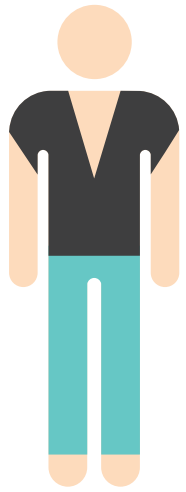


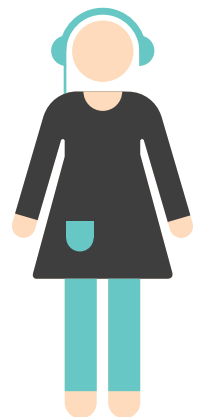
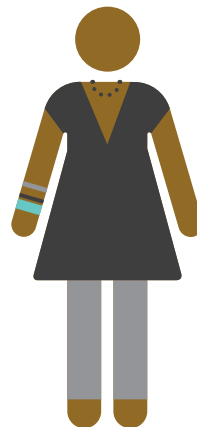
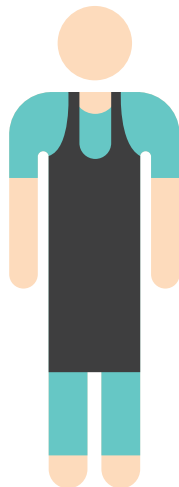
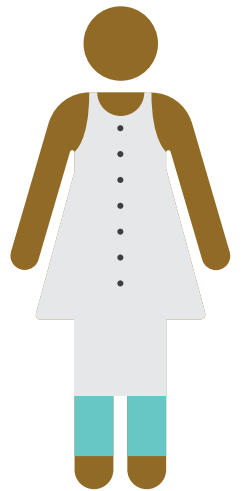
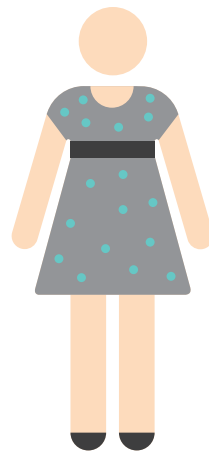
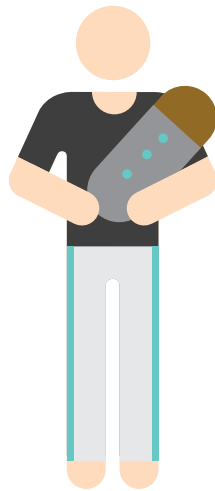
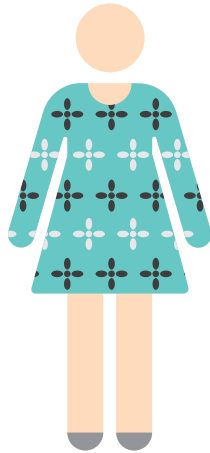
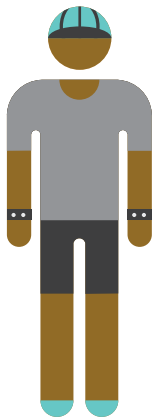
REVUE PROFESSIONNELLE DU  
CENTRE JEUNESSE DE MONTRÉAL-INSTITUT UNIVERSITAIRE



# DÉFI

VOL. XXI  
NO 2  
AVRIL 2015

# JEUNESSE



**NUMÉRO THÉMATIQUE**

**LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ  
LIMITE EN PROTECTION DE  
LA JEUNESSE**



# SOMMAIRE

## ÉDITORIAL

- Mieux comprendre pour mieux intervenir : pleins feux sur le trouble de personnalité limite  
*Andrée LeBlanc* 4

## MOT DE LA DIRECTION

- Martine Jacob* 5

## NUMÉRO THÉMATIQUE

### LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

#### LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE : ÉTAT DES LIEUX

- Qu'est-ce que le trouble de personnalité limite?  
*Lise Laporte et Lyne Desrosiers* 7
- Adolescence et trouble de personnalité limite  
*Lyne Desrosiers* 9
- Est-ce que le trouble de personnalité limite affecte davantage les femmes?  
*Lyne Desrosiers* 13
- Comment le trouble de personnalité limite affecte-t-il la capacité d'être parent?  
*Lise Laporte* 14
- La prévalence du trouble de personnalité limite chez les parents en centres jeunesse  
*Lise Laporte, Joel Paris et Phylis Zerkowitz* 15
- « Mon p'tit coco » : quand l'amour maternel est plus compliqué  
*Ninat Friedland, Courtney Lester et Lise Laporte* 17



# SOMMAIRE

## LES BESOINS DES ENFANTS, DES ADOLESCENTS, DES PARENTS, ET DES INTERVENANTS

- Régulation affective chez les enfants de parents ayant un trouble de personnalité limite  
*Isabelle Boivin* 21

---

- Accompagner un adolescent ayant un trouble de personnalité limite dans une unité de réadaptation : enjeux et réflexions  
*Nathalie Beranek* 25

---

- « J'ai un TPL et la vie continue »  
Entrevue avec Émilie, une adolescente suivie en centre jeunesse  
*Lyne Desrosiers* 28

---

- « Être mieux pour être la meilleure maman de mes enfants » :  
des mères parlent de leurs besoins  
*Ninat Friedland et Lise Laporte* 31

---

- Intervenir auprès de mères ayant un trouble de personnalité limite :  
quand la souffrance des unes se conjugue au désarroi des autres  
*Lise Laporte et Lyne Desrosiers* 34

---

- Un ingrédient essentiel : le soutien aux intervenants  
*Lise Laporte et Lyne Desrosiers* 36

---

- Des mots pour le dire  
*Lyne Desrosiers* 38

---




# SOMMAIRE

## UN REGARD TOURNÉ VERS DES SOLUTIONS

- Un album jeunesse pour parler aux enfants du trouble de personnalité limite du parent  
*Lise Laporte et Janie Boucher* 39

---

- Un trésor entre les mains : témoignage de l'illustratrice de «La maison des intempéries»  
*Élizabeth Eudes-Pascal* 41

---

- Le principe des poupées gigognes : s'occuper des professionnels  
qui s'occupent des mères qui s'occupent des enfants  
*Jean-François Cherrier et Stéphanie Lavoie* 42

---

- Consultation pour les cas complexes de parents ayant un trouble de personnalité limite:  
un dialogue ouvert entre professionnels  
*Susan Pinsky* 43

---

- Une activité de groupe conçue pour les parents ayant un trouble de personnalité limite :  
« MOI et mon enfant » - Volet parents  
*Lise Laporte, Linda Ounis et Isabelle Laviolette* 45

---

- Et pour les enfants? « MOI et mon enfant » - Volet enfants  
*Clémence Pentecôte* 46

---

- Implantation de « MOI et mon enfant » en CSSS : une expérience concluante  
*Laurence Starnino et Carlyne Cianci* 49

---

- Transformer l'offre de service des jeunes 12-25 ans qui souffrent de troubles de santé mentale :  
le projet ACCESS  
*Lise Laporte* 51

---

- RÉFÉRENCES CHOISIES** 53

## RUBRIQUE ESPACE MÉMOIRE

- Lancement de l'Espace Mémoire  
*Pierre Keable, Micheline Mayer et André Melançon* 54

# ÉDITORIAL



## MIEUX COMPRENDRE POUR MIEUX INTERVENIR : PLEINS FEUX SUR LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE

**Andrée LeBlanc** • AGENTE DE PLANIFICATION, DE PROGRAMMATION ET DE RECHERCHE, DSPAU,  
CJM-IU ET MEMBRE DU COMITÉ DE LA REVUE *DÉFI JEUNESSE*

C'est avec enthousiasme que le comité de rédaction de *Défi jeunesse* propose à ses lecteurs ce numéro spécial consacré à une problématique de santé mentale à laquelle nous sommes tous, un jour ou l'autre, confrontés : le trouble de personnalité limite. Le projet a été proposé au comité de la revue par deux professionnelles aussi rigoureuses que dédiées à la cause, Lise Laporte, chercheure au Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (CJM-IU) et Lyne Desrosiers, stagiaire postdoctorale au CJM-IU qui ont joué le rôle d'éditrices de ce projet emballant. Elles ont réussi à rassembler les textes d'intervenants de différents horizons et même d'adolescents!

Traversant les frontières entre disciplines et établissements, elles ont réuni des textes d'intervenants psychosociaux, de pédopsychiatres, de psychiatres, de psychologues, d'ergothérapeutes, de chefs de service en réadaptation : des collaborations provenant de centres hospitaliers, de CSSS, des centres de la jeunesse et de la famille Batshaw et bien sûr du CJM-IU. En adoptant différents angles de vue, elles ont réussi à rassembler de quoi nourrir profondément la réflexion clinique et propulseront sans doute à un autre niveau les échanges entre cliniciens.

Ce numéro spécial se présente en trois sections, construites à l'aide de plusieurs articles se succédant à bon rythme. La première section campe d'abord la problématique, en la définissant et en précisant son incidence et sa prévalence parmi les adolescents et les parents en centre jeunesse. La seconde section s'attarde

aux besoins des personnes, selon qu'elles soient elles-mêmes aux prises avec le trouble de personnalité limite ou vivent avec un parent qui en est atteint. Cette section fait également une place aux besoins des professionnels intervenant auprès de cette clientèle. Enfin, la troisième section fait état des solutions développées au CJM-IU pour venir en aide aux personnes touchées directement ou indirectement par la problématique. Le tout constitue une mine d'informations pour les intervenants, quel que soit leur contexte d'intervention.

Ce numéro se termine sur une autre note, par une nouvelle contribution à la rubrique « Espace Mémoire », à qui la revue a ouvert ses pages depuis le numéro de novembre 2014. Cette rubrique est consacrée au lancement officiel du musée « Espace Mémoire », présente désormais sur le web, mais également physiquement à la salle Nadia du siège social du CJM-IU. Le groupe de travail des retraités du CJM-IU poursuit ainsi son exploration de l'histoire des services aux jeunes en difficulté à Montréal!

Nous ne saurions terminer cet éditorial sans souligner le départ de Pierre Keable du comité de rédaction de la revue *Défi jeunesse*. Pierre a choisi de ralentir certaines activités professionnelles maintenues depuis sa retraite du CJM-IU et c'est à regret que le comité le voit partir. Son esprit critique autant que pratique, sa clairvoyance et sa connaissance profonde du programme jeunesse manqueront désormais à la revue. Un grand, grand merci, Pierre!

# MOT DE LA DIRECTION



**Martine Jacob** · COORDONNATRICE DU SOUTIEN CLINIQUE SPÉCIALISÉ, DSPAU, CJM-IU

Les intervenants du CJM-IU relèvent de nombreux défis dans leur pratique professionnelle pour réussir à faire alliance avec les enfants, les jeunes et les familles en grande difficulté. Ils doivent être suffisamment proches de leurs clients afin de susciter leur confiance et leur désir de s'engager dans un parcours de changement, et suffisamment à distance afin d'avoir la perspective nécessaire pour accompagner ces personnes sur la route à parcourir.

Vous aurez compris qu'au cœur de l'intervention, il y a la relation. Impossible de s'y soustraire!

Les jeunes et les familles que nous rencontrons n'ont pas tous les mêmes habiletés à faire face à leurs émotions et à entrer en relation. Plusieurs arrivent avec un passé marqué de blessures, d'échecs, de manques, de peur et de méfiance. C'est avec ce bagage qu'ils nous interpellent. Ce sont comme des « grands brûlés » de la relation, sans les cicatrices apparentes.

Plusieurs parents et adolescents suivis au CJM-IU souffrent d'un trouble de personnalité limite (TPL) ou en présentent plusieurs symptômes. Comme de « grands brûlés » relationnels, ils réagissent parfois de façon intense, instable et inattendue et mettent à l'épreuve le lien qu'on tente d'établir avec eux. Tous les intervenants du CJM-IU sont confrontés, un jour ou l'autre, à accompagner ces jeunes et ces parents. Nous savons que c'est un défi de taille qui nous attend.

L'idée de ce numéro thématique dossier spécial de *Défi jeunesse* sur le trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse émerge de l'initiative de Lise Laporte et Lyne Desrosiers. Il permet pour une première fois de cerner les enjeux singuliers de l'accompagnement des familles touchées par ce trouble en centre jeunesse. Ce numéro met notamment en lumière les besoins des familles et des intervenants ainsi que diverses solutions mises en place au CJM-IU depuis quelques années.

Les besoins, difficultés et parfois la détresse des intervenants qui accompagnent des jeunes et des parents souffrant d'un trouble de la personnalité ont en effet été bien entendus par la direction du CJM-IU. Plusieurs initiatives prometteuses sont présentées, des projets innovateurs et uniques qui, en majorité, ont lieu au CJM-IU et qui reposent sur le travail soutenu d'intervenants sociaux, d'éducateurs, de chefs de service, de professionnels, de chercheurs et de partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, qui, ensemble, ont à cœur l'amélioration des pratiques. Ces innovations suscitent de l'intérêt au niveau national et international, et méritent d'être mieux connues dans le réseau des services de protection de la jeunesse.

Je vous invite donc à une lecture stimulante, qui, je l'espère, vous amènera à parfaire votre savoir, votre savoir-faire et votre savoir-être afin de relever le défi de l'accompagnement de cette clientèle « difficile ».

CE NUMÉRO MET NOTAMMENT  
EN LUMIÈRE LES BESOINS  
DES FAMILLES ET DES  
INTERVENANTS AINSI QUE  
DIVERSES SOLUTIONS MISES  
EN PLACE AU CJM-IU DEPUIS  
QUELQUES ANNÉES

# NUMÉRO THÉMATIQUE

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

### Responsables



**Lise Laporte**, chercheure, Centre de recherche, CJM-IU; directrice de recherche, Programme des troubles de la personnalité, Centre universitaire de santé McGill; professeure adjointe, département de psychiatrie, Université McGill.



**Lyne Desrosiers**, chercheure postdoctorale, Centre de recherche, CJM-IU; professeure, département d'ergothérapie, UQTR.

### Auteurs

**Nathalie Beranek**, chef de service des unités Étape et Mélodie, DSRRVP-DSM, CJM-IU

**Janie Boucher**, technicienne en recherche psychosociale, Centre de recherche, CJM-IU

**Isabelle Boivin**, pédopsychiatre, Hôpital Anna-Laberge, consultante, Centre d'expertise en maltraitance, CJM-IU

**Jean-François Cherrier**, travailleur social, psychothérapeute, Institut universitaire en santé mentale de Montréal

**Carolyne Cianci**, travailleuse sociale, CSSS du Cœur-de-l'Île, Service de pédopsychiatrie

**Émilie (nom fictif)**, adolescente hébergée en centre jeunesse

**Elisabeth Eudes-Pascal**, artiste et illustratrice

**Ninat Friedland**, thérapeute par l'art, coordonnatrice de recherche, CJM-IU

**Isabelle Laviolette**, psychologue, conseillère clinique, CJM-IU

**Stéphanie Lavoie**, psychologue, Institut universitaire en santé mentale de Montréal

**Courtney Lester**, thérapeute par l'art, assistante de recherche, CJM-IU

**Natasha (nom fictif)**, adolescente suivie en centre jeunesse

**Linda Ounis**, agente de relations humaines, DSMAR, CJM-IU

**Joel Paris**, psychiatre, directeur des programmes des troubles de la personnalité, Hôpital général juif de Montréal et Centre universitaire de santé McGill

**Clémence Pentecôte**, agente de planification, de programmation et de recherche, Centre d'expertise en maltraitance, CJM-IU

**Susan Pinsky**, agente de relations humaines, conseillère services soutien clinique, expertise externe et diversité, Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw

**Laurence Starnino**, travailleuse sociale, CSSS Sud-Ouest-Verdun, Programme Enfance-Jeunesse

**Phyllis Zelkowitz**, directrice de recherche, Département de psychiatrie, Hôpital général juif de Montréal

# LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE : ÉTAT DES LIEUX

---

**Le terme de trouble de personnalité limite évoque souvent différentes réalités selon la personne qui l'évoque. Il devient même parfois une étiquette péjorative pour décrire les adolescents ou les parents qui bousculent ou ébranlent nos façons de faire. Il apparaît donc d'abord pertinent de bien cerner les dimensions du trouble de personnalité limite et de décrire comment il se manifeste chez les adolescents et les parents en protection de la jeunesse.**

---



---

## QU'EST-CE QUE LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE?

---

*Lise Laporte* ET *Lyne Desrosiers*

---

Pour considérer la présence d'un trouble de personnalité limite (TPL), il faut d'abord que les traits retrouvés chez la personne représentent une déviation importante par rapport à ce que la société, évoluant dans une certaine culture, attend d'elle. Il faut également qu'ils se manifestent dans au moins deux des quatre domaines suivants : cognition, affectivité, relations interpersonnelles ou contrôle des impulsions. Les traits de personnalité doivent être rigides et se manifester dans de très nombreuses situations. Ils conduisent à une détresse et à des perturbations dans les relations sociales et professionnelles. Le pattern est stable et peut être retracé

depuis l'adolescence, ou le début de l'âge adulte. Ils ne doivent pas résulter d'un autre trouble psychiatrique ou d'un état de dépendance (addiction), d'un abus de substance ou d'une maladie physique.

La dernière édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) identifie neuf critères diagnostiques propres au TPL (voir encadré 1). La personne doit en présenter au moins cinq pour que le diagnostic soit posé.

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

### Encadré 1 CRITÈRES DU TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE DU DSM-5

- Des efforts effrénés afin d'éviter un abandon réel ou imaginé.
- Des relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par une alternance entre les extrêmes de l'idéalisation et de la dévalorisation.
- Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image de soi ou de la notion de soi.
- Impulsivité dans au moins deux domaines ayant un potentiel autodestructeur (ex.: dépenses excessives, sexualité non protégée, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, excès alimentaire).
- Comportement, gestes ou menaces suicidaires ou d'automutilations récurrentes.
- Instabilité affective causée par une réactivité marquée de l'humeur (ex.: dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété qui dure habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).
- Sentiment chronique de vide.
- Colères inappropriées et intenses ou difficulté à maîtriser sa colère (ex.: sautes d'humeur fréquentes, colère constante, bagarres récurrentes).
- Idées passagères de persécution ou symptômes dissociatifs graves en situation de stress.

Dans la vie de tous les jours, le TPL se caractérise par des relations interpersonnelles intenses et instables, une image de soi changeante, une hypersensibilité au rejet et à l'abandon et des difficultés importantes à réguler ses émotions (APA, 2013).

Les personnes qui présentent un TPL sont souvent submergées par des émotions intenses de colère, de tristesse, d'anxiété et de vide affectif. Pour apaiser leurs bouleversements émotionnels, elles ont souvent recours à des comportements autodestructeurs allant de l'automutilation aux abus de substances, et aux menaces et aux tentatives de suicide qui sont omniprésentes chez cette population (voir encadré 2). Ces personnes présentent également une méfiance importante lorsqu'elles sont en situation de stress élevé, des difficultés à différer la gratification et une très faible tolérance à la frustration. Ce trouble sévère de santé mentale est ainsi associé à un niveau élevé de souffrance et de détresse psychologique et entraîne des effets dévastateurs pour la personne atteinte et pour sa famille.

Enfin, il est important de souligner que les personnes atteintes de ce trouble de santé mentale ont aussi de grandes qualités et compétences. Elles présentent une vivacité d'esprit, sont créatives, passionnées, artistiques et curieuses. Elles ont aussi une grande sensibilité; elles ont par exemple une capacité à détecter les vulnérabilités et sensibilités des autres, lesquelles passent inaperçues pour la majorité des gens. Elles ont également un sens de la justice et sont souvent drôles et surprenantes. Comme le souligne Gagnon (2005), il est important de reconnaître leur potentiel, et de leur refléter leurs forces.

### Encadré 2 TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE ET CONDUITES SUICIDAIRES

- Prévalence de conduites suicidaires chez 80 % des patients souffrant du TPL
- Trouble de santé mentale potentiellement mortel: 8 %-10 % de suicides complétés
- TPL chez 30 % des jeunes décédés par suicide
- Apparition des conduites suicidaires plus hâtive et nombre de tentatives à vie plus élevé pour le TPL que dans la dépression

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

## ADOLESCENCE ET TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE

Lyne Desrosiers

**EST-CE POSSIBLE D'IDENTIFIER UN TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE À L'ADOLESCENCE?**

Plusieurs cliniciens se montrent encore réticents à considérer qu'un adolescent puisse recevoir un diagnostic de trouble de personnalité limite (TPL). Ils argumentent que le développement de la personnalité n'est pas encore achevé à cet âge et évoquent notamment le risque de stigmatiser ces jeunes. D'autres militent en faveur de l'identifier précocement puisque ses premières manifestations s'observent à l'adolescence et qu'il importe de traiter celles-ci précocement (Miller, Muehlenkamp et Jacobson, 2008a). À ce jour, un nombre croissant de données suggère que le TPL peut être diagnostiqué de manière fiable chez l'adolescent et valide la pertinence de le faire (Glenn et Klonsky, 2013). Incidemment, le DSM-IV de même que la plus récente édition, le DSM-5, permettent de poser ce diagnostic chez l'adolescent (APA, 2000, 2013) et les études montrent que ses manifestations cliniques sont assez similaires à celles retrouvées chez l'adulte (Miller, Muehlenkamp et Jacobson, 2008b).

Il est d'autant plus pertinent d'identifier le TPL précocement qu'omettre de reconnaître et de traiter les symptômes de ce trouble à l'adolescence risque d'aggraver les comportements suicidaires, la délinquance, les échecs scolaires, les dysfonctions sociales et la toxicomanie (Feenstra, Busschbach, Verheul et Hutsebaut, 2011). Parmi les adolescents qui consultent en psychiatrie, ceux qui souffrent d'un TPL constituent en effet le groupe qui accuse les difficultés de fonctionnement psychosocial les plus sévères (Chanen, Jovev et Jackson, 2007). Plus encore, les adolescents souffrant d'un TPL présentent un très haut risque suicidaire (Renaud, Chagnon, Turecki et Marquette, 2005). Ces derniers comptent à eux seuls 30 % des suicides complétés chez les jeunes (Rich et Runeson, 1992; Runeson et Beskow, 1991).

Finalement, les travaux récents dans le domaine du traitement du TPL justifient de l'identifier hâtivement et rigoureusement. En effet, dans les dix dernières années, des chercheurs à travers le monde ont élaboré et évalué différentes formes d'interventions pour venir en aide spécifiquement aux adolescents qui présentent des traits de personnalité limite ou un TPL avéré (Chanen et coll., 2009). Leurs résultats sont encourageants et ces avancées viennent déjà fournir aux cliniciens un arsenal thérapeutique mieux adapté à cette clientèle. Récemment, des recommandations précises concernant le dépistage, l'évaluation et le traitement du TPL chez l'adolescent ont été émises et viennent baliser cette pratique (voir encadré 3).

**LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE CHEZ L'ADOLESCENT ET LA CRISE D'ADOLESCENCE : QUELLE DIFFÉRENCE?**

Les changements d'humeur, l'impulsivité, les questionnements sur l'identité et l'intensité des relations qui caractérisent le trouble de personnalité limite (TPL) vont souvent de pair avec ce que plusieurs considèrent comme les comportements d'une « *crise d'adolescence normale* ». Ces similitudes avec le TPL peuvent déconcerter parents et cliniciens. Certains auront tendance à s'inquiéter indûment de phénomènes normaux pendant la puberté et d'autres pourraient banaliser de réelles difficultés chez l'adolescent. Comment départager ce qui appartient à la normalité de ce qui correspond aux signes d'une pathologie de la personnalité en émergence?

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, les grandes perturbations émotionnelles et les conflits majeurs avec les parents ne sont pas des passages obligés de la transition vers la vie adulte. En fait, seulement 5 % à 15 % des jeunes connaissent une adolescence marquée par de grands tumultes (Smetana, Campione-Barr et Metzger, 2006) alors que la majorité traverse cette

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

**Encadré 3****IDENTIFICATION ET TRAITEMENT  
DU TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE  
CHEZ LES ADOLESCENTS****RECOMMANDATIONS**

Une évaluation pour TPL devrait être considérée si un jeune de 12 à 18 ans présente un seul de ces éléments :

- Des tentatives de suicide et d'automutilation fréquentes,
- De l'instabilité émotionnelle marquée,
- De multiples conditions de comorbidité (anxiété, dépression, abus de substance, ADHD, etc.),
- Aucune réponse aux traitements reçus pour ses symptômes psychiatriques,
- Un niveau élevé de dysfonction familiale ou psychosociale.

Une thérapie structurée de durée limitée et développée spécifiquement pour les jeunes de ce groupe d'âge devrait être offerte à tous les jeunes de 14 à 18 ans qui ont un TPL ou des traits de personnalité limite.

Dans la planification de l'intervention pour un jeune de moins de 18 ans ayant un TPL, il est important de prendre en considération son stade développemental et ses conditions de vie. Il est également important d'impliquer la famille lorsque cela est possible.

*Guide de pratique pour le trouble de personnalité limite (NHMRC, 2013)*

période relativement sans histoire. Ainsi, une vraie crise d'adolescence témoigne d'un ajustement difficile et d'une détresse psychologique suffisante pour que l'on s'en inquiète. Tout est donc une question d'intensité. Mais où tracer la ligne? Pour l'adolescent avec un TPL, le mot clé est l'instabilité et celle-ci se retrouvera souvent dans la plupart des sphères de sa vie.

Il est attendu que l'adolescent en pleine maturation sexuelle, qui constate soudainement ses transformations physiques, deviendra davantage attentif à son apparence et à son pouvoir de séduction. Tout à coup plus sensible au regard de l'autre, il investira davantage son corps et se préoccupera plus intensément de son image. En contrepartie, le contrôle du poids par la restriction alimentaire, l'exercice excessif, les purges et la boulimie constituent des manifestations extrêmes et inquiétantes de ces préoccupations normales à l'adolescence. Les adolescents qui présentent un TPL, plus particulièrement les filles, auront parfois recours à ces comportements pour apaiser des émotions douloureuses.

Il est aussi normal que l'intérêt pour la sexualité s'accroisse et que l'adolescent recherche et expérimente l'intimité sexuelle. Toutefois, s'engager avec de multiples partenaires, adopter des pratiques sexuelles débridées et devenir parent précocement sont des comportements qui sous-tendent, pour certains, de grandes difficultés à s'affirmer, tandis qu'il s'agit pour d'autres d'une quête excessive d'intensité pour apaiser des sentiments de vide intérieur et d'ennui. Les adolescents avec un TPL peuvent aussi présenter des craintes excessives d'abandon ou de rejet et être très intolérants à la solitude. Ces émotions les rendront extrêmement vulnérables et assujettis aux demandes de leurs pairs lorsqu'il s'agira de refuser par exemple de consommer des drogues ou d'avoir des relations sexuelles, protégées ou non.

Le processus d'individuation requiert que l'adolescent se détache graduellement du giron familial. C'est donc une période où les amis et les amours prennent une place prépondérante. Pour l'adolescent ayant un TPL, cette transition est beaucoup plus ardue. Les relations avec les pairs et les rapports amoureux sont souvent marquées par les conflits, la méfiance et le sentiment de trahison. Elles oscillent entre le lien fusionnel, la jalousie excessive et la haine destructrice. Pour certains, dont l'identité est peu consolidée, l'absence de frontières entre le soi et l'autre les amène à se sentir facilement envahis ou au contraire à adopter l'identité de ceux qu'ils fréquentent. Ils rompent les liens sans explication ou encore se comportent comme des caméléons, changeant de style, d'intérêt et de projets au gré de leur migration vers de nouveaux groupes amis. L'intimidation, les disputes avec les amis, les amoureux et les professeurs sont souvent le pain quotidien de ces jeunes. Parce qu'ils sont souvent identifiés comme

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

« *fauteurs de troubles* » ou comme « bizarres » par les directions scolaires, l'école devient parfois leur pire cauchemar et nombreux sont ceux qui cessent précocement leur scolarisation.

Les enjeux d'individuation et d'autonomisation amènent aussi leur lot de désaccords et de conflits entre parent et adolescent. Toutefois, l'agressivité verbale et physique, de même que les fugues, constituent des méthodes de résolution de conflits dysfonctionnels qui sous-tendent parfois d'importantes difficultés à réguler les émotions, particulièrement la colère. Les adolescents qui présentent un TPL auront généralement une humeur irritable et connaîtront des oscillations soudaines de leurs émotions. Celles-ci, qu'elles soient positives ou négatives, s'exprimeront beaucoup plus dramatiquement chez ces jeunes. Leurs comportements et leurs décisions seront ainsi le plus souvent déterminés par leur humeur et marqués d'impulsivité. L'intensité de la colère les amènera notamment à adopter des comportements agressifs tels que les cris, les insultes, les menaces et la participation à des bagarres. Ces conduites vont bien au-delà du « bougonnage » de l'adolescent qui considère ses parents vieux jeu. Toute cette intensité sera particulièrement difficile à gérer, notamment lorsqu'il s'agit d'émotions douloureuses. C'est ainsi que l'adolescent avec un TPL aura tendance à adopter des stratégies assez drastiques comme la consommation, l'automutilation, les menaces et les conduites suicidaires pour trouver un apaisement à sa détresse.

L'adolescence est aussi une période d'expérimentation à tous les niveaux. Accédant à la pensée formelle, l'adolescent qui se développe normalement est attiré par ce qui est nouveau, inconnu et défendu bien sûr! Il est commun qu'il explore notamment la consommation d'alcool et de drogue et qu'il se dirige vers des activités comportant le dépassement des limites ou la prise de risques. Là encore, l'adolescent avec un TPL se situe dans le trop ou le pas assez. Plusieurs vont au-delà de l'exploration et développent des problèmes sérieux de dépendance ou encore prennent des risques excessifs (*car surfing*, conduite sans permis, vitesse excessive) au point de se blesser à répétition. Au contraire, d'autres, paralysés par l'indécision, sont incapables de profiter de la plus grande liberté que les parents concèdent. Ceux-ci arrivent difficilement à faire la transition entre le primaire et

le secondaire, à développer un réseau d'amis et sont à risque d'abandonner l'école.

En conclusion, les manifestations d'un TPL, en émergence ou avéré, se démarquent nettement des attitudes et des comportements qui seront observés chez l'adolescent qui connaît un développement harmonieux. Celles-ci se distinguent d'une part par leur intensité et leur instabilité plus importante. D'autre part, les perturbations que présentent les adolescents avec un TPL affectent simultanément plus de sphères de fonctionnement : le concept de soi, les relations interpersonnelles, les émotions, les comportements ainsi que les façons de penser et de percevoir les personnes, les événements et le monde.

### LES ADOLESCENTS QUI ONT UN TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE SONT-ILS NOMBREUX DANS LES CENTRES JEUNESSE?

Les symptômes du TPL tels les comportements suicidaires, l'impulsivité, l'instabilité émotionnelle et relationnelle sont courants chez les adolescents suivis par les centres jeunesse (Chagnon et Laframboise, 2005). On estime en effet que plus du tiers d'entre eux présentent des conduites suicidaires, que 35 % à 45 % ont des troubles externalisés, 10 % des troubles intériorisés et que 25 % consomment régulièrement des substances psychoactives (Toupin et coll., 2004). Comparativement à la population générale des adolescents, ces problématiques sont de trois à dix fois plus fréquentes chez les jeunes en centres jeunesse (Toupin et coll., 2004).

LES MANIFESTATIONS  
D'UN TPL SE DÉMARQUENT  
NETTEMENT DES ATTITUDES  
ET DES COMPORTEMENTS  
QUI SERONT OBSERVÉS CHEZ  
L'ADOLESCENT QUI CONNAIT  
UN DÉVELOPPEMENT  
HARMONIEUX.

Les facteurs de risque associés au développement du TPL comme la négligence, la maltraitance, et les traumatismes de l'enfance ponctuent également la trajectoire de vie de nombreux jeunes suivis par les services de protection de la jeunesse (Zanarini, Frankenburg, Khera et Bleichmar, 2001). Au CJM-IU, 90 % des signalements retenus relèvent de situations associées à ces facteurs de risque. Près d'une adolescente sur deux en centre jeunesse a été exposée à de la violence verbale et physique et presque le tiers d'entre elles ont été victimes d'abus sexuel (Toupin et coll., 2004). Plus encore, le fait d'avoir un parent souffrant d'un TPL constitue un facteur de risque supplémentaire pour développer cette pathologie

---

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

---

(Barnow et coll., 2013), la transmission héréditaire étant estimée à 50 % (Distell et coll., 2008).

Les rares études qui se sont penchées sur la prévalence du TPL chez les adolescents en protection de la jeunesse montrent qu'elle est en fait inférieure à celle retrouvée en population générale. En effet, les études ne rapportent que de 4 à 7 % des adolescents en CJ ayant un diagnostic de TPL (MSSQ, 2007; Gaumont, 2010). Considérant la surreprésentation d'adolescents présentant à la fois les manifestations cliniques du TPL et de nombreux facteurs de risque pour le développer, il apparaît déconcertant que si peu d'adolescents aient reçu ce diagnostic dans les centres jeunesse. Plusieurs raisons permettent d'estimer que cette pathologie serait beaucoup plus répandue. En effet, l'identification du TPL chez les personnes de moins de 18 ans demeure une pratique encore timide dans les milieux cliniques. Ainsi, même lorsqu'un adolescent présente manifestement toutes les caractéristiques cliniques du TPL, ce diagnostic est rarement posé formellement. Or, les symptômes cardinaux du TPL sont fréquents chez les adolescents sous la responsabilité des CJ (Chagnon et Laframboise, 2005).

Il serait ainsi attendu que la fréquence du TPL soit plus élevée chez les jeunes hébergés en centre jeunesse. En effet, ceux-ci accusent une plus grande sévérité des comportements associés à ce trouble (plus de problèmes de comportements, relations plus détériorées avec les parents). Ils cumulent aussi davantage de facteurs de risque de le développer (plus d'abus physiques et sexuels) (Pauzé et coll., 2004). Or, la sous-représentation du TPL en CJ apparaît encore plus marquée lorsqu'on s'attarde aux adolescents qui requièrent ce type de prise en charge plus intensive et qu'on les compare avec les jeunes recevant des services en pédopsychiatrie. Ainsi, en incluant tous les troubles de la personnalité, seulement 4 % ont été recensés parmi les jeunes hébergés au CJM-IU et 7 % dans l'ensemble de la clientèle hébergée en CJ au Québec (MSSSQ, 2007). Le TPL, plus spécifiquement, n'a été diagnostiqué que chez un peu moins de 4 % des jeunes au CJ de la Montérégie (Gaumont, 2010). Ces prévalences contrastent avec celles retrouvées chez les jeunes suivis en pédopsychiatrie où les adolescents atteints d'un TPL représentent entre 22 % et 50 % de la clientèle (Chanen et coll., 2008; Breton et coll., 2007; Grilo et coll., 2001).



## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

## EST-CE QUE LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE AFFECTE DAVANTAGE LES FEMMES?

*Lyne Desrosiers*

Le trouble de personnalité limite (TPL) est une pathologie rencontrée fréquemment dans les services de santé mentale (voir encadré 4). Jusqu'à 80% des personnes qui y sont diagnostiquées sont des femmes (Zimmerman, Rothschild et Chelminski, 2005). Par ailleurs, des études récentes indiquent qu'il se distribue de façon équivalente entre les hommes et les femmes dans la population générale (Grant et coll., 2008). Les différences dans la présentation des symptômes ont notamment été mises de l'avant pour expliquer cette disparité homme-femme au niveau de la prévalence en milieu clinique. De façon générale, les hommes et les femmes se distinguent peu en termes d'intensité de la symptomatologie, mais certains aspects seraient plus marqués selon le genre, et ce, quelle que soit la phase développementale. Les études chez les adolescents et chez les adultes soulignent en effet les mêmes différences au niveau de la présentation du TPL entre les femmes et les hommes (Bradley, Zittel Conklin et Westen, 2005; Sansone et Wiederman, 2013). Ainsi, les hommes atteints d'un TPL ont tendance à afficher des comportements plus explosifs, hostiles et une propension plus forte à rechercher la nouveauté que les femmes (Bradley et coll., 2005; Chabrol et coll., 2004). En contrepartie, ces dernières exhibent plus fréquemment les aspects les plus dramatiques des symptômes du TPL tels l'intensité, l'instabilité de l'humeur et les comportements d'automutilation (Johnson et coll., 2003). Les femmes s'engagent aussi plus souvent dans des relations où elles subissent des abus sexuels (Sansone et Wiederman, 2013). De plus, on retrouve davantage de problèmes d'abus de substance et de personnalité antisociale chez les sujets masculins alors que les troubles alimentaires, anxieux et de l'humeur ainsi que le désordre de stress post-traumatique sont plus communs chez les femmes (Sansone et Sansone, 2011). Hommes et femmes se distinguent

### Encadré 4 LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EST-IL FRÉQUENT?

Le TPL affecte approximativement 1 % de la population générale. Dans les contextes hospitaliers adultes, ce diagnostic est présent chez près de 15 % des personnes admises en psychiatrie et chez près de 10 % à 15 % des patients vus aux services d'urgence et de consultation externe.

Les prévalences les plus élevées du TPL se retrouvent au début de la vie adulte, notamment en raison des symptômes d'impulsivité. Ainsi, on retrouve chez l'adolescent et le jeune adulte en population générale une prévalence du TPL qui varie entre 1 % à 6 %. Ces adolescents représentent 22 % de la clientèle traitée en ambulatoire en pédo-psychiatrie (Chanen et coll., 2008), près de 50 % en clinique spécialisée dédiée aux jeunes suicidaires (Breton et coll., 2007) et la moitié des adolescents hospitalisés (Grilo et coll., 2001). Les symptômes du TPL diminuent graduellement chez les adultes plus âgés (Årens et coll., 2013).

également quant à l'utilisation des soins : les femmes reçoivent plus souvent de pharmacothérapie et de psychothérapie, tandis que les hommes présentant un TPL se retrouvent en plus grand nombre dans les services liés à la toxicomanie.

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

## COMMENT LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE AFFECTE-T-IL LA CAPACITÉ D'ÊTRE PARENT?

*Lise Laporte*

De façon générale, les émotions et les comportements qui caractérisent le trouble de personnalité limite (TPL) peuvent être à la source de difficultés importantes dans les pratiques parentales (Newman et coll., 2007; Stepp et coll., 2012). Cela est d'autant plus vrai lorsque ce trouble de la personnalité s'ajoute à des conditions de pauvreté et à un contexte social précaire et difficile.

L'instabilité, l'intensité et le chaos qui caractérisent les relations interpersonnelles de personnes ayant un TPL n'épargnent pas les rapports avec leurs enfants. Les périodes marquées par des comportements impulsifs ou incohérents placent les enfants à risque de devenir l'objet de l'agression ou du rejet. Celles qui sont plutôt caractérisées par la dépression peuvent se traduire par une perte de sensibilité à l'égard des besoins des enfants, ce qui augmente le risque de négligence (Adshead, 2003; Macfie, 2009). Les parents avec TPL peuvent faire preuve d'une faible tolérance à la frustration et présenter une altération du jugement (Feathersome, 1999) susceptible de provoquer de l'insécurité chez l'enfant. Leurs difficultés à réguler leurs propres émotions peuvent faire obstacle à leur habileté à gérer celles de leur enfant (Newman et Stevenson, 2005). Les écrits suggèrent que les mères auraient davantage tendance à manquer de constance parentale pour ce qui est de la routine, de l'encadrement et des soins à apporter à leurs enfants, en raison de leur mode de vie parfois chaotique. Leur grande détresse psychologique affecte également leur habileté à faire face aux défis et aux émotions fortes qui surgissent inévitablement dans les relations parents-enfants (Marziali et coll., 2006). Les enfants de parents ayant un TPL seraient ainsi exposés à des stress majeurs. De plus, mentionnons qu'il est toujours difficile pour l'enfant d'être témoin de la détresse psychologique intense de son parent.

Pour certaines mères, la motivation principale pour avoir un enfant est de combler leur vide intérieur et

de répondre à leur besoin d'amour inconditionnel (Newman et coll., 2007). Une mère ayant un TPL nous explique : « Lui (l'enfant), il ne me quittera jamais ». Il est également noté que leur besoin de prendre soin de quelqu'un à tout prix ou encore que l'on prenne soin d'elles émotivement peut les rendre moins sensibles aux besoins et à la sécurité de leurs enfants. Par ailleurs, le désir d'être mère peut aussi être ambivalent, notamment dans les cas où la grossesse résulte de relations sexuelles impulsives non protégées ou vécues dans le contexte d'une relation abusive (Newman et Stevenson, 2008).

Ces parents peuvent avoir de la difficulté à ajuster leurs pratiques parentales aux stades développementaux de l'enfant. Par exemple, une mère peut avoir beaucoup de difficulté à tolérer les périodes où son enfant cherche à s'individualiser, comme le font normalement l'enfant de deux ans et l'adolescent (McFile et Swan, 2009). Ces mouvements vers l'autonomie peuvent être découragés par la mère qui tendra à osciller entre le contrôle critique, hostile ou intrusif et une attitude distante, passive, ou carrément rejetante, des attitudes susceptibles d'interférer avec le développement affectif de leurs enfants (Neuman, 2012; Stepp et coll., 2012).

En outre, la majorité des personnes ayant un TPL ont vécu abus et négligence durant leur enfance et sont à risque de développer des comportements similaires avec leurs propres enfants, perpétuant ainsi le cycle de la maltraitance (Adshead, 2003). L'étude de Laporte et coll. (2013) sur les mères d'enfants suivis en centres jeunesse, suggère qu'un important pourcentage de mères ayant un TPL auraient elles-mêmes été suivies par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) durant leur enfance. Enfin, ces mères choisissent souvent des partenaires qui ont eux-mêmes des troubles de santé mentale ou adoptent des comportements violents (Feiring et Furman, 2000).

---

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

---

En terminant, il est important de souligner que pour certaines femmes ayant un TPL, la venue d'un enfant peut constituer une motivation importante pour amorcer des changements en réduisant certains comportements pathologiques. Avoir un enfant peut

donc être une expérience corrective pour certaines mères ayant un TPL (Gunderson, 2008). Ces mères peuvent aussi être soutenues par des interventions développées spécifiquement pour elles.

---

# LA PRÉVALENCE DU TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE CHEZ LES PARENTS EN CENTRES JEUNESSE

---

*Lise Laporte, Joel Paris* ET *Phyllis Zelkowitz*

---

Le trouble de personnalité limite (TPL) figure au nombre des troubles mentaux graves dont souffrent les parents des jeunes suivis en centres jeunesse. En 2011, l'ampleur des problèmes de santé mentale, en particulier du TPL, chez les mères des usagers du CJM-IU et du Centre de la famille et de la jeunesse Batshaw a été documentée dans le contexte d'une recherche de Laporte, Paris et Zelkowitz (2013).

Les intervenants à l'application des mesures (AM) du CJM-IU et de Batshaw étaient conviés à participer à l'étude en identifiant les mères qui souffraient d'un problème de santé mentale : 85 % des intervenants des deux institutions ont participé à l'étude et des données concernant 2225 mères ont été recueillies. Lorsqu'il n'y avait pas d'information sur la santé mentale de la mère au dossier, les intervenants étaient invités à donner leur impression clinique de la présence d'un trouble de santé mentale.

La prévalence des troubles de santé mentale chez les mères a été établie en se basant sur trois sources de données : 1) les informations recueillies auprès des intervenants à l'aide d'un questionnaire-grille, 2) une analyse de 245 dossiers et 3) une entrevue individuelle auprès de 75 mères. Ces trois sources d'information suggèrent que 61,3 % des mères dont les enfants sont suivis par le CJM-IU et par Batshaw présentent un trouble de santé mentale. Il est à noter que ce pourcentage est beaucoup plus élevé que ce que l'on peut retrouver dans la base de données administratives (Projet Intégration Jeunesse,

**Mères d'enfant suivis au CJM-IU et à Batshaw :**

**Prévalence des troubles de santé mentale :**

**61,3 %**

**Prévalence du TPL :**

**22,5 %**

PIJ) du CJM-IU. En effet, le pourcentage de mères identifiées comme ayant un trouble de santé mentale n'y est que de 14 %. Étant donné que l'inscription d'un trouble de santé mentale dans PIJ n'est reliée qu'aux éléments de compro-

mission, les cas qui y sont relevés ne correspondent probablement qu'aux cas les plus sévères. La réalité clinique est fort différente et il devient ainsi important de ne pas se fier uniquement aux informations recueillies dans PIJ pour documenter la présence de troubles de santé mentale chez les parents.

Pour connaître la prévalence du TPL chez les mères, il était demandé aux intervenants de spécifier quel était le type de trouble de santé mentale dont souffrait la mère. Pour 263 mères qui avaient un trouble mental, la nature du trouble n'a pas été rapportée. Ces cas ont été exclus des analyses étant donné que certaines de ces mères auraient pu avoir un TPL. Les données recueillies révèlent que parmi les mères chez qui le type de trouble de santé mentale était spécifié, 40 % auraient un TPL probable ou avéré. Ainsi, parmi toutes les mères pour qui nous avons des informations complètes, soit 1962 mères, 22,5 % auraient un

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

TPL. Ce résultat est plus élevé que celui présenté par Gaumont (2010) qui rapportait une prévalence de 10 % au Centre jeunesse de la Montérégie. Il faut souligner que ces données ne provenaient que de mères chez qui un diagnostic a été porté et versé au dossier, soit de mères qui avaient consulté en psychiatrie. L'étude américaine de Perepletchikova et collègues (2012) auprès de mères dont les enfants sont suivis en protection de la jeunesse rapporte une prévalence de 19,4 % de mères ayant un trouble de la personnalité tel qu'autorapporté à l'aide d'un questionnaire. Il existe probablement des écarts entre la prévalence réelle du TPL et la prévalence telle qu'indiquée par un diagnostic au dossier ou un questionnaire autorapporté. Ces deux méthodologies ont des limites qui ont pu favoriser une sous-représentation des troubles de la personnalité chez une population de mères qui ne consultent pas en psychiatrie, préfèrent ne pas divulguer leur trouble de santé mentale ou qui ne reconnaissent pas qu'elles ont un problème. L'utilisation de plusieurs méthodes telle l'impression clinique des intervenants (34 % des informations recueillies), les entrevues faites avec un sous-échantillon de mères et la révision des dossiers à l'aide de l'instrument d'un instrument de mesure, le retro-DIB (Zanarini et Gunderson, 1989) pour vérifier la présence d'un TPL, ont aidé à pallier à ces lacunes méthodologiques et à présenter un portrait plus juste de la situation en centres jeunesse.

Au CJM-IU, de l'information sur les problèmes de santé mentale de 264 mères ont pu être recueillies auprès d'intervenants qui travaillent avec ces familles dans différents contextes, soit en territoire à l'application des mesures ou à l'interne avec des jeunes qui vivent en milieu de réadaptation avec hébergement. Ainsi, il a été possible de comparer l'information fournie par deux intervenants sur les mêmes mères et de constater si les informations que détiennent les intervenants sur la santé mentale de la mère étaient semblables ou non. Dans 73 % des cas, l'identification d'un trouble de santé mentale était similaire. On retrouvait autant d'intervenants en réadaptation qui avaient identifié un problème de santé mentale sans que celui-ci ne l'ait été par les intervenants à l'application des mesures (12,5 %) que dans le cas inverse (14 %). Dans cet échantillon, 49 mères ont été identifiées par les intervenants des deux groupes comme ayant

un trouble de santé mentale sans que la nature du problème ne soit spécifiée.

Au total, 79 mères (30 % des 264 mères) ont été identifiées comme ayant un TPL. Il faut souligner que seulement 45 % des mères ayant un TPL ont été identifiées comme ayant ce diagnostic par les intervenants travaillant en territoire et par ceux travaillant en réadaptation. Un quart des mères ayant un TPL ont été identifiées par un des groupes d'intervenants comme n'ayant pas de trouble de santé mentale tandis que 30 % avaient un autre type de trouble de santé mentale. Ainsi, le taux de similarité entre les données recueillies auprès des intervenants en territoire et en réadaptation est plus faible pour l'identification d'un TPL. Il semble ainsi être plus facile de reconnaître la présence d'un trouble de santé mentale chez un parent, mais moins aisé d'identifier le trouble de personnalité limite.

LE TROUBLE DE  
PERSONNALITÉ LIMITE  
FIGURE AU NOMBRE DES  
TROUBLES MENTAUX GRAVES  
DONT SOUFFRENT LES  
PARENTS DES JEUNES SUIVIS  
EN CENTRES JEUNESSE.

Enfin, afin de vérifier si le TPL identifié par les intervenants était valide, des analyses ont été menées par l'équipe de recherche en utilisant la version rétrospective du DIB (Gunderson, 1983) pour vérifier 197 dossiers. De plus, 75 mères ont été interviewées à l'aide d'une entrevue clinique semi-structurée, le Diagnostic Interview for Borderline-Revised (DIB-R; Zanarini et coll., 1989). Les résultats indiquent que sept mères identifiées comme n'ayant aucun trouble de santé mentale par les intervenants se sont avérées présenter un TPL. De plus, 63 mères identifiées par les intervenants comme ayant un TPL ne se sont pas avérées présenter ce trouble mental, bien que ces mères en présentaient certains traits.

Les personnes ayant un TPL sont généralement considérées comme étant une clientèle difficile qui présente des profils cliniques et psychosociaux complexes. La recherche de Laporte et coll. (2013) a permis de constater qu'au CJM-IU, les mères ayant un TPL ont beaucoup plus de difficultés psychosociales et plus de symptômes que les mères souffrant d'autres troubles mentaux ou que celles ne présentant aucun problème de santé mentale. Plus précisément, les mères ayant un TPL sont plus souvent identifiées par les intervenants comme étant instables et immatures, ayant d'importants conflits conjugaux, vivant des problèmes de toxicomanie, ayant des comportements suicidaires et étant agressives et colériques. Ces mères sont aussi

---

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

---

plus souvent identifiées comme ayant un trouble mental dans PIJ. Le portrait clinique des mères ayant un TPL peut donc aisément complexifier l'intervention et faire en sorte que les services offerts à ces familles ne répondent pas à leur grande vulnérabilité ainsi qu'à leurs besoins. De plus, comme le souligne Gaumont (2010), la lourdeur des problématiques des familles touchées par le TPL justifie la mise en place de services spécialisés pour intervenir adéquatement auprès de cette clientèle.

Les résultats de cette recherche suggèrent également que les enfants de ces mères sont plus souvent abandonnés et victimes de violence psychologique que les enfants des autres mères. Ces enfants ne sont toutefois

pas plus souvent négligés ou abusés physiquement ou sexuellement que les enfants des autres mères, et ils sont moins fréquemment signalés pour des troubles de comportements. Contrairement à ce que la littérature suggère, les enfants de mères ayant un TPL n'ont pas plus de diagnostics de troubles mentaux que les enfants des autres mères. Ces données portent un certain éclairage sur la situation des familles où la mère présente un TPL. La compréhension de cette situation demeurerait toutefois incomplète sans l'apport du point de vue des mères. C'est ainsi que les chercheurs se sont intéressés à la façon dont les mères se représentent le lien à leurs enfants. L'article qui suit dresse un portrait de leur perception sur leur rôle maternel.

---

## « MON P'TIT COCO » : QUAND L'AMOUR MATERNEL EST PLUS COMPLIQUÉ

*Ninat Friedland, Courtney Lester ET Lise Laporte*

---

La recherche sur la prévalence du trouble de personnalité limite (TPL) maternel (Laporte et coll., 2013) comportait également un volet où les mères étaient invitées à participer à une courte activité artistique : le Dessin de Nid d'Oiseau, développé en 1996 par Donna Kaiser, art-thérapeute, pour évaluer la présence d'un attachement de style sécure. L'objectif premier était de voir comment les mères dont les enfants sont suivis par les services de protection de la jeunesse représentent ce type d'attachement; nous voulions ensuite déterminer si les dessins des mères avec un TPL étaient différents de ceux des mères ayant d'autres problèmes de santé mentale, et de celles sans problème de santé mentale.

