

## Un défi de taille pour les centres jeunesse. Intervenir auprès des parents ayant un trouble de personnalité limite

### A serious challenge for youth protection services: Intervening with parents suffering from borderline personality disorder (BPD)

### Un reto muy grande para los centros de la juventud. La intervención con padres que sufren de un trastorno de la personalidad límite (TPL)

### Desafio importante para os Centros de Defesa da Criança e do Adolescente. Atuar junto a pacientes com transtorno de personalidade *borderline* (TPB)

Lise Laporte, Ph.D.

Volume 32, Number 2, Fall 2007

Mosaïques de recherche (1) et Windigo II (2)

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/017799ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/017799ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

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. <https://doi.org/10.7202/017799ar>

Article abstract

An exploratory survey of 68 youth protection services' workers in Montréal, who followed 1030 children reveals that 39 % of these children have at least one parent who suffer from mental health problems. Among these parents, 48 % of mothers and 30 % of fathers have a personality disorder, and for the majority, a borderline personality disorder. This mental health problem is preoccupying for youth protection workers because of its high prevalence, its impact on children and case workers and the difficulties brought forth by having to intervene in a context of authority and within an organization not adapted to the management of this mental health problem. Some intervention's guidelines to work with these parents are presented as well as some challenges and future perspectives.



## Un défi de taille pour les centres jeunesse. Intervenir auprès des parents ayant un trouble de personnalité limite

---

Lise Laporte\*

Une enquête exploratoire réalisée auprès de 68 intervenants du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire révèle que 39 % des 1030 enfants à leur charge ont au moins un parent qui souffre d'un trouble mental. Parmi ces parents, 48 % des mères et 30 % des pères ont un trouble de la personnalité, la majorité d'entre eux présentant un trouble de personnalité limite. Ce problème est fort préoccupant en raison de son ampleur, de son impact sur les enfants et sur les intervenants, et des difficultés d'intervenir auprès de ces parents en contexte d'autorité et au sein d'une organisation mal adaptée à cet égard. Quelques repères pour guider cette intervention sont présentés ainsi que les défis et perspectives d'avenir.

**L**es intervenants en centres jeunesse sont de plus en plus confrontés à des situations complexes et à des familles très vulnérables. En plus des questions d'abus, de négligence ou de mauvais traitements, qui sont au cœur du mandat des services de protection de la jeunesse, l'intervenant doit souvent composer avec des familles aux prises avec des problèmes psychosociaux importants : toxicomanie, violence conjugale, isolement, etc. Les difficultés sont alors multipliées ; le renforcement des compétences parentales devenant tributaire de la volonté et de la capacité du parent de modifier certains comportements, voire son mode de vie.

Le mandat de protection d'un centre jeunesse est « de veiller à la protection des jeunes dont la sécurité et le développement sont compromis et d'aider les jeunes et les familles qui connaissent des difficultés d'adaptation à retrouver les capacités et l'équilibre nécessaires pour fonctionner dans leur milieu ». Pour être en mesure d'assurer ce mandat, « l'établissement doit d'abord et avant tout soutenir les parents dans leurs responsabilités parentales et les aider dans le développement de leurs capacités » (Rapport annuel 2005-06, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU)).

---

\* Ph.D., Chercheure à l'Institut de recherche pour le développement social des jeunes (IRDS), Institut de recherche du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire et au département de psychiatrie du Centre universitaire de santé McGill (CUSM). Membre de la clinique des troubles de la personnalité du CUSM.

En vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ), 4408 jeunes ont reçu en 2006-07, les services du CJM-IU (Rapport 2006-2007). Les amendements apportés à cette loi en 2006 sont en vigueur depuis juillet 2007. Ils renforcent l'importance de mobiliser et de motiver rapidement les parents de ces jeunes pour favoriser leur participation active à la résolution de leurs propres difficultés tout comme leurs efforts pour actualiser ou restaurer leurs capacités et responsabilités parentales. Le Guide de soutien à l'implantation des amendements à la LPJ (2007) souligne que l'intensité des moyens utilisés par les intervenants pour aider les parents devra être modulée selon la gravité de la situation.

Parmi ces situations qui viennent alourdir et complexifier la tâche des intervenants, les cas de parents ayant des problèmes de santé mentale prennent de plus en plus d'importance et d'ampleur. Cette question est extrêmement préoccupante, considérant les objectifs à atteindre et l'énergie à déployer tout au long du processus d'intervention. Elle l'est également quant à l'impact potentiel d'un tel problème sur le développement et la sécurité de l'enfant. En effet, quand les capacités et la disponibilité émotionnelle des parents sont limitées, le stress et la vulnérabilité de la famille risquent d'affecter l'enfant davantage.

### **Reconnaître la problématique de santé mentale**

Depuis 1999, les problèmes de santé mentale des parents reviennent constamment dans l'examen des besoins et priorités des services de protection de l'enfance. En 2007, une partie du Bilan annuel du DPJ y était consacrée (CJM-IU, Rapport 2006-2007). Le rapport sur l'état de santé mentale des adolescents au CJM-IU (Chagnon et Laframboise, 2005) reconnaissait le manque de ressources pour soutenir ces parents, et soulignait la nécessité de développer des programmes et des outils d'intervention appropriés.

