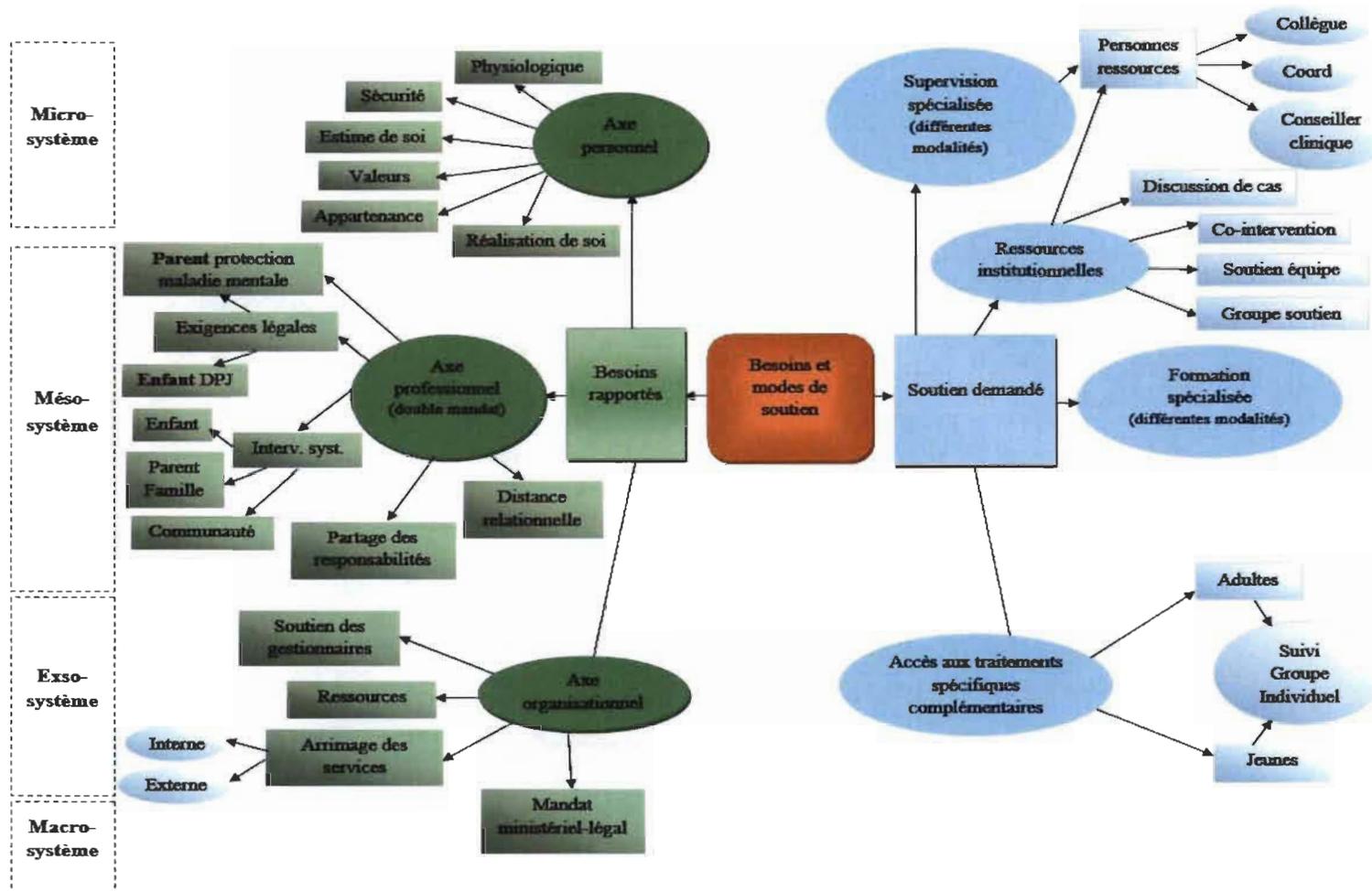


Figure 3. Carte conceptuelle écosystémique des besoins et modes de soutien des intervenants jeunesse.

ClicCourts.com

Appendice F

Formulaire d'information et de consentement - professionnels

Formulaire d'information et de consentement - professionnels

Projet de recherche : Besoins et modes de soutien nécessaires aux intervenants jeunesse impliqués auprès d'enfants de 8 à 17 ans dont un parent présente un trouble de la personnalité

Nathalie Boucher
Département de psychologie
Programme de doctorat en recherche (3150)

Directrice : Madame Colette Jourdan-Ionescu
Organisme partenaire : CIUSSS [REDACTED]

Objectifs du projet de recherche

Votre participation au projet de recherche ayant pour titre : *Besoins et modes de soutien nécessaires aux intervenants jeunesse impliqués auprès d'enfants de 8 à 17 ans dont un parent présente un trouble de la personnalité* serait grandement appréciée. Ce projet a pour objectifs d'explorer le processus d'accompagnement clinique des intervenants psychosociaux (psychologues, travailleurs sociaux et psychoéducateurs). Il vise à identifier les besoins des professionnels et à nommer les différents modes de soutien nécessaires aux bonnes pratiques dans l'accompagnement d'enfants dont un parent présente un trouble de la personnalité.