La théorie de l'attachement revêt une importance particulière dans le contexte de la protection de la jeunesse, sachant qu'un enfant ne jouissant pas d'un attachement sécurisant avec sa mère ou la personne qui s'occupe principalement de lui, risque de développer une multitude de problèmes sociaux, affectifs et psychologiques

plus tard (Hanson et Spratt, 2000; Ravitz et coll., 2010). Il a été démontré qu'un attachement insécurisant est un facteur de risque de TPL (Gunderson, 1996), les relations tumultueuses et l'incapacité de tolérer la solitude faisant partie des traits qui définissent ce trouble de santé mentale (APA, 2013). La relation problématique d'une mère avec son enfant doit être abordée dans le contexte élargi de son propre environnement familial. En effet, sa relation avec son enfant et avec les autres personnes qui l'entourent découle indubitablement de sa propre expérience d'attachement dans son enfance (Fraiberg, 1975). Les difficultés d'attachement deviennent donc un problème intergénérationnel, avec des patterns familiaux ancrés qui se développent au fil de plusieurs générations.

Le Dessin du Nid d'Oiseaux (DNO) a été conceptualisé par sa créatrice comme un moyen plus rapide et moins menaçant de glaner l'information sur l'attachement et les relations familiales qu'une demande

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

de représentation explicite de la vie familiale (Kaiser, 1996). Comme certaines mères suivies par le service de protection de la jeunesse sont parfois sur la défensive quand on leur demande de parler d'elles-mêmes ou de leurs relations, clore un entretien avec une activité d'expression amusante comme le dessin apparaissait approprié et aidant pour faire tomber les barrières. De plus, pour les personnes qui ont du mal à décrire leur monde intérieur ou la nature d'une relation difficile, il peut être aidant de « montrer plutôt que dire » à travers l'art (Cohen-Liebman, 2003 p.170).

Cette évaluation d'art projectif a déjà été testée auprès d'un échantillon de femmes travaillant en garderie (Kaiser, 1996), d'adultes ayant des troubles liés à l'abus d'alcool ou d'autres drogues (Francis, Kaiser et Deaver, 2003), de femmes enceintes (Overbeck, 2002) et d'adolescents en foyers d'accueil (Trewartha, 2004), où sa fiabilité et validité ont été démontrées. Le DNO n'avait pas encore été testé auprès de mères impliquées dans les services de protection de la jeunesse ni avec des femmes souffrant de TPL.

### UNE BONNE PARTICIPATION

Il y a eu une bonne participation; parmi les 75 femmes qui ont participé à l'entrevue clinique structurée, 69<sup>1</sup> ont accepté de dessiner un nid d'oiseau (24 avec un diagnostic de TPL, 22 avec une autre maladie mentale, et 23 sans diagnostic). Après avoir donné son consentement pour que l'équipe de recherche puisse utiliser son dessin, chaque participante a reçu une feuille de papier blanc de 8,5 X 11", un crayon et des feutres de couleurs et l'instruction simple de « dessiner un nid d'oiseau », sans plus. Chacune disposait du temps qu'elle voulait pour ce faire, mais la majorité avait terminé après une dizaine de minutes. On leur a ensuite demandé si elles souhaitaient dire quelque chose sur leur dessin. Les commentaires des mères ont été enregistrés, transcrits, puis codés et analysés en utilisant le logiciel NVivo.

En consultation téléphonique avec Kaiser, les dessins ont ensuite été codés sur une échelle en cinq points, selon les indicateurs graphiques spécifiques d'un attachement sécure. Les éléments des dessins indiquant selon Kaiser un attachement sécure incluaient : la représentation des oiseaux; les oiseaux formant une cellule familiale (ex. deux oiseaux avec des oisillons); la présence d'un certain environnement, comme un arbre;

l'utilisation des couleurs, surtout la couleur verte; et la cohérence des commentaires sur leur dessin. Les éléments des dessins indiquant un style d'attachement insécurisant incluaient : intérieur du nid instable (ex. le nid a-t-il une base solide, ou penchée au point de faire tomber ce qui est dedans, ou dans une position vulnérable); une dominance de bruns; une frénésie de lignes; des coups d'effaces ou des dessins recommencés; éléments bizarres ou inhabituels; et des commentaires incohérents ou négatifs.

### QUE NOUS RÉVÈLENT CES DESSINS DE NIDS D'OISEAUX?

Selon l'échelle de notation du DNO, le résultat chez 41 % des participantes démontre un attachement sécure et chez 59 % un attachement insécure. Il n'y avait pas beaucoup de différence sur le type d'attachement entre les femmes avec un TPL et celles ayant d'autres troubles de santé mentale ou sans trouble mental. Ceci est surprenant, car l'information recueillie dans leurs dossiers semble plutôt indiquer que les femmes ayant un TPL sont psychologiquement plus à risque et ont un attachement instable et de nombreuses études confirment que seulement 0-29 % des personnes ayant un TPL démontrent un attachement non sécure (Agrawal et coll., 2004). Les mères qui ont participé au DNO n'ont pas été évaluées par notre équipe à l'aide d'un questionnaire d'attachement reconnu et il est donc impossible de comparer les dessins à un instrument quantitatif. Plusieurs symboles et thèmes intéressants sont néanmoins apparus dans les dessins des mères et les commentaires qui ont suivi, incluant certaines différences inattendues dans la façon dont les groupes de mères ont abordé l'activité de dessin.

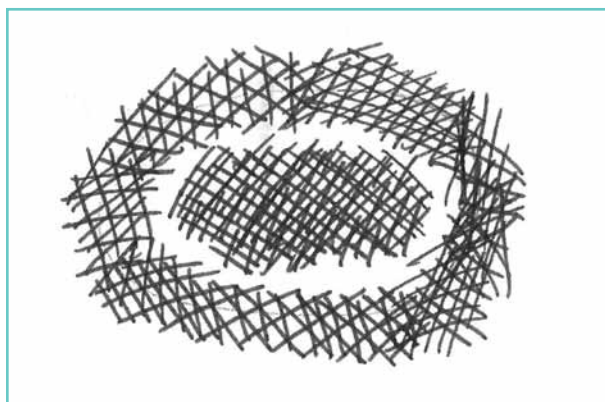


Illustration 1

1 Notez qu'une des participantes n'a pas suivi les instructions, choisissant plutôt de dessiner une fleur. Ce dessin a été exclu de l'étude.

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

Les mères ont utilisé une grande variété de symboles, de styles et d'imageries dans leurs dessins. Tandis que certaines ont suivi les instructions à la lettre et n'ont dessiné qu'un nid d'oiseau avec des brindilles (ill.1), d'autres ont démontré une plus grande liberté en ajoutant des œufs, des oiseaux, des arbres, des fleurs et d'autres éléments qu'on peut trouver dans un nid d'oiseau (ill.2). Les mères avaient le choix d'utiliser un crayon, ou des feutres, ou les deux. Il est intéressant de noter que les mères avec un TPL tendaient à utiliser plus de couleurs dans leurs dessins, certaines commençant avec le crayon et coloriant ensuite, indiquant chez elles une capacité de prévoyance ou de préparation. Dans leur dessin,

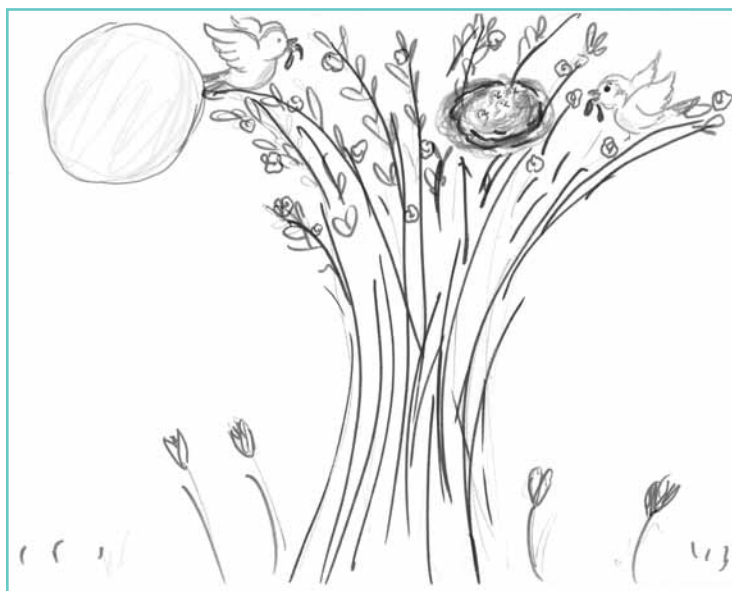


Illustration 2

les mères ont représenté différentes sortes de constellations de familles d'oiseaux, incluant des oiseaux seuls, des oiseaux avec des oisillons, avec des œufs, des œufs seuls, des oisillons seuls dans le nid, et des nids vides. Les mères ayant un TPL ou ayant un autre trouble mental ont plus souvent représenté des oiseaux seuls et moins souvent toute une famille d'oiseaux. Ces dessins reflètent la situation de famille actuelle de la mère; les enfants de mères ayant un trouble mental, et particulièrement celles ayant un TPL, sont plus souvent placés. Environ la moitié des participantes ont fait des commentaires perspicaces sur la nature de l'activité de dessin, suggérant que certaines mères comprenaient que cette

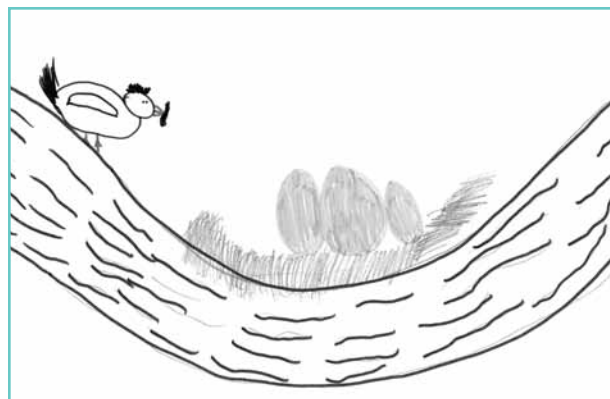


Illustration 3

activité visait à représenter leur propre famille. Comme l'a dit une mère « C'est ma famille! (rires) C'est évident ».

Plusieurs mères ont représenté les parents oiseaux apportant des vers à leur progéniture (ill. 3). La notion de donner à manger est revenue souvent dans les commentaires des mères, avec d'autres thèmes liés à la maison, à être à l'abri, en sécurité, et dans une moindre mesure, aux thèmes d'être ensemble, de soutien, et de disponibilité maternelle. Ainsi une mère a dit : « C'est un nid d'oiseau dans un arbre avec son petit bébé dans l'arbre. Puis la maman s'en vient. Elle est allée chercher de la nourriture pour son bébé, puis elle vient lui donner sa nourriture. Elle vient le nourrir. Il fait beau... la maman est là pour son petit bébé dans le nid » (ill. 4). On peut sentir ce

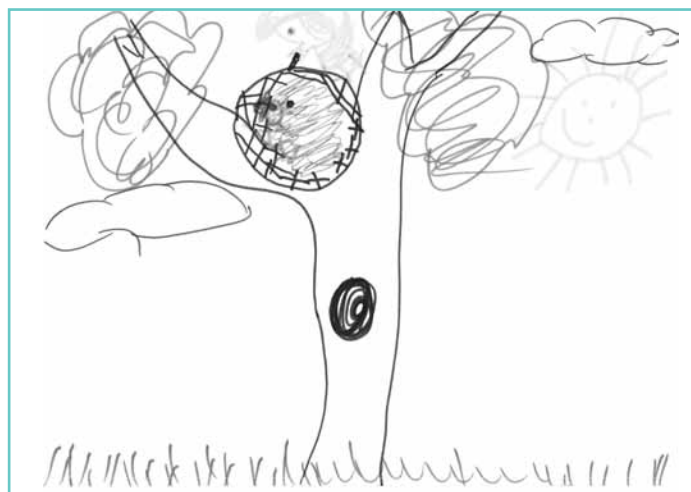


Illustration 4

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

que signifie pour ces mères la notion de famille et d'être parent, à travers leurs mots et leurs images.

Globalement les commentaires des mères se divisaient en trois grandes catégories : le concret, le réfléchi ou l'imaginatif. Environ la moitié des mères étaient concrètes et descriptives, nous disant exactement ce qu'elles avaient dessiné; les autres par ailleurs regardaient la nature de l'activité de dessin avec perspicacité, soit en réfléchissant sur leur situation familiale actuelle, ou en décrivant la famille idéale. Il est intéressant d'entendre une mère qui a fait les deux : « Et bien, c'est le nid que j'aimerais avoir, avec moi, mon copain, et mes enfants; et voilà comment je me sens (aujourd'hui), nous sommes séparés et je suis seule... voilà le jour, et voilà la nuit, et voilà comment je me sens. » (ill.5). En imaginant un avenir plein d'espoir pour elles, ces mères ont spontanément utilisé le dessin comme une activité thérapeutique plutôt que comme une évaluation.

En général les dessins semblaient provoquer des commentaires plus positifs que négatifs, les mères décrivant plus souvent des émotions positives et les bons côtés de la famille, avec moins de discussions sur les émotions négatives ou les problèmes de parents, nous donnant une idée de leur résilience et de leur détermination. Même si certaines mères se dépréciaient ou critiquaient leur dessin, plusieurs autres ont réagi positivement à cette activité, en disant qu'elles avaient aimé dessiner ou se rappelant avoir dessiné quand elles étaient jeunes, ou parlant d'une activité de dessin avec leurs enfants. Une mère a dit : « Voici une mère, on voit bien qu'elle aime ses bébés, les nourrir, être avec eux, et être une famille heureuse, ne laissant rien empêcher leur bonheur, ce que j'aimerais qu'il m'arrive. Mais tant que je travaille sur les choses que je dois faire, on va y arriver... » (ill. 6)



Illustration 5

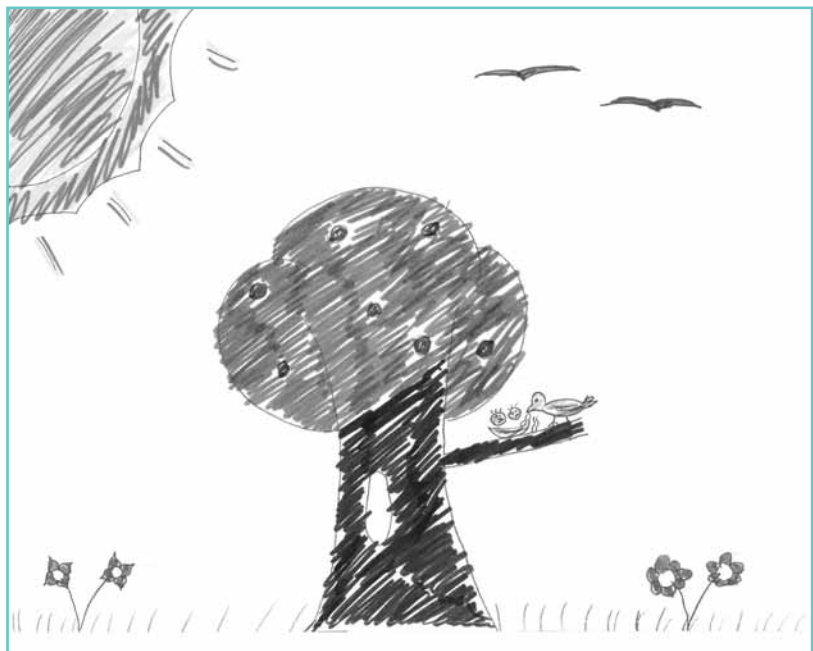


Illustration 6

# LES BESOINS DES ENFANTS, DES ADOLESCENTS, DES PARENTS, ET DES INTERVENANTS



---

**Souffrir d'un trouble de personnalité limite (TPL) veut souvent dire faire l'expérience d'émotions intenses. Ainsi, pour l'enfant qui fait face à un parent débordé, pour l'adolescent qui présente un TPL en émergence, pour le parent qui en est atteint et pour l'intervenant qui s'occupe de ces personnes, les émotions seront nécessairement au rendez-vous et teinteront les relations. Dans cette section, ces différents contextes sont abordés et le lecteur pourra constater que la difficulté à réguler les émotions dans le contexte de la relation est une dimension centrale dans la problématique du TPL.**

---

---

## RÉGULATION AFFECTIVE CHEZ LES ENFANTS DE PARENTS AYANT UN TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE

---

*Isabelle Boivin*

---

### LES BESOINS DE L'ENFANT POUR SON DÉVELOPPEMENT PSYCHIQUE

---

Dès sa naissance, l'enfant dispose d'un système neurobiologique qui lui permet de découvrir son environnement et d'interagir avec ce dernier. Ces processus de découverte et d'interaction se déroulent par l'intermédiaire des sens, et leurs manifestations sont très largement physiques. Cependant, le système neurologique

de l'enfant étant immature, il dépend entièrement de ses parents pour sa survie. Leurs réponses à ses besoins seront donc déterminantes pour son développement affectif.

Si le parent dispose d'un système d'attachement sécurisé, l'enfant pourra compter sur la capacité de ce dernier de recourir à ce que l'on nomme la synchronisation affective. Il s'agit d'un système neurobiologique

---

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

---

où le parent s'accorde à son enfant en entrant en résonance affective avec lui par le biais de son propre corps et plus particulièrement par son hémisphère cérébral droit. Il modulera aussi l'intensité et la durée des stimulations pour permettre à l'enfant de retrouver son homéostasie, soit un état de base physiologique où il se sent bien dans son corps. Ces échanges sont très importants et passent largement par le contact visuel entre le parent et le bébé, par des aspects non verbaux de la communication (vocalises, parole, ton de voix, gestes, peu de mots). La synchronisation affective permet à l'enfant d'intégrer les émotions sur le plan neurobiologique (signe que quelque chose se passe autant à l'intérieur de lui qu'à l'extérieur), puis de développer l'habileté à mentaliser.

Par exemple, l'enfant est dans sa couchette, s'éveille et se met à pleurer. Le parent sera d'abord mobilisé sur le plan émotionnel. Les pleurs de son enfant sont un signal d'alarme qui indique que quelque chose ne va pas. Il arrivera alors en se questionnant sur le motif des pleurs de l'enfant dans le but d'apaiser le nourrisson. A-t-il froid, mal au ventre? A-t-il faim, est-il réveillé, veut-il de la compagnie, sa couche doit-elle être changée? Ce type de questionnement constitue un processus de mentalisation, c'est-à-dire de recherche de sens pour comprendre un comportement donné. La posture de mentalisation n'est cependant possible que si le parent n'est pas dans un état de surcharge affective (ex.: Qu'est-ce que je vais donc faire? Peut-être est-il arrivé malheur? Suis-je un bon parent?). Elle est favorisée si le parent est en contact avec ses propres états affectifs, s'il est capable de considérer que son enfant est un être distinct et séparé de lui qui peut avoir des besoins différents des siens (ex.: je me sens interpellé et concerné par les pleurs de mon enfant, je veux qu'il se sente bien, je vais tenter de comprendre ce qu'il vit pour l'apaiser). Si le parent est suffisamment sensible, il reconnaîtra l'état physique et émotif du bébé par les signaux qu'il émet. Il demeurera calme, non inquiet, non submergé par les pleurs de son enfant, confiant en ses capacités de répondre à ses besoins. Le parent est alors dans un mode d'autorégulation affective, à partir du contact avec son propre vécu et celui de son enfant. Ensuite, il validera l'état de l'enfant (ex.: tu pleures, tu as faim). Le besoin de l'enfant peut finalement être comblé par son parent, qui demeure dans un état de calme, en contact visuel avec son enfant. L'enfant s'apaise et retrouve son état physiologique de bien-être. On assiste ainsi à une sorte de danse où le parent suit les pas affectifs de l'enfant (synchronisation affective), régulant les

états affectifs négatifs et positifs, tout en demeurant lui-même en contact autant avec l'état du bébé qu'avec le sien (régulation affective dyadique).

Dans ce processus, l'enfant est aussi un partenaire actif. En effet, il peut initier, diminuer ou intensifier un signal d'appel au parent, et il peut réagir à un état émotionnel de ce dernier. Il s'agit d'une sorte de régulation interactive dyadique des émotions qui s'étaye sur le plan neurologique. En effet, les systèmes nerveux autonomes et endocriniens du parent et de l'enfant vont se synchroniser. La répétition de ce processus s'inscrit dans la mémoire neuronale de l'enfant qui par la suite pourra activer ses patrons de régulation affective de manière autonome. Elle est qualifiée de dyadique puisque le système neurobiologique mature du parent sert de soutien pour que le système neurologique non mature de l'enfant puisse retrouver un état biologique régulé. Ainsi, le donneur de soins, dont le système d'attachement est sécurisé, modulera l'état affectif du bébé en le ressentant, en le reconnaissant et en le métabolisant lui-même, et cela tout en ajustant l'intensité et la durée de l'interaction selon la réponse et les capacités de l'enfant.

Ce processus, qui requiert que le parent soit confortable avec un vaste éventail d'états émotionnels, qu'il les reconnaisse et les autorégule lui-même, n'est évidemment pas infaillible. En effet, il arrive que ce dernier ne soit pas parfaitement synchronisé à l'état de l'enfant ou qu'il soit non disponible pour en réguler les affects, comme des faux pas dans une danse (ex.: mauvaise identification de l'état affectif, non-disponibilité affective du parent, erreur empathique du parent...). À ce moment, le parent suffisamment bon pourra reconnaître ces moments de désaccordage affectif entre son enfant et lui et les réparer. Il s'agit du processus de réparation interactive. Les moments de désaccordage sont non seulement inévitables, mais ils sont aussi essentiels. En fait, ils permettront à l'enfant d'apprendre que le stress généré par une non-reconnaissance de ses états émotionnels ou une non-adaptation à ces derniers peut être surmonté. Ce n'est pas tant la rupture de l'accordage affectif entre l'enfant et le donneur de soins qui amène une surcharge affective physiologique et de potentiels traumatismes au niveau du système d'attachement, mais plutôt la non-reconnaissance et la non-réparation des désaccordages inévitables au sein de la dyade. En effet, si les difficultés de régulation affective sont fréquentes, non reconnues et non réparées par le donneur de soins, l'enfant vivra un état de stress trop

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

grand pour son système neurologique immature en développement. Ce sont ces situations qui entraîneront potentiellement des épisodes de dissociation, une perte de contact avec les signaux biologiques des émotions et une perte de continuité au niveau de l'expérience du Self, base de l'identité en formation.

### RÉGULATION AFFECTIVE CHEZ LES ENFANTS DE PARENTS AYANT UNE STRUCTURE DE PERSONNALITÉ LIMITE

Pendant ses premières années de vie, l'enfant ayant un parent présentant une structure de personnalité limite se retrouve potentiellement devant une absence ou une inconstance de soutien pour réguler ses émotions, ce qui le laisse sans protection devant des expériences trop intenses pour son système neurologique en développement. Différentes possibilités peuvent alors survenir. Si l'enfant a un système neurologique particulièrement solide (Porges dans Cozolino, 2012), ce qui implique un système biologique moins réactif et potentiellement plus stable, une bonne santé physique et la chance d'avoir des contacts avec un tuteur de résilience, les dommages seront potentiellement moins importants. Cependant, pour d'autres enfants, cette perte de possibilité de soutien pour le développement de leur régulation affective peut aussi se traduire par les situations suivantes:

- État de détresse du jeune pouvant être amplifié par le parent qui devient alors lui-même en détresse et dysrégulé affectivement (ex. : l'enfant est fâché → le parent a peur → l'enfant se sent dangereux parce qu'il fait peur à son parent et devient encore plus activé émotionnellement → le parent a encore plus peur).
- Utilisation de l'enfant par le parent comme soutien à sa propre régulation affective, ce qui devient délétère pour le système neurologique en développement du jeune (ex. le parent a vécu un conflit avec son conjoint et se met en colère avec son enfant qui n'a pas ramassé son sac de garderie).
- Développement d'un état de stress chronique pour l'enfant qui évoluera potentiellement vers des épisodes de dissociations affectives : il est graduellement

coupé de ses émotions et des signaux physiques qui les caractérisent, un peu comme un disjoncteur électrique qui empêche le courant de passer en cas de surcharge.

Ces situations pathogènes entraînent chez l'enfant une perte du sentiment de continuité personnelle et une rupture dans le développement de son Self, soit une image instable de lui et une perte de cohésion personnelle. En fait, ces enfants se retrouvent soit dans une sorte de tempête affective ou encore, complètement coupés de leurs affects qu'ils peuvent alors agir impulsivement (ex. comportements agressifs). De plus, ces situations ne leur permettent pas de développer une pensée mentalisante (émettre des hypothèses pour expliquer ses comportements et ses affects ainsi que ceux des autres). Ainsi, l'enfant ou l'adolescent qui se retrouve dans cette impasse développementale tentera, inconsciemment, de faire

vivre à un autre (intervenant, éducateur, collègue de classe ou de garderie...) ce qu'il vit, a vécu ou qui a été traumatique, non reconnu, non régulé, parfois même amplifié et non réparé. Son but inconscient est d'être régulé pour retrouver son équilibre, et il ne peut y arriver seul. Il cherche alors une façon de se sortir de sa situation intolérable pour retrouver un équilibre affectif et physiologique. L'enfant dysrégulé affectivement peut présenter des comportements de tous genres. Il peut se montrer hyperactif, impulsif, égocentrique,

dans son monde, sans empathie, sans réciprocité, sans remords, inattentif, détaché, agressif, démontrant de la rigidité, des difficultés relationnelles et d'apprentissage, des idées morbides ou obsédantes, voire des comportements compulsifs. Le tableau clinique est extrêmement vaste, potentiellement déconcertant. Il faut comprendre qu'il s'agit de mécanismes de survie que l'enfant ou le jeune met en place dans le but de rétablir son équilibre interne.

