

- Coup d'oeil sur le trouble de personnalité limite
- Références



Coup d'oeil sur le trouble de personnalité limite

Le trouble de personnalité limite dans le milieu de la protection de la jeunesse: État des lieux



Lise Laporte Ph.D Chercheure, Centre de recherche et d'expertise Jeunes en difficulté, CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de Montréal
Directrice de recherche, Programme des troubles de la personnalité, CUSM
Professeur adjoint, Département de psychiatrie, Université McGill



Lyne Desrosiers, Ph.D., erg., psychothérapeute, OTR(c)
Professeure, Département d'ergothérapie Université du Québec à Trois-Rivières
Chercheur régulier, Centre de recherche et d'expertise Jeunes en difficulté, CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de Montréal

Citation suggérée

Laporte, L., Desrosiers, L. (2016). *Le trouble de personnalité limite dans le milieu de la protection de la jeunesse : État des lieux*.

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

1

Définition du trouble de personnalité limite

Pour considérer la présence d'un TPL, il faut que les traits retrouvés chez la personne représentent une déviation importante par rapport à ce que la société attend d'elle. Il faut également qu'ils soient rigides et qu'ils se manifestent dans de nombreuses situations et dans au moins deux des domaines suivants : cognition, affectivité, relations interpersonnelles ou contrôle des impulsions. Ils doivent conduire à une détresse et à des perturbations dans leurs relations. Ces traits de personnalité ne doivent pas résulter d'un autre trouble psychiatrique, d'abus de substance ou d'une maladie physique. La dernière édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, le DSM-5 (**voir encadré 1, American Psychiatric Association, 2013**) identifie neuf critères diagnostiques propres au TPL. La personne doit en présenter au moins cinq pour que le diagnostic soit posé.

Dans la vie de tous les jours, le TPL se caractérise par des relations interpersonnelles intenses et instables, une image de soi changeante, une hypersensibilité au rejet et à l'abandon et des difficultés importantes à réguler ses émotions (APA, 2013). Les personnes qui présentent un TPL sont souvent submergées par des émotions intenses de colère, de tristesse, d'anxiété et de vide affectif. Pour apaiser leurs bouleversements émotionnels, elles peuvent avoir recours à des comportements autodestructeurs allant de l'automutilation aux abus de substances, et aux menaces ou tentatives de suicide qui sont omniprésentes chez cette population (voir encadré 2)

Encadré 2

TPL et conduites suicidaires

- Prévalence de conduites suicidaires chez 80% des patients souffrant du TPL
- Trouble de santé mentale potentiellement mortel: 8%-10% de suicides complétés
- TPL chez 30% des jeunes décédés par suicide
- Apparition des conduites suicidaires plus hâtive et nombre de tentatives à vie plus élevé pour le TPL que dans la dépression
- Comparé à la population générale, l'espérance de vie des personnes ayant un TPL est réduite de 13 ans chez les hommes et de 9 ans chez les femmes

Ces personnes peuvent également présenter une méfiance importante lorsqu'elles sont en situation de stress élevé, des difficultés à différer la gratification et une très faible tolérance à la frustration. Ce trouble sévère de santé mentale est ainsi associé à un niveau élevé de souffrance et de détresse psychologique et entraîne des effets dévastateurs pour la personne atteinte et pour sa famille.

Enfin, il est important de souligner que les personnes atteintes du TPL ont aussi de grandes qualités et de bonnes compétences. Elles présentent une vivacité d'esprit, sont créatives, passionnées, artistiques et curieuses. Elles ont aussi une grande sensibilité; elles ont une capacité plus grande que la majorité des gens pour détecter les vulnérabilités et les sensibilités des autres. Elles ont également un grand sens de la justice et sont souvent drôles et surprenantes. Comme le souligne Gagnon (2005), il est important de reconnaître leur potentiel et leurs forces.

2

Le trouble de personnalité limite à l'adolescence

Plusieurs cliniciens se montrent encore réticents à considérer qu'un adolescent puisse recevoir un diagnostic de TPL. Ils soutiennent que le développement de la personnalité n'est pas encore achevé à cet âge et évoquent notamment le risque de stigmatiser ces jeunes. D'autres au contraire suggèrent fortement d'identifier rapidement à l'adolescence les

premières manifestations de ce trouble afin de le traiter précocement (Chanen, 2015; Miller, Muehlenkamp, & Jacobson, 2008a). À ce jour, un nombre croissant de données suggèrent que le TPL peut être diagnostiqué de manière fiable chez l'adolescent et valident la pertinence de le faire (Glenn & Klonsky, 2013). Incidemment, le DSM-5 permet de poser ce diagnostic chez l'adolescent (American Psychiatric Association, 2013) et les études montrent que ses manifestations cliniques sont assez similaires à celles retrouvées chez l'adulte (Miller, Muehlenkamp, & Jacobson, 2008b).

Il est important de souligner que les manifestations d'un TPL en émergence ou avéré à l'adolescence se démarquent nettement des attitudes et des comportements qui sont observés chez l'adolescent qui connaît un développement harmonieux. Celles-ci se distinguent

par leur intensité et leur instabilité plus importante. Ainsi, les adolescents qui présentent un TPL ont tendance à adopter des stratégies assez drastiques comme la consommation, l'automutilation, les excès ou restrictions alimentaires, les menaces et les conduites suicidaires pour trouver un apaisement à leur détresse. Ces jeunes peuvent s'engager avec de multiples partenaires, adopter des pratiques sexuelles débridées, précipitées et non protégées; ces comportements sous-tendent pour certains de grandes difficultés à s'affirmer, tandis qu'il s'agit pour d'autres d'une quête excessive d'intensité pour apaiser des sentiments d'ennui et de vide intérieur. Les adolescents ayant un TPL peuvent aussi présenter des craintes excessives d'abandon ou de rejet, et être très intolérants à la solitude. Les relations avec les pairs et les rapports amoureux sont souvent marqués par les conflits, la méfiance et un sentiment de trahison. Elles oscillent entre le lien fusionnel, la jalousie excessive et la haine destructrice. Pour certains dont l'identité est peu consolidée, l'absence de frontières entre soi et l'autre les amène à se sentir facilement envahis ou au contraire à calquer leur identité sur celle de ceux qu'ils fréquentent. Ils rompent les liens sans explication ou encore se comportent comme des caméléons, changeant de style, d'intérêt et de projets au gré de leur migration vers de nouveaux groupes d'amis. L'intimidation, les disputes avec leurs amis, amoureux, parents et professeurs sont souvent le pain quotidien de ces jeunes. L'agressivité verbale et physique, de même que les fugues, constituent des méthodes de résolution de conflits dysfonctionnels qui sous-tendent parfois d'importantes difficultés à réguler les émotions,

Les adolescents qui présentent un TPL ont tendance à adopter des stratégies assez drastiques comme la consommation, l'automutilation, les excès ou restrictions alimentaires, les menaces et les conduites suicidaires pour trouver un apaisement à leur détresse.

Encadré 1

Critères du trouble de personnalité limite du DSM-5

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

American Psychiatric Association (2013)

particulièrement la colère. Les adolescents qui présentent un TPL auront généralement une humeur irritable et éprouveront des oscillations soudaines de leurs émotions. Leurs comportements et leurs décisions seront le plus souvent déterminés par leur humeur et marqués d'impulsivité. L'intensité de la colère les amènera notamment à adopter des comportements agressifs tels que cris, insultes, menaces et participation à des bagarres (Nakar et al., 2016).

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

Finalement, les travaux récents dans le domaine du traitement du TPL justifient de l'identifier hâtivement et rigoureusement. En effet, dans les dix dernières années, des chercheurs à travers le monde ont élaboré et évalué différentes formes d'interventions pour venir en aide spécifiquement aux adolescents qui présentent des traits de personnalité limite ou un TPL avéré (Chanen et al., 2009; Mehlum et al., 2014). Leurs résultats sont encourageants et ces avancées viennent déjà fournir aux cliniciens un arsenal thérapeutique mieux adapté à cette clientèle. Récemment, des recommandations précises concernant le dépistage, l'évaluation et le traitement du TPL chez l'adolescent ont été émises et viennent baliser cette pratique (National Health and Medical Research Council, 2012) (**voir encadré 3**)

Encadré 3

Identification et traitement du trouble de personnalité limite chez les adolescents

Recommandations

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

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

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

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

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

3

Les adolescents ayant un trouble de personnalité limite en centres jeunesse

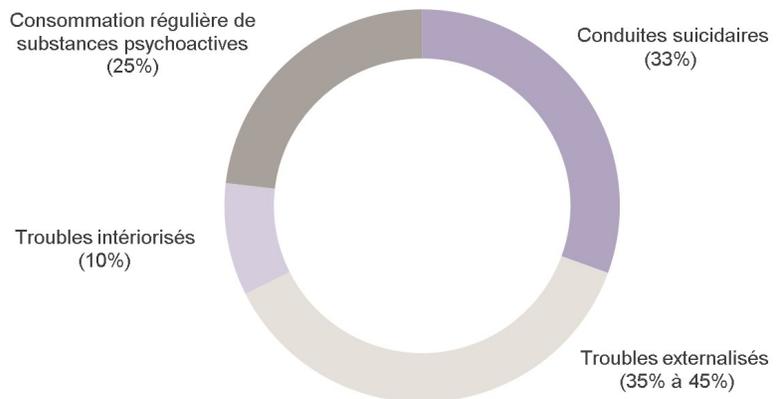
Les symptômes du TPL sont courants chez les adolescents suivis par les centres jeunesse (Chagnon & Laframboise, 2005). On estime en effet que plus du tiers d'entre eux présentent des conduites suicidaires, que 35% à 45% ont des troubles externalisés, 10% des troubles intériorisés et que 25% consomment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

Les facteurs de risque associés au développement du TPL comme la négligence, la maltraitance et les traumatismes de l'enfance ponctuent la trajectoire de vie de 90% des jeunes suivis par les services de protection de la jeunesse (Johnson et al., 2001; Zanarini, Frankenburg, Khera, & Bleichmar, 2001). Ainsi, près d'une adolescente sur deux a été exposée à de la violence verbale et physique et presque le tiers ont été victimes d'abus sexuel (Toupin et al., 2004). Plus encore, le fait d'avoir un parent souffrant d'un TPL constitue un facteur de risque supplémentaire pour développer cette pathologie (Barnow et al., 2013), la transmission héréditaire étant estimée à 50% (Distel et al., 2010).

Les rares études qui se sont penchées sur la prévalence du TPL chez les adolescents en protection de la jeunesse montrent qu'elle est en fait inférieure à celle retrouvée en population générale. En effet, les études ne rapportent que de 4 à 7% des adolescents en CJ ayant un diagnostic de TPL (Gaumont, 2010; MSSSQ, 2007). Considérant la surreprésentation d'adolescents présentant à la fois les manifestations cliniques du TPL et de nombreux facteurs de risque pour le développer, il apparaît déconcertant que si peu d'adolescents aient reçu ce diagnostic dans les centres jeunesse. Plusieurs raisons permettent toutefois d'estimer que cette pathologie serait beaucoup plus répandue notamment le fait que l'identification du TPL chez les jeunes de moins de 18 ans demeure encore une pratique inaccoutumée dans les milieux cliniques. Une étude de 91 dossiers d'adolescents présentant les manifestations cliniques du TPL (nombre de critères diagnostiques \geq 5) effectuée au Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire révèle que seulement 30% avaient été diagnostiqués et que même parmi ceux qui n'ont pas reçu le diagnostic la sévérité du TPL est élevée (Desrosiers & Laporte, 2015). En effet, 80% présentent des comportements d'automutilation et des conduites suicidaires, contre le tiers pour l'ensemble des adolescents en milieu de protection (Pauzé et al., 2004). La presque totalité manifeste des colères intenses et des difficultés

relationnelles interférant significativement avec leur capacité de demeurer dans leur famille ainsi que des conduites impulsives. L'abus de substances se retrouve notamment chez 66% d'entre eux, presque la moitié adoptent des comportements sexuels précoces, débridés ou font de la prostitution et les trois quarts fuguent, profèrent régulièrement des menaces et agressent autrui. Ces adolescents accusent des perturbations importantes de fonctionnement dans leur vie quotidienne. Ils sont 60% à être retirés de leur milieu familial et 7 sur 10 ne fréquentent pas l'école. Ce portrait clinique témoigne de leur grande détresse et d'atteintes sévères à leur qualité de vie.

