

Université de Montréal

**Les mères avec un trouble de personnalité limite
en protection de la jeunesse:
Un paradoxe entre les difficultés et les services**

Par
Mélanie Beaudry

Département de psychiatrie
Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de M.Sc
en Sciences biomédicales
option sciences psychiatriques

Décembre, 2015

© Mélanie Beaudry, 2015

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé

**Les mères avec un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse
Un paradoxe entre les difficultés et les services**

Présenté par
Mélanie Beaudry

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Pierre David, président-rapporteur
Martin Gignac, directeur de recherche
Lise Laporte, co-directrice de recherche
Alain Lebel, membre du jury

Résumé

Une proportion significative de mères d'enfants pris en charge par la protection de la jeunesse souffrirait d'un trouble de personnalité limite (TPL). En effet, les difficultés parentales associées à ce trouble prédisposent davantage à des situations d'abus ou de négligence envers leurs enfants. Cependant, il existe peu d'information sur les difficultés et les besoins de ces mères dans ce contexte particulier.

Cette étude qualitative a été réalisée auprès de 30 mères avec un TPL et dont au moins un enfant était suivi par le Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. La présente étude a permis de mieux décrire les difficultés des mères en lien avec leur TPL, leurs enfants et leur situation conjugale. Leurs expériences des services en protection de la jeunesse ont révélé des suivis instables et peu adaptés à leurs difficultés. Les mères ont abordé l'importance des qualités relationnelles des intervenants à l'établissement d'une collaboration de la part des intervenants et l'importance de mettre en place des services spécifiquement dédiés aux parents. Il semblerait pertinent d'adapter les services de protection de la jeunesse afin d'inclure des interventions qui ciblent les difficultés spécifiques des parents qui ont un TPL, notamment en ce qui a trait à leurs habiletés parentales.

Mots-clés : mères, trouble de personnalité limite, protection de la jeunesse, besoins, services, intervenants DPJ, recherche qualitative, habiletés parentales.

Abstract

A significant proportion of mothers who have children in the care of the Youth Protection Services have borderline personality disorder (BPD). However, there is very little information on the needs and difficulties of these mothers in this special context.

This qualitative study was conducted among 30 mothers who have BPD and who have at least one child followed by Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, a Youth Protection Service. The study provided a description of the difficulties those mothers have associated with their personality disorder, their children and their couple relationship. Their experiences of services offered by Youth Protection suggested that the follow up received were unstable and not suitable for their difficulties and their needs. Mothers have addressed the importance of interpersonal skills of caseworkers to develop better collaboration and the importance of putting in place specifically dedicated services to parents. It would appear pertinent to adapt Youth Protection Services in order to include interventions that target the specific difficulties of parents with BPD, notably regarding parenting skills.

Keywords : mothers, borderline personality disorder, youth protection, needs, services, youth protection workers, qualitative research, parenting skills.

Table des matières

Résumé	i
Abstract	ii
Liste de sigles et des abréviations	iv
Dédicace	v
Remerciements	vi
Introduction	1
Chapitre 1 : Recension des écrits	3
1.1 Trouble de personnalité limite	3
1.2 Trouble de personnalité limite et parentalité	5
1.3 Services de protection de la jeunesse	6
1.4 Intervenir auprès des mères atteintes d'un TPL	8
1.5 Objectif de l'étude	10
Chapitre 2 : Méthodologie	11
2.1 Aspects théoriques	11
2.2 Devis et échantillonnage	12
2.3 Collecte des données	14
2.4 Stratégies d'analyses	14
2.5 Considérations éthiques	16
Chapitre 3 : Résultats	17
3.1 Les difficultés des mères	17
3.2 Les expériences négatives des services	22
3.3 Les expériences positives des services	29
3.4 Les services que les mères trouvent utiles	32
Chapitre 4 : Discussion	35
4.1 Les principaux résultats et retombées cliniques	35
4.2 Limites et forces de l'étude	54
4.3 Avenues de recherches futures	55
Conclusion	56
Bibliographie	59

Liste des sigles et des abréviations

CJ : Centre jeunesse

CJM-IU : Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire

CLSC : Centres locaux de services communautaires

DIB-R : *Diagnostic Interview for Borderline-Revised*

DP : Directeur provincial

DPJ : Directeur ou direction de la Protection de la Jeunesse

DSM-IV-TR : *Diagnostic and Statistical Manual (fourth edition, text revision)*

LPJ : Loi sur la protection de la jeunesse

LSJPA : Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents

SPJ : Service de protection de la jeunesse

TPL : Trouble de personnalité limite

J'aimerais dédier ce travail aux enfants qui vivent avec un parent qui présente un trouble de personnalité limite. Je souhaite que le développement de la recherche se poursuive afin d'arriver à une meilleure compréhension des processus qui engendrent ce trouble et à la mise en place d'interventions mieux adaptées aux familles et aux personnes qui en souffrent. Je souhaite également qu'il y ait une diffusion et un partage des connaissances sur ce trouble entre le milieu médical, le système de protection de la jeunesse et la société en général dans le but que les personnes avec un TPL reçoivent l'attention nécessaire à leur rétablissement. Ainsi, avec l'aide appropriée, il est possible d'avoir une vie meilleure et teintée d'espoir.

Remerciements

J'aimerais tout d'abord remercier mon conjoint pour son support tout au long de cette aventure et mes enfants pour avoir fait de moi une mère comblée et une meilleure chercheuse sur la perspective des mères en protection de la jeunesse.

J'aimerais également remercier Martin Gignac pour avoir rendu possible la réalisation de mon projet et pour sa confiance à mon égard. Je souhaite aussi exprimer ma reconnaissance à Lise Laporte pour ses encouragements répétés, son implication soutenue et pour sa patience à mon endroit. Elle a su me communiquer sa passion pour la recherche et nos intérêts communs pour les personnes qui souffrent d'un TPL ont donné lieu à des conversations fort enrichissantes.

Je tiens aussi à dire un merci particulier à Ninat Friedland qui, à titre d'assistante de recherche, m'a gentiment accueillie dans l'équipe et m'a guidée dans le processus de collecte des données. Elle s'est montrée toujours dévouée et enthousiaste de répondre à mes questions.

Enfin, je remercie chaleureusement les mères qui ont accepté de partager leurs expériences lors des entretiens réalisés pour cette étude et le CJM-IU pour avoir permis la concrétisation de cette étude.

L'étude a bénéficié du soutien d'une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) : Subvention catalyseur : Santé maternelle - De la préconception au nid vide intitulé : *Mothers with borderline personality disorder in the youth protection system : Determinants and consequences of disparities between needs and services* (#232929).

Introduction

Le trouble de personnalité limite (TPL) est caractérisé par un mode relationnel instable, une identité diffuse, des affects instables et une grande impulsivité. Ces symptômes débutent généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte (American Psychiatric Association, 2013). Le TPL est parmi les troubles de la personnalité les plus fréquents avec une prévalence médiane estimée entre 1,6 et 5,9 % de la population générale (American Psychiatric Association, 2013) et est surtout diagnostiqué chez les femmes, c'est-à-dire autour de 75 % des cas (Zimmerman, Rothschild, & Chelminski, 2005). Des études plus récentes indiquent toutefois que la distribution de ce trouble serait équivalente entre les hommes et les femmes dans la population générale (Grant et al., 2008). Certaines de ces femmes deviendront mères et les caractéristiques du TPL, notamment au plan relationnel et affectif, pourront alors interférer avec le développement d'habiletés parentales adaptées (Lamont, 2006).

À leur tour, les difficultés parentales ainsi que les comportements risqués et impulsifs fréquents de ces parents pourront favoriser l'émergence de situations d'abus ou de négligence envers leurs enfants (Laporte, 2007). Non seulement la probabilité que les services de protection de la jeunesse doivent s'impliquer devient alors beaucoup plus élevée, mais le développement d'un trouble de santé mentale (notamment d'un TPL) chez ces enfants devient aussi plus probable (Chanen & Kaess, 2012; Distel et al., 2008; Johnson, Cohen, Brown, Smailes, & Bernstein, 1999; Laporte & Guttman, 1996). Ainsi, une proportion significative des mères recevant des services en protection de la jeunesse présente des symptômes qui correspondent au diagnostic de TPL (Laporte, 2007; Laporte, Baillargeon, Sanchez, & Desrosiers, 2014).

En raison de la complexité des interventions nécessaires auprès des personnes avec un TPL, les intervenants qui travaillent en protection de la jeunesse peuvent rapidement être dépassés et ainsi vivre de nombreuses impasses thérapeutiques. Par conséquent, il est difficile pour les intervenants de bien cibler les besoins de ces mères et encore plus difficile d'y répondre adéquatement. Ce contexte favorise peu le changement de style parental qui serait bénéfique pour les enfants touchés (Laporte et al., 2014).

De leur côté, les parents dont les enfants sont pris en charge par les services de protection de la jeunesse semblent percevoir négativement certaines des interventions reçues. Plusieurs rapportent ne recevoir finalement que peu d'aide, se sentir traités injustement et vivre de manière traumatique le retrait subit de leurs enfants lorsque cela survient (Palmer, Maiter, & Manji, 2006). Mais qu'en est-il des services reçus en protection de la jeunesse au Québec? Comment les mères avec un diagnostic de TPL perçoivent-elles leurs difficultés? Quelle est leur expérience des services qu'elles reçoivent? Aucune étude ne s'est encore penchée sur ces questions.