Les renseignements contenus dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire attentivement le formulaire de consentement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser.

Déroulement

Votre participation consiste à identifier un enfant âgé entre 8 et 17 ans dont un parent a un diagnostic probable ou avéré de trouble de la personnalité. Le suivi de cet enfant et de ce parent peut être actuellement en cours ou il peut avoir eu lieu au cours des deux dernières années (depuis 2013). Vous devrez par la suite remplir trois courts formulaires. Le premier, le *Questionnaire sociodémographique des intervenants* vise à obtenir des informations permettant de tracer votre profil. Deux autres formulaires – soit le *Profil du parent identifié pour la recherche* et le *Profil de l'enfant du parent identifié pour la recherche* – visent à obtenir des informations concernant le parent et son enfant. En aucun cas le parent et l'enfant sélectionnés ne seront identifiés. Ces formulaires vous seront remis lors de votre inscription au projet de recherche. Par la suite, vous devrez

participer à une entrevue individuelle visant à décrire votre expérience professionnelle et à identifier vos besoins et les modes de soutien nécessaires dans la prise en charge de l'enfant dont le parent a un trouble de la personnalité. Cette rencontre est d'une durée de 90 minutes environ. Lors de cette rencontre, vous devrez avoir rempli les trois formulaires et les remettre à l'assistante de recherche qui animera l'entrevue enregistrée.

La dernière étape consiste à remplir un formulaire de validation et de priorisation des informations obtenues lors des rencontres individuelles ainsi qu'à recueillir vos commentaires concernant la présentation préliminaire des réponses. La durée pour compléter ce formulaire est estimée à 60 minutes et vise à valider et prioriser les réponses émises lors des entrevues individuelles ainsi qu'à commenter la présentation préliminaire des résultats. Ce formulaire vous parviendra de façon électronique quelques semaines après votre rencontre. Une fois complété, il devra être retourné à l'assistante de recherche. Toutes les rencontres auront lieu au CIUSSS [REDACTED]. Le projet débutera au mois d'août 2015 et se terminera au mois de décembre 2015.

Risques, inconvénients, inconforts

Les risques, inconvénients ou inconforts encourus par ce projet de recherche peuvent être de nature professionnelle. La chercheuse a l'obligation de rapporter toutes fautes contrevenant à l'éthique professionnelle et pouvant nuire à la sécurité ou au développement des enfants. De plus, le rappel de certains moments difficiles peut vous apparaître pénible. Enfin, le temps total consacré au projet (estimé à 3 heures 30 minutes) constitue un inconvénient.

Bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances dans l'identification des besoins et dans le soutien à offrir aux professionnels est le principal bénéfice de votre participation. La réflexion effectuée durant votre participation à la recherche vous permettra sans doute aussi d'avancer dans votre travail clinique. Enfin, une attestation de participation au projet de recherche signée par l'étudiante et cosignée par sa directrice, madame Jourdan-Ionescu, professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières, sera également remise aux participants.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Une assistante de recherche animera les entrevues individuelles enregistrées et en fera la transcription. L'attribution d'un code numérique permettra de ne pas identifier les répondants. Cependant, certaines des informations recueillies lors des rencontres individuelles seront répertoriées

anonymement dans le formulaire de validation et de priorisation qui sera distribué aux participants. De cette façon, certains de vos propos seront rapportés et vous connaîtrez une partie des informations que les autres participants ont données.

Les résultats de la recherche *Besoins et modes de soutien nécessaires aux intervenants jeunesse impliqués auprès d'enfants de 8 à 17 ans dont un parent présente un trouble de la personnalité*, qui pourront être diffusés sous forme d'une thèse, de communications et d'articles, ne permettront pas d'identifier les participants. Les données recueillies seront conservées sous clé et les seules personnes qui auront accès aux enregistrements seront les assistantes de recherche ainsi que la directrice, madame Jourdan-Ionescu.

Les transcriptions seront remises à la chercheuse et elles seront détruites cinq ans après les publications. Elles ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document sans votre autorisation.

Participation volontaire et droits des participants

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps, sans préjudice et sans avoir à fournir d'explication sur cette décision. L'enregistrement et la transcription de l'entrevue ne seront pas utilisés. La chercheuse se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toutes questions concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Nathalie Boucher.

Questions ou plaintes concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-15-215-08-02.12 a été émis le 8 avril 2015. Cette recherche est également approuvée par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du [REDACTED] et un certificat portant le numéro CÉR : CSSS-1516-109 a été émis le 25 juin 2015.

Pour toutes questions ou plaintes d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone au (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique à CEREH@uqtr.ca.

Formulaire de consentement

Engagement de la chercheuse

Moi, Nathalie Boucher, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent au projet comportant la participation de sujets humains.

Consentement du professionnel

Je _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche.

Professionnel participant :	Chercheuse :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :