

**PORTRAIT TRACÉ PAR DES PROFESSIONNELS D'ENFANTS ET
DE LEURS PARENTS PRÉSENTANT UN TROUBLE DE LA
PERSONNALITÉ LIMITE**
**PROFESSIONAL PORTRAIT OF CHILDREN AND THEIR PARENTS
WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER**

Nathalie Boucher and Colette Jourdan-Ionescu

Volume 39, Number 2, 2018

LES MEILLEURES PRATIQUES CLINIQUES PRÉCONISÉES DANS LE
SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN MATIÈRE DE
PROBLÉMATIQUES COMPORTEMENTALES
THE RECOMMENDED BEST CLINICAL PRACTICES IN THE HEALTH
AND SOCIAL SERVICES SECTOR REGARDING BEHAVIOURAL ISSUES

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1051222ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1051222ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue québécoise de psychologie

ISSN

2560-6530 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Boucher, N. & Jourdan-Ionescu, C. (2018). PORTRAIT TRACÉ PAR DES
PROFESSIONNELS D'ENFANTS ET DE LEURS PARENTS PRÉSENTANT UN
TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE. *Revue québécoise de psychologie*,
39(2), 65–92. <https://doi.org/10.7202/1051222ar>

Article abstract

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

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

PROFESSIONAL PORTRAIT OF CHILDREN AND THEIR PARENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Nathalie Boucher¹

Université du Québec à Trois-Rivières

Colette Jourdan-Ionescu

Université du Québec à Trois-Rivières

CONTEXTE THÉORIQUE

Attentes en matière de soins de santé en première ligne

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

Bien qu'un nombre important de ces personnes bénéficient de soins, peu d'études québécoises ont documenté le portrait des parents présentant un TPL et de leurs enfants rejoints par les programmes-services de jeunes en difficulté et de santé mentale jeunesse.

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

1. Adresse de correspondance : Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, C.P. 500, Trois-Rivières, QC, G9A 5H7. Courriel : nathalie.boucher1@uqtr.ca

Trouble de la personnalité limite

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

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

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

Trouble de la personnalité limite et parentalité

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

Avec leur nourrisson, ces mères seraient décrites comme étant généralement moins sensibles, moins structurées dans leurs interactions (Newman *et al.*, 2007) et moins aptes à réagir positivement aux signaux de détresse persistants (Kiel, Gratz, Moore, Lutzman et Tull, 2011). On estime qu'à travers le temps, ces enfants seraient plus à risque de développer un patron d'attachement insécurisant ou désorganisé (Lyons-Ruth, 2005; Newman et Stevenson 2008).

Le soutien au processus d'autonomisation et d'individualisation de l'enfant serait aussi un enjeu développemental difficile à gérer pour le parent. Toute tentative d'éloignement de l'enfant pourrait faire émerger un sentiment de vide, d'abandon et de rage (Guedeney et Guedeney, 2006). Enfin, on estime qu'au plan environnemental, les enfants de parents présentant un TPL risquent davantage d'être témoins et victimes de négligence et d'autres formes d'abus (Feldman *et al.*, 1995; Lamont, 2006; Laporte, 2007).

Parents ayant un trouble de la personnalité limite : impacts possibles pour le développement de l'enfant

Il apparaît que les impacts pour les enfants évoluant avec un parent ayant un TPL sont à considérer sérieusement. L'étude de Newman et ses collègues (2007) effectuée auprès de nourrissons ayant une mère présentant un TPL démontre qu'ils sont dans l'ensemble moins intéressés,

Portrait d'enfants et de leurs parents ayant un TPL

moins attentifs et moins désireux d'interagir avec leur mère. Les enfants présenteraient plus de problèmes d'ordre émotionnel et comportemental (Barnow, Spitzer, Grabe, Kessler et Freyberger, 2006).

Par l'entremise de l'étude du récit narratif à compléter (Macfie et Swan, 2009), des enfants âgés de 4 à 7 ans, de parents ayant un TPL, présentaient un plus grand renversement de rôle parent-enfant, plus de peur de l'abandon et ils avaient des représentations plus incongrues et honteuses de soi. Une plus grande confusion de frontières entre la fantaisie et la réalité était notée et on observait plus d'intrusion de thèmes traumatiques dans le récit.

Pour les enfants de parents présentant un TPL, la période de l'adolescence pourrait être vécue comme une période identificatoire complexe. Les adolescents auraient davantage tendances aux tentatives suicidaires (Barnow *et al.*, 2006) ainsi qu'à la dépression (Rouillon *et al.*, 2012).

De façon générale, les vulnérabilités génétiques et environnementales mettent ces enfants plus à risque de développer un trouble de santé mentale et plus particulièrement un TPL (Barnow *et al.*, 2013; Chanen, Berk et Thompson, 2016; Distel *et al.*, 2008).

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

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

Le Programme-services jeunes en difficulté du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) s'adresse aux jeunes de la petite enfance jusqu'à l'âge adulte qui présentent des difficultés développementales, sociales, des troubles de comportement ou à ceux dont la sécurité et le développement risquent d'être compromis (Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, 2013; Young, 2013). Les enfants qui manifestent des problèmes psychologiques importants – avec précocité, récurrence des troubles, haute intensité, plusieurs sphères de vie affectées

et peu d'amélioration avec les traitements habituels – sont, quant à eux, orientés vers le programme-services spécifique de l'équipe de santé mentale jeunesse (MSSS, 2005).