Dans le vaste champ de la santé mentale, le trouble de personnalité limite (TPL) préoccupe tout particulièrement les intervenants des centres. Bien que ses manifestations cliniques puissent être différentes, on l'observe chez les personnes qui 1) vivent leurs relations de façon intense et chaotique ; 2) sont très impulsives dans des activités à risque : relations sexuelles non protégées, abus de drogue ou conduite automobile périlleuse ; 3) ont des préoccupations suicidaires chroniques et des comportements d'automutilation ; 4) sont instables émotionnellement et très sensibles aux autres et aux événements ; 5) vivent des épisodes de colère intense, difficilement contrôlable et souvent inappropriée à la situation ; 6) ont une image d'elles-mêmes instable ou

indistincte ; 7) vivent des épisodes psychotiques caractérisés par de la persécution, particulièrement en situations très stressantes ; 8) ressentent souvent un vide intérieur ; 9) se perçoivent comme abandonnées des autres et font tout pour éviter la solitude ou un abandon, réel ou imaginé (APA, 1996). Les personnes présentant un TPL ont de la difficulté à apaiser leur détresse (Gagnon, 2005) et la relation d'aide auprès d'elles est un défi clinique important pour tout professionnel (Richelieu, 2004).

### **Les enfants de parents ayant un TPL**

À l'heure actuelle, les données de recherche permettant de documenter les effets de ce trouble sur les capacités parentales — en contexte de protection de l'enfance ou non — sont limitées et fragmentées. Toutefois, les écrits cliniques permettent de penser que la dynamique même de ce trouble peut influencer sur la capacité des parents de prendre soin de leurs enfants. Certaines caractéristiques généralement observées chez les individus ayant un TPL (vécu émotionnel perturbé, cognitions qui transforment la réalité, conflits perpétuels, imprévisibilité et impulsivité) font que ces personnes peuvent vivre des difficultés dans leur rôle parental.

En période d'impulsivité, le risque de mauvais traitements est sérieux : les enfants peuvent devenir l'objet de l'agression ou du rejet du parent. En période dépressive, ces parents peuvent ne plus être sensibles aux besoins des enfants, augmentant ainsi le risque de négligence. Les perceptions distordues lors d'expériences psychotiques transitoires peuvent mener à la négligence et aux abus quand l'enfant est contraint de prendre part aux délires du parent. De plus, au plan purement clinique et relationnel, il est toujours très éprouvant pour l'enfant d'être témoin de la détresse psychologique intense d'un parent. L'exposition à des comportements à risque élevé, tels l'abus de drogue et d'alcool et la promiscuité sexuelle, augmente aussi le potentiel de danger. Il peut s'avérer très difficile pour un parent souffrant d'un TPL d'imposer des limites fermes à ses enfants, ce qui peut être lié au développement de troubles de comportement. Par ailleurs, ces parents peuvent être si préoccupés par leurs propres besoins émotifs qu'il y a des périodes où ils deviennent incapables de répondre adéquatement à ceux de leurs enfants.

Bien qu'il puisse ne jamais y avoir d'épisodes d'abus visibles ou d'événements tragiques, ces enfants sont régulièrement exposés à des stress importants ; leurs besoins développementaux ne sont pas toujours pris en compte ; et il y a un risque important qu'ils développent un mode d'attachement non sécuritaire. D'après Rutter et Quinton (1984), vivre avec un parent qui présente ce trouble sévère de la personnalité est le

facteur qui prédit le mieux le développement d'un problème de santé mentale chez l'enfant. Soulignons toutefois que les manifestations de ce trouble varient beaucoup d'une personne à l'autre et que les conséquences du TPL sur les capacités parentales sont tout aussi variables.

### **La prévalence du TPL chez les parents d'enfants au CJM-IU**

Aucune étude empirique canadienne ne s'est encore penchée sur cette question en regard des services de protection de la jeunesse. Au Centre CJM-IU, malgré le peu de données sur la présence de problèmes de santé mentale, en particulier chez les parents d'enfants qui reçoivent des services, les témoignages cliniques sont éloquentes quant à l'ampleur du problème (Bélisle, 2005 ; Martin, 1994, Richelieu, 2004).

Afin de commencer à documenter la situation, nous avons durant l'été 2005 réalisé une enquête auprès de 68 intervenants du CJM-IU qui avaient la charge de 1030 enfants vivant dans 616 familles. Nous leur avons demandé d'identifier les enfants qui avaient un parent présentant un trouble mental (TM). Ils étaient invités à noter la présence d'un tel trouble dans les cas suivants :

- 1) lorsqu'il y avait un diagnostic de trouble mental au dossier (rapport du psychiatre ou du médecin traitant),
- 2) que le parent avait été hospitalisé en psychiatrie ou prenait des médicaments psychotropes,
- 3) que le parent signalait à l'intervenant avoir un TM, ou
- 4) que les intervenants avaient une impression clinique de présence d'un trouble chez ce parent.

Comme de nombreux parents ne sont pas suivis en psychiatrie — soit qu'ils refusent ce type de suivi, soit qu'ils nient l'existence du problème — ou refusent l'accès à leur dossier psychiatrique, l'impression des intervenants devenait ici précieuse. Le stigmate associé aux troubles mentaux ou la crainte de voir une information se tourner contre eux peut pousser les parents à cacher le problème. Pour valider et compléter cette cueillette, nous avons utilisé les données administratives anonymisées saisies dans le système informatique PIJ (Laporte et Blais, 2007). La combinaison de ces méthodologies nous fait estimer que 401 enfants vivant dans 238 familles ont un parent ou deux qui souffrent d'un trouble mental, soit 39 % de l'échantillon.

Les dossiers choisis au hasard et selon la disponibilité des intervenants pour 280 enfants vivant dans 110 familles où un parent au moins a un trouble mental ont été analysés afin de connaître, entre autres

choses, les diagnostics des parents. À l'aide des notes cliniques qu'ils comportaient, nous avons pu constater que le diagnostic psychiatrique était inscrit au dossier des mères dans 60 % des cas et à celui des pères dans 42 %, tandis que 15 % des mères et 25 % des pères sont suivis en psychiatrie sans diagnostic au dossier. La présence de troubles mentaux était établie par impression clinique pour les autres, parfois avec une impression diagnostique et parfois sans mention du type de problème par l'intervenant (25 % des mères et 33 % des pères).

Parmi les parents reconnus comme ayant un problème de santé mentale (100 mères et 30 pères), 48 % des mères et 30 % des pères avaient un diagnostic de trouble de la personnalité ou de trait de personnalité indiqué au dossier. Dans la majorité des cas (64,1 % des mères et 44 % des pères), on précisait qu'il s'agissait d'un TPL. Le pourcentage pourrait être plus élevé si l'on tient compte des mères (17 %) qui ont été reconnues comme ayant un trouble de la personnalité sans que le type en soit précisé. On peut constater que le trouble de personnalité limite semble constituer une problématique centrale chez les parents des jeunes suivis par les services de protection, notamment chez les mères.

Un pourcentage des mères et des pères a été identifié comme ayant un trouble mental sur la base d'une impression clinique sans que leurs critères d'inclusion ne soient connus. De même, les professionnels de la santé n'ont pas nécessairement recours à des instruments diagnostiques validés. Ces lacunes dans la méthodologie doivent être soulignées.

Tableau 1  
**Diagnostics de trouble mental  
chez les parents de 110 familles du CJM-IU**

<b>Diagnostics recensés</b>	<b>Mères (100 mères et 144 diagnostics)</b>	<b>Pères (30 pères et 33 diagnostics)</b>
Trouble de l'ajustement	15,5 %	3,7 %
Troubles psychotiques	19,6 %	7,4 %
Dépression	25,8 %	11,1 %
Autres*	22,6 %	29,7 %
Troubles de la personnalité	47,0 %	28,0 %
Aucun diagnostic de précisé**	16,0 %	40,0 %

\*Autres diagnostics : trouble anxieux, trouble bipolaire, trouble de l'alimentation, trouble somatoforme, trouble de la conduite, trouble sexuel, déficits de l'attention.

\*\*Soit que le patient est suivi en psychiatrie sans diagnostic au dossier, soit que l'intervenant n'a pas suggéré de diagnostic dans son impression clinique.

## **Reconnaître les difficultés des intervenants**

L'intervention auprès des personnes ayant un TPL est reconnue comme très difficile. Ces personnes ont de la difficulté à tolérer une relation d'aide intense ou à s'engager dans un traitement; elles reconnaissent rarement leurs problèmes ou le fait que leurs réactions émotionnelles soient souvent inappropriées. Elles ont tendance à blâmer les autres et à rejeter toute forme d'aide. Elles font des demandes constantes de services qu'elles sabotent souvent, ont de la difficulté à respecter les ententes et peuvent avoir peu de motivation à changer. Ces personnes vivent beaucoup d'impuissance et une grande détresse qu'il leur est très difficile d'apaiser. Elles peuvent alors présenter beaucoup d'hostilité et de méfiance, en particulier envers les intervenants qui travaillent sous ordonnance de la cour. Ces dossiers sont très lourds à porter pour un seul intervenant (Bélisle, 2004; Villeneuve, 2006).

Les personnes qui travaillent auprès de cette clientèle sont interpellées tant au plan personnel que professionnel. Huit groupes de discussion ont réuni une centaine d'intervenants du CJM-IU. Les travailleurs sociaux, les psychoéducateurs et les infirmiers qui y ont participé ont mentionné être particulièrement démunis. Dans ces familles, les problèmes semblent aller « dans tous les sens » et les situations deviennent chroniques. La plupart de ces intervenants n'ont pas eu l'occasion d'acquérir un « savoir », un « savoir-faire » et un « savoir-être » spécifiques à cette problématique. Certains rapportent n'avoir jamais eu de formation en santé mentale ni lors de leurs études ni en cours d'emploi (Laporte et Blais, 2007). On comprend leur sentiment d'impuissance, leur état d'épuisement, leur impression d'être « à la remorque » et de n'être que réactifs face aux situations qui s'enveniment, se multiplient et semblent sans issue.

Les intervenants ont exprimé vivre des sentiments de peur, d'anxiété, de colère, d'incompétence et de doute; avoir des tentations de punir le parent ou de le négliger; avoir envie d'abandonner la famille à elle-même ou de la surinvestir; désirer la « sauver »; être désespéré devant les comportements autodestructeurs du parent; vivre des sentiments d'échec et de culpabilité dans l'anxiété de « ne pas être assez », de « ne pas en faire assez »; et aussi éprouver des difficultés au sein de l'équipe de travail à cause de la zizanie semée par le parent (Laporte et Baillargeon, 2005). Ces parents peuvent avoir un impact négatif sur la mobilisation des intervenants, et les réactions contre-transférentielles qu'ils suscitent peuvent entraver sérieusement le travail auprès de ces familles en faussant les perceptions des intervenants (Villeneuve, 2006).

Par ailleurs, ces intervenants ont souligné qu'il peut être parfois difficile de concilier le mandat de protection de l'enfant et celui du respect de la primauté de la responsabilité parentale. Ces parents cumulent de nombreux facteurs de risque et sont aux prises avec d'énormes difficultés personnelles et sociales. Les intervenants doivent constamment les soutenir, les motiver et les stimuler pour les aider à reconnaître leur problème, à rechercher des solutions, à s'engager et à maintenir cet engagement dans les services spécialisés dont ils ont besoin. Tout cela sans compromettre la sécurité et le développement de l'enfant. Bien que l'intervenant doive avoir une approche centrée sur la famille, c'est l'intérêt de l'enfant qui prime et les intervenants doivent constamment ramener les parents à l'intérêt de leur enfant et à leur projet parental et familial (Guide de soutien à l'implantation des amendements à la LPJ, 2007).