Symptômes de TPL chez les adolescents suivis par les Centres jeunesse



4

Le trouble de personnalité limite et la capacité d'être parent

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

L'instabilité, l'intensité et le chaos qui caractérisent les relations interpersonnelles de personnes ayant un TPL n'épargnent pas les rapports avec leurs enfants. Les périodes marquées par des comportements impulsifs ou incohérents placent les enfants à risque de devenir l'objet de l'agression ou du rejet. Celles qui sont plutôt caractérisées par la dépression peuvent se traduire par une perte de sensibilité à l'égard des besoins des enfants, ce qui augmente le risque de négligence (Adshead, 2003; Macfie, 2009). Les parents avec TPL peuvent faire preuve d'une faible tolérance à la frustration et présenter une altération du jugement : cela provoque de l'insécurité chez l'enfant. Leurs difficultés à réguler leurs propres émotions peuvent faire obstacle à leur habileté à gérer celles de leur enfant (Newman & Stevenson, 2005). Les écrits suggèrent que les mères auraient davantage tendance à manquer de constance parentale pour ce qui est de la routine, de l'encadrement et des soins à apporter à leurs enfants, en raison de leur mode de vie parfois chaotique. Leur grande détresse psychologique affecte également leur habileté à faire face aux défis et aux émotions fortes qui surgissent inévitablement dans les relations parents-enfants (Marziali et coll., 2006). Pour certaines mères, la motivation principale pour avoir un enfant est de combler leur vide intérieur et de répondre à leur besoin d'amour inconditionnel (Newman et al., 2007). Une mère ayant un TPL et venant d'être laissée par son conjoint nous explique : « Lui (l'enfant), il ne me quittera jamais ». Il est également noté que leur besoin de prendre soin de quelqu'un à tout prix ou encore que l'on prenne soin d'elles émotivement peut les rendre moins sensibles aux besoins et à la sécurité de leurs enfants. Par ailleurs, le désir d'être mère peut aussi être ambivalent, notamment dans les cas où la grossesse résulte de relations sexuelles impulsives non protégées ou vécues dans le contexte d'une relation abusive (Newman & Stevenson, 2008) Ces parents peuvent aussi présenter des difficultés à ajuster leurs pratiques parentales aux stades développementaux de l'enfant. Par exemple, une mère peut avoir beaucoup de difficulté à tolérer les périodes où son enfant cherche à s'individualiser, comme le font normalement les enfants de deux ans et les adolescents (McFile & Swan, 2009). Ces mouvements vers l'autonomie peuvent être découragés par la mère qui tendra à osciller entre le contrôle critique, hostile ou intrusif et une attitude distante, passive ou rejetante; des attitudes susceptibles d'interférer avec le développement affectif de leurs enfants (Neuman, 2012 ; Stepp et al., 2012). Une grande proportion des personnes ayant un TPL ont vécu abus et négligence durant leur enfance et sont à risque de développer des comportements similaires avec leurs propres enfants, perpétuant ainsi le cycle de la maltraitance (Adshead, 2003). L'étude de Laporte et coll. (2013) sur les mères d'enfants suivis en centres jeunesse suggère qu'un important pourcentage de mères ayant un TPL auraient elles-mêmes été suivies par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) durant leur enfance. Enfin, ces mères choisissent souvent des partenaires qui ont eux-mêmes des troubles de santé mentale ou qui adoptent des comportements violents (Feiring & Furman, 2000).

Une grande proportion des personnes ayant un TPL ont vécu abus et négligence durant leur enfance et sont à risque de développer des comportements similaires avec leurs propres enfants, perpétuant ainsi le cycle de la maltraitance

En terminant, il est important de souligner que pour certaines femmes ayant un TPL, la venue d'un enfant peut constituer une motivation importante pour amorcer des changements en réduisant certains comportements pathologiques. Avoir un enfant peut donc être une expérience corrective pour certaines de ces mères (Gunderson, 2008).