L'objectif principal du présent mémoire est de décrire l'expérience des mères avec un TPL dont les enfants sont suivis en protection de la jeunesse. Plus particulièrement, l'étude cherche à décrire leurs difficultés et leurs besoins ainsi que les défis auxquels elles font face. Le premier chapitre survolera la littérature ayant trait au TPL en général, au TPL en lien avec la parentalité, aux services de la protection de la jeunesse et aux principes d'interventions liés au TPL en général. Dans les deuxième et troisième chapitres, la méthodologie et les résultats découlant du présent projet seront décrits. Dans le quatrième chapitre, le sens et l'impact des principaux résultats seront abordés, de même que les retombées cliniques et les pistes futures d'investigation.

Chapitre 1: Recension des écrits

1.1 Trouble de personnalité limite

Dans le cadre du présent mémoire, les critères du DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) qui ont été reconduits dans le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) ont été utilisés pour suggérer la présence du diagnostic de TPL. Un diagnostic de trouble de personnalité est retenu lorsque les comportements et l'expérience vécue d'un individu dévient notablement de ce qui est attendu dans sa culture. Sa perception de soi et des autres, son affectivité, son fonctionnement interpersonnel le contrôle de ses impulsions sont perturbés, au moins depuis l'adolescence ou le début de l'âge adulte, de manière durable, étendue et rigide. Ces déviations de la norme entraînent une souffrance cliniquement significative, ont un impact fonctionnel important et ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental, ni par les effets d'une substance (alcool ou drogues), ni par une condition médicale. Plus spécifiquement, l'individu souffrant d'un trouble de personnalité limite doit répondre à au moins cinq des neuf critères suivants : 1) Faire des efforts effrénés pour éviter l'abandon, qu'il soit réel ou imaginé; 2) avoir des relations interpersonnelles instables, intenses et alternant entre l'idéalisation et la dévalorisation; 3) avoir une identité perturbée marquée par une instabilité persistante; 4) être impulsif dans au moins deux domaines potentiellement dommageables; 5) faire des tentatives, des gestes et des menaces suicidaires ou des gestes d'automutilation à répétition; 6) avoir une humeur fortement réactive, notamment en contexte relationnel; 7) avoir un sentiment chronique de vide; 8) exprimer une colère intense et inappropriée qui est difficile à contrôler; 9) faire l'expérience transitoire d'idées persécutrices ou de symptômes dissociatifs lors de situations de stress.

Le TPL affecte entre 1,6% et 5,9 % de la population générale (American Psychiatric Association, 2013). Les individus touchés sont d'importants consommateurs de services, constituant 10 – 20 % des patients traités en clinique externe de psychiatrie et 20 – 40 % des patients hospitalisés en unité psychiatrique (American Psychiatric Association, 2013; Chanen & Kaess, 2012). Le taux de suicide complété parmi ces patients (8 – 10 %) est environ 50 fois

plus élevé que dans la population générale (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004). Les troubles de la personnalité du groupe B (groupe le plus fréquent et dont fait partie le TPL avec les troubles de la personnalité histrionique, antisociale et narcissique) constituent des conditions psychiatriques qui altèrent significativement l'espérance de vie. Comparativement à la population générale, l'espérance de vie des personnes qui reçoivent des services au Québec pour un trouble de personnalité du groupe B est réduite de 9 ans chez les femmes et de 13 ans chez les hommes (Cailhol, Lesage, Rochette, Pelletier, Villeneuve, Laporte, & David, 2015). En outre, la comorbidité est extrêmement fréquente avec d'autres troubles de santé mentale, notamment les troubles de l'humeur (dans 96 % des cas), les troubles anxieux (dans 88 % des cas), l'abus de substance (dans 64 % des cas) et les troubles alimentaires (dans 53 % des cas) (Zanarini, Frankenburg, Dubo, Sickel, Trikha, Levin, & Reynolds, 1998).

Le TPL, comme la majorité des troubles de santé mentale, est conceptualisé comme découlant d'une interaction entre une vulnérabilité génétique et un environnement dysfonctionnel durant l'enfance (Chanen & Kaess, 2012). En effet, les estimations d'héritabilité sont de 35-45% (Chanen & Kaess, 2012; Distel et al., 2008; Kendler et al., 2008) et une grande majorité d'individus qui souffre d'un TPL aurait vécu de l'abus ou de la négligence durant l'enfance (83 - 93 %; Chanen & Kaess, 2012; Johnson et al., 1999; Laporte & Guttman, 1996; Zanarini et al., 1997) et/ou la perte d'un des parents (69 %; Laporte & Guttman, 1996). Les individus au génotype sensible seraient donc beaucoup plus à risque de développer un TPL lorsque mis en contact avec un environnement dysfonctionnel. Contrairement à ce qui était admis auparavant, les traits diagnostiques du TPL sont aisément identifiables au début de l'adolescence et, quoique connaissant une baisse d'intensité à l'âge adulte, demeurent relativement stables au cours du développement (Bornovalova, Hicks, Iacono, & McGue, 2009; Chanen et al., 2004). Durant l'enfance, la présence d'une psychopathologie peut être identifiée mais les symptômes manquent souvent de spécificité. Plusieurs des dimensions du trouble, telles l'impulsivité, les affects négatifs prédominants et l'agressivité interpersonnelle, peuvent tout de même être mesurées de manière fiable à ce moment et demeurent stables au cours du développement (Bernstein, Cohen, Skodol, Bezirgianian, & Brook, 1996; Carlson, Egeland, & Sroufe, 2009; Crawford, Cohen, Chen, Anglin, & Ehrensaft, 2009).