Selon les principes qui sous-tendent les mandats ministériels, les modalités de travail jeunesse doivent inclure l'enfant, les parents ainsi que les différents partenaires (centre de la petite-enfance, école, centre hospitalier, etc.). Les services systémiques doivent répondre à des standards d'accessibilité, de qualité, de continuité et d'efficience selon une hiérarchisation des soins requis (Gouvernement du Québec, 2007). La qualité des services doit transparaître dans la réalisation d'un plan d'intervention (PI) et d'un plan de services (PSI) que chaque professionnel doit réaliser avec l'enfant, ses parents et les différents partenaires impliqués en suivant cinq étapes définies (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2014; Lemay, 2014; Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport [MELS], 2008). Les professionnels ont également le mandat de procéder au retrait du milieu familial et au placement d'un enfant dans un milieu substitut lorsque la situation le requiert et lorsque les parents et l'enfant de plus de 14 ans sont volontaires (Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, 2014).

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

MÉTHODE

Participants

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

Démarche de mesures multiméthodes

Dans un premier temps, les 12 participants devaient identifier un enfant dont le parent présente un TPL avéré ou probable (qui répond aux critères diagnostiques du DSM-5 selon leur évaluation clinique). Le suivi

Portrait d'enfants et de leurs parents ayant un TPL

de cet enfant devait être actif ou terminé depuis moins de deux ans. Une fois l'enfant identifié, les participants devaient compléter le processus de recherche élaboré en fonction de trois étapes distinctes.

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

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

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

Une fois les trois étapes complétées, les premières analyses se sont centrées sur les données concernant les enfants, les parents et les participants, la durée, l'intensité des services ainsi que les différents partenaires impliqués dans la prestation de soins.

Les entrevues semi-structurées ont été enregistrées selon les normes d'éthique et les verbatim ont tous été transcrits par deux assistantes de recherche. La transcription a ensuite été transférée sur le logiciel d'analyse de données NVivo version 11. Le processus de classification des informations a été réalisé selon la méthode qualitative d'analyse thématique pour les entrevues semi-structurées (Paillé et

Mucchielli, 2016). Cette classification a été effectuée à la suite de plusieurs lectures des verbatim et de la définition de catégories principales. Le processus de catégorisation a subi plusieurs transformations avant d'arriver à la version qui fut présentée aux participants dans le questionnaire de validation des données de la troisième étape. Après cette dernière collecte de données, une nouvelle analyse a permis d'ajouter et de classer les informations obtenues au questionnaire de validation et de priorisation. Les données de recherches ont été révisées par un vérificateur externe indépendant.

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

RÉSULTATS

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

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

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

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

L'âge des 12 enfants ciblés (dont sept filles) par les participants se situe entre 9 et 17 ans ($M = 12,2$ ans). Au niveau familial, tous les enfants

Portrait d'enfants et de leurs parents ayant un TPL

Tableau 1

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

Âge	DX	Raisons de consultations et signes cliniques	Diagnostics, signes cliniques et antécédents des parents	Durée des services (mois)	Interventions	
					Enfant	Parent
9-12 ans	Aucun	Symptômes TDAH, anxiété, difficultés scolaires, vécu d'intimidation	TPL, TDAH, anxiopanique, symptômes dépressifs, maladie	0-12	21	25
	TDAH	Propos suicidaires, automutilation, hospitalisation	* TPL, abus sexuel, consommation	24-36	42	21
	Aucun	Négligence, violence des parents, propos suicidaires, difficultés scolaires	TP probable, difficultés psychologiques	12-24	45	**35
	TDAH	Placement, négligence, absentéisme	TPL (médecin), anxiolytique, antidépresseurs, traumas dans l'enfance	12-24	**59	60
	TDAH, Gilles de la Tourette Diagnostic invalidé ¹	* Angoisse, absentéisme scolaire, anxiété * Geste suicidaire, automutilation, hospitalisation, victime d'intimidation	* TPL paranoïa, traits narcissiques, abus * TPL, maladie, abus sexuel, trauma, gestes autodestructeurs, placement	12-24 12-24	**54 40	30 102
13 -17 ans	Aucun	Placements, trouble affectif, ruptures relationnelles, instabilité domiciliaire	* TPL polytraumatisée, consommation, geste autodestructeur, abus, placement, itinérance, maladie	12-24	125	40
	DX complexe ¹	Négligence, violence du parent. Troubles : attachement, oppositionnel, langage, difficultés scolaires	TP narcissique, trouble d'adaptation, humeur déprimée-anxieuse, abus, violence conjugale, itinérance, consommation	0-12	33	31

Tableau 1

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

Âge	DX	Raisons de consultations et signes cliniques	Diagnostics, signes cliniques et antécédents des parents	Durée des services (mois)	Interventions	
13-17 ans	TPL, TDAH	* Idéations suicidaires, abandon de la mère, problèmes d'attachement, difficultés scolaires	TP agressivité	12-24	29	29
	TPL, TDAH, dépression, STPT	* Placements, propos suicidaires et homicides, gestes d'automutilation, victime d'intimidation, difficultés scolaires	* TPL, dépression majeure, abus sexuel, consommation	Plus de 36 mois	223	35
	TPL	* Placements, comportements suicidaires, automutilation, négligence, exposition à de la violence conjugale, difficultés scolaires	TPL, consommation, maladie	24-36	211	20
	TPL, TDAH, dépression	* Placements, automutilation, gestes suicidaires, consommation, difficultés scolaires	*TPL, TDAH, abus sexuel, gestes autodestructeurs, placement	24-36	206	194

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

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

sauf un ont une fratrie ou une demi-fratrie. Parmi les enfants ciblés, huit ont reçu au moins un diagnostic. De ces 8 enfants diagnostiqués, quatre d'entre eux, âgés de 13 à 17 ans, ont reçu un diagnostic de TPL et trois d'entre eux étaient également traités pour un TDAH. Ce dernier diagnostic a été émis pour trois autres enfants dont un présentait également un syndrome Gilles de la Tourette. Un autre enfant du groupe présentait un trouble sévère du langage, un trouble de l'attachement et un trouble oppositionnel. Un enfant a reçu un diagnostic du syndrome Gilles de la Tourette, de TDAH et de trouble d'opposition avec agressivité, mais ce diagnostic a été invalidé par la suite. Au moment de la référence, dix enfants avaient reçu des services de différents professionnels (principaux

référents au service) et seuls deux enfants (9 et 10 ans) n'avaient eu aucun service antérieurement sauf celui d'un médecin traitant.