### **Avant tout, ne pas nuire**

La personne présentant un TPL a développé une façon d'être avec les autres qu'elle reproduit dans toutes ses relations (Bertelli et Bélisle, 2004). Trop souvent, ses comportements inadéquats induisent chez les gens qu'elle côtoie des comportements complémentaires inadaptés qui viennent maintenir ou exacerber ses symptômes (Villeneuve, 2006). C'est en partie ainsi que le cycle de comportements perturbateurs chez une personne souffrant d'un TPL est maintenu en place.

Les intervenants aussi peuvent, à leur insu, contribuer au renforcement du trouble de personnalité chez un parent, suggère le clinicien Dawson (1988) dans un écrit sur la gestion de la relation patient-thérapeute en psychiatrie. Cet auteur se demande si plusieurs des comportements les plus inappropriés des personnes ayant un TPL ne sont pas essentiellement d'origine iatrogène, simple miroir de la désorganisation des professionnels qui s'occupent d'elles ou de l'établissement qui les accueille. Fonagy et Bateman (2006) appuient cette idée, en suggérant que certains traitements actuels et surtout ceux qui datent de plus d'une décennie, causent plus de tort que de bien. Confronté à un cas de TPL, tout professionnel (ou toute institution) devrait d'abord s'assurer de ne pas lui nuire ; la meilleure intervention étant parfois de ne pas intervenir (Dawson, 1988).

La gestion de la relation avec ces personnes est d'une importance capitale et pourrait constituer en elle-même le meilleur des traitements (Dawson, 1988). Cette relation peut cependant avoir des effets nuisibles lorsqu'elle est mal gérée. Ainsi, pour intervenir de la meilleure façon, il faut pouvoir tout d'abord reconnaître la présence de cette problématique



(Morissette et Parisien, 1996) et comprendre minimalement certains des mécanismes psychiques qui sont en jeu. Au sein des services de protection de la jeunesse, le manque de connaissances, de savoir-faire ou de savoir-être quant à cette problématique pourrait s'avérer nuisible aux familles.

Contrairement au milieu de la psychiatrie où l'on voit émerger plusieurs cliniques qui se spécialisent dans l'intervention auprès de ces patients, les intervenants en centre jeunesse ne choisissent pas délibérément de travailler auprès d'une clientèle ayant un trouble de personnalité limite. Il est donc d'autant plus important qu'ils soient soutenus dans leur travail. Les avancées des 15 dernières années en psychothérapie peuvent ici servir de guide. Les spécialistes sont aujourd'hui optimistes quant au pronostic de ce trouble (Gunderson, 2006). Il existe maintenant des données probantes pour guider et gérer le travail auprès de ces personnes. Un guide d'intervention à l'usage des intervenants en santé mentale a été publié en 2001 par l'American Psychiatric Association (APA, 2001). Plusieurs articles ont récemment souligné l'efficacité d'une gamme d'interventions spécialement conçues pour les personnes souffrant de ce trouble. On y décrit les pratiques et stratégies de pointe pour travailler avec cette population (Davidson et al., 2006 ; Giesen-Bloo et al., 2006 ; Linehan et al., 2006 ; Livesley, 2005a, 2005b ; Levy et al. 2006 ; Paris, 2005).

Par ailleurs, on souligne que l'efficacité d'une intervention repose non pas sur l'emploi d'une technique particulière mais sur l'utilisation des composantes communes à plusieurs interventions – empathie, soutien, collaboration, résolution de problèmes, bonnes relations interpersonnelles (Gunderson, 2001 ; Paris, 2005 ; Stone, 1990) – toutes forces habituelles des intervenants psychosociaux.

### **Quelques repères pour l'intervention**

À Montréal, parmi les approches mises en place pour travailler auprès des personnes qui souffrent d'un TPL, mentionnons le travail des équipes de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal ainsi que du Centre universitaire de santé McGill. Ces approches, assez similaires, peuvent servir de guide à l'établissement d'un cadre général d'intervention auprès des familles suivies en centres jeunesse. On ne propose pas ici un « traitement » des parents mais plutôt des conduites à tenir qui permettront aux intervenants de faire de l'intervention psychosociale auprès d'eux tout en assurant le mandat de protection des enfants.

La littérature à ce sujet (APA, 1996 ; Bertelli et Bélisle, 2004 ; Cousineau, 1996 ; Dawson, 1988 ; Fonagy et Bateman, 2006 ; Gagnon,

2005 ; Gunderson, 2005, 2006 ; Livesley, 2005a ; Villeneuve, 2006) et l'expérience des cliniques spécialisées soulignent l'importance d'établir d'abord un cadre d'intervention. Ce cadre permet à l'intervenant et au parent de travailler et de s'exprimer dans un climat de sécurité. Il s'agit ainsi de poser des limites claires, d'établir des objectifs précis, de fixer des règles qui régiront le déroulement des rencontres. Par exemple, la durée des rencontres doit être précisée et respectée, le parent doit être informé des comportements qui y sont acceptables ou non (expression verbale et physique), du droit de chacun (mère, père, enfant et intervenant) de s'exprimer, et du nombre d'appels téléphoniques auquel répondra l'intervenant. L'équipe devrait entériner ces lignes de conduite, ces règles et ces limites, maintenir par rapport à elles une cohésion en tout temps.

Cette pratique permet d'empêcher que chaque intervenant adopte un niveau de tolérance différent face à des situations différentes et ainsi d'éviter le clivage. Elle diminue aussi le danger d'escalade dans les comportements inappropriés du client (Friedman, 1975). L'intervention auprès de ces parents devrait, dans la mesure du possible, être prévisible, stable et respectueuse, ce qui n'est pas toujours aisé. Il est parfois plus facile, en effet, de déroger du cadre pour éviter les conflits et ne pas subir les attaques du parent (Villeneuve, 2006 ; Gunderson, 2006).

Une intervention avec ces parents devrait favoriser leur responsabilisation : tout comportement inadéquat aura des conséquences qui doivent être spécifiées à l'avance. Par exemple, si le parent pose un geste violent ou profère des menaces, il doit savoir qu'il devra en assumer les conséquences légales, y compris sur ses droits parentaux. Cette responsabilisation est d'autant plus importante que plusieurs personnes souffrant d'un TPL ont tendance à externaliser la responsabilité de leurs gestes. On essaie aussi d'éviter de tomber dans le mode contrôle ou « sauveur ». Il importe de traiter ces parents comme des adultes responsables (Denis, 1990), de les impliquer dans la recherche de solutions, d'encourager les choix « sains » et de renforcer les comportements adéquats. « Il faut arroser les fleurs, pas les mauvaises herbes », rappelle le Dr Bertelli de la Clinique des troubles relationnels du Pavillon Albert-Prévost de l'hôpital du Sacré Cœur (Bertelli, 2005).

Dans le travail auprès de ces parents, il est primordial d'être réaliste et patient. Le travail se fait « à petits pas ». Les objectifs fixés doivent être concrets, réalisables et toujours à court terme. Les changements doivent donc être envisagés sur une longue période. Il est clair cependant que cela ne correspond pas toujours aux considérations des intervenants quant aux besoins développementaux de l'enfant ; c'est

souvent contraire aux demandes qui leurs sont faites dans leur gestion de cas (Thoburn et al., 2000). De plus, les nouvelles dispositions de la *Loi de la protection de la jeunesse* qui visent la stabilité des enfants en limitant la durée des placements attendent des parents qu'ils fassent des « efforts raisonnables » et s'impliquent dans la résolution de leurs difficultés (Guide, 2007). Dorénavant, s'il y a lieu de le faire et dans des délais plus serrés, l'enfant sera placé en permanence dans un autre milieu familial. Est-ce que « le travail à petit pas » que l'on fait avec les parents ayant un TPL constituera un « effort raisonnable » dans des délais acceptables ? Il faudra se pencher sur cette question pour s'assurer que l'intervention prend en compte cette nouvelle réalité.

Il est aussi important d'adopter une attitude éducative. Les parents doivent être encouragés à dire les choses plutôt que de les agir ; à utiliser des mots plutôt que des gestes en réaction à leurs émotions. On peut aider le parent en mettant des mots sur ce qui se passe, sur ce qu'il vit. Utiliser l'humour fonctionne très bien avec ces personnes. On doit aussi essayer de dédramatiser et de normaliser les situations décrites comme « catastrophiques » par le parent. Par exemple, qu'une jeune pré-adolescente refuse que sa mère l'accompagne à l'école n'est pas un drame. Il s'agit de recadrer la situation en soulignant qu'au contraire, le comportement de sa fille est normal et sain pour son âge, puisqu'elle doit développer son autonomie. Il est également important ne pas répondre aux demandes désorganisées, vagues ou contradictoires : elles peuvent induire chez les intervenants inexpérimentés des réponses précipitées et désordonnées (Denis, 1990). Sans une bonne connaissance d'un problème, sans l'ensemble des éléments d'information, toute intervention risque d'être inappropriée et non aidante.

Lorsque le moment est propice, il est aussi bon de refléter aux parents que certains de leurs comportements et de leurs gestes nous font vivre de la colère et peuvent provoquer le rejet. On peut aussi leur dire que leur enfant et leur entourage ont probablement ce même type de réaction. Les personnes souffrant d'un TPL ne réalisent pas nécessairement l'impact de leurs gestes et le rôle qu'elles-mêmes jouent dans leurs difficultés interpersonnelles (Villeneuve, 2006).

Nombreux sont les parents présentant un TPL qui ont connu une enfance extrêmement difficile et qui continuent de vivre des expériences douloureuses. L'expérience acquise aux deux cliniques spécialisées en TPL démontre l'importance de valider les expériences et les sentiments rapportés par ces parents tout en les encourageant à s'interroger sur certaines situations, à remettre en question certaines façons de voir les choses, et en les incitant aux changements. Selon le D<sup>r</sup> Fraser de la

clinique de personnalité du CUSM, la « recette » est d'utiliser  $\frac{3}{4}$  de validation et  $\frac{1}{4}$  de « remise en question » (Fraser, 2003). Pour lui, il est important de valider, sans toutefois être de connivence avec le parent. Ainsi, on peut dire : « Je peux imaginer combien vous avez dû être blessé par ce que votre enfant vous a dit l'autre jour ». Ou encore : « Je pense que n'importe quel parent dans une situation comme la vôtre aurait de la difficulté à y faire face ». De même, le Dr Fraser souligne qu'amener une personne à mettre en question ses agissements, ou à réexaminer une situation, ne veut pas dire la confronter. On dira : « Comment pensez-vous que vous avez contribué à cette dispute avec le professeur de votre enfant ? » Ou bien : « Y a-t-il quelque chose que vous auriez peut-être pu faire différemment ? » (Fraser, 2003). Bref, ne pas porter de jugement et essayer d'être neutre dans ses propos.

Les personnes présentant un TPL ont tendance à penser de façon *dichotomique*. Un intervenant sera tout bon puis, tout mauvais. Lorsque plusieurs intervenants sont impliqués dans une même famille, il arrive très souvent que le parent parle contre l'autre intervenant. Dans cette situation, l'intervenant peut dire au parent qu'il comprend pourquoi il se sent comme ça, mais également qu'il comprend aussi pourquoi l'autre intervenant a agi de cette façon et que c'est à lui que le parent doit exprimer ses doléances. Ainsi l'intervenant évite de renforcer les comportements de clivage.