5

La prévalence du trouble de personnalité limite chez les parents en centres jeunesse

Le TPL affecte approximativement 1% de la population générale. Dans les contextes hospitaliers adultes, ce diagnostic est présent chez près de 15 % des personnes admises en psychiatrie et chez près de 10% à 15% des patients vus aux services d'urgence et de consultation externe. En protection de la jeunesse, le TPL figure au nombre des troubles mentaux graves dont souffrent les parents des jeunes pris en charge. Les données de l'étude de Laporte et al. (2013) révèlent que 60% des mères dont les jeunes sont sous la responsabilité des centres jeunesse auraient un trouble de santé mentale, et 22,5% auraient un TPL. Ce résultat est plus élevé que celui présenté par Gaumont (2010) qui rapportait une prévalence de 10% de mères ayant un trouble de la personnalité dont les enfants sont suivis par le Centre jeunesse de la Montérégie. Il faut souligner que ces données ne provenaient que de mères ayant consulté en psychiatrie. Obtenue à partir d'un questionnaire qu'auto-rapporté, l'étude américaine de Perepletchikova et collègues (2012) rapportait une prévalence de 19,4% de mères ayant un trouble de la personnalité. Ces mères ne consultent pas souvent en psychiatrie, préfèrent ne pas divulguer leur trouble de santé mentale à leurs

intervenants et souvent, ne reconnaissent pas qu'elles ont un problème. Ces données sont donc probablement une sous-estimation de la prévalence réelle de traits ou de trouble de personnalité limite chez cette population.

6

Les difficultés de l'intervention auprès de parents ayant un trouble de personnalité limite

Les personnes ayant un TPL sont généralement considérées comme étant une clientèle difficile qui présente des profils cliniques et psychosociaux complexes. Au Centre jeunesse de Montréal, les mères ayant un TPL ont beaucoup plus de difficultés psychosociales et plus de symptômes que les mères souffrant d'autres troubles mentaux ou que celles ne présentant aucun problème de santé mentale. Elles sont plus souvent identifiées par les intervenants comme étant instables, immatures, agressives et colériques, et ayant d'importants conflits conjugaux, des problèmes de toxicomanie et des comportements suicidaires. Ces mères sont aussi plus souvent identifiées comme ayant un trouble mental dans la base administrative PIJ, ce qui reflète la sévérité de leur problème (Laporte et coll., 2013). Le portrait clinique des mères ayant un TPL peut aisément complexifier l'intervention et faire en sorte que les services offerts à ces familles ne répondent pas à leur grande vulnérabilité et ne correspondent pas à leurs besoins.

Il y a quelques années, il n'existait presque aucune information dans la littérature sur les défis que pouvait représenter le travail auprès de parents ayant un TPL pour les intervenants œuvrant dans le contexte de la protection de la jeunesse. Une étude qualitative réalisée auprès d'une centaine d'intervenants psychosociaux du CJM-IU, suggèrent que les interventions auprès de ces familles soumettent les intervenants à un ensemble de contingences qui rendent leur travail particulièrement complexe et exigeant (Laporte, Baillargeon, Sanchez, & Desrosiers, 2014). Trois thèmes principaux en lien avec leurs préoccupations et difficultés à l'égard de leur pratique et leurs besoins ont ainsi été mis en évidence.

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

Leurs difficultés ne se situent pas uniquement au niveau de l'intervention, et des relations avec cette clientèle. Les intervenants se sont également montrés préoccupés par les enjeux liés au contexte environnemental. Ils sont concernés par les contingences associées à l'organisation interne des services en centre jeunesse et à la collaboration avec les partenaires externes, notamment avec le milieu judiciaire et celui de la psychiatrie adulte. Ils ont souligné le manque de cohérence des orientations entre les divers services ainsi que le manque de cohésion pour les appliquer à l'intérieur même des équipes. Selon les intervenants rencontrés, les conditions mêmes de leur pratique en centres jeunesse amplifient le défi de travailler auprès de familles touchées par un TPL en raison également de l'intervention en contexte d'autorité, qui contraint cette clientèle à recevoir des services malgré elle.

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

7

Un ingrédient essentiel : le soutien aux intervenants

Il est important de se préoccuper des défis auxquels font face les intervenants œuvrant auprès de familles touchées par un TPL. En effet, il est reconnu que cette clientèle est parmi les plus difficiles à traiter (Bertelli & Beslile, 2004; Parent & Carrière, 2004), spécifiquement parce qu'elle soumet les intervenants à une charge émotionnelle importante (Bessette, 2010). Ceux-ci doivent tolérer leur propre désarroi et leur impuissance face à l'imprévisibilité inhérente à cette pathologie et aux risques de passage à l'acte. Ils doivent également gérer leur propre colère face aux menaces des clients et contrôler leurs émotions. Une étude a mis en évidence comment la détresse des cliniciens pouvait induire des attitudes contre-productives envers les adolescents et leurs parents (Desrosiers, 2013). Le travail quotidien auprès de personnes ayant un TPL requiert du professionnel qu'il soit capable de poursuivre calmement, adéquatement et sans jugement une intervention pendant qu'il est lui-même aux prises avec des émotions intenses.