Référent et raison de consultation des enfants

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

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

Intensité et durée des services offerts

Un service est défini comme étant certains types d'interventions réalisées, soit une rencontre individuelle, une rencontre familiale, un contact téléphonique ou encore toutes démarches (accompagnement, discussion de cas, etc.) effectuées dans le cadre du suivi de l'enfant ou du parent. Les interventions peuvent donc avoir une intensité différente en fonction de l'action portée, par exemple une rencontre individuelle peut demander moins de temps qu'un accompagnement. Selon les participants, l'intensité de services est difficile à évaluer. La saisie statistique effectuée dans le cadre de leur travail ne rapporte pas fidèlement l'intensité offerte. Dans certaines situations, les normes informatiques de saisie statistique ne permettent pas de colliger plus d'une action professionnelle pour l'enfant ou le parent dans une journée, et ce, même si plusieurs actions ont été réalisées. Par exemple, pour le retrait familial d'un enfant, il peut y avoir bon nombre d'actions à poser (consultation téléphonique, accompagnement, etc.), mais seule une intervention peut être enregistrée. Des écarts peuvent donc être observés entre le nombre et le type d'interventions rapportés à la saisie statistique et celui colligé grâce aux notes évolutives contenues au dossier. L'analyse du dossier pourrait s'avérer un outil qui rapporte plus fidèlement le nombre d'actions professionnelles, l'intensité et le type de personnes présentes au moment de la dispensation des soins. Devant l'évidence que les données recueillies ne reflèteront qu'une réalité partielle des actions

professionnelles effectuées, une personne spécialisée a été mise à contribution pour fournir une assistance aux participants et obtenir une plus grande rigueur par rapport au nombre total de rencontres enregistrées dans le logiciel de saisie de données. Notons toutefois que malgré cette précaution les statistiques doivent être considérées davantage à titre indicatif. Enfin, puisque certains participants n'ont pas répondu à toutes les questions concernant le nombre ou les types d'interventions (rencontres, discussions téléphoniques et toutes autres actions professionnelles), le total est rapporté selon les répondants.

La durée totale des différents épisodes de services rendus par les participants se situait entre 0-12 mois ($n = 2$), 12-24 mois ($n = 6$), 24-36 mois ($n = 3$) et plus de 36 mois ($n = 1$). Pendant cette dispensation de soins par les participants, plusieurs jeunes ont connu une trajectoire de services considérable. Pour un adolescent ayant commencé un suivi à l'âge de 10 ans, plus de deux épisodes de services ont été offerts pour une durée totalisant plus de 36 mois. Ce jeune a été signalé plus de sept fois au directeur de la protection de la jeunesse et il a été retiré de son milieu familial trois fois pour être placé en centre d'hébergement. Il a fugué, a fait un dévoilement d'abus sexuel, a reçu des services du centre d'aide aux victimes d'actes criminels, a été traité pour consommation de psychotropes et a été conduit deux fois à l'urgence pour geste suicidaire ou risque homicidaire élevé. Il a également subi plusieurs évaluations, dont certaines psychologiques et psychiatriques.

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

La plus grande intensité de services rapportée dans l'étude concerne les trois adolescents de plus de 13 ans avec un total de 206, 211 et 223

interventions. Chacun cumule plus de 24 mois d'épisode de services. Ils ont tous reçu des services pédopsychiatriques, ont un diagnostic de TPL, ont posé des gestes suicidaires et adoptés des comportements d'automutilation. Trois d'entre eux présentaient des difficultés scolaires importantes et ils ont reçu une grande quantité de services psychosociaux (35-76). Les trois adolescents ont aussi été placés volontairement plus de deux fois. La trajectoire de services illustre que pour les deux cas où les adolescents ont participé au programme de Thérapie comportementale dialectique (TCD) avec leurs parents, les services avaient été demandés par les participants depuis plus de deux ans. Les signes cliniques démontraient une détérioration de la situation avec des agirs suicidaires qui se sont amplifiés aux dires des participants (Boucher et Jourdan-Ionescu, soumis). Pour l'enfant de moins de 12 ans dont le suivi a été de plus de 24 mois avec 42 interventions, des services réguliers étaient offerts par un professionnel des Centres jeunesse de Montréal, ce qui peut expliquer en partie le petit nombre d'interventions relativement à la durée. Pour les six enfants dont la durée du suivi se situe entre 12 et 24 mois, le nombre d'interventions varie entre 29 et 125. Deux enfants ayant reçu des services depuis moins de 12 mois ont bénéficié de 20 et de 33 interventions.

Personnes impliquées auprès de l'enfant

Les données obtenues concernant les personnes impliquées auprès de l'enfant sont rapportées en tenant compte du plus petit au plus grand nombre d'interventions effectuées pour les périodes de services s'échelonnant entre 0 et plus de 36 mois, et ce, en tenant compte encore du nombre de répondants. Tous les enfants ont été rencontrés en présence du parent ciblé (2-31), mais de façon moins intensive qu'individuellement (11-96) sauf pour deux enfants de 11 et de 13 ans. Les rencontres avec le parent non ciblé par la recherche et son enfant sont moins nombreuses (allant de 1 à 28; réalisées par 9 répondants) que celles avec le parent ciblé sauf pour un enfant de 13 ans qui a toujours été rencontré en présence de ses deux parents. De plus, pour trois enfants, le parent non ciblé n'était pas présent ou il a refusé les services et pour deux autres aucune intervention n'a été enregistrée. Les résultats démontrent donc une faible implication de l'autre parent dans le suivi de son enfant. En ce qui concerne la fratrie de l'enfant ciblé, seuls cinq participants n'ont pas impliqué ces derniers dans leurs interventions (2-25). Plus de 25 interventions ont impliqué la fratrie. Les membres de la famille élargie (grands-parents, oncles, tantes, etc.) ont été impliqués dans les suivis rapportés (1-15). Tous les professionnels ont eu des rencontres de concertation ou des discussions avec des intervenants du milieu scolaire de l'enfant (1-30). Le nombre d'interventions le plus élevé touche trois adolescents (un de 15 ans et deux de 17 ans) avec 30, 30 et 19 interventions. Les participants ont également sollicité l'implication de

partenaires relevant du système de santé (médecin, pédopsychiatre, spécialiste) lorsque c'était pertinent (3-76). On note par ailleurs que les répondants ont eu des rencontres ou des discussions avec des intervenants des autres milieux de vie de l'enfant tels que les loisirs ou les camps de vacances (1-11). Des interventions en situation de crise ont aussi été répertoriées (1-20).

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

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

Portrait clinique des parents

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

Le diagnostic de TP a été émis pour 11 des 12 parents ciblés par la recherche. La très grande majorité de ceux-ci ont un TPL diagnostiqué (9); pour les autres, la précision n'a pas été apportée. Pour le parent ayant un TPL probable, celui-ci a été évalué par la participante en référence aux critères diagnostiques du DSM-5.

Pour les parents dont le diagnostic est avéré, des chevauchements de troubles associés figuraient au dossier : traits narcissiques (2) avec éléments de paranoïa (1), trouble d'adaptation avec humeur déprimée et anxieuse (1), TDAH (1), anxiété, trouble panique et TDAH (1), symptômes de choc post-traumatique (3), épisode dépressif majeur (1). S'ajoutaient

également des problèmes de santé physique handicapants (4) et la consommation de drogues pour certains d'entre eux (5).

Antécédents familiaux connus

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

Des 12 parents ciblés, 7 ont nommé avoir été victimes de formes d'abus répétés lorsqu'ils étaient enfants. Quatre parents disent avoir subi des abus et de la violence sexuelle s'échelonnant sur plusieurs années. Trois parents du groupe ont rapporté avoir eu des comportements autodestructeurs, dont deux des gestes suicidaires importants, et trois parents disent avoir été retirés de leur milieu familial pour être placés en centre d'hébergement pour enfants. L'itinérance a été un mode de vie pour deux parents. À travers ces conditions adverses, les participants rapportent que les parents disent avoir reçu plusieurs services différents.

Services antérieurs et actuels impliqués auprès des parents

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

Durée et intensité des services reçus par les parents

Les données statistiques illustrent le nombre d'interventions réalisées dans le cadre du suivi individuel et familial auprès ou pour le parent (de 20 à 194). Les participants rapportent être intervenus individuellement auprès du parent ciblé par la recherche (de 3 à 75 interventions). Dans plusieurs situations, les professionnels ont établi des communications avec des personnes du réseau de la santé (2-52) et avec des membres de la famille d'origine du parent (1-15). Les quatre parents pour lesquels le plus haut taux d'interventions (194, 102, 60 et 40) a été réalisé affichent une comorbidité avec d'autres troubles et les quatre ont un historique de traumatisme. Trois parents ont posé des gestes auto agressifs et ont rapporté avoir été retirés de leur milieu familial étant jeune. Trois ont effectué le placement de leur enfant. Enfin, deux présentent des problèmes de santé physique handicapants. Lors de l'entrevue, les participants rapportent que l'état de détresse des parents (antécédents cliniques, geste auto agressif), le placement des enfants, la présence d'enfants en bas âge dans la famille ainsi que la difficulté d'accès aux services spécialisés adultes ont contribué au nombre élevé d'interventions qu'ils ont dû accomplir.

De façon générale, pour les 2 parents dont le suivi a été de moins de 12 mois, le nombre d'interventions rapportées est de 25 et de 31. Pour ceux dont la durée du suivi se situe entre 12 et 24 mois, le nombre varie entre 29 et 102 interventions. Entre 21 et 194 interventions ont été rapportées pour les 2 parents d'enfants qui ont accepté des services s'échelonnant entre 24 et 36 mois. Pour le parent qui a reçu des services depuis plus de 36 mois, 35 interventions ont été répertoriées. L'intensité de services rendus aux parents ne semble pas être en lien direct avec l'âge de l'enfant, la composition familiale, le statut socioéconomique, ni même dans certains cas la durée de l'intervention.

Constats quant au portrait des enfants et de leurs parents

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

Portrait d'enfants et de leurs parents ayant un TPL

Pour l'ensemble des jeunes, l'histoire développementale de leurs parents est aussi jonchée de situations relationnelles difficiles. Rappelons que sept parents relatent avoir vécu des abus répétés étant enfants et soulignent avoir vécu de la négligence affective. Certains auraient commis des gestes destructeurs et trois auraient été retirés de leur milieu familial. L'itinérance a également été un mode de vie pour 2 des 12 parents. Selon les participants, les antécédents cliniques, la comorbidité d'autres difficultés (trauma, consommation, dépression), les gestes auto agressifs, la maladie physique, la présence d'enfants en bas âge dans la famille et les placements seraient des facteurs qui contribueraient au plus grand nombre de rencontres avec et pour le parent.

Les soins à apporter à l'enfant et aux parents demeurent un défi si l'on considère le vécu de chacun et la trajectoire de services à travers laquelle ils ont dû évoluer.

Portrait des professionnels

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

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

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

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

DISCUSSION

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

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

Le portrait des parents et des enfants ciblés par la recherche exploratoire (voir Tableau 1) se compare de par sa complexité à celui présenté dans différentes études portant sur des services ambulatoires répertoriés dans le guide de bonnes pratiques (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009). Il correspond aussi à la clientèle qui pourrait bénéficier des services spécialisés de santé mentale offerts en deuxième et troisième ligne selon le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM, 2017). Sans reprendre toutes les caractéristiques spécifiques, notons que les parents affichent des conditions économiques précaires et ils ont tous, sauf un, plus d'un enfant. Bon nombre ont présenté de la comorbidité durant l'épisode de service (dépression, anxiété, traits narcissiques, abus de substances, TDAH, traumas, maladie invalidante) et plusieurs ont rapporté avoir vécu de l'abandon parental, de la négligence affective, des abus et quelques-uns des placements durant leur enfance.

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

Évolution des difficultés des enfants au cours du suivi

La durée et l'intensité des services révèlent que plusieurs enfants ont développé des problèmes de santé mentale au cours de l'épisode de soins (voir Tableau 1) tels que décrits dans certaines études (Barnow *et al.*, 2013; Chanen et Kaess, 2012). Les enfants de plus de 12 ans présentaient précocement des symptômes qui méritaient d'être étudiés sous l'angle d'un possible TPL tel que le recommande le *National Health and Medical Research Council* (2012, p. 48) : « (1) comportements suicidaires, automutilations fréquentes; (2) instabilité émotionnelle marquée; (3) multiples cooccurrences psychiatriques – TDAH, anxiété, dépression; (4) aucune amélioration notable suite aux traitements psychiatriques; et (5) dysfonction familiale et psychosociale ». Plusieurs d'entre eux cumulaient des facteurs de risque considérables. Ils avaient tous un parent ayant un TPL, dont certains avec de la comorbidité. Bon nombre d'entre eux ont été victimes d'abus, de négligence (Zanarini *et al.*, 2005) et avaient un diagnostic de TDAH (Matthies et Philipsen, 2014). Malgré les nombreuses démarches et les consultations répétées avec les partenaires des services de santé, les diagnostics de TPL ont été émis assez tardivement. Ce sont les autres diagnostics (dépression, trouble d'opposition) qui ont précédé et qui ont ajouté à la complexité de la psychopathologie, comme il est fréquemment rencontré (Feenstra, Busschbach, Verheul et Hutsebaut, 2011).

Type de services offerts en fonction des portraits cliniques

Concernant les services offerts, on note que par moment les enfants et les parents ont été surchargés de professionnels et surévalués (pédopsychiatres, psychiatres, psychologues, placement, hospitalisation). Le nombre de services de soins peut effectivement s'accroître considérablement lorsque les symptômes du TPL se manifestent de façon aiguë (Cailhol *et al.*, 2013; Institut national de santé publique du Québec, 2015; Sansone, Farukhi et Wiederman, 2011).

Les avancées au niveau des traitements efficaces soutiennent que même s'il est difficile d'évaluer cliniquement le TPL à l'adolescence (Chanen *et al.*, 2016), il s'avère essentiel de considérer rapidement cette possibilité (NHMRC, 2012) et d'offrir précocement des traitements adaptés (Chanen, 2015; Miller, Muehlenkamp et Jacobson, 2008). Il se trouve aussi que le délai de prise en charge adéquate augmente le risque d'intervention inappropriée et peut aggraver des atteintes fonctionnelles du jeune (Chanen *et al.*, 2016; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009). Bien que plusieurs s'entendent pour dire que les enfants peuvent connaître une évolution favorable si de bons traitements sont offerts (Chanen et Mc Cutcheon, 2013; Fonagy *et al.*, 2015; Linehan *et al.*, 2006), seulement deux adolescents du groupe ont eu la chance de participer à un

programme reconnu comme étant efficace (TCD), et ce, après plus de deux ans d'attente et une aggravation marquée des passages à l'acte suicidaire (Boucher et Jourdan-Ionescu, soumis). La littérature démontre d'ailleurs que la probabilité d'une nouvelle tentative suicidaire est plus élevée chez un adolescent qui a déjà posé un geste suicidaire (Lewinsohn, Rohde et Seeley, 1994; Pfeffer *et al.*, 1993). Ce dernier risque aussi davantage de compléter un suicide (Brent *et al.*, 1993; Renaud, Brent, Birmaher Chiappetta et Bridge, 1999), et ce, de façon encore plus alarmante lors des premières étapes de la maladie (Pompil, Girardi, Ruberto et Tatarelli, 2005).

Travail systémique auprès de l'enfant et des parents

Devant le portrait clinique des enfants et des parents ciblés, les professionnels ont travaillé afin de permettre l'accordage entre les différentes personnes significatives impliquées telles que le stipulent les recommandations gouvernementales des services de santé de première ligne (MSSS, 2005). Bien que la nature des traitements offerts ne fasse pas l'objet de l'étude, l'intensité et la durée des services dispensés a considéré certaines actions spécifiques relativement aux besoins des enfants et de leurs parents. Par exemple, lors de situations de placements, la saisie statistique démontre que dans toutes les situations les membres de la famille élargie ont été impliqués. On peut supposer que les professionnels ont d'abord exploré les milieux de vie permettant aux enfants de conserver des alliances familiales et un hébergement plus naturel. Lors de situations de compromission (abus des parents, négligence persistante), une intensité de services apparaît et des signalements au directeur de la protection de la jeunesse ont été effectués. Les professionnels ont également référé les enfants et les parents vers des centres hospitaliers ou des services spécifiques quand le profil clinique le recommandait (refus de manger pendant plusieurs jours, détresse suicidaire récurrente, symptômes de dépression majeure) et ils ont travaillé en collaboration avec les partenaires du réseau scolaire pour tous les enfants présentant des situations scolaires difficiles (MELS, 2008). L'arrimage de soins a donc été tenté tel que le demandent également les parents de jeunes ayant à collaborer avec plusieurs professionnels et différentes institutions (Beaudry, 2016).

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

L'analyse des résultats ne permet pas d'établir de liens entre l'intensité de services et le nombre d'années d'expérience du professionnel. Aucune particularité ne ressort également en ce qui a trait à la profession (psychologue, psychoéducateur et travailleurs sociaux) ni à l'appartenance à l'équipe jeunesse ou santé mentale jeunesse. Toutefois, ces derniers

aspects auraient avantage à être explorés avec un plus grand nombre de participants de différentes équipes et différentes disciplines d'autant plus que, pour les professionnels qui travaillent au sein des équipes spécifiques telles que santé mentale jeunesse, l'offre de services peut être de plus courte durée.

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

Toutefois, tel que le soulignent les participants (Boucher, Jourdan-Ionescu, soumis) parfois, il ne s'agit pas tant de provoquer des changements que d'offrir un milieu de vie sécurisant, encadrant, permettant ainsi d'éviter la détérioration de la situation et de préserver un lien d'attachement parent-enfant plus viable.

En regard de ce portrait, nous constatons que contrairement à la clientèle des services ambulatoires qui abandonnent précocement leur suivi (Desrosiers, 2012; Kazdin et Wassell, 2000), les jeunes et les parents ont reçu une durée et une intensité de services importantes. Notons cependant qu'à certains moments, les services de santé de première ligne ont semblé être insuffisants pour ces jeunes et ces parents qui présentaient une récurrence et une dangerosité au niveau des comportements impulsifs, suicidaires et parasuicidaires (Boucher et Jourdan-Ionescu, soumis).

Le travail de collaboration a été dès lors important, mais la concrétisation des objectifs visant à offrir un continuum de soins hiérarchisés et complémentaires s'est vu éprouvée tel que le rapporte les

participants lors de la deuxième partie de cette recherche exploratoire globale. Le portrait démontre également que les enfants et leurs parents se sont livrés à de multiples évaluations les obligeant probablement à exposer encore et encore des expériences de vie douloureuses et parfois même traumatisantes. On peut se demander si un tel parcours a pu alimenter des symptômes d'agitation, d'insécurité et de désorganisation en n'ayant pas permis de dispenser les soins spécialisés avec toute la bienveillance et la diligence nécessaires dans de telles situations de blessures relationnelles. Tel que le rapportent plusieurs études, la mise en place d'une structure de soins « assez bonne » est souvent tardive et elle s'impose longtemps après l'apparition et les manifestations des premiers symptômes (Bendid, Bensaber et Fuseau, 2016). Pendant ce temps, il s'avère cependant que la situation des jeunes se détériore souvent et que les professionnels s'épuisent à chercher des soins spécialisés efficaces. Dans l'attente de plan de soins par étapes et de traitements intégrés à venir (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009), les professionnels continuent de travailler intensément dans des conditions difficiles auprès d'une population réputée pour éprouver la relation (Bessette, 2010; Betan, Heim, Conklin et Westen, 2005; Lussier, 2015).

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

Limites et forces

Cette recherche comporte évidemment des limites. La démarche multiméthodes est assez complexe (au niveau des nombreuses étapes à compléter) et a exigé temps et énergie aux participants. De nombreuses variables ont été collectées; ce qui peut limiter la précision de l'interprétation. Elle a aussi été produite sur un territoire québécois ayant un indice de défavorisation élevé, ce qui teinte peut-être plus négativement le portrait des enfants et de leurs parents. Considérant l'objectif de la recherche, il est également possible que les participants aient sélectionné les situations les plus difficiles au niveau de l'intervention. Le nombre restreint de 12 participants limite par ailleurs la généralisation des propos

tenus. Le processus de collecte de données portant sur la durée et l'intensité de services affiche plusieurs irrégularités qui peuvent affecter la justesse d'un portrait si on visait qu'il soit représentatif. Tel que mentionné par les participants, il s'avère très difficile de comptabiliser avec rigueur le nombre d'interventions effectuées (discussion téléphonique, accompagnement, rencontre individuelle/familiale, etc.) ainsi que le type de personnes ou de ressources impliquées. Bien que dix d'entre eux aient nommé clairement que les statistiques étaient inférieures à ce qu'ils ont rapporté, il est impossible de connaître l'étendue de cet écart. Il en est de même pour la nature des services offerts et les questions qui sont restées sans réponse. Ajoutons à cela que l'absence de comparatif avec la population générale est également à considérer.

En contrepartie, cette recherche comporte plusieurs forces. Le sujet à l'étude est pertinent et peu documenté dans la littérature, particulièrement auprès d'une clientèle jeunesse en contexte de soins de première ligne. L'engagement volontaire des participants démontre l'intérêt qu'ils accordent au sujet d'étude, d'autant plus qu'un seul participant s'est désisté du lourd processus, et ce, en raison d'un arrêt de travail. La séquence de la recherche ainsi que les modalités de collecte de données multiméthodes ont aussi permis d'établir une certaine logique et une complémentarité des informations que les participants ont pu valider.

CONCLUSION

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

Une révision de l'offre de services de santé mentale de première ligne est actuellement en cours et cette recherche a été possible grâce aux questionnaires jeunesse qui, soucieux de l'amélioration des soins, ont

permis aux participants de bonifier la connaissance d'une population de leur territoire.

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

RÉFÉRENCES

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

Portrait d'enfants et de leurs parents ayant un TPL

- Bessette, M. (2010). Psychothérapie des troubles de la personnalité : quand l'impasse n'est pas du côté du client. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 87-116.
- Betan, E., Heim, A. K., Conklin, C. Z. et Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *The American Journal of Psychiatry*, 162(5), 890-898.
- Boucher, N. et Jourdan-Ionescu, C. (soumis). *Difficultés, besoins et modes de soutien des professionnels jeunesse impliqués auprès d'enfants dont un parent présente un trouble de la personnalité limite*.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C., Friend, A., Roth, C.,... Baugher, M. (1993). Psychiatric risk factors for adolescent suicide: A case-control study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(3), 521-529.
- Cailhol, L., Jeannot, M., Rodgers, R., Guelfi, J. D., Perez-Diaz, F., Pham-Scottet, A.,... Speranza, M. (2013). Borderline personality disorder and mental healthcare service use among adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 27(2), 252-259.
- Centre national d'excellence en santé mentale. (CNESM, 2017). *Cadre de référence. Offre de services de groupe pour troubles de la personnalité en contexte de 1^{re} ligne santé mentale – Le trouble de personnalité limite*. Repéré à <http://www.douglas.qc.ca/uploads/File/Centre%20national%20d%27excellence%20en%20sant%C3%A9%20mentale/060717-Offre%20de%20services%20TPL.pdf>
- Chanen, A. M. (2015). Borderline personality disorder in young people: Are we there yet? *Journal of Clinical Psychology*, 71(8), 778-791.
- Chanen, A. M., Berk, M. et Thompson, K. (2016). Integrating early intervention for borderline personality disorder and mood disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(5), 330-341.
- Chanen, A. M. et Kaess, M. (2012). Developmental pathways to borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 14(1), 45-53.
- Chanen, A. M. et Mc Cutcheon, L. (2013). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: Current status and recent evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 202(s54), s24-s29. doi: 10.1192/bjp.bp.112.119180
- Desrosiers, L. (2012). *Modèle de l'engagement et de l'abandon de traitement de l'adolescent avec trouble de personnalité limite* (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Trois-Rivières, Québec.
- Distel, M., Trull, T. J., Derom, C. A., Thiery, E. W., Grimmer, M. A., Martin, N. G.,... Boomsma, D. I. (2008). Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychological Medicine*, 38(9), 1219-1229.
- Feenstra, D. J., Busschbach, J. J. V., Verheul, R. et Hutsebaut, J. (2011). Prevalence and comorbidity of Axis I and Axis II disorders among treatment refractory adolescents admitted for specialized psychotherapy. *Journal of Personality Disorders*, 25(6), 842-850.
- Fonagy, P., Speranza, M., Luyten, P., Kaess, M., Hessels, C. et Bohus, M. (2015). ESCAP Expert Article: Borderline personality disorder in adolescence: An expert research review with implications for clinical practice. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(11), 1307-1320. doi: 10.1007/s00787-015-0751-z
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J. G. et Bateman, A. W. (2003). The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(3), 412-459.
- Gouvernement du Québec. (2007). *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Programme-services Jeunes en difficulté 2007-2012*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-838-04.pdf>
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D. et Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533-545. doi: 10.4088/jcp.v69n0404
- Gross, R., Olsson, M. et Gamerov, M. (2002). Borderline personality disorder in primary care. *Archives of International Medicine*, 162(1), 53-60.

- Guderson, J. G. (2009). Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis. *The American Journal of Psychiatry*, 166(5), 530-539.
- Guedeney, N. et Guedeney, A. (2006). *L'attachement : Concepts et applications* (2^e éd.). Paris, France : Masson.
- Institut national de santé publique du Québec. (2015). *Surveillance des troubles de la personnalité au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. Québec, QC : Institut national de santé publique du Québec. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1996_Surveillance_Troubles_Personnalite.pdf
- Kazdin, A. E. et Wassell, G. (2000). Predictors of barriers to treatment and therapeutic change in outpatient therapy for antisocial children and their families. *Mental Health Services Research*, 2(1), 27-40.
- Kiel, E., Gratz, K. L., Moore, S. A., Litzman R. D. et Tull, M. T. (2011). The impact of borderline personality pathology on mother's responses to infant distress. *Journal of Family Psychology*, 25(6), 907-918.
- Lamont, A. (2006). Mothers with borderline personality disorder. *Graduate Student Journal of Psychology*, 8(1), 39-43.
- Laporte, L. (2007). Un défi de taille pour les centres jeunesse. Intervenir auprès des parents ayant un trouble de personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 32(2), 97-114.
- Laporte, L., Baillargeon, L., Sanchez, I. et Desrosiers, L. (2014). Être intervenant auprès de parents ayant un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse : quand la souffrance de l'un se conjugue au désarroi de l'autre. *Revue de psychoéducation*, 43(2), 323-347.
- Laporte, L. et Friedland, N. (2013). *Les mères ayant un trouble de personnalité limite et le système de protection de la jeunesse : déterminants et conséquences des disparités entre besoins et services*. Journées professionnelles Batshaw, Montréal, Juin 2013.
- Lemay, M. (2014). *Formation l'action en partenariat interdisciplinaire et intersectoriel dans le secteur jeunesse. Les démarches de plans de services individualisés et intersectoriels (PSII) pour les jeunes âgés de 4 à 21 ans à Montréal*. Université de Sherbrooke. Québec, Conférence donnée en septembre 2014.
- Le Nestour, A., Apter-Danon, G., Heroux, C., Mourgues, B. et Patouillot-Slatine, I. (2007). Parentalités limites et prises en charge thérapeutiques. *La psychiatrie de l'enfant*, 50(1), 125-177.
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W. et Kessler, R. C. (2007). DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62(6), 553-564.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M. et Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P. et Seeley, J. R. (1994). Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 297-305.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L.,... Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757-766. doi: 10.1001/archpsyc.63.7.757
- Lussier, E. (2015). *Étude sur le contre-transfert et l'empathie des thérapeutes travaillant avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite ou narcissique* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Québec.
- Lyons-Ruth, K. (2005). *Les premiers liens de l'enfant. Attachement et intersubjectivité*. Paris, France : De Boeck.
- Macfie, J. (2009). Development in children and adolescents whose mothers have borderline personality disorder. *Child Development Perspectives*, 3(1), 66-71. doi: 10.1111/j.1750-8606.2008.00079.x
- Macfie, J. et Swan, S. A. (2009). Representations of the caregiver-child relationship and of the self, and emotion regulation in the narratives of young children whose mothers have borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(3), 993-1011.