### RENVERSER LA VAPEUR : L'EXPÉRIENCE CORRECTRICE ET LE RÔLE DES INTERVENANTS

Les intervenants qui travaillent avec des enfants n'ayant pas pu compter sur une base sécuritaire pour leur permettre de développer une certaine régulation affective seront inévitablement confrontés à d'intenses

L'ENFANT OU L'ADOLESCENT QUI SE RETROUVE DANS UNE IMPASSE DÉVELOPPEMENTALE TENTERA DE FAIRE VIVRE À UN AUTRE CE QU'IL A VÉCU DE TRAUMATIQUE, QUI N'EST PAS RECONNU ET NON RÉPARÉ. SON BUT INCONSCIENT EST D'ÊTRE RÉGULÉ POUR RETROUVER SON ÉQUILIBRE, ET IL NE PEUT Y ARRIVER SEUL.

---

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

---

manifestations émotionnelles et comportementales qui risquent d'être déstabilisantes et déroutantes. Le premier défi de l'intervenant est d'abord de reconnaître avec humilité ce que lui fait vivre, affectivement, un enfant donné, et ce afin de réguler ses propres émotions. Cette étape est difficile. Parfois, un recul est nécessaire, surtout lorsque les émotions sont très négatives ou mêlées (ex. honte, impuissance, rage, agressivité, confusion). À cette étape, le rôle de soutien des collègues, des supérieurs, voire d'une supervision extérieure, peut être très utile, souvent essentiel. Ceci permet à l'intervenant d'éviter d'agir sur le coup de ses propres émotions ou suite à une réaction contre-transférentielle provoquée inconsciemment par l'enfant. Typiquement, les grandes réactions contre-transférentielles sont de deux types : concordantes (se sentir comme le jeune) ou complémentaires (ex. un jeune carencé provoque une réaction maternelle chez l'intervenant). Reconnaître les pièges contre-transférentiels est très important, et ce, afin d'éviter d'y tomber et de les agir. Un exemple classique serait de mater un jeune enfant carencé : bien que la réaction de l'intervenant nous révèle beaucoup d'informations sur le besoin non comblé de l'enfant, tomber dans un comportement de le mater équivaudrait à lui faire vivre un abandon potentiel (les enfants ne seront pas adoptés par l'intervenant) et à empêcher le développement de comportements maternels chez son donneur de soins (ex. en travaillant la sensibilité parentale). Ceci empêche aussi de faire vivre à l'enfant de manière tolérable les inévitables frustrations liées aux relations humaines.

Ensuite, l'intervenant doit mettre un effort particulier pour ne pas fuir la situation affective difficile. Un des écueils à cette étape est le piège des hypothèses diagnostiques en psychiatrie et la recherche d'un nouveau diagnostic et du bon traitement pharmacologique, qui régleraient l'ensemble du tableau clinique, au détriment de la contenance nécessaire au développement neurobiologique et affectif de l'enfant. L'emphase primordiale doit demeurer sur les besoins de l'enfant, sur la compréhension du développement de sa symptomatologie.

Une fois que l'intervenant a identifié ce que lui fait vivre l'enfant et qu'il s'est assuré d'être en mesure de recevoir la charge affective du jeune tout en demeurant lui-même régulé et en contact avec ses affects, quelques pistes peuvent graduellement permettre à l'enfant de se réapproprier ses émotions. Tout d'abord,

l'intervenant doit demeurer calme, présent de façon authentique avec le jeune, et il doit en quelque sorte suspendre, mettre en veilleuse sa propre réponse personnelle pour se concentrer sur ce que vit l'enfant. Il doit ensuite identifier l'état affectif du jeune, parler lentement, utiliser peu de mots, employer un ton calme, demeurer en contact visuel avec l'enfant et employer un minimum de gestes. Il s'agit ici de la base de la posture de régulation affective dyadique. Cette étape est essentielle et parfois difficile, puisque les affects du jeune sont souvent très puissants.

Après coup, lorsque l'enfant redevient calme, l'intervenant peut faire un retour en évitant les attitudes de frustration, de reproches, voire un mépris de la charge affective du jeune qui était inadéquate. Ceci est souvent un défi, puisque l'enfant pourra avoir blessé l'intervenant affectivement. D'où l'importance que, lorsque la charge affective de l'enfant devient trop importante, l'intervenant puisse compter sur des collègues ou sur une équipe afin de retrouver sa posture de régulation affective (pour lui-même, puis pour servir de base à l'enfant), afin de demeurer dans une posture où la mentalisation est possible. Avec le temps, l'intervenant pourra donc favoriser le développement de l'autorégulation affective de l'enfant, étape préliminaire au développement de la mentalisation.

Et comme aucun intervenant n'est infaillible, il y aura inévitablement des moments de désaccordage affectif. Ces moments sont d'une importance toute particulière, puisque porteurs à la fois d'un potentiel de trauma subséquent, mais aussi et surtout de réparation. Dans ce contexte, l'intervenant doit être particulièrement sensible à son propre rôle dans un désaccordage affectif, à ce qu'il a pu faire lui-même qui aurait contribué à dysréguler l'enfant. Ceci demande de l'humilité et un engagement authentique envers le jeune. Reconnaître soi-même ses torts sans sombrer dans une culpabilité démesurée permettra à l'enfant de se sentir entendu suite à un conflit. Éventuellement, ceci lui donnera aussi le droit à l'erreur sans risquer de perdre toute valeur narcissique (étape essentielle pour la perte du sentiment de toute-puissance et pour le développement de la capacité d'empathie, de la conscience de l'Autre).

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

**ACCOMPAGNER UN ADOLESCENT AYANT UN TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE DANS UNE UNITÉ DE RÉADAPTATION : ENJEUX ET RÉFLEXIONS***Nathalie Beranek*

Les comportements des adolescents atteints d'un trouble de personnalité limite (TPL) qui vivent dans leurs familles peuvent amener des situations à risque et de la dangerosité et contraindre les parents à demander l'aide des services sociaux. Lorsque ces derniers font face à une incapacité de se protéger ou de protéger leur enfant et qu'ils craignent pour leur santé mentale, physique, voire leur vie, un hébergement en réadaptation peut parfois se révéler nécessaire. Parmi les situations auxquelles ces parents sont confrontés, on peut retrouver de l'agressivité, une consommation excessive de substances psychotropes, des fugues, des comportements sexuels à risque, des gestes et idéations suicidaires, de l'automutilation ainsi que des conduites alimentaires préoccupantes. Ces problématiques peuvent même parfois se manifester de façon suffisamment sévère pour mener à une hospitalisation. N'ayant souvent pas les connaissances, le soutien et les ressources nécessaires pour encadrer les comportements excessifs de leur enfant et pour soutenir leur développement, le parent ressentira de l'impuissance, de la détresse, du découragement et une baisse d'estime face à ses capacités parentales.

Au même titre que les difficultés rencontrées par ces familles, la présence de jeunes ayant un TPL à l'intérieur des unités de vie amène avec elle son lot de défis pour les équipes de travail ainsi que pour les groupes de jeunes qui les côtoient au quotidien. Face aux excès d'un jeune, il n'est pas rare de constater qu'une équipe puisse éventuellement présenter des signes d'épuisement, de stress, éprouver des problèmes de communication et expérimenter un manque de cohérence dans l'intervention. En effet, confronté aux crises, à l'agressivité, aux conduites excessives qui parfois attaquent directement la relation thérapeutique et mettent en échec les différentes interventions mises de l'avant, il est tout à fait

normal qu'un sentiment de découragement, d'impuissance, de peur et d'insécurité s'installe chez certains. Le maintien d'une programmation régulière avec le groupe peut s'avérer ardu pour une équipe lorsqu'elle doit s'adresser aux divers comportements de ces adolescents. Ceux-ci se soldent régulièrement par des retraits, de la contention ou des soins particuliers, faute souvent de la possibilité de recourir à d'autres stratégies pour gérer les crises, l'agressivité, l'automutilation ou la détresse psychologique. Le sentiment d'être pris dans un tourbillon peut alors se faire sentir et se conjuguer à l'impression de ne pas suffire à la tâche. Certains vont jusqu'à éprouver un sentiment d'incompétence et remettre en question leurs capacités comme intervenants. Ils auront parfois tendance à s'isoler, n'ayant pas le réflexe de partager leur vécu avec leurs collègues, chef de service, consultant ou chef de permanence. Ce vécu d'impuissance et d'incompétence est inhérent à la pratique clinique auprès de cette clientèle. Ce phénomène est d'ailleurs bien décrit dans la littérature, particulièrement en ce qui concerne les cliniciens qui interviennent auprès d'eux au quotidien dans des unités de vie (Bodner, 2011).

Aussi, certaines des manifestations du TPL telles que l'agressivité, l'intensité des émotions, les conflits et les changements d'humeur peuvent créer un climat de tension dans un milieu de vie. Les passages à l'acte qui requièrent l'attention et l'énergie des intervenants peuvent engendrer différentes émotions chez les autres jeunes de l'unité. Il pourra s'agir d'un sentiment d'injustice ou, pour ceux qui ont un vécu d'abandon, ce sera l'impression d'être oubliés. Les manifestations d'agressivité peuvent aussi éveiller de la peur et pourront entraîner des signes de stress et d'angoisse face à des comportements qui leur rappellent des situations pénibles de leur passé. Des jeunes réagiront en étant

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

irritables ou impatients face aux crises dont ils sont témoins. Ceux qui sont incapables de vivre dans un climat d'agitation et de fébrilité fugueront pour sortir de l'atmosphère trouble dans laquelle ils sont plongés à répétition. Dans tous ces cas de figure, ces adolescents auront besoin à leur tour de l'attention de l'adulte.

L'équipe de travail doit donc rester à l'affût, consacrer toutes ses énergies et maintenir son attention sur l'ensemble des jeunes du groupe afin que chacun de ces incidents ne déclenche pas une réaction en chaîne. Le travail de collaboration et la complicité entre les membres de l'équipe deviennent alors un ingrédient capital.

L'expérience montre que les compétences requises pour travailler avec les jeunes ayant un TPL sont aussi les suivantes:

- Être patient et calme;
- Savoir juger de la bonne distance relationnelle;
- Savoir reconnaître les besoins derrière les symptômes;
- Savoir dédramatiser, démontrer un sens de l'humour;
- Être flexible et doté d'une bonne capacité d'adaptation;
- Savoir réguler ses propres émotions;
- Être créatif dans la recherche de solutions, se montrer capable d'innover dans l'intervention;
- Savoir lâcher prise;
- Être tolérant à l'imprévisibilité et à l'intensité;
- Être capable d'introspection;
- Savoir travailler en équipe;
- Aimer les défis.

### LES ENJEUX DE L'ACCOMPAGNEMENT

Étant donné l'instabilité de leurs émotions, de leurs relations et de leur représentation de soi, les adolescents avec un TPL vont fréquemment modifier leurs projets. Leurs réponses au stress et l'anxiété qu'ils vivent quotidiennement seront ainsi souvent déroutantes et imprévisibles. Cette particularité du TPL

requiert donc que les intervenants fassent preuve d'une grande capacité d'adaptation. Imaginons, par exemple, qu'un intervenant accompagne une adolescente dans son nouveau projet de réintégrer son école secondaire. Satisfait de constater qu'elle s'engage enfin dans un projet sain, il y met toute son énergie. Celle-ci change toutefois de décision deux jours plus tard et va plutôt s'inscrire à l'école aux adultes avant même d'en avoir discuté avec l'intervenant. Finalement, après la première semaine des cours, elle renonce à poursuivre ses études et sollicite l'intervenant pour réaliser son cv, puisqu'elle souhaite maintenant aller sur le marché du travail. La patience, la capacité de réguler sa déception ou sa colère, ainsi que le sens de l'humour et la flexibilité doivent alors être au rendez-vous. D'autres situations requièrent aussi une grande perspicacité pour reconnaître les besoins des adolescents, exprimés parfois à travers certains comportements inquiétants. Évoquons une jeune disposant de peu d'habiletés pour réguler ses émotions douloureuses et exprimer son besoin de recevoir de l'aide. Pendant quelque temps, elle recourt à l'automutilation avec l'attente d'obtenir la sollicitude de l'adulte faute d'être capable de formuler sa demande explicitement. N'obtenant pas la réponse attendue, elle modifie alors son modus operandi et fugue. L'intervenant doit alors s'adapter rapidement à cette nouvelle expression du malaise de la jeune et trouver d'autres alternatives dans l'intervention.

Afin de maximiser la portée positive des interventions auprès de cette clientèle, l'équipe de travail gagne à mettre en place différents mécanismes et parfois à établir des stratégies d'intervention particulières pour certains jeunes. Avoir la possibilité de se relayer et de se soutenir entre collègues dans l'intervention est aussi primordial. Il est par exemple nécessaire dans certains cas de prendre la relève d'un membre de l'équipe dans des situations où le jeune personnalise sa charge émotionnelle agressive envers ce dernier, ou encore lorsque l'on sent que celui-ci manque de distance dans une situation particulière. Les aléas du suivi des adolescents exigent que l'intervenant puisse demeurer motivé en se centrant sur de petits succès et miser sur le long terme. Il doit être inventif pour créer des opportunités permettant à l'adolescent de vivre des succès et de constater ses bons coups. Il doit se soucier de renforcer sans relâche les réussites, entretenir une vision évolutive, et préserver une image positive du jeune.

L'intervenant qui accompagne les adolescents présentant un TPL doit maîtriser l'art d'offrir au jeune un cadre

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

de vie clair, cohérent, sécurisant et prévisible tout en lui laissant une part de contrôle pour qu'il développe sa capacité d'assumer ses responsabilités. Il doit quotidiennement soutenir les apprentissages de modes relationnels plus sains et s'assurer de travailler en collaboration avec les différents partenaires du réseau. Pour bien métaboliser la charge émotionnelle qu'un tel travail comporte, il est aussi nécessaire que l'intervenant puisse prendre du recul pour se ressourcer et disposer de différents outils. Les espaces d'échanges cliniques en équipe, la supervision individuelle et d'équipe, la pyramide d'intervention Omega et la formation en santé mentale sont autant de moyens qui soutiennent l'intervenant dans l'accomplissement de sa tâche.

### CARACTÉRISTIQUES IDÉALES DU MILIEU ACCUEILLANT CES JEUNES

Œuvrant depuis de nombreuses années auprès d'adolescents présentant les caractéristiques du TPL, il m'arrive souvent de me questionner sur le dispositif qui pourrait à la fois répondre aux besoins de ces jeunes et prendre en compte ceux des intervenants. Considérant les difficultés rencontrées par les personnes ayant un TPL à entrer en relation avec les autres jeunes ainsi qu'à maintenir certaines activités de façon soutenue, l'option de les regrouper dans une même unité de vie est une avenue qui, selon moi, semble comporter certains avantages. Elle permettrait d'élaborer une programmation sur mesure qui correspondrait mieux à leurs besoins particuliers. Adaptée aux capacités d'intégration de ces jeunes (ex: durée moins longue, contenus moins théoriques), une telle programmation pourrait prévoir des temps seuls, des activités relevant les forces de l'individu, de la gestion de stress, de la gestion de la colère, de la résolution de problèmes, etc. Aussi, afin de responsabiliser le jeune face à sa problématique et l'outiller à mieux fonctionner au quotidien, cette programmation pourrait offrir de l'information sur le TPL et la gestion de ses symptômes. L'environnement physique serait aménagé pour être apaisant et offrirait des espaces pour relaxer, se calmer et pouvoir prendre une distance du groupe au besoin. Le personnel y serait présent en quantité suffisante pour combler les divers besoins spécifiques d'un jeune en particulier, sans devoir mettre de côté l'actualisation intégrale de la programmation pour les autres. Il pourrait être opportun dans certaines situations d'avoir la présence

d'un agent d'intervention à l'unité afin d'assurer un milieu de vie sécurisant quand on est en présence de jeunes ayant des gestes agressifs importants.

Finalement, l'option de regrouper ces jeunes devrait aussi considérer l'environnement humain. Les intervenants qui travaillent avec cette clientèle ont besoin de développer certaines compétences. Par exemple, étant donné l'importance des conduites suicidaires chez cette clientèle, le développement de compétences dans ce domaine est requis. Différentes formations portant sur des moyens susceptibles de bonifier les interventions (techniques d'impact, pharmacothérapie, Oméga, approche systémique...) pourraient être offertes. L'utilisation d'interventions inspirées de traitements spécifiquement conçus pour le TPL, telle la thérapie comportementale dialectique permettrait aussi d'aider ces jeunes. Cette approche multimodale (thérapie individuelle, entraînement aux compétences en groupe, coaching téléphonique et supervision des thérapeutes) constitue actuellement la thérapie la plus reconnue pour traiter le TPL et cible la diminution de comportements problématiques associés aux difficultés de régulation émotionnelle. Pour conclure, il ne faut pas oublier que la principale clé du succès avec ces jeunes est la capacité pour les intervenants d'arriver à s'auto-réguler face aux émotions soulevées dans l'interaction avec ces derniers. Elle est cruciale pour arriver à transformer ce vécu en interventions individualisées et adaptées à la dynamique de chacun. La prise en compte de cette dimension dans cette vision d'un milieu idéal pour aider les adolescents présentant un TPL m'apparaît absolument essentielle.



## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

## « J'AI UN TPL ET LA VIE CONTINUE » ENTREVUE AVEC ÉMILIE<sup>2</sup>, UNE ADOLESCENTE SUIVIE EN CENTRE JEUNESSE

Lyne Desrosiers

L'été dernier, j'ai eu l'occasion de recueillir le témoignage d'une adolescente suivie au CJM-IU qui avait reçu un diagnostic de TPL. Elle a eu la chance de bénéficier rapidement d'un traitement spécifique pour ce trouble après l'annonce de son diagnostic. Elle et sa mère ont participé au programme de thérapie comportementale dialectique pour adolescent offert par une équipe spécialisée à Montréal. Les propos de cette jeune fille d'à peine 14 ans sont apparus à la fois lucides, spontanés et empreints d'une impressionnante sagesse. Son parcours, qu'elle a accepté de partager, de même que son point de vue sur le regard d'autrui vis-à-vis elle apportent un éclairage lumineux sur l'expérience intime d'être une adolescente ayant un TPL et sur l'aide qu'elle a reçue.

### ÉMILIE, COMMENT LE TPL SE MANIFESTAIT-IL CHEZ TOI?

Quand tu as un TPL, c'est comme si la partie de ton cerveau qui gère tes émotions est trop forte. Quand tu es triste, tu es trop triste. Même les émotions positives, tu les vis à l'extrême. Le désavantage quand tu as des émotions positives trop fortes, c'est que ça peut nuire aux autres. Même si les adolescents en général ont eux aussi des émotions fortes, il y a une différence entre eux et moi. C'est que moi, je ne me sentais vraiment pas bien avec toutes ces émotions parce qu'elles étaient trop fortes. J'envahissais ma mère et mes amis avec mes émotions, et ça les dérangeait.

*Je faisais aussi des grosses crises de colère. J'étais une fille agressive. Ça n'avait pas de bon sens! Je frappais partout, je faisais des blackouts. Dans cet état, tu n'es plus vraiment présente à ce qui se passe. Quand c'est trop difficile, ton cerveau décroche pour ne pas vivre un traumatisme. Ça sert à te protéger. C'est mon psychologue qui m'a expliqué cela. Avant ma thérapie, si quelqu'un se mettait dans mon chemin je pouvais même le frapper. Il m'arrivait aussi de frapper dans les murs et de me blesser en le faisant.*

QUAND TU AS UN TPL,  
C'EST COMME SI LA PARTIE DE  
TON CERVEAU QUI GÈRE TES ÉMOTIONS  
EST TROP FORTE. QUAND TU ES TRISTE,  
TU ES TROP TRISTE.  
MÊME LES ÉMOTIONS POSITIVES,  
TU LES VIS À L'EXTRÊME

Quand tu as un TPL, tu peux aussi t'autodétruire. Tu n'as pas confiance en toi, tu as toujours peur d'être rejetée par les gens autour de toi. C'est très dur à vivre. Je me coupais. Maintenant j'ai beaucoup de cicatrices sur les bras. J'ai même déjà essayé de me tuer. Mes émotions étaient trop fortes. Quelqu'un me disait quelque chose, je le prenais nécessairement mal. Je prenais ça automatiquement comme du rejet. Ça devenait immense! C'était comme ça en permanence. Par exemple, mon premier amoureux, je l'aimais, c'était fou! Une fois, il m'a dit de m'en aller. Je l'ai vécu comme le pire des rejets. Ce qui me dérangeait le plus c'était de me sentir mal. Je ne pouvais pas. Je n'étais pas capable de tolérer de me sentir mal.

Pendant un certain temps, je n'allais plus à l'école parce que j'avais peur que les gens me jugent, je consommais pour oublier ce que je ressentais. Ça nuisait à mes relations. Ma mère voyait sa fille qui consommait, buvait, se coupait. Elle ne savait plus quoi faire. Et puis, je la

<sup>2</sup> Il s'agit d'un nom fictif

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

*respectais à moitié seulement. Ma mère ne savait pas quoi faire, elle se sentait impuissante. C'est pour ça qu'ils ont essayé le placement en centre jeunesse.*

*Avant je ne parlais pas de mes sentiments. J'essayais qu'ils ne paraissent pas, qu'ils restent invisibles. Je faisais cela parce que je me disais que ce n'était pas normal que je ressente ces émotions-là. Je croyais que j'étais anormale. Je me disais qu'il ne fallait pas que je ressente ces sentiments-là. Je me croyais folle, trop différente des autres.*

### COMMENT AS-TU FAIT POUR AVOIR DE L'AIDE?

*Je me suis dit que j'avais un problème. Je voyais que ça n'allait pas. Je me coupais, je pleurais en permanence, je n'allais plus à l'école, je ne mangeais plus. Je suis allée au CLSC et j'ai demandé de voir un médecin. J'étais mal en point alors il m'a référé dans un hôpital où il y a une clinique qui s'occupe de ces problèmes-là. Là-bas j'ai vu un psychologue. Il m'a proposé de faire une thérapie de groupe. Au début je n'étais pas certaine. Moi, parler devant d'autres gens de ce qui se passe à l'intérieur? Je n'étais vraiment pas emballée, mais j'y suis allée! J'ai vu d'autres jeunes comme moi. Ça m'a fait réaliser que je n'étais pas toute seule comme ça. C'était assez rassurant.*

### COMMENT CETTE THÉRAPIE T'A-T-ELLE AIDÉE?

*Ça m'a beaucoup aidé à calmer mes émotions. Avant j'avais des difficultés à gérer mes émotions et à faire des demandes adéquates. Depuis que j'ai fait ma thérapie, on dirait que je n'ai plus de TPL. Ils m'ont appris à faire de la Pleine conscience. C'est une stratégie qui aide à devenir plus attentive à ce qui se passe. Il faut savoir observer, savoir ce qui se passe. Être en Pleine Conscience m'amène à m'observer avant d'agir, à ne pas juger, à considérer tous les aspects d'une situation. Ça m'a beaucoup aidé. Quand j'y arrive, je suis dans mon Esprit Sage. Ce qui veut dire que je prends conscience de mon esprit émotionnel et de mon esprit rationnel et je prends une décision qui concorde avec les deux. Je suis une championne de l'Esprit Sage. Même encore aujourd'hui c'est quand même difficile. Il y a eu une situation récemment avec mon copain. Je l'ai très mal vécue. Je pleurais, pleurais, pleurais. Mais avant, j'aurais frappé partout. En vivant une situation comme ça, je n'aurais pas été capable de me contenir, puis d'en parler. Pis, un moment donné, je me suis rendu compte que je n'avais pas le choix de vivre avec mes émotions! Je n'ai pas le choix de ressentir les sentiments comme je les ressens là! Peu importe comment je les ressens. Ils sont là! On m'a appris à accepter radicalement mes émotions et*



## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

*les situations telles qu'elles sont! J'ai compris que je m'emportais vraiment trop facilement et qu'il fallait vraiment que je fasse attention à comment je parle aux gens. Je ne me rendais pas compte de la façon avec laquelle je parlais aux gens. Plus je faisais de la Pleine conscience, plus je me suis mise à me voir aller. Quand tu prends conscience de tout ça, quand tu le sais, on dirait qu'après, ça devient simple de mettre tes compétences en place.*

*Ma mère était aussi suivie par un travailleur social à la même clinique. Il l'a beaucoup aidée à me comprendre. Des fois, elle revenait de là et elle me sortait des affaires... Je lui disais : « Mon Dieu! Tu comprends ça maintenant! Avant tu ne comprenais pas! ». Avant la thérapie, ma mère m'aurait demandé ce qui se passait. Je n'aurais pas été capable de lui en parler. J'aurais crié, fait une crise. Je ne fais plus ça. J'ai appris beaucoup de choses; des techniques pour m'apaiser, pour me contrôler. Comme prendre une glace pour me calmer. Tu la tiens dans ta main ou tu la mets dans ton cou. Ça produit comme un choc et ça me calme.*

*Quand on a commencé la thérapie, ma mère et moi, elle ne me comprenait pas, elle ne comprenait pas ce qui se passait. Par exemple, si je lui disais que je me sentais de telle manière, elle disait : « Ah non, ça ne se peut pas, ça n'a pas de bon sens ». Je ne voulais plus lui parler parce qu'elle ne comprenait pas, justement. Aujourd'hui, je peux me confier. Elle ne réagit plus comme ça. Elle va plutôt me demander de m'expliquer. Elle va essayer de comprendre. Il faut qu'il y ait une bonne communication. Je crois que si j'avais été la seule à aller à la thérapie, il aurait fallu que je lui montre tout ça. Elle n'aurait pas été en mesure de m'aider. Ça m'aurait aidée moi, mais pas elle. Fallait vraiment que ma mère soit là. Je n'aurais pas aussi bien progressé si ma mère n'avait pas été là.*

*Je pense que ce serait vraiment bien que cette thérapie se fasse ici au centre jeunesse. Il y a tellement de filles qui apprendraient des choses sur elles-mêmes. Je me trouve chanceuse d'avoir eu de l'aide tôt, pour changer, avant qu'il ne soit trop tard, avant d'être rendue trop loin dans ma vie avec cela.*

## COMMENT UN ADULTE PEUT-IL RÉAGIR LORSQU'UN ADOLESCENT EST DÉBORDÉ PAR SES ÉMOTIONS?

*Les gens ne comprennent pas. On m'a même déjà demandé si j'avais deux personnalités. Je crois que les gens devraient faire attention à leur manière de réagir. Quelqu'un qui a un TPL devient facilement agressif. La colère, c'est l'émotion principale. Par exemple, si je suis triste, ça va se démontrer en colère en premier. Alors, c'est important de faire attention comment on parle aux ados parce que des fois ils vont devenir agressifs malgré eux et ce n'est pas vraiment cela qu'ils veulent.*

*Même s'ils te disent « je ne veux rien savoir », il faut faire attention parce que souvent, ils ne le pensent pas réellement. En général, ce qu'ils veulent c'est de l'aide. Mais ils sont trop agressifs pour pouvoir l'exprimer. Faut aller voir ce qu'il y a derrière ce message-là. Leur donner cinq minutes, dix minutes, trente minutes s'il le faut, puis après revenir. Parce qu'ils ne veulent pas t'agresser. Il faut faire attention et aller voir le message qui est derrière.*

LA COLÈRE, C'EST L'ÉMOTION PRINCIPALE. PAR EXEMPLE, SI JE SUIS TRISTE, ÇA VA SE DÉMONTRER EN COLÈRE EN PREMIER. ALORS, C'EST IMPORTANT DE FAIRE ATTENTION COMMENT ON PARLE AUX ADOS PARCE QUE DES FOIS ILS VONT DEVENIR AGRESSIFS MALGRÉ EUX ET CE N'EST PAS VRAIMENT CELA QU'ILS VEULENT. (...) EN GÉNÉRAL, CE QU'ILS VEULENT C'EST DE L'AIDE.