La difficulté à établir une relation d'aide avec les personnes présentant un TPL peut entraîner des conséquences sur la capacité des intervenants à utiliser de bonnes pratiques. Les résultats d'études conduites par notre équipe ont montré que les adolescents et les parents ayant un TPL sont particulièrement sensibles à la manière dont les intervenants entrent en relation avec eux et que leurs attitudes sont déterminantes pour la collaboration de cette clientèle (Desrosiers, 2013; Beaudry 2016) Les mères ayant un trouble de personnalité limite : entre les difficultés et les services, Memoire de maitrise- Université de Montréal). Les capacités de démontrer de l'empathie, du respect, de la compassion, de réguler ses propres émotions en dépit des comportements excessifs de cette clientèle constituent donc des attitudes clés pour les intervenants. Tout intervenant ne peut travailler avec cette clientèle et les principes et qualités de base pour travailler avec ces personnes sont décrits dans la littérature (**voir encadré 4**).

Le travail auprès de personnes ayant un TPL requiert une bonne formation sur les principes d'intervention reconnue, mais également de la supervision. Tous les guides de meilleures pratiques dans le domaine du TPL soulignent la nécessité qu'une forme de supervision clinique et de soutien en groupe soit en place pour aider les membres de l'équipe (Linehan, 1993; National Health and Medical Research Council, 2012; NHS, 2009). Ainsi, les intervenants doivent pouvoir exprimer et normaliser ce qu'ils vivent, valider leurs expériences et prendre le recul nécessaire pour comprendre et mieux gérer les impasses cliniques. Ils doivent être supervisés afin que leur réactions émotives à l'égard de cette clientèle ne se traduisent pas par des interventions contre thérapeutiques (Cousineau, 1996; Normandin & Ensink, 2007). Bessette (2010) suggère même que les impasses vécues dans le travail avec les clients ayant un TPL ne sont pas toujours l'affaire du client. Selon cette auteure, « l'impasse peut être relationnelle et/ou découler d'un manque de formation adéquate et

Encadré 4

Principes de base pour travailler avec des adolescents et des parents ayant un TPL

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

elle implique habituellement la régulation du contre-transfert » (Bessette, 2010, p. 88). La majorité des intervenants en protection de la jeunesse, qui proviennent des domaines de la psychoéducation et du travail social, ne serait plus formé à explorer et utiliser leurs sentiments contre-transférentiels (Bessette, 2010) et ne recevraient pas toujours la supervision clinique nécessaire pour accomplir le travail auprès de parents ou d'adolescents ayant un TPL. Bien que des services de consultation soient en place dans plusieurs centres jeunesse, ceux-ci semblent surtout être utilisés en situation d'urgence, à la pièce ou en contexte de crises. Par ailleurs, il ne semble plus exister de tradition de supervision en groupe sur une base régulière telle qu'elle prévalait autrefois (Baillargeon, 1999). Cette pratique semble s'être étiolée au fil des nombreuses coupures et des réorganisations subies dans les dernières années.

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

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

«Vous trouverez plus d'information sur le trouble de personnalité en protection de la jeunesse dans le numéro de *Défi Jeunesse* du mois d'avril 2015 consacré entièrement à ce sujet et édité par les deux auteurs de cet article.»