Comme il est important de partager la responsabilité de ces dossiers avec d'autres collègues, on recommande également de ne pas s'isoler. Lorsque la situation prend des proportions dramatiques, on ne doit pas hésiter à faire intervenir une tierce personne. Par ailleurs on tentera d'éviter que la situation s'envenime en prévoyant les difficultés qui pourraient surgir (par exemple un congé scolaire non prévu ou un changement d'intervenant au dossier) et en développant une meilleure connaissance des facteurs pouvant précipiter une crise.

L'établissement d'une alliance de travail avec le parent est reconnu comme stratégie d'intervention incontournable. Pour favoriser le développement de cette alliance – pour avoir le goût de travailler avec ces parents – on essaie de prendre une position d'empathie. Ce parent devra se sentir « entendu, compris, accepté et supporté » (Renaud, 2004, 243). Par ailleurs, Villeneuve (2000) souligne l'importance de connaître l'histoire familiale de ces parents pour développer cette empathie. Aussi, comprendre leur fragilité — et le fait que la plupart de leurs comportements dérangeants soient des moyens trouvés pour composer avec leurs problèmes — peut favoriser la motivation à travailler avec eux.

En même temps, les personnes présentant un TPL ont des *ressources* personnelles et des traits positifs, et elles peuvent être très sympathiques. Elles démontrent de grandes compétences dans certains domaines de leur vie ou dans certaines situations (Bouchard, 2003). Ce sont des personnes souvent attachantes qui, à prime abord, semblent démontrer une sensibilité aux autres et posséder certaines compétences sociales. Les cliniciens rapportent de façon anecdotique qu'on les rencontre souvent dans des métiers qui se rapportent à la relation d'aide ou aux soins (Laporte et al., 2007). Malgré leur grande souffrance, ces personnes sont capables « d'humour, de spontanéité, de sensibilité, d'intuition, de perspicacité, d'introspection, d'honnêteté, d'authenticité, de passion, de créativité, de sens artistique, de conscience sociale, de sens de la justice, d'énergie, de compassion, de curiosité, d'ouverture d'esprit, de joie de vivre » (Gagnon, 2005, 23). Cousineau (1996) a souligné que la souffrance et les compétences de ces parents peuvent faire en sorte que le travail auprès d'eux devient une expérience gratifiante et enrichissante au plan humain.

Ces personnes sont cependant capables de « venir nous chercher ». Il est donc important de reconnaître nos propres limites et celles de l'organisation. Il peut être risqué de vouloir tout faire pour sauver ces parents difficiles malgré leur réticence, leur absence de motivation et le sabotage systématique des services qui leur sont offerts. Il est bon de développer une certaine distance thérapeutique, un détachement lorsque le parent nous « teste » et nous met face à nos limites. Cela vient avec l'expérience, et avec du soutien clinique et personnel.

### **La supervision et les pratiques organisationnelles**

Le travail auprès de ces familles nécessite non seulement un suivi clinique régulier mais aussi un soutien individuel car ce trouble de la personnalité peut être difficile à gérer au plan personnel (Linehan et al., 2001). En effet, travailler auprès des parents ayant un TPL peut soulever des émotions très puissantes chez l'intervenant et amener des réactions négatives imitant celles maintes fois vécues par le client avec son entourage. La consultation joue donc un rôle clé en offrant du support clinique à l'intervenant tandis que le recours à la supervision lui permet de ventiler et de normaliser ce qu'il vit, de valider ses expériences, de prendre le temps de s'arrêter et de réfléchir au problème dans un environnement sécuritaire où il ne se sentira pas jugé (Turney et Tanner, 2001). L'intervenant a la responsabilité de s'assurer que ses réactions contre-transférentielles ne nuisent pas à l'intervention. Le centre jeunesse a également la responsabilité de créer un environnement de travail qui rende la chose possible.

Une bonne intervention exige la mise en place d'un cadre qui repose sur la prévisibilité, la stabilité et la cohérence. Cependant, afin d'offrir un cadre d'intervention de ce type, le centre jeunesse doit modifier ses pratiques et ses politiques. Actuellement, certaines contraintes tiennent à la structure même du centre et aux modalités de prise en charge : très grande mobilité des intervenants, plan d'intervention pas toujours partagé par les intervenants ayant charge des enfants d'une même famille, discontinuité de l'intervention et des services, difficulté d'assurer aux intervenants des suivis cliniques réguliers et continus, ratios inadéquats d'encadrement, impossibilité d'intervenir à deux, etc.. Ces contraintes peuvent créer des situations où règnent la confusion et l'incohérence (Lajoie et Gauthier, 2006). Cela peut contribuer à reproduire des patterns d'interaction négatifs, augmenter la réactivité des parents et causer une détérioration de leur condition. La mise en place de certains éléments organisationnels par l'établissement peut favoriser la mise en œuvre d'interventions mieux adaptées aux parents ayant ce trouble (Lafleur et al., 2004).

### **Défis et perspectives d'avenir**

La problématique du trouble de personnalité limite est complexe et les intervenants en centres jeunesse ont des besoins pressants. Il leur faut être en mesure de dépister rapidement ces clients ; d'évaluer les capacités parentales, le risque encouru par l'enfant et l'impact de la maladie du parent sur l'enfant, et l'attachement entre parent et enfant. Il leur faut aussi déterminer la transmission possible du trouble mental, par hérédité ou influence d'un environnement pathologique. Il leur faut enfin organiser et gérer des contacts entre les parents et l'enfant et, le cas échéant, évaluer la pertinence de réinsérer un jeune dans sa famille ou de le placer dans une autre.