*Aussi, je dirais aux adultes de ne pas arriver en jugeant lorsqu'ils voient un adolescent débordé par ses émotions. De ne pas juger tout de suite, sur le coup. Essayer de comprendre avant, même si tu ne comprends pas. Au moins, démontrer à l'adolescent que tu vois que ça ne va pas! Juste faire attention et aller voir le message qui est derrière tout ça. Il faut aussi faire attention à comment on parle à ces jeunes. Si tu essaies de les envahir, de leur dire « fais ceci, fais cela », ça fait juste les faire éclater encore plus. Quand un jeune est en crise, je conseillerais de l'éloigner des autres, de lui amener de la glace. Puis de revenir, de lui demander comment il se sent pour que lui-même sache qu'est-ce qui se passe à l'intérieur. Il n'a pas besoin de quinze personnes autour de lui. Il n'a besoin que d'une seule personne. Quand il y a quinze personnes autour de toi, tu capotes, tu capotes littéralement. Il y a trop de monde qui veut tout savoir. Moi, quand ça m'est arrivé, j'étais mal, je me disais « non, non, non, je suis plus capable ». Dans ce temps-là, je courais, je frappais, je courais partout. Tout le monde était autour de moi, puis je courais pour m'en aller dans un endroit pour*

---

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

---

être toute seule. C'est un peu contradictoire ce que je vais dire, mais il faut qu'il y ait au moins une personne qui suive pour s'assurer que la jeune ne se met pas en danger. Faut laisser la personne dans sa bulle, mais s'assurer qu'elle ne se mettra pas en danger. Parce que des fois, ça peut mener à des comportements autodestructeurs alors, il faut faire attention. Laisser du temps, mais revenir quand même voir si tout va bien.

### DE QUOI UN ADOLESCENT QUI A UN TPL A-T-IL BESOIN?

Il a besoin d'être rassuré en tout temps. De savoir que le parent est là, que l'intervenant est là, qu'il peut le comprendre... Sinon, il va se sentir rejeté, il ne se sentira pas compris... C'est ce qui est pas mal dur... Il faut qu'on apprenne aux parents à savoir comment réagir avec leur enfant. L'adolescent a aussi besoin de se sentir important pour les autres. Moi, je me sentais très, très seule. J'avais beaucoup d'amis, mais je me sentais très seule.

### ET COMMENT VAS-TU MAINTENANT?

Avant, quand il y avait quelque chose qui me dérangeait, je pouvais le faire vivre à tout le monde. J'étais difficile à vivre. Je pense à moi il y a un an et je me dis « Mon Dieu!». Ça peut m'arriver encore de penser à

mourir. Mais ce n'est plus comme avant. Ce n'est plus permanent. C'est juste une idée qui vient et qui part.

Les adultes ne comprennent pas toujours, alors j'ai décidé que j'allais leur expliquer au lieu de m'emporter. Je leur dis que je suis quelqu'un qui vit des émotions très fortes et qui les vit plus longtemps que quelqu'un d'autre. Que mes émotions peuvent changer comme ça, d'une seconde à l'autre. Ma mère aussi a changé. Il m'arrive encore de faire des crises énormes. Mais, elle reste à côté de moi, me donne de la glace ou un verre d'eau. Après, je suis plus calme et je lui dis «je m'excuse, je ne voulais pas dire cela». Et elle le sait que ça a sorti malgré moi. J'aimerais aussi expliquer aux autres jeunes les choses que j'ai apprises comme la Pleine conscience et l'Acceptation radicale.

Ce n'est pas un drame d'avoir un TPL, c'est juste que ça fait de toi quelqu'un de plus émotionnel. Tu as juste à apprendre à gérer ça! Ce n'est pas si immense que ça à faire. J'ai des émotions fortes, je vais en profiter! Mais il faut apprendre à s'en occuper, sinon on va se sentir dépassé. C'est mieux de l'apprendre maintenant pour que ça aille mieux dans le reste de ta vie.

Le drame ce serait qu'un adolescent comme moi ne soit pas aidé. Il ne faut pas oublier que c'est le reste de sa vie qui est en jeu!

---

## «ÊTRE MIEUX POUR ÊTRE LA MEILLEURE MAMAN DE MES ENFANTS» : DES MÈRES PARLENT DE LEURS BESOINS

Ninat Friedland ET Lise Laporte

---

Un autre aspect de la recherche de Laporte et coll. (2013) comportait un entretien auprès de 72 mères sous la responsabilité du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU) ou des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw pour mieux comprendre leurs besoins et leur expérience. Les réponses des mères rencontrées étaient précises et, dans certains cas, convergeaient avec les commentaires écrits par les

intervenant·s lors de leur participation au sondage sur les problèmes de santé mentale des mères.

Lors de cette étude, les mères ayant un TPL se sont montrées prêtes à s'engager et à participer à des rencontres individuelles lorsqu'elles étaient invitées à le faire. En effet 82 % des mères (deux tiers ayant un TPL) sollicitées pour un entretien ont accepté de rencontrer

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

les chercheurs pour parler de leur expérience en centre jeunesse.

Les mères rencontrées, tout comme celles qui participent à d'autres études au CJM-IU, ont beaucoup parlé de leur expérience affective individuelle avec le DPJ. Beaucoup éprouvaient de la frustration envers le service de protection de la jeunesse, se plaignaient de sa rigidité et de ses règles qui leur semblaient arbitraires, du sentiment de ne pas être soutenues, injustement représentées, ou incomprises par leur travailleur social. Toutefois 18 mères interrogées ayant un TPL tendaient à mettre encore davantage l'accent sur leur expérience affective négative, éprouvaient plus de colère et se sentaient plus injustement traitées que les mères qui n'avaient pas ce trouble de santé mentale. Elles étaient aussi les seules à parler de stigmatisation et de honte. Par contre, quand on leur a demandé des commentaires constructifs sur les services, c'est des aspects positifs de la relation avec leur intervenant dont elles ont surtout parlé. Les mères ayant un TPL demandaient plus de soutien, de collaboration, de constance, d'empathie, de communication et d'information.

Le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* mentionne que les personnes ayant un TPL ont terriblement besoin d'une « relation significative, nourrissante et soutenante » (p.664, APA, 2013). Comme le confirmait une de ces mères : « C'est très important d'avoir un travailleur social qui voit les choses du même œil que toi et avec qui tu t'entends bien et de qui tu te sens proche ». Les mères ont mentionné avec constance que l'un des facteurs les plus importants dans leur implication avec le service de protection était la qualité de leur relation avec leur travailleur social. La littérature sur le traitement des personnes ayant un TPL (Paris, 2008; Yeomans et coll., 1994), suggère que le principal facteur qui influence le résultat d'une intervention et prévient l'abandon est la qualité de la relation et non une quelconque modalité ou technique thérapeutique. Même si « soigner » les parents avec qui ils travaillent ne fait pas partie des tâches des intervenants, créer une alliance de travail qui mobilisera ces parents à effectuer des changements leur sera bénéfique.

Ceci n'est pas tâche facile, car les personnes ayant un TPL se caractérisent, en autres, par leurs relations interpersonnelles chaotiques et intenses. Et la relation avec l'intervenant n'est pas épargnée. Toutefois et contrairement aux autres travailleurs dans le milieu de la santé, les intervenants en protection de la jeunesse

ont un autre défi, celui d'équilibrer la dualité des rôles de représentant de la loi et de conseiller. Comme le notait l'un d'eux, le système finit trop souvent par être punitif plutôt que soutenant. Dans le même sens, une mère avec un TPL soulignait : « parfois ils veulent juste être contre toi... c'est leur job... de gagner (contre) toi. Tu vas en cour et ils sont contre toi. » Certaines mères dans notre étude arrivaient à comprendre les obligations légales des intervenants, mais pour les mères ayant un TPL, tout reproche peut être perçu comme un manque d'égard, d'empathie, d'humanité, un rejet ou carrément un abandon. Cela peut susciter des crises de colère ou des stratégies pour regagner l'affection de l'intervenant (Neuman, 2012).

Le problème se complique encore avec le changement radical de perspective, le clivage, où les intervenants sont soit idéalisés et parfaits, soit dévalués et méchants, tout dépendant de la dernière interaction (APA, 2013). Un intervenant, travaillant dans le milieu depuis 38 ans, expliquait : « c'est très facile pour ces clients de perdre confiance et de rejeter leur intervenant – surtout à cause de notre rôle à la DPJ ». Ce même intervenant suggérait de travailler par équipe de deux pour éviter le clivage. Une mère proposait la même chose, pour des raisons cette fois de continuité des soins, soit que le même intervenant suive toute la famille au lieu de différents intervenants pour chaque membre de la famille. Cela peut aussi faciliter le lien de confiance, car plusieurs femmes avec un TPL ont du mal à faire confiance et à s'attacher aux autres, leurs propres figures d'attachement ayant souvent été défaillantes lorsqu'elles étaient enfants (Neuman, 2012, Newman et Stevenson, 2008). Parmi les facteurs permettant de construire une bonne alliance thérapeutique, soit la confiance, l'empathie, le soutien, la collaboration, la communication et la résolution de problème (Laporte, 2007), ceux les plus souvent mentionnés par les mères rencontrées sont le soutien et l'empathie. Comme le disait une mère avec un trouble de la personnalité « Maintenant j'ai une travailleuse sociale vraiment gentille : nous parlons, elle écoute, elle a pris le temps qu'il fallait pour que nous arrivions à nous connaître ».

Laporte (2007) décrit que les femmes ayant un TPL veulent être « écoutées, comprises, acceptées et soutenues » (p.107). Pour les mères, soutenir c'est « être de mon côté », ou « être là pour moi ». Le soutien est selon elles constitué de deux facteurs : l'écoute active et l'empathie. Questionnée sur ses préférences, une mère ayant un TPL soulignait, « (je) veux des travailleurs

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

sociaux qui travaillent avec leur cœur, pas juste avec leur tête ». On peut démontrer de l'empathie en demandant aux mères de parler de leur parcours de vie. Ces femmes deviennent alors des personnes avec une expérience unique, et non de simples diagnostics. Comme les femmes avec le TPL semblent avoir vécu davantage de traumatismes que les autres (Perepletchikova et coll., 2012; Friedland et Laporte, 2013), elles auront souvent des histoires personnelles très touchantes et percutantes. Une autre mère rapportait les circonstances où elle se sentait soutenue : « Quand on me demande de quoi je veux parler. Et je ne veux pas juste parler – je veux qu'on m'écoute ». Les mères racontent que le fait de n'être pas entendues, comprises, ou de se sentir sermonnées, brise rapidement la relation et donne lieu à une conversation plus négative. Bien que ceci soit vrai pour n'importe quel parent, plusieurs mères interrogées se sont montrées particulièrement sensibles à la stigmatisation associée à leur diagnostic. Un intervenant suggère que « selon mon expérience le manque de soutien est un détonateur... ou un tenseur qui aggrave la santé mentale des mères, surtout celles avec un trouble de personnalité limite ».

Les mères ont demandé, en plus du soutien affectif, davantage de soutien dans leur rôle maternel. Elles ont décrit une multitude de défis auxquels elles font face comme parents, nommant souvent leur difficulté avec la discipline, particulièrement les comportements agressifs; le sentiment d'être dépassées par les responsabilités maternelles; et la difficulté à maintenir la relation avec leur enfant une fois qu'il a été placé. Le TPL peut avoir un impact important sur le rôle de parent, surtout en ce qui touche la discipline et la sensibilité maternelle (Neuman, 2012; Stepp et coll., 2012). Ces parents auront parfois du mal à mettre des limites à leurs enfants; ils auront des comportements qui suscitent la peur ou utiliseront des tactiques de discipline punitives (Stepp et coll., 2012). Linehan (1993) suggère que les expériences d'invalidation pourraient jouer un rôle important dans le développement du TPL. Plusieurs femmes avec un TPL ont elles-mêmes vécu une enfance difficile, ont été privées de modèle de rôle maternel (Neuman, 2012) et auraient ainsi été exposées à des environnements invalidants. Toutefois il est important de rappeler, comme le disait une mère, que « même si nous avons un problème de santé mentale... ça ne veut pas dire que nous n'aimons pas nos enfants ». En soutenant les mères avec un TPL dans leur rôle maternel, nous pourrions mieux soutenir leurs enfants.



### Encadré 5 PROPOS D'UNE MAMAN

*Tu sais que ça aide mes enfants si je suis heureuse, si je suis capable de prendre soin de moi, d'être stable. Tout ce que je peux faire pour améliorer ma vie va améliorer leurs vies. C'est là-dessus que je me concentre. Mon objectif a été d'être mieux pour être la meilleure maman pour mes enfants.*

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

## INTERVENIR AUPRÈS DE MÈRES AYANT UN TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE : QUAND LA SOUFFRANCE DES UNES SE CONJUGUE AU DÉSARROI DES AUTRES

*Lise Laporte* ET *Lyne Desrosiers*

Il y a quelques années, il n'existait presque aucune information dans la littérature sur les défis que pouvait représenter le travail auprès de parents ayant un trouble de personnalité limite (TPL) pour les intervenants œuvrant dans le contexte de la protection de la jeunesse. Pour pallier cette lacune, Louise Baillargeon et Lise Laporte ont rencontré une centaine d'intervenants psychosociaux du CJM-IU, dans le cadre de six groupes de discussion portant sur les défis quotidiens qu'ils devaient relever avec ces parents.

Les données de cette étude qualitative sont présentées en détail dans un article écrit par Laporte, Baillargeon, Sanchez et Desrosiers en 2014 dans la Revue de psychoéducation. Elles suggèrent que les interventions auprès de ces familles sont soumises à un ensemble de contingences qui rendent leur travail particulièrement complexe et exigeant. Trois thèmes principaux en lien avec leurs préoccupations et difficultés à l'égard de leur pratique et quant à leurs besoins ont ainsi été mis en évidence (voir figure 1).

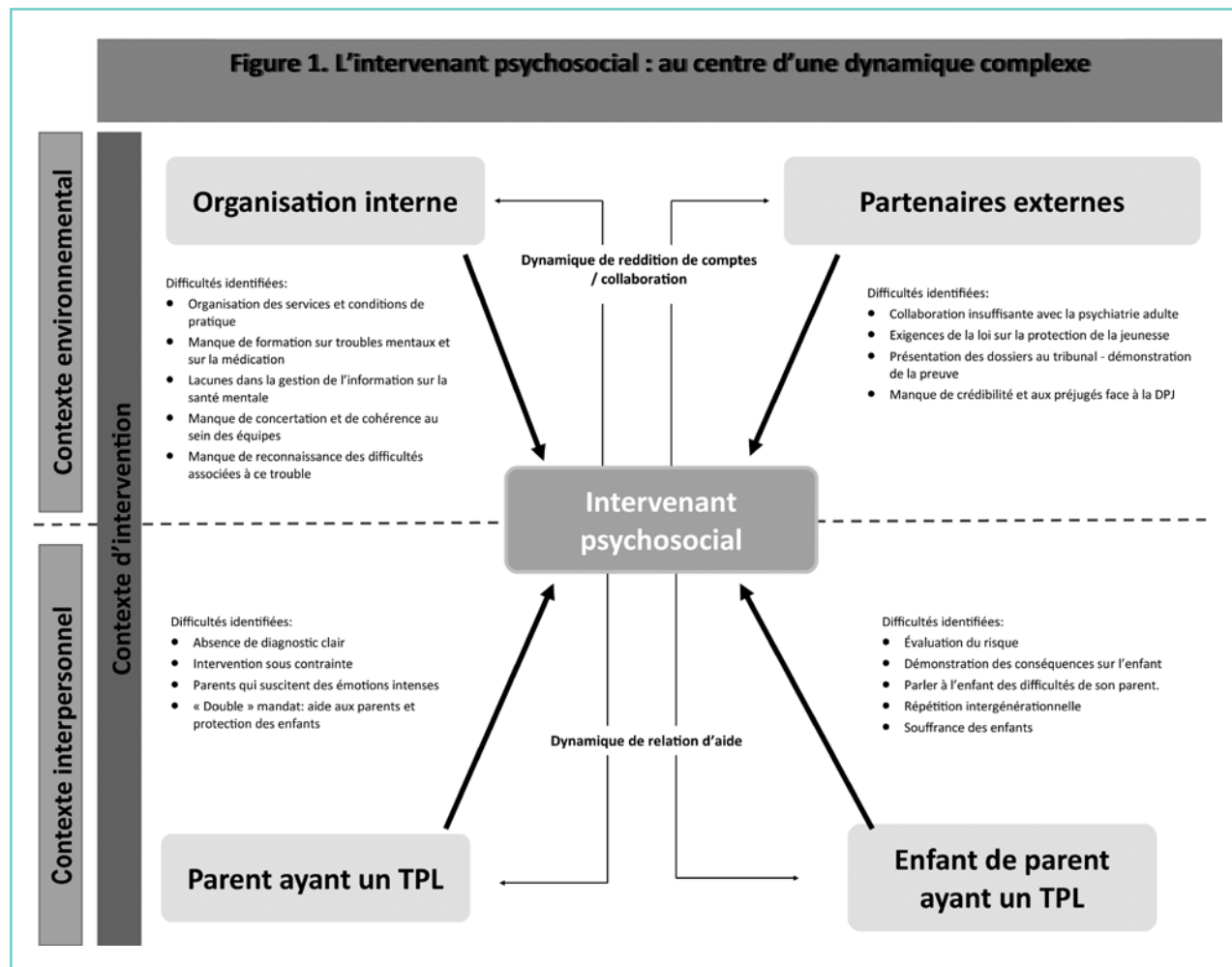
Le premier de ces thèmes concerne les difficultés d'intervention liées au contexte interpersonnel. La majorité des intervenants ont évoqué un besoin de connaissances au niveau des façons d'être et de faire avec ces clients, parents comme adolescents. Ils soulignent la complexité d'être en relation avec ces parents, sans savoir comment gérer leur imprévisibilité, leur explosivité, leurs attaques et leurs humeurs changeantes. Ils ont relevé de plus que devoir concilier la protection des enfants et l'aide aux parents leur semble être un double mandat dans lequel ils se sentent parfois coincés. Ils suggèrent même que la relation d'aide à l'enfant peut-être mise de côté afin d'intervenir auprès du parent. Enfin, ils

ont évoqué la difficulté de parler aux enfants de la pathologie du parent.

Le second thème, les enjeux liés au contexte environnemental, concerne leurs perceptions des contingences associées à l'organisation interne des services en centre jeunesse et à la collaboration avec les partenaires externes, notamment avec le milieu judiciaire et celui de la psychiatrie adulte. Ainsi, leurs difficultés ne se situent pas uniquement dans l'intervention, ni avec la clientèle. Selon les intervenants rencontrés, les conditions mêmes de leur pratique en centres jeunesse amplifient le défi de travailler auprès de familles touchées par un TPL. Ils soulignent entre autres le manque de cohérence des orientations entre les services et le manque de cohésion pour les appliquer à l'intérieur des équipes.

L'impact des contextes interpersonnel et environnemental sur les intervenants eux-mêmes constitue le troisième thème. Les analyses suggèrent que la prise en charge des familles touchées par ce trouble de santé mentale, ainsi que les conditions de pratique, sollicitent énormément les intervenants sur le plan affectif et cognitif et leur posent des défis cliniques quotidiens. Les participants aux entrevues ont amplement parlé des fortes émotions que suscitent chez eux les parents ayant un TPL. Ils rapportent ressentir beaucoup de colère, d'impuissance, d'incompétence, d'épuisement et de découragement lorsqu'ils travaillent avec ces parents. « On est tous sur le bord du burnout ». Les intervenants ont souligné leur besoin d'avoir des périodes formelles d'échange pour leur permettre de partager ce qu'ils vivent par rapport à ces familles, de mieux comprendre les enjeux relationnels ainsi que la dynamique de ces parents.

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE



Cet article souligne l'importance de se préoccuper des défis auxquels font face les intervenants œuvrant auprès de familles touchées par un TPL et présente quelques recommandations d'ordre organisationnel et clinique pour mieux les soutenir. Les intervenants aimeraient qu'une formation adaptée aux besoins et à la réalité des intervenants en protection de la jeunesse soit mise en place afin d'offrir des balises pour intervenir de façon plus adaptée au quotidien, et ce tant auprès des parents qu'auprès des adolescents susceptibles de développer ce problème. Les participants souhaitaient que les informations sur la santé mentale des parents, et des jeunes, soient mieux gérées, plus complètes, plus accessibles.

### Encadré 6 PROPOS D'UNE INTERVENANTE

*Je dirais que dans 50% de mes dossiers, il y a une problématique de santé mentale. Chaque jour, je me dis «je vais devenir folle!» Est-ce qu'on prend en considération aussi la gravité de l'effet que ça nous fait à nous? Parce que moi je suis envahie par 25% à 35% de mon « case load ». Je n'ai pas de poigne dans ces dossiers-là. Je vis un sentiment d'impuissance au quotidien. À un moment donné, t'es pu capable. Pis t'as rien pour t'accrocher.*

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

UN INGRÉDIENT ESSENTIEL :  
LE SOUTIEN AUX INTERVENANTS

LYNE DESROSIERS ET LISE LAPORTE

Encore récemment, le trouble de personnalité limite (TPL) était perçu comme une pathologie qui ne répondait à aucune approche. Les plus récentes études montrent au contraire que les personnes souffrant d'un TPL peuvent connaître une évolution favorable si elles bénéficient d'interventions conçues spécifiquement pour leur pathologie (Chanen et McCutcheon, 2013; Fonagy et Bateman, 2006; Linehan et coll., 2006). En contrepartie, lorsque les interventions ne sont pas adaptées au TPL, elles ont non seulement peu d'effet sur ce trouble, mais certaines façons d'intervenir peuvent aggraver les symptômes du TPL et augmenter le recours aux services (Fonagy et Bateman, 2006; Busque, 2011). L'intervention selon des bonnes pratiques devient d'autant plus essentielle que le risque de développer un TPL lorsqu'un des parents en est atteint est bien documenté (Chlebowski, 2013) et que ce problème s'observe de génération en génération dans les milieux de la protection de la jeunesse.

Il est cependant bien reconnu que cette clientèle est parmi les plus difficiles à traiter (Bertelli et Beslile, 2004; Parent et Carrière, 2004), spécifiquement parce qu'elle soumet les intervenants à une charge émotionnelle importante (Bessette, 2010). Ceux-ci doivent tolérer leur propre désarroi et leur impuissance face à l'imprévisibilité inhérente à cette pathologie et aux risques de passage à l'acte. Ils doivent également gérer leur propre colère face aux menaces des clients et contrôler leurs émotions. Une étude réalisée antérieurement a mis en évidence comment la détresse des cliniciens pouvait induire des attitudes contre-productives envers les

adolescents et leurs parents (Desrosiers, 2013). Le travail quotidien auprès de personnes ayant un TPL requiert donc du professionnel qu'il soit capable de poursuivre calmement, adéquatement et sans jugement une intervention, pendant qu'il est lui-même aux prises avec des émotions intenses.

Les personnes présentant un TPL constituent également un groupe très stigmatisé, subissant des préjugés, des rejets et des jugements négatifs de la part des institutions, de la population générale et même des cliniciens qui tendent à éprouver moins d'empathie envers ces personnes (Aviram, Brodsky et Stanley, 2006). Ces perceptions sont associées aux difficultés d'intervention auprès de cette clientèle souvent colérique et hyper vigilante à l'injustice (Kupper, 2003), hostile et non coopérante (Tomison, 2000). Compte tenu de ces caractéristiques, nous pouvons aisément comprendre les jugements négatifs des intervenants et leur difficulté à bien voir « la personne derrière la maladie » lorsque ces situations s'enveniment et se multiplient (Laporte, 2007).

Le contexte d'autorité de la protection de la jeunesse, contraignant cette clientèle à recevoir des services malgré eux, complexifie encore davantage la tâche des intervenants. De plus, la difficulté à établir une relation d'aide avec les personnes atteintes d'un TPL entraîne des conséquences majeures sur la capacité des intervenants à utiliser de bonnes pratiques. Les résultats d'études conduites par notre équipe ont montré que les adolescents et les parents ayant un TPL sont particulièrement sensibles à la manière dont les intervenants entrent en relation avec eux et

LE TRAVAIL QUOTIDIEN AUPRÈS DE PERSONNES AYANT UN TPL REQUIERT DU PROFESSIONNEL QU'IL SOIT CAPABLE DE POURSUIVRE CALMEMENT, ADÉQUATEMENT ET SANS JUGEMENT UNE INTERVENTION, PENDANT QU'IL EST LUI-MÊME AUX PRISES AVEC DES ÉMOTIONS INTENSES.