Ce trouble est donc actuellement considéré comme étant de nature développementale. En effet, les enfants de mères qui ont un TPL ont beaucoup plus de risque de développer le même trouble dans leur vie, et ce, pour divers motifs (Stepp et al., 2012). D'une part, ces enfants ont plus de risque d'hériter de leur mère d'une vulnérabilité émotionnelle accrue et de facteurs tempéramentaux à risque; exemple, haut niveau de recherche de nouveauté et haut niveau d'évitement du danger (Joyce, McKenzie, Luty, Mulder, Carter, Sullivan, & Cloninger, 2003). D'autre part, ces enfants sont plus à risque, au plan environnemental, d'être exposé à de la négligence et de l'abus (Lamont, 2006; Laporte, 2007). Il y a donc plusieurs mécanismes de transmission intergénérationnelle du TPL. Dans ce contexte, la question des habiletés parentales des mères atteintes d'un TPL est primordiale.

1.2 Trouble de personnalité limite et parentalité

Le TPL étant marqué par une grande instabilité au plan relationnel, il n'est pas surprenant que les mères aux prises avec un TPL présentent souvent des difficultés au plan de la relation mère-enfant. Notamment, Fonagy, Target, Gergely, Allen et Bateman (2003) conceptualisent le TPL en termes de difficultés d'attachement qui empêchent le développement du *self* (soi) nécessaire à la capacité de mentalisation. De bonnes habiletés de mentalisation et de régulation émotionnelle, qui font souvent défaut chez les personnes qui souffrent d'un TPL, sont fondamentales au reflet adéquat des états mentaux et émotionnels de l'enfant. Ces reflets permettent la régulation des affects de l'enfant et ainsi, le développement de la théorie de l'esprit et du développement du *self* (soi). Les mères avec un TPL sont décrites comme étant moins sensibles et moins réactives face à la détresse de leur enfant et comme ayant plus de difficultés à différencier les émotions de l'enfant de leurs propres émotions (Kiel, Gratz, Moore, Latzman, & Tull, 2011). Elles présentent notamment plus d'expressions faciales et de propos négatifs et ont tendance à moins s'engager dans des expériences positives avec leur enfant que les autres mères, comme en témoigne le manque de jeu. Cette perception d'une dominance d'affects négatifs chez sa mère la rend inquiétante, voire dangereuse, aux yeux de l'enfant (Main & Hesse, 1990). Il obtient ainsi moins de réconfort et son agitation s'exacerbe, ce qui produit en retour des réactions de plus en plus négatives chez la mère qui exacerbent à nouveau l'agitation de

l'enfant et ainsi de suite (Kiel et al., 2011). Ce manque de réassurance et de reflet cohérent de l'expérience de l'enfant sont les précurseurs d'un attachement non sécure, souvent désorganisé (Fonagy et al., 2003).

De plus, la mère atteinte d'un TPL a plus tendance à se mettre dans des situations à risque (exemple violence conjugale, abus de substances, gestes suicidaires ou d'automutilation, etc.) qui augmentent la probabilité de progresser vers de la négligence et de l'abus envers l'enfant. Par exemple, l'impulsivité et le manque de régulation émotionnelle qui se traduisent souvent en une mauvaise gestion de la colère, augmentent les probabilités que la mère pose des gestes de violence sur l'enfant ou qu'elle le délaisse précipitamment pour répondre à ses propres besoins (Laporte, 2007). De plus, ces mères choisissent souvent des partenaires qui ont eux-mêmes des troubles de santé mentale ou adoptent des comportements violents (Feiring & Furman, 2000). La majorité de mères ayant un TPL proviennent de familles chaotiques et dysfonctionnelles au sein desquelles elles n'ont pu acquérir les habiletés nécessaires pour devenir parent. Elles sont donc plus à risque de reproduire les comportements inadaptés de leur famille d'origine avec leurs propres enfants, perpétuant ainsi le cycle de la maltraitance (Adshead, 2003).

Il est donc peu surprenant qu'une intervention des services de la protection de la jeunesse soit fréquemment nécessaire chez ces mères.