Il est donc essentiel que la consultation et la concertation avec le milieu de la psychiatrie adulte soient mise en place. Seul un travail de collaboration entre le milieu de la protection de la jeunesse et celui des services en santé mentale permettra d'offrir à ces familles ce dont elles ont besoin. Ainsi, la responsabilité du plan d'intervention et des modalités de traitement serait partagée et la lecture de la situation, multidisciplinaire. Les services offerts aux familles au sein du centre jeunesse doivent être mieux adaptés à leurs problèmes de santé mentale et dispensés en harmonie avec les meilleures pratiques. De la même façon, la psychiatrie adulte doit s'adapter afin d'accorder les exigences du traitement du trouble de la personnalité à celles du rôle parental. Après les amendements à la Loi sur la protection de la jeunesse et la

réforme des services en santé mentale, l'un et l'autre sont dans l'obligation de travailler en partenariat.

Finalement, les intervenants doivent être encouragés à demeurer au fait des données de recherche et des connaissances théoriques pour mieux guider leurs interventions. Ce n'est qu'avec des nouvelles connaissances qu'il sera possible d'élaborer des politiques et des stratégies préventives et ainsi diminuer l'incidence des problèmes psychosociaux chez les enfants et s'assurer qu'ils ne deviennent pas à leur tour, à l'instar de leurs parents, des utilisateurs chroniques des services sociaux et de santé.

## Références

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), 2001, Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder, *Supplement to the American Journal of Psychiatry*, 158, 1-52.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), 1996, *Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux* (4<sup>e</sup> édition), Paris, Masson.
- BERTELLI, C., 2005, *Comment ne pas traiter un TPL ou Arrosez les fleurs... pas les mauvaises herbes !*, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.
- BERTELLI, C., BÉLISLE, M.-C., 2004, Intervention de crise chez les patients aux prises avec un trouble de personnalité limite : Partie 2 : Thérapies systémique et familiale, *Santé mentale au Québec*, 29, 1, 253-266.
- BÉLISLE, M.-C., 2005, Thérapie familiale avec des parents porteurs de personnalité limite ou narcissique, *Défi jeunesse*, 12, 14-29.
- BÉLISLE, M.-C., 2004, *Le travail familial avec des parents porteurs de personnalité limite : Mission impossible ?* Conférence présentée à Hull.
- BOUCHARD, S., 2003, Approche cognitive du trouble de personnalité limite : intérêt et limites actuelles, *Revue québécoise de psychologie*, 24, 211-225.
- CENTRE JEUNESSE DE MONTRÉAL, 2007, *Planification stratégique 2004-2007 — Pour nos jeunes et leur famille*, Institut universitaire.
- CENTRE JEUNESSE DE MONTRÉAL, 2007, *Rapport annuel 2006-2007, Bilan DPJ*, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.
- CENTRE JEUNESSE DE MONTRÉAL, 2006, *Rapport annuel 2005-2006*, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.
- CENTRE JEUNESSE DE MONTRÉAL, 2007, *Guide de soutien à l'implantation des amendements à la LPJ*, Centre jeunesse de Montréal — Institut universitaire.

- CHAGNON, F. LAFRAMBOISE, J., 2005, *État de situation sur la santé mentale des adolescents 12-17 ans au CJM-IU*, Rapport du Groupe de travail, Direction des services professionnels et de la recherche, Montréal.
- COUSINEAU, P., 1996, Intervention auprès du patient limite: objectivité et subjectivité, *Santé mentale au Québec*, 22, 5-15.
- DAVIDSON, K., TYRER, P., GUMLEY, A., TATA, P., NORRIE, J., PALMER, S., MILLAR, H., DRUMMOND, L., SEIVEWRIGHT, H., MURRAY, H., MACAULY, F., 2006, A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: Rational for trial, method and description of sample, *Journal of Personality Disorder*, 20, 431-449.
- DAWSON, D. F., 1988, Treatment of the borderline patient, relationship management, *Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 370-374.
- DENIS, J F., 1990, Le problème des troubles de la personnalité en psychiatrie, *Revue canadienne de psychiatrie*, 35, 208-214.
- FONAGY, P., BATEMAN, A., 2006, Progress in the treatment of borderline personality disorder, *British Journal of Psychiatry*, 188, 1-3.
- FRASER, R., 2003, *Practical Approach to the Patient with Borderline Personality Disorder*, cours Université McGill.
- FRIEDMAN, H., 1975, Psychotherapy of Borderline patients: the influence of theory on technique, *American Journal of Psychiatry*, 132, 1048-1052.
- GAGNON, M., 2005, Vivre avec une personne souffrant d'un trouble de la personnalité borderline, *Psychologie Québec*, Mai, 21-23.
- GIESEN-BLOO, J., VAN DICK, R., SPINHOVEN, P., VAN TILBURG, W., DIRKSEN, C., VAN ASSELT, T., KREMERS, I., NADORT, M., ARNTZ, A., 2006, Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy, *American Journal of Psychiatry*, 63, 649-658.
- GUNDERSON, J., 2006, *A BPD Brief: An introduction to BPD*, NEA-BPD, USA.
- GUNDERSON, J., 2001, *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*, American Psychiatric Publishing Inc, Washington.
- LAFLEUR, I., ST-ONGE, M., ROULEAU, D., TREMBLAY, G., VILLENEUVE, E., 2004, L'adaptation des services aux personnes ayant un trouble de personnalité limite, une nouvelle compréhension pour la faciliter? *Intervention*, 121, 61-66.
- LAJOIE, R., GAUTHIER, L., 2005, *Des jeunes laissés à l'abandon par une société en quête de cohérence*, mémoire à la commission parlementaire des affaires sociales du Québec.