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

que leurs attitudes sont déterminantes pour la collaboration de cette clientèle (Desrosiers, 2013; Laporte et Friedland, 2013). Les capacités de démontrer de l'empathie, du respect, de la compassion, de réguler ses propres émotions en dépit des comportements excessifs de cette clientèle constituent donc des attitudes clés pour les intervenants. Les principes de base pour travailler avec cette clientèle sont décrits dans la littérature (voir encadré 7).

**Encadré 7****PRINCIPES DE BASE POUR TRAVAILLER AVEC DES ADOLESCENTS ET DES PARENTS AYANT UN TPL**

- Démontrer de l'empathie, de la compassion
- Être constant et fiable
- Écouter et porter attention à la personne lorsqu'elle décrit son expérience actuelle. Être curieux et prendre la personne au sérieux.
- Prendre en considération la communication verbale et non verbale
- Valider l'état émotif de la personne
- Maintenir une attitude sans jugement et respectueuse
- Rester calme. Rester bienveillant
- Communiquer de façon claire, authentique, ouverte
- Exprimer de l'encouragement et de l'espoir en la capacité de la personne à changer et l'encourager sans donner de fausses assurances
- Ne pas oublier que certains aspects des comportements plus perturbateurs constituent des stratégies adaptatives développées dans un contexte d'adversité

*Adapté du Guide de pratique pour le TPL (NHMRC, 2013)*

Tous les guides de meilleures pratiques dans le domaine du TPL soulignent la nécessité qu'une forme de supervision clinique et de soutien en groupe soit en place pour aider les membres de l'équipe (Linehan, 1993; National Health and Medical Research Council, 2012; NHS, 2009). Ainsi, les intervenants doivent pouvoir exprimer et normaliser ce qu'ils vivent, valider leurs expériences et prendre le recul nécessaire pour comprendre et mieux gérer les impasses cliniques. Ils doivent être supervisés afin que leurs réactions émotives à l'égard de cette clientèle ne se traduisent pas par des interventions contre-thérapeutiques (Cousineau, 1996; Normandin et Ensink, 2007). Bessette (2010) suggère même que les impasses vécues dans le travail avec les clients ayant un TPL ne sont pas toujours l'affaire du client. Selon cette auteure, « l'impasse peut être relationnelle et/ou découler d'un manque de formation adéquate et elle implique habituellement la régulation du contre-transfert » (Bessette, 2010, p. 88). La majorité des intervenants en protection de la jeunesse, qui proviennent des domaines de la psychoéducation et du travail social, ne seraient plus formés à explorer et utiliser leurs sentiments contre-transférentiels (Bessette, 2010) et ne recevraient pas toujours le soutien émotif qui est nécessaire pour accomplir le travail auprès de parents ou d'adolescents ayant un TPL. Ce type de supervision, qui était autrefois disponible pour les intervenants en centre jeunesse est maintenant peu courante. Bien que des services de consultation soient en place dans plusieurs centres jeunesse, ceux-ci semblent surtout être utilisés en situation d'urgence, à la pièce ou en contexte de crises (Baillargeon, 1999). Par ailleurs, il ne semble plus exister de tradition de supervision en groupe sur une base régulière telle qu'elle prévalait autrefois. Cette pratique semble s'être étiolée au fil des nombreuses coupures et des réorganisations subies dans les dernières années.

Finalement, au-delà de l'efficacité de l'intervention recherchée, la formation continue et le soutien clinique basés sur des données probantes peuvent contribuer à prévenir l'épuisement professionnel observé chez bon nombre d'intervenants qui travaillent avec cette clientèle (Lafleur et coll., 2004).

---

 LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE
 

---



---

 DES MOTS POUR LE DIRE
 

---

*Lyne Desrosiers*

---

De plus en plus, les concepts de patient-partenaire, capable de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer les informations sur sa santé, d'approche centrée sur le client et d'empowerment orientent les manières d'offrir les services vers une participation accrue de l'utilisateur. Ainsi, les intervenants sont parfois appelés à aborder les différents aspects du trouble de personnalité limite (TPL) avec un parent ou un jeune qui en est atteint. S'acquitter de cette tâche délicate sans jugement et sans risquer de blesser peut cependant s'avérer difficile. Plusieurs suggèrent toutefois que de discuter ouvertement du diagnostic et des services proposés avec les personnes ayant un TPL a un impact positif sur leur adhésion aux recommandations formulées par un professionnel (Desrosiers, 2013, Lequesne 2004). De même, la capacité des enfants d'accueillir la vérité sur une situation difficile de leur parent est généralement plus bénéfique que de les préserver d'une réalité douloureuse qu'ils risquent d'interpréter en s'en attribuant la responsabilité. Il relève ainsi du devoir des professionnels de trouver les mots pour le dire. Voici quelques suggestions d'experts pour aborder avec une adolescente les difficultés qu'elle vit :

- Est-ce possible que tu sois quelqu'un de très intense?
- Je vois que tes relations avec les autres sont passionnées. Est-ce possible que cela les rende plus compliquées pour toi?
- Serais-tu quelqu'un dont la vie est comme une montagne russe sur laquelle tu n'as pas le contrôle de la vitesse ou de la direction?
- Quand tu te fâches, je parie que tu peux vraiment perdre la tête.
- Il t'arrive parfois de prendre des décisions qui ne sont pas dans ton meilleur intérêt?
- Parfois tu te blesses pour te sentir mieux et c'est différent que de vouloir mourir.
- Est-ce que tu trouves cela difficile de tolérer l'ennui, la solitude?
- Parfois tu es vraiment dans la lune, tu décroches, comme si tu étais en transe.
- Penses-tu souvent que les gens ne t'aiment pas ou parlent de toi dans ton dos?
- Est-ce possible que tu passes beaucoup de temps à penser à te tuer ou à te faire mal et surtout quand tu ne vas pas bien?
- Fais-tu partie des gens qui préfèrent tolérer une mauvaise relation plutôt que d'être seul?
- Aurais-tu de fortes opinions que tu gardes, peu importe ce que les autres disent ou pensent?
- Au contraire, es-tu du genre qui change son opinion en fonction de ce que les autres disent?
- Serais-tu quelqu'un qui se sent souvent vide à l'intérieur?
- Est-ce possible que parfois tu fasses des choses de façon impulsive et que cela te mette dans le trouble après?
- Aurais-tu de la difficulté à contrôler tes émotions, ta colère, ton impulsivité?
- Serais-tu une personne qui compose avec ses émotions négatives en faisant des choses qui peuvent nuire à long terme, comme la drogue, le sexe non protégé ou le vol?
- Fais-tu des choses risquées pour te sentir bien en vie?

# UN REGARD TOURNÉ VERS LES SOLUTIONS



**Suite aux études menées dans le milieu de la protection de la jeunesse sur le trouble de personnalité limite (TPL) et aux besoins exprimés par les intervenants lors de différentes rencontres de groupes, plusieurs projets ont été mis en place pour venir en aide aux familles touchées par un TPL et pour soutenir les intervenants dans leur travail auprès de cette clientèle. La section qui suit présente différentes ressources actuellement disponibles pour les enfants, les adolescents, les parents et les intervenants.**

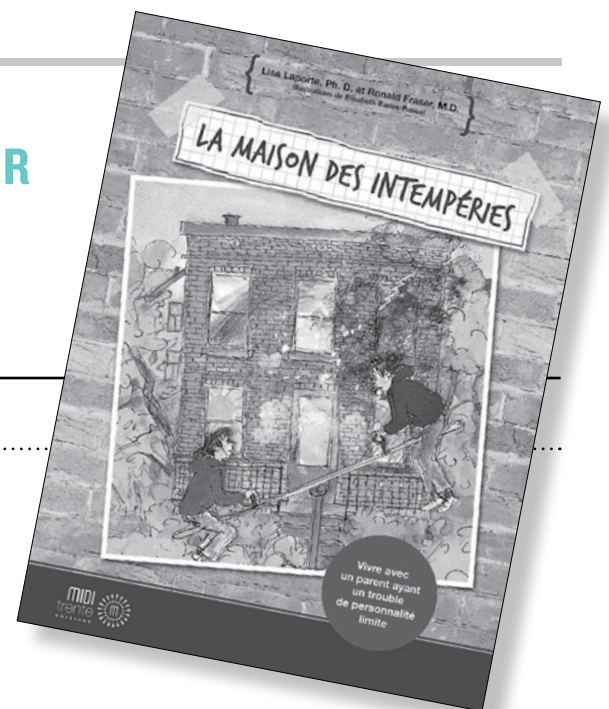
## UN ALBUM JEUNESSE POUR PARLER AUX ENFANTS DU TROUBLE DE PERSONNALITÉ DU PARENT

*Lise Laporte* ET *Janie Boucher*

### LA MAISON DES INTEMPÉRIES Vivre avec un parent ayant un trouble de personnalité limite

Au CJM-IU, de nombreux enfants doivent vivre avec le trouble de personnalité limite (TPL) d'un de leurs parents et cela peut engendrer une grande vulnérabilité chez ces derniers. Il n'est pas toujours facile d'aider les enfants à comprendre les situations déroutantes qui ponctuent leur quotidien.

Lise Laporte a cosigné avec le psychiatre Ronald Fraser « La Maison des intempéries; vivre avec un parent ayant un trouble de personnalité limite », un album jeunesse qui offre une information cliniquement



éprouvée et apporte des réponses claires aux questions que se posent les enfants sur le TPL de leur parent. Destiné aux enfants de 6 à 12 ans et s'inspirant de la météo, cet album illustré décrit les journées parfois chaotiques de David et de Marie, deux enfants dont la mère souffre d'un TPL. Un « spécialiste des intempéries » dispense pour sa part des explications claires et

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

précises permettant aux enfants de mieux comprendre et de mieux transiger avec les comportements parfois difficiles à saisir de leur mère.

C'est en discutant avec des intervenants du CJM-IU que Lise Laporte a eu l'idée d'écrire ce livre. « Souvent, les intervenants nous faisaient part de leur difficulté à aborder le sujet délicat du TPL d'un parent avec les enfants. Nous avons donc voulu écrire cet album pour faciliter le dialogue avec les enfants et leur permettre de comprendre ce qui se passe dans leur famille. Même s'ils reconnaissent l'importance d'aborder la question, plusieurs intervenants sont réticents à en parler ouvertement avec l'enfant, car ils veulent le protéger, éviter qu'il se sente responsable de son parent, ou alors ils ont peur de déclencher des problèmes. Il devient alors très important de savoir trouver les mots justes », ajoute la chercheuse. Cet album a donc été écrit pour être utilisé par les intervenants, mais également par les parents. Beaucoup de gens, notamment les personnes atteintes et leur conjoint, sont inconfortables lorsqu'il s'agit d'aborder ce trouble de santé mentale avec leurs enfants. De la même façon, les personnes atteintes et leurs conjoints peuvent avoir de la difficulté à en parler à leurs enfants.

Cet ouvrage s'adresse tout d'abord à la population la plus directement touchée par le trouble de personnalité limite et probablement la moins bien servie : les enfants. Son but principal est de répondre aux questions qu'ils se posent et c'est pourquoi il utilise un langage simple et imagé, celui des enfants, afin de les outiller pour traverser les passages les plus orageux. Ce livre veut aider l'enfant de 6-12 ans à ne plus se sentir responsable des épisodes orageux ni des périodes de calme plat affectif de son parent. Ces préoccupations peuvent aussi se retrouver chez les adolescents (voir encadré 8). Les comportements changeants et les émotions imprévisibles de la mère appartiennent à la mère. L'enfant n'en est ni la cause, ni le déclencheur et il peut être très rassurant pour un enfant de se faire rappeler cela. Le livre permet aussi aux enfants de comprendre que c'est normal de vivre différentes émotions. Il illustre le désarroi de certains qui est vécu comme s'ils devenaient un glaçon, et la détresse d'autres vécue dans un tourbillon d'émotions.

Ce livre permet aussi aux enfants de constater qu'ils ne sont pas les seuls à vivre des tempêtes émotionnelles à

### Encadré 8 UNE ADOLESCENTE DU CJM-IU TÉMOIGNE DE L'IMPACT DE « LA MAISON DES INTEMPÉRIES »

Bonjour, mon nom est Nathasha (nom fictif), j'ai 14 ans. J'écris cette lettre pour vous parler de la santé mentale de ma mère en me référant au livre *La maison des intempéries*. Dans ce livre, il se passe plein de péripéties. Dans quelques petites péripéties, je trouve que ça me fait penser à ma mère. Par exemple, la mère de David et Marie (les deux enfants) fait des muffins, les décore et dit à David et Marie de venir manger. Ils sont tout contents. Mais le lendemain, la météo de la mère change. Elle ne se réveille pas et après, elle a un air de bougonneuse!

Bien pour moi, c'est presque la même chose avec ma mère. Elle peut être très énergique et le lendemain, elle peut être très bougonneuse. Des fois, je me dis que les changements d'humeur de ma mère sont de ma faute. Je ne sais jamais comment ça va se passer même quand je ne fais rien, et j'ai peur de me faire chicaner.

N'oubliez pas que les personnes avec un trouble de personnalité limite sont très intelligentes!

**Natasha**



la maison; que d'autres enfants ont aussi un nuage au-dessus de leur tête. Le livre leur offre des façons de faire face aux temps orageux et d'éloigner ce nuage. Il leur communique aussi que les émotions fortes, tout comme la météo, vont passer chez eux, comme chez leur maman. Enfin, ce livre encourage les enfants à se tourner vers un adulte en qui ils ont confiance pour se confier et partager leurs peurs et leurs appréhensions.

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

## UN TRÉSOR ENTRE LES MAINS : TÉMOIGNAGE DE L'ILLUSTRATRICE DE «LA MAISON DES INTEMPÉRIES»

*Elisabeth Eudes-Pascal*

J'ai été très honorée lorsque Lise Laporte m'a demandé d'illustrer le livre qu'elle avait écrit avec son collègue Ronald Fraser. D'abord parce que l'histoire, le sentiment de solitude, la vulnérabilité et le courage de ces enfants me touchent. Ils sont victimes d'une situation qui ne leur appartient pas, comme tant d'enfants partout dans le monde. Ensuite je trouvais motivant de faire des illustrations pour un livre traitant de ce sujet; j'avais l'impression de servir à une cause, au mieux-être de quelqu'un. J'aimais aussi la façon dont le livre s'adresse directement aux enfants, le respect et la compassion qui s'y trouvent.

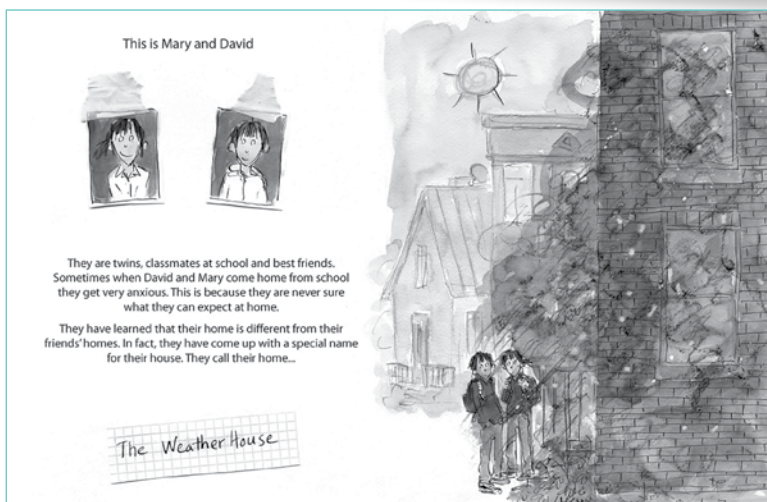
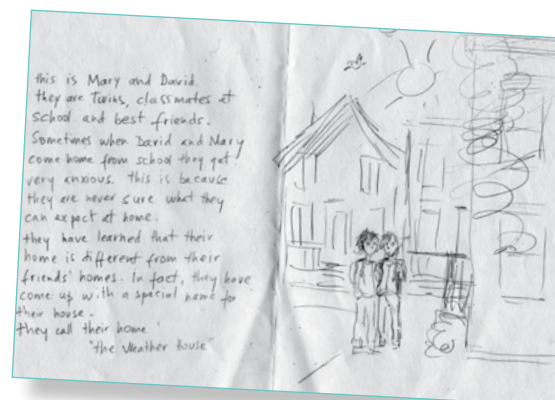
J'étais donc vraiment heureuse de participer à ce projet, j'avais l'impression d'avoir un trésor entre les mains. Comment cependant faire honneur au texte, lui garder toute sa force? Les illustrations sont là pour accompagner l'histoire, pour servir le texte du mieux possible, mais je cherchais aussi à capter et amener les gens plus loin.

Je me suis tout d'abord demandée comment ne pas tomber dans les clichés, mais aussi comment ne pas rendre l'histoire plus dramatique qu'elle ne l'est, parce que c'est une histoire difficile. Comment alléger un peu la gravité du sujet et en respecter tout de même la gravité? Comment illustrer le texte et ce que ressentent les enfants qui sont à la fois héros et lecteurs.

Je me suis lancée dans les esquisses. Ce travail préparatoire et exploratoire est un peu ardu, parce qu'on nage alors dans le flou et l'incertitude, avec l'impression de ne pas savoir où l'on va. C'est à la fois angoissant et passionnant et c'est la base essentielle de la création.

J'ai ensuite fait un « prototype » du livre pour vérifier la fluidité et l'harmonie de l'ensemble, images et texte. Tout au long

du processus de création, mon esprit a été absorbé par l'histoire, les idées et les images. J'ai décidé d'utiliser monsieur Météo pour la note légère, en changeant ses vêtements sous son imper pour les adapter au contexte. Je l'ai découpé et collé sur la page, parce qu'il ne fait pas vraiment partie de l'histoire : il est à la fois spectateur et commentateur. J'ai dessiné les enfants et tout ce qui est important à l'encre directement, et le décor, ce qui doit venir au second plan, au crayon, pour alléger un peu. J'ai choisi de travailler directement à la plume et à l'encre, sans faire de crayonnés, parce que le trait est plus vif et spontané ce qui évite de tomber dans la « perfection figée » d'un dessin trop bien fini. Et voilà ce que cela a donné.



---

 LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE
 

---

## LE PRINCIPE DES POUPÉES GIGOGNES : S'OCCUPER DES PROFESSIONNELS QUI S'OCCUPENT DES MÈRES QUI S'OCCUPENT DES ENFANTS

---

*Jean-François Cherrier* ET *Stéphanie Lavoie*

---

Dans le cadre de la collaboration entre le Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU) et l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM), deux intervenants du Programme des troubles relationnels et de la personnalité ont offert leur soutien ainsi que leur expertise aux intervenants du CJM-IU en lien avec une clientèle qui présente des traits ou un trouble de la personnalité du groupe B (limite, histrionique, narcissique et antisociale). Ils ont également favorisé la collaboration entre les intervenants impliqués dans les dossiers (consultants, intervenants sociaux et éducateurs en réadaptation) et les parents.

À la lumière de l'expérience acquise dans ce contexte, voici certains principes de travail susceptibles d'aider à l'intervention avec cette clientèle souvent complexe et exigeante. Dans l'ensemble, les thèmes d'intervention les plus fréquemment discutés au sein des consultations offertes depuis six ans sont ici présentés.

### METTRE UN CADRE... POUR TOUT LE MONDE!

---

Le cadre permet d'être prévisible, de clarifier les interventions, de sécuriser le parent, l'enfant et l'intervenant. Il est tout indiqué pour prendre le temps d'élaborer des conduites claires et compréhensibles, et ce, à plusieurs niveaux. Rappelons que durant leur enfance, les clients vivant avec un TPL n'ont souvent pas expérimenté un cadre adéquat et ses bienfaits. Ce manque de cadre sécurisant durant l'enfance peut contribuer à la difficulté de ces parents à bien gérer les limites et la distance dans leurs relations, dont celle avec leur enfant.

### DES APPELS FRÉQUENTS ET DE TYPE DÉVERSOIRS

---

Il faut donner un temps déterminé pour les appels du parent de façon à ce qu'il sache qu'il peut appeler, par

exemple, un nombre de fois spécifique dans la semaine et que les messages qui comportent des éléments de crise, parfois même des injures, ne seront suivis d'un retour d'appel qu'à un moment précisé d'avance. Cette façon de faire peut être utile avec cette clientèle qui présente des moments de fortes émotions qui habituellement se résorbent après un certain temps. Les aspects suicidaires doivent être discutés préalablement (lors des rencontres) et gérés par les centres de crise ou les urgences psychiatriques. Tous ces éléments peuvent se retrouver sur une feuille aide-mémoire remise au parent.

### DES RENCONTRES ESSOUFLANTES

---

Le parent devrait être rencontré le plus souvent possible par deux intervenants. Ceci empêche le contre-transfert et permet une meilleure coordination des services. De plus, tous entendent les mêmes propos au même moment. Il est aussi suggéré d'établir un plan de ce qui va être abordé durant la rencontre et de respecter le temps alloué à celle-ci. Pour les moments de grande intensité émotionnelle, il peut être profitable de déterminer à l'avance ce qui doit être fait lors de ces situations.

### UNE BASE SI ESSENTIELLE ET SI FRAGILE... L'ALLIANCE

---

Valider la souffrance du parent est un des premiers pas afin d'atténuer les mécanismes de défense primaires, tels la méfiance et le clivage, qui ont pu, somme toute, être utiles pour eux antérieurement. Aussi, il est suggéré de gérer l'hostilité par une approche qui demeure empathique et qui reconnaît la souffrance du parent. D'autre part, il est proposé d'évaluer d'abord notre part de responsabilité en tant qu'intervenant dans le malaise et les conflits qui surgissent lors des

---

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

---

rencontres. Ainsi, arrêter la discussion et demander au client ce qui a pu se passer pour que la situation dégénère a la plus-value de favoriser la conscience de soi et celle de l'autre, souvent déficitaire chez cette clientèle (Bateman et Fonagy, 2004). Elle permet également de dégager le client de l'anxiété et ou de l'activation émotionnelle qu'engendre l'interaction. Cette position s'avère parfois difficile, mais représente une stratégie relationnelle efficace avec cette clientèle.

### DES DÉTOURS NÉCESSAIRES

---

Pour aider les parents vivant avec un trouble de personnalité limite, il est souvent primordial de les sensibiliser à l'auto-observation avant même de favoriser une meilleure réflexion de l'impact qu'ils ont sur leur enfant. Il importe aussi de travailler les interactions entre l'intervenant et le parent afin de démystifier les interprétations sur le plan de la communication, dont celle non verbale ou encore concernant les pensées et les émotions vécues. Dans l'ensemble, il est incontournable de prendre plus de temps pour comprendre ce qui se passe en soi et dans l'interaction afin de permettre la mise en place d'un contexte de travail favorable.

### APRÈS SIX ANS DE CONSULTATION...

---

Les intervenants ont présenté un intérêt soutenu pour comprendre les dynamiques particulières qui caractérisent le travail avec les parents présentant des éléments de personnalité du groupe B. L'expérience des consultations amène à penser que ces interventions (conseils, outils ou soutien) contribuent à améliorer la collaboration intervenant-parent et permettent aux acteurs des deux organisations de bonifier leur compréhension de la parentalité chez cette clientèle. En tant que cliniciens, nous croyons que cette collaboration peut être contributive à prévenir l'épuisement que peuvent vivre certains intervenants au contact de cette clientèle particulière. Elle est aussi une passerelle clinique qui valorise et soutient de façon tangible un partenariat inter-institution profitable pour les professionnels mais aussi pour les stagiaires de plusieurs facultés. Pour nous, cette collaboration a été le berceau d'un travail d'équipe soutenu, inspirant et valorisant. Notre espoir nous amène à croire que tous ensemble, nous pourrions poursuivre ce travail destiné à aider plusieurs familles suivies par le CJM-IU.

---

## CONSULTATION POUR LES CAS COMPLEXES DE PARENTS AYANT UN TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE : UN DIALOGUE OUVERT ENTRE PROFESSIONNELS

---

*Susan Pinsky*

---

Le service de consultation offert par la clinique du trouble de personnalité limite du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) aux intervenants des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw (CJFB) a été pensé en 2009, quand les directeurs du CJFB et de la clinique du TPL ont reconnu le besoin et accepté de soutenir, former et éduquer les intervenants dans leur relation avec les clients du centre jeunesse souffrant d'un TPL,

sachant que cette relation est souvent compliquée et épuisante sur le plan émotif. Un partenariat similaire entre le CJM-IU et l'IUSMM avait déjà été mis en place et était grandement apprécié par les intervenants.

Les difficultés générales d'une personne ayant un TPL sont telles qu'un intervenant travaillant avec cette clientèle peut facilement être dépassé et se sentir

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

impuissant. L'instabilité affective, une histoire chronique de relations personnelles instables, l'impulsivité, et la difficulté à contrôler une colère parfois intense, sont les symptômes classiques de ce trouble, pour n'en nommer que quelques-uns. Travailler avec des personnes ayant ces comportements représente d'énormes défis pour les intervenants et surtout pour les membres de la famille de cette personne.

Les consultations ont lieu à chaque trimestre, avec deux présentations d'une heure chacune, faites par un intervenant. Lorsque cela est possible, tous les intervenants du CJFB qui travaillent auprès de la famille sont présents; les gestionnaires et autres membres de l'équipe sont encouragés à y assister pour faciliter la transmission du processus d'apprentissage. L'ombudsman du CJFB ainsi que du personnel de la haute direction participent également à ces rencontres. Du côté du CUSM, le psychiatre directeur du programme, une psychologue consultante, l'agente de liaison ainsi que les résidents en psychiatrie ou internes en psychologie qui font un stage au programme des troubles de la personnalité sont aussi présents. On peut se retrouver une quinzaine autour de la table! L'intervenant qui présente son cas doit en faire un bref résumé décrivant 1) les difficultés auxquelles il est confronté (aucune information sur l'identité ne doit être incluse dans la description); 2) l'impact sur les enfants; 3) les inquiétudes de la protection de la jeunesse. Il doit également préparer des questions ou éléments spécifiques au cas à l'intention des consultants.