1.3 Services de protection de la jeunesse

Au Québec, les directeurs de la protection de la jeunesse (DPJ) sont responsables d'assurer la sécurité et le bon développement des enfants sur leur territoire, en appliquant la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ). Ils cumulent aussi le rôle de directeur provincial (DP) et sont donc aussi responsables de la gestion des procédures extrajudiciaires chez les adolescents ayant commis une infraction au code criminel, sous le couvert de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA). Les DPJ dirigent les centres jeunesse (CJ) qui offrent les services aux jeunes et à leur famille dans le cadre de ces deux lois.

Dans ce contexte, le mandat des CJ consiste à assurer « la protection, le développement harmonieux et l'intégration sociale des enfants et des jeunes », de superviser « la réadaptation et la réinsertion des enfants et des jeunes ayant développé des troubles de comportement ou ayant commis des délits », d'offrir du « soutien et de l'accompagnement aux parents, notamment les jeunes parents, et d'encourager le développement des capacités parentales » ainsi que de superviser les procédures d'adoption (CJM-IU : Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire, 2014).

En 2013-2014, 32 016 enfants recevaient des services en CJ sous le couvert de la LPJ au Québec, surtout pour cause de négligence (49 % des cas; Association des centres jeunesse du Québec, 2014). Parmi ceux-ci, 4 145 étaient desservis par le Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (CJM-IU: Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire, 2014). Une proportion significative de ces cas implique des parents souffrant de troubles de santé mentale.

Dans une étude récente réalisée dans deux centres jeunesse, la proportion de mères atteintes de troubles de santé mentale s'élevait à 61 % et celles présentant un TPL avéré ou probable à 21 %, le trouble de santé mentale le plus prévalent (Laporte et al., 2014). Les intervenants des centres jeunesse doivent donc fréquemment intervenir auprès de familles dont la mère souffre d'un TPL. Ceux-ci doivent alors composer avec un contexte d'intervention difficile puisque d'une part, il s'agit d'intervention sous contrainte légale et non d'une demande d'intervention qui est volontaire. D'autre part, il s'agit d'intervention qui cible essentiellement les besoins de l'enfant puisqu'il est au centre de l'intervention de la protection de la jeunesse. Bien que les intervenants se préoccupent des habiletés parentales dans l'objectif d'aider l'enfant à mieux se développer, les besoins spécifiques des parents aux prises avec un TPL ne constituent pas des cibles d'intervention. Une autre source de difficulté d'intervention réside dans la nécessité de mobiliser rapidement les parents et de les amener à s'impliquer pour résoudre leurs difficultés et rétablir rapidement la situation de compromission de leur enfant (LeBlanc, 2010). En effet, l'intervention constitue un défi plus important auprès des personnes aux prises avec un TPL puisque la motivation à changer fluctue dans le temps et varie considérablement chez les personnes atteintes de ce trouble (Bouchard, 2010). Or, ces aspects sont intimement liés et les

intervenants des centres jeunesse n'ont pas nécessairement les connaissances requises pour relever ces défis d'intervention.

1.4 Intervenir auprès des mères atteintes d'un TPL

Les patients atteints d'un TPL sont perçus par la majorité des professionnels de la santé mentale (c'est-à-dire 84 %) comme étant la clientèle la plus difficile à traiter (Cleary, Siegfried, & Walter, 2002). Les défis auxquels font face les intervenants proviennent de multiples sources. Ces patients, de par la nature même de leur trouble, ont notamment tendance à susciter de fortes réactions de contre-transfert au plan relationnel. Celles-ci peuvent facilement conduire à des impasses thérapeutiques et mener à la cessation du traitement par le patient ou même par l'intervenant (Bateman & Fonagy, 2009; Bouchard, 2010; Laporte et al., 2014), notamment si celui-ci n'a pas la formation ou l'expérience nécessaires pour reconnaître et adresser ces réactions contre-transférentielles. La charge émotionnelle est ainsi souvent très lourde à porter dans ces situations. Les intervenants, lorsqu'ils n'ont pas les habiletés pour gérer ces situations cliniques, s'épuisent rapidement et peuvent même en venir à vouloir réorienter leur pratique clinique (Bessette, 2010). Bien que plusieurs types de thérapies ont été démontrées efficaces dans la stabilisation des symptômes propres au TPL (Bateman & Fonagy, 2000), aucune ne cible spécifiquement le développement des habiletés parentales de cette population. Les intervenants en CJ se trouvent ainsi mal outillés pour intervenir auprès de ces parents afin de les aider dans leurs habiletés parentales.

Il est aussi reconnu que les patients aux prises avec un TPL vivent fréquemment de la stigmatisation de la part des fournisseurs de services (Laporte et al., 2014). En effet, les institutions, et même les cliniciens, entretiennent souvent des préjugés face à ces patients, ce qui mène à des jugements négatifs hâtifs. Ils peuvent notamment éprouver moins d'empathie pour ceux-ci, les blâmer pour leurs problèmes et entretenir très peu d'espoir quant à leur capacité à changer la situation problématique (Aviram, Brodsky, & Stanley, 2006; Stanley, Penhale, Riordan, Barbour, & Holden, 2003). Ces perceptions peuvent mener à la cessation précoce ou

même à la privation de services ainsi qu'au placement plus hâtif des enfants en familles d'accueil (Stanley et al., 2003).