Références

Auteur(s)	Année	Référence complète	Lien
Adshead, G	2003	Adshead, G. (2003). Dangerous and severe parenting disorder? Personality disorder, parenting and new legal proposals. <i>Child Abuse Review</i> , 12, 227-237.	Dangerous and severe parenting disorder? Personality disorder, parenting and new legal proposals
American Psychiatric Association	2013	American Psychiatric Association. (2013). <i>Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)</i> . Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.	Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)
Baillargeon, L.	1999	Baillargeon, L. (1999). Synthèse de la consultation dans le dossier liens avec la psychiatrie. Rapport final, CJM-IU, Montréal, Québec.	
Barnow, S., Aldinger, M., Arens, E. A., Ulrich, I., Spitzer, C., Grabe, H. J., & Stopsack, M.	2013	Barnow, S., Aldinger, M., Arens, E. A., Ulrich, I., Spitzer, C., Grabe, H. J., & Stopsack, M. (2013). Maternal transmission of borderline personality disorder symptoms in the community-based Greifswald Family Study. <i>Journal of Personality Disorders</i> , 27(6), 806-819.	Maternal transmission of borderline personality disorder symptoms in the community-based Greifswald Family Study
Bertelli, C., BÉLISLE, M.-C	2004	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, <i>Santé mentale au Québec</i> , 29, 1, 253-266	Intervention de crise chez les patients aux prises avec un trouble de personnalité limite : Partie 2 : Thérapies systémique et familiale
Bessette, M.	2010	Bessette, M. (2010). Psychothérapie des troubles de la personnalité : quand l'impasse n'est pas du côté du client. <i>Santé mentale au Québec</i> , 35(2), 87-116.	Psychothérapie des troubles de la personnalité : quand l'impasse n'est pas du côté du client
Chagnon, F., & Laframboise, J.	2005	Chagnon, F., & Laframboise, J. (2005). État de situation sur la santé mentale des adolescents 12-17 ans au centre jeunesse de Montréal-	État de situation sur la santé mentale des adolescents 12-17 ans au centre jeunesse de