L'intervenant qui présente doit être prêt à partager ses expériences personnelles ainsi que les réactions et les émotions vécues au cours de son travail avec les clients. Les sessions sont enregistrées en vue de la formation, afin de permettre la transmission de l'apprentissage. Les consultations se déroulent de façon informelle et permettent aux participants d'intervenir spontanément. Cette information partagée peut être factuelle et porter sur les symptômes du TPL chez nos clients, ou expérientielle, où les consultants du CUSM partagent la richesse de leurs connaissances et leur vaste expérience de travail avec cette clientèle. Ceux-ci parlent ouvertement de leurs succès et de leurs échecs et des difficultés qui accompagnent le traitement de cette

population tout en enseignant les stratégies communes qui les ont aidés dans leur pratique avec leurs patients. Plus important encore, ils reconnaissent et font l'éloge du travail difficile des intervenants qui travaillent en protection de la jeunesse. Ils les aident au niveau des approches possibles, vu leur double mandat: l'autorité au sein d'un cadre collaboratif et le besoin de construire une relation thérapeutique.

L'objectif de ce projet de consultation est d'atteindre le plus grand nombre possible d'intervenants de Batshaw. Tout est mis en place par les gestionnaires pour dégager les intervenants, faciliter l'accès aux consultations et permettre ainsi la transmission et le partage de l'information aux équipes respectives. Le rôle des gestionnaires de programme des équipes est ici crucial, car il aide les délégués à veiller à la continuité et à ce que les connaissances ne soient pas perdues.

L'INTERVENANT QUI PRÉSENTE LE CAS DOIT ÊTRE PRÊT À PARTAGER SES EXPÉRIENCES PERSONNELLES AINSI QUE LES RÉACTIONS ET LES ÉMOTIONS VÉCUES AU COURS DE SON TRAVAIL AVEC CES CLIENTS.

Ce partenariat a été exponentiel dans son effet positif sur le travail accompli aux Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw envers nos clients ayant un TPL et sur le soutien à nos intervenants. Il donne l'opportunité de discuter de problèmes cliniques dans un environnement informel par le biais de dialogues ouverts, mettant l'accent non seulement sur la théorie, mais sur la présentation concrète de cas spécifiques et des difficultés qui surgissent quotidiennement dans le domaine de la protection de la jeunesse. Finalement, ce partenariat s'inscrit parfaitement à l'intérieur des orientations interdisciplinaires que Batshaw préconise dans sa recherche d'une intervention globale qui vise à répondre aux besoins multidimensionnels et complexes de la clientèle nécessitant l'apport indispensable de différents partenaires. Nous avons eu de la chance de pouvoir profiter de ces consultations et espérons que cela se poursuivra dans les années à venir.

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

## UNE ACTIVITÉ DE GROUPE CONÇUE POUR LES PARENTS AYANT UN TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE : «MOI ET MON ENFANT» - VOLET PARENTS

*Lise Laporte, Linda Ounis et Isabelle Laviolette*

Devant l'ampleur de la problématique du TPL chez les parents des usagers du CJM-IU et considérant les conséquences possibles pour les enfants ainsi que les difficultés de l'intervention, il apparaissait clair et pertinent que des mesures d'intervention spécifiques soient développées afin d'outiller davantage les intervenants et d'offrir une aide adaptée à ces parents vulnérables et en détresse. Pour cette raison, le CJM-IU et l'équipe du Programme adulte des troubles relationnels et de la personnalité de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) se sont associés afin de mettre sur pied une intervention de groupe pour parents ayant un TPL. Le développement de ce groupe s'est appuyé sur l'état des connaissances et sur les meilleures pratiques dans le domaine des troubles de la personnalité, tout en tenant compte du contexte particulier de service rendu en protection de la jeunesse. Deux articles de Défi jeunesse décrivent en détail le développement du programme ainsi que la description des groupes (Laporte, Ounis, Laviolette, Cherrier, et Lavoie, 2012; Ounis et Laporte, 2011). Ce programme développé en complémentarité de ceux existants au CJM-IU est en place depuis 2011 et sept groupes ont été offerts aux parents du CJM-IU durant ces trois années.

Le programme « MOI et mon enfant » est une activité de groupe s'adressant aux parents ayant un diagnostic de TPL, des traits de personnalité limite ou une impression clinique validée - par le consultant- de trouble de personnalité limite et dont les enfants, âgés de 3 à 12 ans sont suivis par le CJM-IU. Ce programme propose aux mères et aux pères un groupe éducatif et interactif où ils peuvent s'exprimer en toute confiance et prendre un temps d'arrêt pour s'occuper d'eux. Le groupe est donc un lieu d'expression et une occasion d'apprentissage et de partage entre parents vivant des réalités similaires. Le nom donné au programme veut exprimer

aux parents qui pourraient être intéressés à participer aux groupes que l'on va se préoccuper d'eux, et pas uniquement de leur enfant.

L'objectif général du projet est d'amener le parent ayant un TPL à verbaliser sur sa situation et à développer une meilleure compréhension de ses difficultés et de l'impact de celles-ci sur son enfant. Plus particulièrement, les objectifs de ces rencontres de groupe sont a) d'aider les parents à comprendre que les comportements qu'ils adoptent ont un impact sur leurs enfants; b) de permettre aux parents de mieux reconnaître le vécu et l'individualité de leurs enfants par l'observation et la mentalisation; c) de développer une sensibilité parentale en identifiant certaines cognitions et émotions et questionner les comportements qui interfèrent avec l'exercice du rôle parental; d) de créer une alliance positive avec les animateurs. Cet objectif s'appuie sur les connaissances suggérant que les changements se produisent essentiellement à travers l'expérience positive d'une alliance thérapeutique chez les personnes ayant un TPL (Linehan, 1993).

Le projet comprend également un soutien direct offert aux intervenants chargés du suivi de la famille afin de leur fournir des outils d'intervention pour consolider les apprentissages des parents. Ainsi, les intervenants référents peuvent profiter d'une rencontre d'information en amont du groupe, des capsules d'information envoyées chaque semaine et d'une rencontre bilan avec l'animateur, le parent et son intervenant. Cette rencontre est axée sur les progrès et les compétences développés par le parent durant sa participation au groupe.

Suite aux ateliers « MOI et mon enfant », les parents participants ont confirmé qu'ils se sont sentis validés dans leur rôle parental, qu'ils ont appris à mieux

---

**LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE**


---

observer leurs enfants, qu'ils ont pris conscience que leurs actions ont une influence sur la relation avec leurs enfants. Ils ont aussi reconnu que le contenu des groupes ainsi que les discussions, les exercices et les devoirs ont été utiles, qu'ils se sentent parfois davantage prêts à chercher de l'aide pour eux-mêmes, mais aussi qu'ils en veulent davantage.

L'encadré 9 présente le message qu'une intervenante a fait parvenir à une des coanimatrices du groupe pour témoigner du changement chez une maman qui a participé à « MOI et mon enfant ».

**Encadré 9**  
**DES NOUVELLES DE LA MAMAN DE LA PETITE ROSALIE\***

Je souhaitais te dire qu'hier j'ai repris les rencontres avec la maman de Rosalie qui a participé au groupe « MOI et mon enfant ». Il m'est apparu évident qu'il y a des changements observables et « entendables » dans la dynamique mère/enfant.

Vraiment!

Entends-tu mon enthousiasme?

La fillette a été capable de s'occuper seule pendant notre discussion... une première... et madame me donne spontanément un exemple où pendant qu'elle faisait une sortie avec sa fille, elle pouvait à la fois parler de ce qu'elle vivait et nommer au moins un besoin exprimé par sa fille et différent du sien... une première là encore... et elle se demande quoi faire pour en tenir compte!!!

Elle a fait d'elle-même la démarche au CLSC pour donner suite à sa participation au groupe.

Le climat est différent.

Je sais qu'il n'y a rien de magique et tout n'est pas rose, mais c'est clair que des pas ont été faits!

Merci de votre aide,  
Intervenante, CJM-IU

*\* Il s'agit d'un nom fictif*

---

## ET POUR LES ENFANTS ?

### « MOI ET MON ENFANT » - VOLET ENFANTS

---

*Clémence Pentecôte*

---

Riche de l'expérience novatrice avec le programme « MOI et mon enfant », destiné aux parents ayant un TPL, développé et bonifié au cours des trois dernières années, le CJM-IU s'est donné comme objectif d'inclure les enfants dans ce programme et de travailler plus directement la relation parent-enfant.

En effet, les intervenants à l'application des mesures expriment régulièrement leurs préoccupations à l'égard

des enfants de parents ayant un TPL. Il semble être difficile d'évaluer et de faire la preuve de l'impact du trouble de santé mentale du parent sur l'enfant et aussi d'évoquer, avec les enfants, le trouble du parent et ses effets. Par ailleurs, les conséquences au niveau du développement pour les enfants qui ont un parent ayant un TPL sont importantes. Il apparaissait donc souhaitable de développer des ateliers destinés aux enfants, comprenant aussi un volet dédié à la dyade parent-enfant, en

---

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

---

complémentarité au programme « MOI et mon enfant ». Pour ce faire, un groupe de travail se réunit, depuis plusieurs mois, pour développer ce nouveau volet du programme pour ces enfants.

### UN PROJET INÉDIT

---

Ce complément au programme propose de développer des rencontres de soutien en groupe pour les enfants dont les parents présentent un TPL ou des traits de personnalité limite. L'objectif principal est de créer un espace qui leur soit dédié pour les aider à comprendre le côté imprévisible des réactions de leur parent. Il s'agit de leur offrir un lieu où leur vécu et leurs difficultés peuvent être entendus et compris. Le but est aussi de mieux outiller l'enfant dans la relation avec son parent en travaillant à partir des émotions ressenties. Le fait de partager ce vécu en groupe d'enfants pourrait aussi leur permettre de se sentir moins seuls.

Nous souhaitons que les parents et les enfants abordent leurs difficultés avec leurs pairs respectifs, afin que des liens soient créés entre les deux groupes à travers les sujets abordés dans les ateliers et lors des devoirs à réaliser ensemble à la maison. L'idée est de ne pas créer de ruptures, de clivage, mais au contraire de promouvoir la continuité, et ce au cœur même de la relation parent-enfant.

Pour ce faire, il a été déterminé que le groupe pour les enfants se déroulerait en parallèle à celui des parents, déjà existant, sur une période de quatre semaines. Le groupe actuel à destination des parents se déroule sur dix semaines. L'idée de ne pas consacrer plus d'ateliers aux enfants est double. Du côté des parents, cela répond à leur besoin d'avoir toute l'attention et évite de mettre les deux groupes en concurrence. Pour les enfants, cela permet d'alléger leur sentiment d'être responsables du problème. De plus, à l'âge scolaire, l'enfant a une capacité d'absorption moindre au sens où il lui est plus difficile de creuser les enjeux et d'utiliser l'abstraction. Un groupe de 4 semaines est une période de temps respectueuse de leur niveau de développement intellectuel, cognitif et émotif. Enfin, nous formulons l'hypothèse que les enfants sont moins cristallisés dans leur fonctionnement et qu'ils devraient donc pouvoir évoluer en moins de temps que leurs parents.

Ce ne sont pas les enfants le problème, ni même le parent, mais bien les stratégies relationnelles adoptées en lien avec le trouble de personnalité limite. Ainsi,

l'objectif sous-jacent du programme est d'amener le parent et l'enfant à se rencontrer et se redécouvrir tels qu'ils sont. Il s'agit d'apprendre à se décoller, se défusionner en découvrant leurs différences et en apprenant à établir une relation à l'autre, dans le respect de ce que vit et ressent l'autre, qui peut être différent de ce que l'on ressent. Le but est de les accompagner à aller l'un vers l'autre et à comprendre la réalité et le vécu de l'autre. L'objectif est aussi de conscientiser le parent au sujet de l'impact de ses difficultés sur son enfant et de déresponsabiliser l'enfant par rapport au vécu de son parent.

Au terme du groupe, un travail sur la dyade est proposé par le biais de l'intervention relationnelle (IR) afin de consolider les connaissances acquises en groupe et de les travailler de manière individualisée, en lien avec les motifs de compromission et les objectifs de l'intervention en protection de la jeunesse.

Le programme se compose ainsi d'un groupe destiné aux parents seuls, tel qu'il existe depuis 2011, sur dix semaines, et d'un groupe destiné aux enfants seuls qui se déroulerait en parallèle, sur quatre semaines. Un second temps est consacré à la dyade parent-enfant à l'issue de ces deux groupes, par une intervention relationnelle, pour soutenir le parent dans le processus de développement de la régulation affective de son enfant.

### QUEL EST LE CONTENU DES ATELIERS ET L'ORGANISATION DU PROGRAMME DESTINÉ AUX ENFANTS ?

---

L'ensemble des rencontres consacrées au groupe des enfants a pour thème la sensibilisation et la reconnaissance des émotions (aspects et manifestations physiques, neurosensoriels et comportementaux). Tout au long du groupe, l'intervention se basera sur la régulation affective, prémisses de base à l'émergence de leur capacités de mentalisation.

La reconnaissance et la gestion des émotions sont essentielles pour ces enfants afin de parvenir à les identifier, à en prendre conscience, à les nommer pour les mentaliser et réussir à les réguler à partir d'outils de neurosensorialité et des stratégies à explorer pour connaître celles qui leur conviennent le mieux. Le but est qu'ils apprennent à se calmer et à demander de l'aide.

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE



La mentalisation permet de mieux reconnaître ses émotions, ses besoins et affects, et réaliser que l'autre ne ressent pas forcément les mêmes choses. Le but est d'aider les enfants à percevoir les nuances de leurs émotions et celles des autres, afin d'être moins dans le clivage et de différencier ce qu'ils ressentent de ce que ressent leur parent.

En fin de programme, un atelier serait consacré à la mise en commun et au partage des expériences de chacun, parent et enfant, vécu dans chacun de leur groupe. Les mêmes thématiques seraient explorées pour que parents et enfants puissent comparer leurs visions et identifier les différences et les similitudes entre elles. L'objectif sous-jacent est de permettre au parent et à l'enfant de vivre une expérience positive et de travailler la relation. Nous faisons le pari que l'offre d'intervention relationnelle et/ou la poursuite du travail au sein du suivi avec l'intervenant au dossier devraient en être facilitées par l'expérience positive vécue distinctement au sein des groupes et partagée lors du dernier atelier.

### POUR QUELLE CLIENTÈLE D'ENFANTS?

Le projet s'adresse aux enfants âgés de 6 à 12 ans dont le parent participe pour la première fois au programme « MOI et mon enfant » pour que les groupes puissent se dérouler en parallèle, avec un bilan commun. Les résultats de recherche montrent que plus l'enfant est jeune, plus les résultats sont significatifs. Les enfants âgés de 6 à 12 ans sont aussi dans une tranche d'âge où l'offre de service est moins importante que pour les plus petits au CJM-IU. Ils sont, par ailleurs, plus faciles à mobiliser dans l'échange et les activités.

De plus, afin de travailler la relation parent-enfant et compte tenu qu'une partie du travail doit se faire à la maison entre chaque atelier, les enfants doivent avoir des contacts minimaux avec leur parent ayant un TPL, ce qui exclut les situations où les contacts parent-enfant doivent être supervisés.

### L'IMPLICATION DES INTERVENANTS CHARGÉS DU SUIVI DE CES FAMILLES

L'intervenant de suivi est essentiel au succès de ce programme, c'est pourquoi il est mis à contribution tout au long du processus. Le projet comprend du soutien offert aux intervenants pour travailler avec le parent en lien avec les motifs de compromission, travailler auprès de l'enfant afin de soutenir son développement, et travailler la relation parent-enfant, en ne restant pas seul face à une relation dysfonctionnelle conduisant souvent à des situations d'épuisement professionnel. Une partie du programme « MOI et mon enfant » consiste à travailler la relation parent-intervenant et la collaboration en lien avec les objectifs d'intervention en contexte d'autorité, afin de mieux outiller l'intervenant dans ces situations souvent complexes et conflictuelles.

Avec le développement du programme, l'intervenant de suivi sera impliqué dans les activités suivantes :

- Rencontre pré-groupe : des éléments de théorie sur le TPL et des conseils pour l'intervention auprès de ces parents seront présentés. L'accent est mis sur les défis particuliers que rencontrent ces parents dans l'exercice de leur rôle parental. Tout au long de la programmation, des capsules sont transmises par courriel chaque semaine, résumant le contenu et le déroulement des ateliers destinés aux parents et destinés aux enfants.
- Rencontre post-groupe avec le parent et l'animateur du groupe : un bilan est effectué afin d'assurer une meilleure collaboration intervenant-parent et de définir les axes du travail à poursuivre au-delà de la programmation.
- Rencontre d'observation de la dyade avec les animateurs du groupe ou lors de l'intervention relationnelle parent-enfant.

Les intervenants peuvent profiter en tout temps de l'appui du consultant clinique de son équipe. De plus, ils peuvent solliciter le soutien des consultations offertes par l'équipe de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Ces propositions pourraient leur permettre de bénéficier d'un ensemble de services et d'outils visant à mieux comprendre et intervenir auprès des familles aux prises avec des difficultés relationnelles majeures. Finalement, être mieux formé et outillé

---

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

---

pourrait contribuer à éviter les ruptures dans le cadre du suivi, l'intervenant, le parent et l'enfant formant davantage une « équipe ».

### UN PROJET DE COCONSTRUCTION CLINICO-SCIENTIFIQUE

---

Le projet «MOI et mon enfant» - volet enfants est une association entre la clinique et la recherche comme

pour tous les projets conduits par le Centre d'expertise sur la maltraitance du CJM-IU. Ces deux dimensions sont impliquées de la conception du programme jusqu'à son évaluation. Ce projet, né du besoin du terrain et soutenu par la recherche, suscite beaucoup d'intérêt de la part de partenaires du réseau de la santé et ailleurs au Québec. Aucun groupe de ce type n'existe ailleurs, ce qui permettra un rayonnement intéressant.

---

## IMPLANTATION DE « MOI ET MON ENFANT » EN CSSS : UNE EXPÉRIENCE CONCLUANTE

---

*Laurence Starnino* ET *Carolyne Cianci*

---

S'inscrivant dans le cadre d'un projet de maîtrise en service social, une activité de groupe pour des parents ayant un trouble ou des traits de personnalité limite a été mise en place au CSSS du Cœur-de-l'Île (CSSS-CDI) en 2013. Cette activité constituait une adaptation pour une clientèle CSSS de l'intervention de groupe « MOI et mon enfant » - volet parents (Laporte, Ounis, Laviolette, Cherrier, et Lavoie, 2012).

### LES PARTICIPANTS

---

Neuf parents ont participé à l'ensemble de l'intervention de groupe, soit sept femmes et deux hommes, dont deux couples. Cinq des participants recevaient un suivi individuel ou de couple en plus des services reçus pour leur enfant. Un seul parent avait un diagnostic de TPL avéré. Les participants présentaient toutefois des difficultés relationnelles importantes avec leur enfant et des difficultés de gestion des émotions à différents degrés; des problèmes d'impulsivité, de gestion de la colère, de relation fusionnelle, d'idéations et de tentatives suicidaires, etc. Leurs enfants recevaient tous des services au CSSS-CDI et ils étaient également membres d'une fratrie âgée entre 4 et 21 ans.

Les parents du CSSS-CDI ne faisaient pas l'objet d'un signalement au directeur de la protection de la jeunesse

(DPJ), bien que cela avait déjà été le cas pour certains d'entre eux. Un adolescent était placé sous la Loi des SSSS. Les participants étaient tous sur le marché du travail sauf une mère. Il est possible que les participants recrutés au CSSS-CDI aient un statut socio-économique légèrement plus élevé que ceux ayant participé aux groupes de parents du CJM-IU.

### LES RENCONTRES

---

Les rencontres se sont bien déroulées et les parents se sont rapidement investis dans le groupe. Plusieurs d'entre eux ont remis en question deux rencontres: la conscience de soi et de mon enfant et la gestion des émotions. Par exemple, ils suggéraient qu'un groupe pour enfants/adolescents serait une meilleure solution qu'un groupe de parents. Ainsi, certains éléments amenés par les parents nous suggèrent que le processus de réflexion et de remise en question de soi fait réagir. Certains parents croyaient préférable d'expliquer les difficultés comportementales de leur enfant par des facteurs intrinsèques (ex. : diagnostic) ou extrinsèques (école, intervenants, DPJ, etc.). Le fait de s'observer et de réfléchir sur sa propre contribution dans les difficultés de son enfant pouvait être très confrontant pour certains parents. La pertinence du groupe pour certains a été soulevée par les animatrices, mais il

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

apparaît que les réactions de ces parents étaient plutôt une manière de tester le cadre de l'intervention. Un seul thème du groupe initial de « MOI et mon enfant » s'est avéré moins pertinent pour le groupe du CSSS-CDI, soit celui de la relation avec l'intervenant. Il est possible que celui-ci soit moins pertinent en CSSS parce que la relation parent-intervenant se déroule dans un cadre volontaire. Ce thème pourrait néanmoins être maintenu sous une autre forme, car les parents relaient des insatisfactions dans plusieurs de leurs relations interpersonnelles (intervenant, professeur, directeur d'école, ex-conjoint, etc.).

### ÉVALUATION DES CHANGEMENTS CHEZ LES PARENTS

Avant et après le programme, les parents ont complété l'Inventaire de stress parental – forme brève (ISP-FB) (Abidin, 1990) pour mesurer leur niveau de stress parental ainsi que l'Index de détresse psychologique (IDP) (Ilfeld, 1978 dans Prévile, Boyer, Portvin, Perreault et Légaré, 1992). Le niveau de stress parental de tous les participants était très élevé au prétest, ce qui indiquait qu'ils profiteraient d'un suivi professionnel. Rappelons que ces parents et leurs enfants recevaient déjà différents types de suivi. Sept d'entre eux avaient obtenu un score de détresse psychologique au-dessus du seuil clinique, témoignant de leurs difficultés psychologiques personnelles en plus des difficultés vécues avec leur enfant. Ces résultats concordent avec les propos recueillis à la rencontre pré-groupe, où plusieurs parents se disaient épuisés et découragés face aux difficultés de leur enfant, mais aussi face à leurs différentes difficultés professionnelles, conjugales et sociales.

### COHÉSION DE GROUPE

Malgré les quelques résistances observées, une cohésion de groupe s'est tranquillement formée pour apparaître plus clairement lors de la 7<sup>e</sup> rencontre. À l'instar de Laporte et coll. (2012) et de Linehan (2000), nous croyons que la période de pause-café et la collation offerte sont des éléments qui ont contribué au développement de cette cohésion. Au fil des rencontres, les parents se sont ouverts sur leur situation personnelle et familiale, ont émis des opinions et proposé leurs idées. Les parents se sentaient ainsi de plus en plus confortables pour aborder des sujets personnels, dont leur propre enfance. Leur participation au groupe leur a permis de mieux identifier leur responsabilité dans les

difficultés de leur enfant. Au fur et à mesure, les parents regardaient moins les comportements factuels de leur enfant et davantage ce que ces comportements leur faisaient ressentir. Ils parvenaient ainsi à identifier l'impact de leur état émotif sur les réactions de leur enfant. Incidemment, les participants semblaient davantage s'appuyer les uns sur les autres, se faire confiance et se soutenir lorsqu'ils essayaient de nouveaux comportements auprès de leur enfant. Ils échangeaient plus entre eux et moins directement avec les intervenants. Les parents apparaissaient plus ouverts à recevoir des commentaires sans les vivre comme des attaques. De plus, vers la fin, certains participants ont dit déplorer que les rencontres se terminent.

### PERTINENCE DU GROUPE POUR LES PARENTS D'ENFANTS DE TOUT ÂGE

Le groupe du CSSS-CDI visait les parents d'enfants âgés de 8 à 17 ans. Puisque le groupe d'âge n'était pas le même qu'au CJM-IU, le contenu a été révisé et des exemples adaptés à la réalité des adolescents ont été ajoutés. Par exemple, les parents ont pu visionner un extrait vidéo montrant la réalité d'une jeune fille et de ses premiers amours. Les parents semblaient avoir été en mesure de « dépasser la description des faits pour évoquer les émotions provoquées par les événements ». (Turcotte et Lindsay, 2008, p. 109) Ainsi, les parents se sont rendu compte que les comportements de leurs enfants, quel que soit leur âge, leur font vivre des émotions similaires et ont pris conscience qu'ils ont un rôle important à jouer dans la relation qu'ils veulent avoir avec leurs enfants. Bien que le programme visait les enfants âgés de 8 ans et plus, celui-ci semble aussi s'être avéré pertinent pour les plus jeunes enfants des parents du groupe.

### RÉSULTATS ET IMPACTS

Selon les résultats obtenus aux deux questionnaires le programme « MOI et mon enfant » semble avoir été bénéfique pour les parents y ayant participé. En effet, une majorité d'entre eux ont obtenu des scores plus faibles au posttest, démontrant moins de détresse psychologique et moins de stress parental. Une mère s'est démarquée des autres par un score plus élevé à l'IDP à la fin du programme, suggérant une augmentation de sa détresse psychologique. Cependant, lorsqu'on regarde attentivement l'histoire de cette mère, il se peut qu'elle ait fait preuve de déni, minimisant ses difficultés et celles de son enfant au début

---

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

---

du programme. Il semble donc que le groupe lui ait permis de reconnaître davantage ses difficultés, et de les nommer.

### APPRÉCIATION

---

Les réponses obtenues au questionnaire d'appréciation globale montrent que tous les parents ont trouvé utiles le contenu des séances, les discussions de groupe, les exercices de groupe et ceux à faire à la maison. Ils ont par contre précisé qu'il n'y avait pas assez de temps pour la discussion; une mère a suggéré que les rencontres durent 30 minutes de plus. Les deux tiers des parents auraient aimé continuer à avoir ce genre de rencontres. Les parents ont l'impression qu'ils ont tiré des bénéfices du programme « MOI et mon enfant » et leur sentiment général à l'égard du groupe est positif.