Finalement, le contexte inhérent aux services fournis en centre jeunesse peut être souvent chaotique, ce qui peut s'avérer être iatrogénique pour les parents qui souffrent d'un TPL. Les centres jeunesse ont été décrits comme étant marqués par « la grande mobilité du personnel, la discontinuité de l'intervention et des services, les suivis cliniques irréguliers et parfois discontinus, les ratios de clients élevés, les réorganisations fréquentes et ou encore les contraintes de temps et le manque de ressources », en plus d'un manque de concertation au sein des différentes équipes et même entre les différentes équipes impliquées (Laporte et al., 2014). Il est généralement admis que, pour favoriser des interventions thérapeutiques auprès des personnes avec un TPL, les équipes de professionnels doivent faire preuve d'un cadre thérapeutique stable et cohérent, et pouvoir bénéficier d'un soutien émotionnel face à leurs interventions (Bouchard, 2010). En conséquence, les professionnels de même que les parents qui souffrent de TPL peuvent se sentir dépassés par l'instabilité même du système de protection de la jeunesse.

De façon générale, la voix des parents qui reçoivent des services pour un enfant en protection de la jeunesse est peu entendue. Il existe peu d'écrits dans la littérature à ce jour sur l'expérience des parents qui ont un trouble de santé mentale et aucune étude n'a été réalisée auprès de parents ayant un TPL. En raison de leur trouble de santé mentale, ces parents présentent des besoins certainement particuliers. Il n'y a pas de connaissance établie concernant leurs difficultés, leurs besoins et les services qui leur sont offerts.

Dans une étude qualitative précédente effectuée auprès des parents dont les enfants sont pris en charge par les services de protection de la jeunesse, les parents soutiennent qu'ils ont l'impression que leur point de vue ne semble pas réellement pris en compte par les établissements de protection de la jeunesse (Dumbrill, 2006). Cet auteur souligne que la manière particulière dont les parents perçoivent l'usage du pouvoir par les intervenants des services de protection de la jeunesse contribuerait à teinter leur vision de l'intervention en général.

En somme, il existe peu d'écrits qui traitent du point de vue des mères avec un trouble de santé mentale sur leurs difficultés, leurs besoins et leurs expériences en regard des services de protection de la jeunesse et il n'existe aucune étude qui donne la parole aux mères qui présentent des caractéristiques comme le TPL.

1.5 Objectif de l'étude

Dans la littérature à ce jour, il existe peu d'informations sur la perception des parents concernant le système de protection de la jeunesse et encore moins sur les parents qui souffrent d'un trouble de santé mentale comme le TPL. Parmi cette population, une forte proportion est représentée par les mères. Le présent projet a pour objectif principal de décrire l'expérience des mères avec un TPL dont les enfants sont suivis en protection de la jeunesse. Quelle est la nature des difficultés rencontrées par ces mères? Ces mères présentent-elles des besoins particuliers? Comment perçoivent-elles les services du système de protection de la jeunesse? Qu'est-ce qu'elles considèrent comme le plus utile par rapport à ces services?

Étant donné l'absence d'étude en regard de cette problématique et de l'importance de donner aux mères une voix afin de s'assurer que les services qui leur seront offerts correspondent bien à leurs besoins, une étude qualitative a été entreprise dans le but de décrire les expériences subjectives et singulières des mères ayant un TPL et dont les enfants recevaient des services au CJM-IU.

Chapitre 2 : Méthodologie

2.1 Aspects théoriques

L'absence de données précises dans la littérature sur l'expérience vécue par des mères ayant un TPL qui reçoivent des services du CJ a mené à choisir une méthode de recherche qualitative plutôt que quantitative.

En particulier, la recherche qualitative de type descriptive interprétative se prête bien à la question puisqu'il est souhaité de décrire cette expérience dans son contexte particulier, soit en centre jeunesse québécois. Un procédé d'induction est indiqué afin de mieux comprendre le cas particulier de chacune de ces mères et ainsi mieux cerner ce phénomène. Le caractère interprétatif de ce type d'étude permet également de mieux rendre compte de toute la signification des expériences vécues par les mères ayant un TPL dont un ou plusieurs enfants sont suivis au CJM-IU (Larivière & Corbière, 2014).