- LAPORTE, L., BAILLARGEON, L., 2005, *Le trouble limite de la personnalité chez les parents des enfants suivis par les services de protection de la jeunesse: un motif de compromission ?*, 6<sup>e</sup> Symposium national sur la protection et le bien-être des enfants, Des enfants à protéger, des adultes à aider : deux univers à rapprocher, Montréal.
- LAPORTE, L., BLAIS, M.-F., 2007, *La santé mentale des parents d'enfants suivis en protection de la jeunesse au CJM-IU : Analyses exploratoires à partir de données administratives*, Institut de recherche pour le développement social des jeunes.
- LAPORTE, L., PARIS, J., BERGEVIN, T., FRASER, R., 2007, *Rapport sur la clinique des troubles de personnalité du CUSM, 2001-2007*, Centre universitaire de santé McGill.
- LINEHAN, M.M., COMTOIS, K. A., MURRAY, A. M., BROWN, M. Z., GALLOP, R. J., HEARD, H. L., KORSLUND, K. E., TUTEK, D. A., REYNOLDS, S. K., 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, 757-766.
- LINEHAN, M. M., COCHRAN, B. N., KEHRER, C. C., 2001. Dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder, in Barlow, D.H., ed., *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A step-by-step Treatment Manual*, 3<sup>e</sup> édition, Guilford Press, New York, 470-522.
- LIVESLEY, W. J., 2005a, A practical approach to the treatment of patients with borderline personality disorder, *The Psychiatric Clinics of North America*, 23, 211-232.
- LIVESLEY, W. J., 2005b, Principles and strategies for treating personality disorder, *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 442- 450.
- LEVY, K. N., CLARKIN, F. E., YEOMANS, F. E., SCOTT, L. N., WASSERMAN, R. H., KERNBERG, O. F., 2006, The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy, *Journal of Clinical Psychology*, 62, 481-501.
- MARTIN, C., 1994, Travail auprès d'une famille dont le jeunes est borderline, *Défi jeunesse*, 1, 18-20.
- MORISSETTE, L., PARIEN, M., 1996, Contribution de l'hôpital au traitement du patient borderline, *Santé mentale au Québec*, 22, 1, 30-42.
- PARIS, J., 2005, Recent advances in the treatment of borderline personality disorder, *Canadian Journal of Psychiatry*, n° 50, 435-441.
- RENAUD, S., 2004, Interventions de crises auprès des patients souffrant d'un trouble de personnalité limite. Partie 1: Approches préventives et

résolutives en thérapie psychanalytique individuelle, *Santé mentale au Québec*, 29, 1, 241-252.

RICHELIEU, G., 2004, Réadaptation et troubles de la personnalité: défis et enjeux, *Défi jeunesse*, 3, 17-28.

RUTTER, M., QUINTON, D., 1984, Parental psychiatric disorder: effects on children, *Psychological Medicine*, 14, 853-880.

STONE, M. H., 1990, *The Fate of Borderline Patients: Successful Outcome and Psychiatric Practice*, Guilford Press, New York.

THOBURN, J., WILDING, J., WATSON, J., 2000, *Family Support in Cases of Emotional Maltreatment and Neglect*, London, The Stationery Office.

VILLENEUVE, C., 2006, *L'intervention en santé mentale, Le pouvoir thérapeutique de la famille*, Les presses de l'Université de Montréal.

## **ABSTRACT**

### **A serious challenge for youth protection services: Intervening with parents suffering from borderline personality disorder (BPD)**

An exploratory survey of 68 youth protection services' workers in Montréal, who followed 1030 children reveals that 39 % of these children have at least one parent who suffer from mental health problems. Among these parents, 48 % of mothers and 30 % of fathers have a personality disorder, and for the majority, a borderline personality disorder. This mental health problem is preoccupying for youth protection workers because of its high prevalence, its impact on children and case workers and the difficulties brought forth by having to intervene in a context of authority and within an organization not adapted to the management of this mental health problem. Some intervention's guidelines to work with these parents are presented as well as some challenges and future perspectives.

## **RESUMEN**

### **Un reto muy grande para los centros de la juventud. La intervención con padres que sufren de un trastorno de la personalidad límite (TPL)**

Una encuesta exploratoria realizada en 68 interventores del Centro de la juventud de Montreal, instituto universitario que tiene a su cargo 1030 niños, revela que 39 % de estos niños tienen por lo menos un padre que sufre de un trastorno mental. De estos padres, 48 % de las madres y 30 % de los padres tienen un trastorno de la personalidad, la mayoría de

ellos presenta un trastorno de la personalidad límite. Este problema de salud mental es muy preocupante para los interventores de los servicios de protección a la infancia, en razón de la extensión, su impacto en los niños y en los interventores, y las dificultades que suscita la intervención con estos padres en un contexto de autoridad y en el seno de una organización mal adaptada a esta problemática. Se presentan algunos puntos de referencia para guiar la intervención con estos padres, así como los retos y perspectivas futuras.

## RESUMO

### **Desafio importante para os Centros de Defesa da Criança e do Adolescente. Atuar junto a pacientes com transtorno de personalidade *borderline* (TPB)**

Uma pesquisa exploratória realizada com 68 profissionais do Centro de Defesa da Criança e do Adolescente de Montreal — Instituto Universitário, tendo 1.030 crianças, revela que 39 % destas crianças têm, pelo menos, um pai que sofre de um transtorno mental. Entre estes pais, 48 % das mães e 30 % dos pais têm um transtorno da personalidade, a maioria deles apresenta um transtorno de personalidade *borderline*. Este problema de saúde mental é muito preocupante para os profissionais dos serviços de proteção à criança por causa de sua amplitude, de seu impacto nas crianças e nos profissionais, e das dificuldades que suscita a intervenção junto a estes pais em contexto de autoridade e dentro de uma organização mal adaptada para esta problemática. Algumas referências para guiar a intervenção junto a estes pais são apresentadas, assim como os desafios e as perspectivas para o futuro.