Portrait d'enfants et de leurs parents ayant un TPL

- Matthies, S. D. et Philipsen, A. (2014). Common ground in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Borderline Personality Disorder (BPD) – review of recent findings. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1, 3. doi: 10.1186/2051-6673-1-3
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C., ... Stout, R. L. (2000). The Collaborative longitudinal personality disorders study: baseline axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(4), 256-264.
- Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J. et Jacobson, C. M. (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 969-981. doi: 10.1016/j.cpr.2008.02.004. Epub 2008 Mar 10
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS, 2005). *Plan d'action en santé mentale jeunesse 2005-2010. La force des liens*. Québec, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Repéré à publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-914-01.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (MSSS, 2013). *Cadre de référence pour les ententes de collaboration CSSS-Centres jeunesse - Programme-services jeunes en difficulté*. Québec, Québec : Ministère de la santé et des Services sociaux du Québec. Repéré à publications.msss.gouv.qc.ca/msss/sujets/jeunes-en-difficulte
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS, 2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020. Faire ensemble et autrement*. Québec, QC : Ministère de la santé et des Services sociaux du Québec. Repéré à publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS, 2008). *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes. Guide d'élaboration d'un protocole d'entente sur la prestation conjointe de services aux jeunes par le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux*. Québec, Québec : MELS. Repéré à <http://www.education.gouv.qc.ca/>
http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_c_ompl/MELS-MSSS_Guide-elaboration.pdf
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). *Borderline personality disorder: Treatment and management*. Repéré à <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78/evidence/bpd-full-guideline-242147197>
- National Health and Medical Research Council. (2012). *Clinical practice guideline for the management of borderline personality disorder*. Melbourne, Australie : National Health and Medical Research Council.
- Newman, L. K. et Stevenson, C. S. (2008). Issues in infant-parent psychotherapy for mothers with borderline personality disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(4), 505-514.
- Newman, L. K., Stevenson, C. S., Bergman, L. R. et Boyce, P. (2007). Borderline personality disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions: Preliminary findings. *Australian et New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(7), 598-605.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en science humaine et sociale* (4^e éd.). Paris, France : Armand Colin.
- Paris, J. et Zweig-Frank, H. (2001). The 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 482-487.
- Pfeffer, C. R., Klerman, G. L., Hurt, S. W., Kakuma, T., Peskin, J. R. et Siefker, C. A. (1993). Suicidal children grow up: Rates and psychosocial risk factors for suicide attempts during follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(1), 106-113
- Pompil, M., Girardi, P., Ruberto, A. et Tatarelli, R. (2005). Suicide in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(5), 319-324.
- Renaud, J., Brent, D. A., Birmaher, B., Chiappetta, L. et Bridge, J. (1999). Suicide in adolescents with disruptive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(7), 846-851.

- Rouillon, L., Cailhol, L., Raynaud, J.-P., Hazane, F., Carpentier, L. et Garrido, C. (2012). Les mères borderline : comprendre et soutenir les interactions avec leur(s) enfant(s). *L'information psychiatrique*, 88(3), 187-193.
- Sansone, R. A., Farukhi, S. et Wiederman, M. W. (2011). Utilization of primary care physicians in borderline personality. *General Hospital Psychiatry*, 33(4), 343-346. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2011.04.006
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Sanislow, C. A.,... Stout, R. L. (2005). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): Overview and implications. *Journal of Personality Disorders*, 19(5), 487-504.
- Stepp, S. D., Whalen, D. J., Pilkonis, P. A., Hipwell, A. E. et Levine, M. D. (2012). Children of mothers with borderline personality disorder: Identifying parenting behaviors as potential targets for intervention. *Personality Disorders*, 3(1), 76-91.
- Toupin, J., Pausé, R., Frappier, J.-Y., Cloutier, R. et Boudreau, J. (2004). *La santé mentale et physique des adolescents québécois des Centres jeunesse : une étude cas-témoin*. Rapport final d'une étude financée dans le cadre du programme d'Initiative sur la Santé de la Population Canadienne (ISPC). Repéré à https://www.researchgate.net/profile/Jean_Toupin/publication/242387387_La_sante_mentale_et_physique_des_adolescents_Quebecois_des_Centres_jeunesse_une_etude_cas-temoin/links/54be682b0cf218d4a16a5fb6/La-sante-mentale-et-physique-des-adolescents-Quebecois-des-Centres-jeunesse-une-etude-cas-temoin.pdf
- Young, S. (2013). *Programme-cadre montréalais en négligence, guide pratique*. Programme Alliance : un réseau pour le mieux-être de l'enfant et sa famille (Document adopté à la Table régionale des directeurs du programme-services Jeunes en difficulté, le 28 janvier 2013). Montréal, Québec : Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire. Repéré à <http://observatoiremaltraitance.ca/Documents/Programme-cadre%20montr%C3%A9lais%20en%20n%C3%A9gligence%202013.pdf>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A. et Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1733-1739.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Hennen, J. et Silk, K. R. (2005). Adult experiences of abuse reported by borderline patients and Axis II comparison subjects over six years of prospective follow-up. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(6), 412-416.
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Bradford Reich, R., Vera, S. C., Marino, M. F.,... Frankenburg, F. R. (1997). *Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder*. Repéré à https://www.barendspsychology.com/wp-content/uploads/2016/06/Reported_pathological_childhood_experien.pdf

RÉSUMÉ

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

MOTS CLÉS

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

Portrait d'enfants et de leurs parents ayant un TPL

ABSTRACT

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

KEYWORDS

first-line services, children, parent with personality disorder, psychosocial intervention, intensity of services, professionals