Bien que de nombreuses difficultés soient toujours présentes, les parents ont affirmé en rencontre post-groupe que le programme les avait généralement aidés, notamment à accepter et à relativiser leur situation personnelle et familiale. Certains parents ayant déjà participé à d'autres groupes ont mentionné que le programme leur a servi de rappel, et qu'ils n'ont pas eu l'impression d'avoir appris de nouveaux éléments. D'autres parents soulignaient que le programme les a

aidés à normaliser leur situation grâce aux échanges avec les autres parents et à prendre conscience de leur rôle dans les difficultés que vivent leurs enfants. Quelques parents ont aussi parlé de l'impact positif du groupe sur leur relation de couple.

### CONCLUSION ET OBSTACLES

---

Ce projet pilote d'implantation du groupe « MOI et mon enfant » en milieu CSSS a nécessité la revue du contenu de chaque séance afin de bien cibler la réalité des parents du CSSS-CDI, car cette clientèle est différente de celle du CJM-IU. Ainsi, bien que le groupe « MOI et mon enfant » ait été développé pour des familles sous la responsabilité du DPJ, des parents d'enfants plus jeunes et de statut socio-économique différent, le groupe a été un apport important pour les parents participants. La pertinence en milieu CSSS d'un groupe pour des parents ayant un trouble ou des traits de personnalité limite a été démontrée. Quelques obstacles au recrutement ont cependant été observés, soit une difficulté d'accès à un service de gardiennage, un manque de temps des intervenants référents, ainsi que l'absence d'une personne de référence pour valider l'impression clinique de TPL. Autant d'obstacles qui, une fois surmontés, permettraient un meilleur accès au groupe pour les parents ayant les plus grands besoins.

---

## TRANSFORMER L'OFFRE DE SERVICE DES JEUNES 12-25 ANS QUI SOUFFRENT DE TROUBLES DE SANTÉ MENTALE : LE PROJET ACCESS<sup>3</sup>

*Lise Laporte*

---

Pour les cinq prochaines années, le CJM-IU collaborera à un important projet visant à soutenir la transformation de l'offre de services en santé mentale pour les jeunes âgés de 12 à 25 ans qui souffrent de troubles mentaux.

Ce projet pancanadien de 25 M\$ sur cinq ans est financé conjointement par les Instituts de Recherche en Santé du Canada et par la Fondation Graham Boeckh. Il est dirigé par le docteur Ashok Malla, chercheur de

---

<sup>3</sup> ACCESS : Acronyme en anglais pour des services en santé mentale dédiés aux adolescents/jeunes adultes, pilotés par la communauté et basés sur l'intervention précoce, la résilience et la non-stigmatisation.

---

## LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

---

renommée internationale œuvrant dans les domaines de l'intervention précoce pour les jeunes souffrant de maladies mentales, en collaboration avec de nombreux partenaires du Québec et plus largement du Canada. La grande expérience de cette équipe et des partenaires qui forment le réseau ACCESS ainsi que les valeurs qui guident les transformations proposées nous font espérer que l'amélioration de l'aide apportée aux jeunes et à leur famille pour accéder à des services de qualité se réalisera.

La transformation proposée par le projet ACCESS vise tout d'abord l'identification de plus de jeunes nécessitant des soins en santé mentale, et ce le plus rapidement possible grâce à une détection précoce, à un soutien social, à l'instauration de plusieurs portails d'entrée, à l'adoption de systèmes de référence ouverts (incluant l'autoréférence) et à la rapidité de la réponse. L'autre objectif du projet est d'offrir aux jeunes des soins adaptés à la sévérité et à la phase de leur problème de santé mentale tout en respectant les principes d'autonomie et de prise de décision partagée. L'évaluation des besoins et l'offre de soins et de services se feront dans un cadre convivial pour les jeunes, suivant un modèle valorisant les forces personnelles des jeunes et des familles tout en les engageant à tous les niveaux afin de réduire la stigmatisation. Enfin, en respectant la multiplicité et l'extrême diversité des jeunes Canadiens qui ont des besoins en santé mentale, ACCESS s'intéressera à ceux qui sont particulièrement négligés par le système de soins actuel. Ceux-ci jouiront d'une attention particulière au sein du projet (jeunes autochtones, immigrants, réfugiés, minorités visibles, jeunes à risque d'itinérance, jeunes encadrés par le système pénal et jeunes sous la responsabilité des services de protection de la jeunesse). Finalement, ACCESS démontrera par la recherche et l'évaluation la faisabilité d'une transformation des services et des soins ajustée aux besoins de ces groupes de jeunes.

Le CJM-IU est très préoccupé par les défis de la détection de troubles mentaux chez les jeunes sous la responsabilité des centres jeunesse et par le besoin de leur offrir les services les plus pertinents et les mieux adaptés à leurs besoins dans un délai acceptable. Ainsi, le CJM-IU a appuyé avec enthousiasme ce projet qui aura lieu dans deux CSSS (de la Montagne et Dorval-Lasalle-Lachine), et auquel plusieurs membres de son organisation ont contribué. Lise Laporte, chercheur senior au CJM-IU, a collaboré activement à bâtir une composante de ce dossier, notamment sous l'angle des jeunes ayant un trouble de personnalité limite. Martine Jacob a travaillé à assurer que la réalité des jeunes sous la protection des centres jeunesse qui ont des problèmes de santé mentale y soit bien représentée. Enfin, Lyne Desrosiers, chercheuse nouvellement associée au CJM-IU, a participé au projet en suggérant des pratiques de pointe dans la formation des intervenants sur les troubles de la personnalité.

Ce projet contribuera à transformer l'offre de service offert et obtenu par les nombreux jeunes en centres jeunesse qui souffrent de troubles mentaux en promouvant un savoir-faire et en développant des ressources mieux adaptées à leurs difficultés.



# RÉFÉRENCES CHOISIES

## ADOLESCENTS AVEC TPL

- Chanen, A.M. et L.K. McCutcheon (2008).** Engaging and managing an unwilling or aggressive young person, *Medicine Today*, 9(6), 81-83.
- Desrosiers, L. (2013).** *Modèle de l'engagement et de l'abandon de traitement de l'adolescent avec trouble de personnalité limite*, thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal, Québec.
- Kernberg, P.F., Weiner, A.S. et K.K. Bardenstein (2000).** *Personality Disorders in Children and Adolescents*, New York, Basic Book.
- Miller, A.L., Muehlenkamp, J.J. et C.M. Jacobson (2008).** Fact or fiction: diagnosing borderline personality disorder in adolescents, *Clinical Psychology Rev*, 28(6), 969-981.
- Zeiger, R.B. (1991).** Staff Reactions in Treating Adolescents with Borderline Disturbances in a Residential Setting, *Residential Treatment for Children & Youth*, 8 (1), 23-39.

## ATTACHEMENT

- Agrawal, H., Gunderson, J., Holmes, B. et K. Lyons-Ruth (2004).** Attachment studies with borderline patients: A review, *Harvard Review of Psychiatry*, 12(2), 94-104.
- Girard, L. et Delisle, G. (2012).** *La psychothérapie du lien : Genèse et continuité*. Montréal: Les éditions du CIG.
- Kaiser, D. et S. Deaver (2009).** Assessing attachment with the bird's nest drawing: A review of research, *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 26(1), 26-33.
- Sheller, S. (2007).** Understanding insecure attachment: A study using children's bird nest imagery, *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 24(3), 119-127.
- Trewartha, S. (2004).** *Attachment strategies of adolescents in foster care: Indicators and implications*, Master's thesis, Eastern Virginia Medical School, Norfolk.

## INTERVENANTS

- Bessette, M. (2010).** Psychothérapie des troubles de la personnalité: quand l'impasse n'est pas du côté du client, *Santé mentale au Québec*, vol. 35, no 2, 87-116.
- Bouchardeau, S. (2010).** Impasses et opportunités dans le traitement des personnes souffrant d'un trouble de la personnalité limite, *Santé mentale au Québec*, vol. 35, no 2, 61-85.
- Gunderson, J. (1996).** The borderline patient's intolerance of aloneness: Insecure attachments and therapist availability, *American Journal of Psychiatry*, 153, 752-758.

## PARENTS AVEC TPL

- Friedland, N. et L. Laporte (2014).** *Seeing eye-to-eye: Creating an effective alliance with mothers with borderline personality disorder*, *In-The-Know*, Batshaw, Montreal, Québec.
- Laporte, L. et D. Fraser (2013).** *La maison des intempéries : Vivre avec un parent ayant un trouble de personnalité limite*, Québec, Éditions Midi trente.
- Marziali, E., Damianakis, T. et N. Trocmé (2003).** Nature and consequences of personality problems in maltreating caregivers, *Families in Society*, 84, 530-538.
- Neuman, C. (2012).** Impact of borderline personality disorder on parenting: Implications for child custody and visitation recommendations. *Journal of Child Custody*, 9(4), 233-249.
- Newman, L., et C. Stevenson (2008).** Issues in infant-parent psychotherapy with mothers with borderline personality disorder, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13, 505-514.
- Stepp, S., Whalen, D., Pilkonis, P., Hipwell, A. et M. Levine (2012).** Children of mothers with borderline personality disorder: Identifying parenting behaviours as potential targets for intervention, *Personality Disorders: Theory, Research & Treatment*, 3(1), 76-91.

## GUIDE DES MEILLEURES PRATIQUES

- American Psychiatric Association (2013).** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.), Arlington, VA, American Psychiatric Publishing.
- NHS - National Institute for Health and Clinical Excellence (2009).** *Borderline personality disorder: treatment and management*, NICE clinical guideline 78, Developed by the National Collaborating Centre for Mental Health, London, England.
- Guide de pratique pour le TPL (NHMRC, 2013)** (<http://www.clinicalguidelines.gov.au>)

## RÉGULATION AFFECTIVE

- Schore, A.N. (2008).** *La régulation affective et la réparation du Soi*, Montréal, Les éditions du CIG.
- Cozolino, L. (2012).** *La neuroscience de la psychothérapie : Guérir le cerveau social*, 2ième éd., Montréal, Les éditions du CIG.

## TRAITEMENT DU TPL

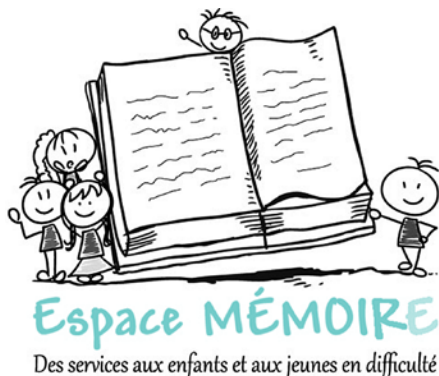
- Bateman, A. et P. Fonagy (2004).** *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*, Oxford University press, New York.
- Bleiberg, E. (2004).** *Treating Personality Disorders in Children and Adolescents: A Relational Approach*, New York, The Guilford Press.
- Lafleur, I., St-Onge, M., Rouleau, D., Tremblay, G. et E. Villeneuve (2004).** L'adaptation des services aux personnes ayant un trouble de personnalité limite : une nouvelle compréhension pour la faciliter? *Revue intervention*, no 121, 61-66.
- Linehan, M. (1993).** *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*, New York, Guilford Press.
- Rathus, J.H. et A.L. Miller (2002).** Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents, *Suicide Life Threatening Behaviors*, vol. 32, no 2, 146-157.

## TROUBLES MENTAUX EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

- Gaumont, C. (2010).** *Prévalence des problématiques de santé mentale chez la clientèle du Centre jeunesse de la Montérégie*, Centre jeunesse de la Montérégie, Québec, Québec.
- 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*, vol. 32, no 2, 97-114.
- Laporte, L., Ounis, L., Laviolette, I., Chierrier, J.-F. et S. Lavoie (2012).** Le programme Moi et mon enfant pour parents présentant un trouble de personnalité limite : un projet de collaboration réussi! *Défi jeunesse*, vol. 18, no 2, 4-13.
- Ounis, I. et L. Laporte (2011).** Les fondements du groupe psychoéducatif Moi et mon enfant pour parents ayant un trouble de personnalité limite, *Défi jeunesse*, vol. 17, no 3, 4-9.
- Perepletchikova, F., Ansell, E. et S. Axelrod (2012).** Borderline personality disorder features and history of childhood maltreatment in mothers involved with child protective services, *Child Maltreatment*, vol. 17, no 2, 182-190.



# RUBRIQUE ESPACE MÉMOIRE



## LANCEMENT DE L'ESPACE MÉMOIRE

Pierre Keable • ASSOCIATION DU PERSONNEL RETRAITÉ DU CJM (APRCJM)

Une nouvelle rubrique a commencé à paraître lors de la dernière édition de *Défi jeunesse*. Sous le titre d'*Espace Mémoire*, elle vise à mettre en lumière des éléments porteurs des travaux de l'association des retraités du CJM-IU portant sur l'histoire de l'intervention sociale et de réadaptation auprès de l'enfance et la jeunesse en difficulté, de 1930 à aujourd'hui.

Le 18 novembre dernier, environ 130 personnes se sont réunies à la salle Nadia pour marquer le lancement officiel d'Espace Mémoire, sous la présidence d'honneur de Monsieur André Melançon. Après un mot de bienvenue de Ghislain Bilodeau, président de l'association des retraités, Monsieur Potvin, directeur général du CJM-IU, nous a rappelé dans son allocution que la salle Nadia a reçu son nom en mémoire de Nadia Comaneci, reine des Jeux olympiques de 1976 pour ses résultats en gymnastique. Il est vrai que ce local était à cette époque la palestres du centre de réadaptation Carrefour des Jeunes. Il a ajouté que bien que le nom de la salle ne sera pas changé, par respect pour l'histoire, elle deviendra officiellement le lieu de l'Espace Mémoire.

Par la suite, Madame Mayer est venue présenter un survol des réalisations actuelles et à venir d'Espace Mémoire, puis Monsieur Melançon nous a partagé une réflexion touchante et inspirante sur le thème de la transmission des savoirs. Après un court extrait vidéo d'entrevue avec des bâtisseurs de notre réseau d'aide à l'enfance et à la jeunesse, deux panneaux ont été dévoilés. Le premier présente les grandes lignes de l'histoire des services sociaux et de réadaptation avant 1960, le deuxième retrace l'évolution des droits



De gauche à droite, Monsieur André Melançon (cinéaste et président d'honneur de l'association du personnel retraité du CJM-IU), Monsieur Jean-Marc Potvin (directeur général du CJM-IU) et Madame Micheline Mayer (membre de l'association du personnel retraité du CJM-IU) dévoilent les panneaux illustrant l'histoire des services sociaux et de réadaptation à Montréal.



De gauche à droite, Monsieur Jean-Marc Potvin, Monsieur André Melançon, Madame Micheline Mayer et Monsieur Ghislain Bilodeau, président de l'association du personnel retraité du CJM-IU.

# ● RUBRIQUE ESPACE MÉMOIRE

de l'enfant à travers le temps. Nous reproduisons ici des extraits de l'allocution de Madame Mayer et la version intégrale de celle de Monsieur Melançon.

## EXTRAIT DE L'ALLOCUTION DE MICHELINE MAYER, ASSOCIATION DU PERSONNEL RETRAITÉ DU CJM

Pour les retraités du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU), les travaux sur l'histoire des services sociaux et de réadaptation à Montréal visent plusieurs objectifs, entre autres: retracer les racines de l'aide apportée aux enfants et aux familles, dans le contexte multiculturel de Montréal, relater l'évolution à travers le temps des valeurs et des façons de percevoir les enfants, les familles et, en conséquence, les services à leur donner, de même que rendre hommage aux personnes qui ont œuvré, avec générosité et dévouement, dans la difficile entreprise de soulager la détresse.

Ce projet extrêmement emballant s'est vite révélé terriblement ambitieux. Pour le rendre réalisable, il a été découpé en portions. Dans un premier temps, on a distingué des périodes temporelles significatives: pour chaque période, sont décrits les caractéristiques du contexte social et politique, les valeurs mises de l'avant, les objectifs donnés aux services et l'organisation de ces services. On recueille aussi des témoignages d'acteurs (intervenants, gestionnaires, professionnels, usagers) qui peuvent illustrer les implications de la vie à chaque période.

Afin de rendre accessibles ces informations, un musée de la mémoire vivante est aujourd'hui créé en collaboration avec le CJM-IU. Cette grande salle de réunion servira de vitrine à tous ces contenus en voie d'élaboration.

On trouvera sur place des panneaux qui résument différents thèmes de l'histoire: deux panneaux sont déjà complétés. Le premier présente les grandes lignes de l'histoire des services sociaux et de réadaptation avant 1960. Le deuxième retrace l'évolution des droits de l'enfant à travers le temps. D'autres s'ajouteront au fil du temps.

De même, on peut consulter des tableaux décrivant l'organisation des services sociaux et de réadaptation à chaque période de l'histoire: les sources de leur

financement, leur allégeance religieuse et ethnique, leurs objectifs et leur clientèle. On peut aussi visionner des vidéos de témoignages de personnes impliquées dans l'un ou l'autre des pans de l'histoire. Toutes ces informations sont ou seront disponibles sur l'actuel emplacement de l'Espace Mémoire, mais seront aussi accessibles sur le site Web du CJM-IU.

Les travaux entrepris par les différents comités de travail des retraités ont permis de constater que l'histoire des services sociaux et de réadaptation provoque souvent des réactions ambivalentes.

En effet, à partir de notre vision d'aujourd'hui, on a tendance à porter des jugements critiques devant les valeurs promues à certaines époques et sur les objectifs donnés en conséquence aux interventions. On ne peut que déplorer, aussi, les retombées négatives, et même parfois tragiques, de certaines options.

Pourtant, malgré ses erreurs de parcours, cette histoire traduit une constante volonté d'aider les enfants et les jeunes en difficulté. Elle s'est toujours axée, pour tracer sa voie, sur les connaissances les plus récentes et les valeurs considérées les plus nobles de chaque époque. Elle s'est continuellement réorientée quand des connaissances, des valeurs, des perspectives nouvelles sont apparues.

Cette histoire raconte l'intervention sociale à Montréal. Elle offre le recul nécessaire pour situer l'action d'aujourd'hui, le chemin parcouru pour y arriver et les défis qui restent à relever. Elle permet aussi de reconnaître la contribution de tous ceux qui ont participé à cette longue recherche de la recette gagnante pour donner une deuxième chance aux enfants en détresse et aux jeunes qui ont mal tourné.

Bienvenue dans l'Espace Mémoire des services aux enfants et aux jeunes en difficulté.

## ALLOCUTION DE ANDRÉ MELANÇON, PRÉSIDENT D'HONNEUR

Lorsque Claude Bilodeau et Ghyslaine Bilodeau m'ont proposé, il y a quelques mois, de participer, à titre de président d'honneur, au lancement du musée Espace Mémoire, j'ai reçu cette surprenante invitation comme l'expression inattendue et tonifiante d'un retour au

## ● RUBRIQUE ESPACE MÉMOIRE

bercail. Ont refait surface, dans mon Espace Mémoire personnel, de nombreux souvenirs émouvants des années 60 : mes études en psychoéducation et mon travail à Boscoville.

Ce que j'ai appris au cours de ces cinq années, autant au niveau de ma formation académique que de mon travail auprès de jeunes, ce que j'ai appris et acquis m'a habité et nourri tout au long de mon parcours de cinéaste. Et ce que j'ai appris et acquis, je le dois en très grande partie aux hommes et aux femmes que j'ai côtoyés durant ces années; professeurs, tuteurs et confrères de travail. Je salue ici Gilles Gendreau, Guy Lapointe, Bernard Tessier, Jean-Paul Déom, Jean-Pierre Sénécal, André Poirier, Claude Bilodeau, Jean Ducharme, Jeannine Guindon, Hélène Leduc, Noël Mailloux, Charles Caouette, Pierre Gauthier...

L'Espace Mémoire est une des plus pertinentes façons de célébrer et d'explorer le parcours historique des services sociaux et de réadaptation. Il va assurer la vitalité et la constance de la transmission des savoirs et des expériences entre les aînés - les fondateurs, les défricheurs - et la relève. Cette transmission est capitale, quel que soit le domaine dans lequel nous œuvrons.

J'ai appris le métier de réalisateur de film à travers les relations que j'ai construites avec les pionniers de notre cinématographie. Ceux qui ont tracé les premiers sillons. Je salue ici Claude Jutra, Norman McLaren, Gilles Groulx, Michel Brault, Gilles Carle, Arthur Lamothe, Jean-Claude Labrecque, Francis Mankiewicz, Rock Demers... Ils m'ont nourri de leurs films et de leurs témoignages.

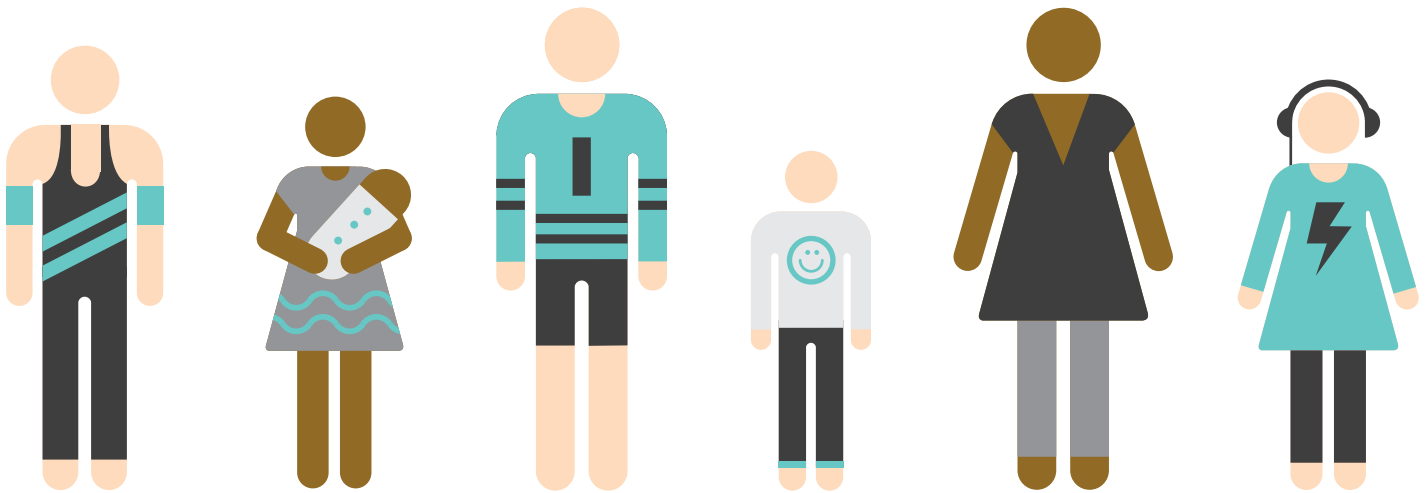
À partir d'aujourd'hui, le musée de l'Espace Mémoire va permettre et va soutenir ce qui est essentiel à la survie et au progrès du geste humain : la transmission. En favorisant le passage du relais. Comme dans cette épreuve sportive où chacun, après avoir fourni l'effort ultime, passe le relais à celui qui le suit. Comme s'il lui confiait l'exigeante et noble tâche de poursuivre l'aventure et de la mener encore plus loin. Un élément m'a toujours fasciné dans ce geste de passer le relais : l'objet que l'on remet au suivant a pour non un témoin.

Au début des années 60, Michel Brault et Pierre Perrault ont réalisé un documentaire exceptionnel et impérissable sur le quotidien des habitants de l'Île aux Coudres. Et ils ont donné à ce film un titre qui s'inscrit merveilleusement bien dans la nature et l'objectif de ce musée : POUR LA SUITE DU MONDE.

Longue et dynamique vie à Espace Mémoire.







Pour obtenir une information ou pour soumettre un article, veuillez vous adresser à :

**COMITÉ DE LA REVUE  
DÉFI JEUNESSE**

4675, rue Bélanger  
Montréal (Québec) H1T 1C2

Code de courrier interne: 40  
Téléphone: (514) 593-2118  
Télécopieur: (514) 593-2113

Courrier électronique:  
conseilmulti@cjm-iu.qc.ca

**COMITÉ DE LA REVUE**

Claude Boucher, Koffi Folly,  
Nadine Girouard, Pierre Keable,  
Josette Laframboise, Andrée Le Blanc,  
Clémence Lucile Pentecote,  
Mélanie Poitras, Geneviève Turcotte

**Rédactrice en chef**  
Geneviève Turcotte

**Graphisme  
et impression**  
David Bombardier,  
Patrick Hay

**Révision  
linguistique**  
Vicky Bouchard et  
Josette Laframboise

En mémoire de Michel St-Pierre,  
un homme profondément engagé,  
qui a beaucoup contribué à l'épanouis-  
sissement de la revue Défi jeunesse.

**DÉPÔT LÉGAL**

Bibliothèque  
et Archives Canada

Bibliothèque et  
Archives nationales  
du Québec

ISSN 1201-009-X

Avril 2015

Le Centre jeunesse  
de Montréal-Institut  
universitaire

La revue Défi jeunesse  
est indexée dans  
Repère.



Imprimé sur papier  
recyclé.

**POLITIQUE ÉDITORIALE**

Défi jeunesse est une revue professionnelle publiée par le conseil multidisciplinaire du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire à raison de trois numéros par année. La revue privilégie la publication d'articles portant sur les enjeux cliniques de la pratique auprès des enfants et des jeunes en difficulté et de leurs familles. Les objectifs visés par la publication sont les suivants : assurer la diffusion et la valorisation des connaissances issues tant de la recherche que de la pratique; faire connaître les pratiques prometteuses; permettre l'intégration des nouvelles orientations du CJM-IU; et faire valoir les expériences de partenariat. La revue publie des articles de fond (théorie, réflexions cliniques, analyses de pratique, résultats de recherches descriptives, épidémiologiques ou évaluatives et recensions d'écrits), des textes plus descriptifs portant sur des expériences professionnelles et diverses chroniques à contenu clinique.

**CONDITIONS ET CRITÈRES DE PUBLICATION :**

- Les opinions formulées dans les articles publiés par Défi jeunesse n'engagent que leurs auteurs.
- La soumission d'un texte original pour publication dans la revue *Défi jeunesse* implique la cession écrite des droits d'auteur au Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.
- Les autres conditions et critères de publication des articles sont décrits en détail sur le site internet du CJM-IU :  
[http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/cmulti\\_polit\\_edit.htm#criteres](http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/cmulti_polit_edit.htm#criteres)