Pour conduire cette étude, une position constructiviste est adoptée et celle-ci tient compte de la position de chercheur en plus de la réalité des expériences vécues par ces mères ayant un TPL. De cette manière, la subjectivité comme chercheur contribue à révéler cette réalité contextuelle et socialement construite (Guba & Lincoln, 1994). Cette subjectivité influence effectivement le recueil des données puisque c'est le chercheur qui sélectionne les informations qui seront retenues et détermine celles qui seront écartées. En ce qui nous concerne, notre position comme chercheuse n'est pas neutre et est sans doute teintée d'une part, par le fait d'être devenue mère à deux reprises au cours du processus d'analyse des données et d'autre part, par notre pratique clinique comme pédopsychiatre qui travaille au quotidien avec une clientèle d'adolescents et de mères aux prises avec un TPL. Ces deux aspects pourraient certainement avoir aiguisé notre capacité à décoder dans les difficultés rapportées par les mères ayant un TPL, leurs besoins comme mère, mais aussi leurs besoins comme personne souffrant d'un TPL.

2.2 Devis et échantillonnage

Un devis de recherche de cas multiples est ici employé, où chaque cas décrit correspond à une mère ayant un TPL et dont au moins un enfant reçoit des services du CJM-IU. La sélection de ces mères découle d'une étude préalable qui portait sur la prévalence des troubles de santé mentale chez les mères d'enfants suivis en vertu de la LPJ. Lors de cette étude, un sondage a été réalisé auprès de la moitié des intervenants de chaque équipe du CJM-IU qui ont été choisis au hasard, soit 222 intervenants à l'application des mesures (intervenants responsables de mettre en place les services dont la famille a besoin et d'en assurer le suivi). Chaque intervenant devait indiquer quelles mères semblaient présenter un trouble mental parmi leurs dossiers de familles qui bénéficiaient d'un suivi actif. Au total, les dossiers de 1722 mères ont été examinés et la prévalence de trouble mental chez ces mères était de 63% alors que la prévalence d'un TPL était de 21%.

La présente étude a été conduite à partir de ce sondage et 23 intervenants ont été sélectionnés au hasard pour cibler toutes les mères parmi leurs dossiers actifs. Au total, 155 dossiers de mères ont été identifiés. D'abord, 93 dossiers ont dû être écartés pour différents motifs : dossier fermé au moment de l'étude, perte de contact avec les mères, décès ou absence totale de coopération des mères avec les intervenants du CJM-IU. Ainsi, 62 mères ont accepté de participer à l'étude mais 19 n'ont pas pu être retenues, soit parce qu'elles ont décidé de se retirer ensuite de l'étude ou qu'elles ont omis de se présenter au rendez-vous.

Finalement, 43 mères qui recevaient des services au CJM-IU ont participé à une entrevue qui comportait 3 parties. La première partie consistait en une cueillette de données sociodémographiques. La seconde partie permettait d'identifier les mères ayant des traits significatifs ou un diagnostic probable de TPL au moyen d'une entrevue semi-structurée pour le diagnostic de TPL (DIB-R; Zanarini et al., 1990). Un échantillon intentionnel a été constitué avec toutes les mères qui présentaient des traits significatifs ou un diagnostic probable de TPL, soit 30 mères. La troisième partie de l'entrevue traitait de la perception des mères sur leurs difficultés et leurs expériences des services.

Les critères d'inclusion pour la présente étude sont : 1) être mère d'un ou de plusieurs enfants suivis au CJM-IU en vertu de la LPJ; 2) avoir un score $\geq 6,6$ sur 10 au DIB-R qui suggère la présence de traits significatifs ou un diagnostic probable de TPL; 3) avoir une maîtrise suffisante du français pour participer à une entrevue. Les critères d'exclusion sont : 1) souffrir d'une déficience intellectuelle modérée à sévère; 2) souffrir d'une psychose active.

2.2.1 Portrait des participantes

L'échantillon des 30 mères rencontrées pour l'étude comportait des femmes âgées entre 22 et 55 ans et dont la moyenne d'âge était 34,8 ans. Les mères avaient entre un et six enfants pour une moyenne de 3,03 enfants par mère. Parmi les 30 mères, la moitié (15 mères) avait un seul enfant. Certaines des mères avaient des enfants issus de relations avec des pères différents, allant jusqu'à six pères différents chez l'une d'entre elles. La majorité des mères a indiqué que leurs enfants provenait d'union qui variait entre 1 et trois pères différents. Près du quart des mères, soit 23,3 %, vivait seule et un autre quart, soit 26,7 % vivait avec un conjoint. Au plan de la scolarité, la très grande majorité, soit 56,7 % n'avait pas complété d'études secondaires, alors que 23,3 % avait un diplôme de secondaire V. Près du quart, soit 26,7 % était sans emploi au moment de l'étude. Un autre quart d'entre elles, soit 26,6 % présentait des problèmes de toxicomanie et 70,0 % souffrait également de maladies physiques.

En plus des données sociodémographiques recueillies lors de l'entrevue, des données clinico-administratives provenant du système-clientèle Projet intégration jeunesse (PIJ) du CJM-IU (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008) ont été recueillies pour compléter les données. L'information sur l'implication de la DPJ dans l'enfance était disponible dans la banque de données du CJM-IU pour 21 des 30 mères de l'étude. C'est 86 %, soit 18 sur les 21 mères, qui a eu recours, aux services de la protection de la jeunesse durant leur enfance.