		Institut universitaire.	Montréal-Institut universitaire.
Chanen, A. M.	2015	Chanen, A. M. (2015). Borderline Personality Disorder in Young People: Are We There Yet? <i>Journal of Clinical Psychology</i> , 71(8), 778-791.	Borderline Personality Disorder in Young People: Are We There Yet?
Chanen, A. M., Jackson, H. J., McCutcheon, L. K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H. P., . . . McGorry, P. D.	2009	Chanen, A. M., Jackson, H. J., McCutcheon, L. K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H. P., . . . McGorry, P. D. (2009). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder: quasi-experimental comparison with treatment as usual. <i>Australian & New Zealand Journal of Psychiatry</i> , 43(5), 397-408	Early intervention for adolescents with borderline personality disorder: quasi-experimental comparison with treatment as usual
Chanen, A. M., Jovev, M., & Jackson, H. J.	2007	Chanen, A. M., Jovev, M., & Jackson, H. J. (2007). Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. <i>Journal of Clinical Psychiatry</i> , 68(2), 297-306.	Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder
Chanen, A. M., & McCutcheon, L.	2013	Chanen, A. M., & McCutcheon, L. (2013). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence. <i>British Journal of Psychiatry Supplement</i> , 54, s24-29.	Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence
Chlebowski, S. M.	2013	Chlebowski, S. M. (2013). The borderline mother and her child: a couple at risk. <i>Am J Psychother</i> , 67(2), 153-164.	The borderline mother and her child: a couple at risk
Cousineau, P.	1996	Cousineau, P. (1996). Intervention auprès du patient limite: objectivité et subjectivité. <i>Revue santé mentale au Québec</i> , 22, 1, 5-15.	Intervention auprès du patient limite: objectivité et subjectivité
Desrosiers, L.	2013	Desrosiers, L. (2013). Modèle de l'engagement et de l'abandon de traitement de l'adolescent avec trouble de personnalité limite. Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal.	Modèle de l'engagement et de l'abandon de traitement de l'adolescent avec trouble de personnalité limite
Desrosiers L, & Laporte, L.	2015	Desrosiers L, & Laporte, L. (2015). Who are the Adolescents with Borderline Personality Disorder in Youth Protection and What Services Do they Get? Paper presented at the Personality Disorders Across the Lifespan : XIVth Conference of the International Society for the study of personality disorders, Montréal.	Who are the Adolescents with Borderline Personality Disorder in Youth Protection and What Services Do they Get
Distel, M. A., Willemsen, G., Ligthart, L., Derom, C. A., Martin, N. G., Neale, M. C., . . . Boomsma, D. I.	2010	Distel, M. A., Willemsen, G., Ligthart, L., Derom, C. A., Martin, N. G., Neale, M. C., . . . Boomsma, D. I. (2010). Genetic covariance structure of the four main features of borderline personality disorder. <i>Journal of Personality Disorders</i> , 24(4), 427-444.	Genetic covariance structure of the four main features of borderline personality disorder
Feenstra, D. J., Busschbach, J. J., Verheul, R., & Hutsebaut, J.	2011	Feenstra, D. J., Busschbach, J. J., Verheul, R., & Hutsebaut, J. (2011). Prevalence and Comorbidity of Axis I and Axis II Disorders among Treatment Refractory Adolescents Admitted for Specialized Psychotherapy. <i>Journal of Personality Disorders</i> , 25(6), 842-850.	Prevalence and Comorbidity of Axis I and Axis II Disorders among Treatment Refractory Adolescents Admitted for Specialized Psychotherapy
Fonagy, P., & Bateman, A.	2006	Fonagy, P., & Bateman, A. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. <i>British Journal of Psychiatry</i> , 188, 1-3.	Progress in the treatment of borderline personality disorder
Gagnon, M.,	2005	Gagnon, M., 2005, Vivre avec une personne souffrant d'un trouble de la personnalité borderline, <i>Psychologie Québec</i> , mai, 21-23.	
Gaumont, C.	2010	Gaumont, C. (2010). Prévalence des problématiques de santé mentale chez la clientèle du Centre jeunesse de la Montérégie. Centre jeunesse de la Montérégie, Québec, Québec.	Prévalence des problématiques de santé mentale chez la clientèle du Centre jeunesse de la Montérégie
Glenn, C. R., & Klonsky, E. D.	2013	Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2013). Reliability and validity of borderline personality disorder in hospitalized adolescents. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> , 22(3), 206-211.	Reliability and validity of borderline personality disorder in hospitalized adolescents. J Can Acad Child Adolesc
Johnson, J. G., Cohen, P., Smailes, E. M., Skodol, A. E., Brown, J., & Oldham, J. M.	2001	Johnson, J. G., Cohen, P., Smailes, E. M., Skodol, A. E., Brown, J., & Oldham, J. M. (2001). Childhood verbal abuse and risk for personality disorders during adolescence and early adulthood. <i>Comprehensive Psychiatry</i> , 42(1), 16-23.	Childhood verbal abuse and risk for personality disorders during adolescence and early adulthood
Lafleur, I., St-Onge, M., Rouleau, D., Tremblay, G., & Villeneuve, E.	2004	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? <i>Revue intervention</i> , 121, 61-66.	
Laporte, L., Baillargeon, L., Sanchez, I., & Desrosiers, L.	2014	Laporte, L., Baillargeon, L., Sanchez, I., & Desrosiers, L. (2014). Être intervenant auprès de parents ayant un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse : quand la souffrance de l'un se conjugue au désarroi de l'autre. <i>Revue de psychoéducation</i> , 43(2).	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
<input type="checkbox"/> Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., . . . Lindenboim, N.	2006	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. <i>Arch Gen Psychiatry</i> , 63(7), 757-766.	Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder
Macfie, J.	2009	Macfie, J. (2009). Development in children and adolescents whose mothers have borderline personality disorder, <i>Child Development Perspectives</i> , vol. 3, no 1.	« Development in children and adolescents whose mothers have borderline personality disorder »
Marziali E., Damianakis T., Smith D., Trocmé N.	2006	Marziali E., Damianakis T., Smith D., Trocmé N. (2006). Supportive group therapy for parents who chronically neglect their children. <i>Families in society: The Journal of Contemporary Social Services</i> , 87, 3, 401-408.	Supportive group therapy for parents who chronically neglect their children
Mehlum, L., Tormoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., . . . Groholt, B.	2014	Mehlum, L., Tormoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., . . . Groholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> , 53(10), 1082-1091.	Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial.

Laberg, S., . . .
Groholt, B.

Miller, A. L.,
Muehlenkamp, J. J.,
& Jacobson, C. M.

2008

Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J., & Jacobson, C. M. (2008a). Fact or fiction: diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 969-981.

[Fact or fiction: diagnosing borderline personality disorder in adolescents](#)

MSSSQ. (2007).

2007

MSSSQ. (2007). Rapport du comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse. Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection, des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les ressources des centres jeunesse du Québec.

[Rapport du comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse. Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection,](#)