2.3 Collecte des données

Les données ont été obtenues sur une période allant de janvier 2012 à janvier 2013 à l'aide d'entrevues individuelles. Les entrevues ont été réalisées après l'obtention du consentement écrit de chacune des mères. Les participantes étaient libres d'arrêter l'entrevue à tout moment ou d'annuler leur participation à l'étude. Toutes les mères ayant complété leur participation à l'étude ont reçu une compensation monétaire pour leur temps et leurs déplacements correspondant au montant de 75 dollars en argent comptant.

Les entrevues ont été effectuées par deux assistantes de recherche qui n'étaient pas impliquées dans la prestation des services du CJM-IU. Chaque entrevue avait trois parties : 1) questions sur les aspects sociodémographiques; 2) entrevue semi-structurée pour établir un diagnostic de TPL (DIB-R; Zanarini et al., 1990); 3) questions ouvertes sur les difficultés, les besoins, les services reçus et les services souhaités par les mères.

Les assistantes de recherche ont reçu la formation requise pour administrer l'entrevue DIB-R. Cet instrument de mesure est largement utilisé en recherche et permet d'établir un diagnostic valide de trouble de personnalité limite. Cette entrevue mesure 4 sous-échelles soit : l'affectivité, la cognition, l'impulsivité et les relations interpersonnelles. Un seuil de 8 ou plus est jugé compatible avec un diagnostic de TPL (DIB-R; Zanarini et al., 1990). Des scores de 6 et 7 sur 10 indiquent la présence de traits significatifs de TPL.

Les rencontres avec les mères ont été réalisées dans un lieu qui convenait à chacune d'elles, certaines ont été réalisées dans leur domicile, mais la majorité a eu lieu dans les locaux du CJM-IU. L'entrevue avec les mères durait en moyenne 60 minutes.

2.4 Stratégies d'analyses

Toutes les entrevues ont été enregistrées et transcrites à l'aide du logiciel d'analyse NVivo, version 10 (QSR International, Pty Ltd, 1999-2014). Le processus d'analyse a débuté

dès que toutes les entrevues ont été complétées et a été évolutif tout au long du processus de recherche. L'expérience vécue par les mères ayant un TPL a été abordée selon quatre aspects principaux couverts lors de l'entrevue, soit les difficultés des mères, leurs expériences positives et négatives des services reçus au CJM-IU ainsi que les services qu'elles auraient souhaité recevoir.

Le processus d'analyse était de type analyse de contenu thématique et de nature inductive, c'est-à-dire qu'une analyse a été faite à partir des propos des mères pour en dégager une proposition. Le processus, inspiré des travaux de Miles et Huberman (2003), a débuté par une condensation des données. Pour ce faire, une lecture et relecture de la transcription des données ou compte rendu intégral des entrevues réalisées auprès des mères (verbatim) ont été faites afin de s'imprégner des données et de développer une vision globale de celles-ci. Les données ont ensuite été examinées dans le but d'y repérer les thèmes les plus significatifs. Plus précisément, un thème consistait en un court extrait de verbatim des mères qui représentait bien un aspect du phénomène de leur expérience. Par la suite, une grille d'analyse a été réalisée avec des thèmes prédéterminés, sélectionnés pour leur pertinence, et ces thèmes ont été organisés sous forme hiérarchisée. Tout au long du processus d'analyse, il s'est ajouté de nouveaux thèmes découverts au terme de la lecture des entrevues. Les thèmes et sous-thèmes n'étaient pas mutuellement exclusifs.

Le contenu des verbatim des 30 entrevues a été fragmenté en unités phénoménologiques. Au total, près de mille unités phénoménologiques ($n = 955$) ont été extraites des verbatim de toutes les entrevues. Chaque thème et sous-thème a été apparié avec les unités phénoménologiques correspondantes. La grille d'analyse a une fois de plus été réévaluée en fonction des thèmes et des sous-thèmes, ce qui signifie que certains thèmes ont été redéfinis et d'autres thèmes ont été retranchés car jugés peu représentatifs du contenu des verbatim d'entrevues. Le processus de fragmentation des verbatim s'est poursuivi au-delà de la saturation de l'ensemble des thèmes et sous-thèmes. Le critère de saturation des données s'applique lorsque les dernières données recueillies n'apportent pas d'information nouvelle ou différente pour justifier la poursuite de la collecte des données (Pires, 2007).

2.5 Considérations éthiques

Ce projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche du CJM-IU le 7 septembre 2011 et cette approbation a été renouvelée en septembre 2014 jusqu'au 7 septembre 2015 (Annexe B). Toutes les mères ayant participé à l'étude ont signé un formulaire de consentement. Ce formulaire faisait état des différents éléments du projet afin qu'elles consentent au projet de manière éclairée. Les mères avaient la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment sans pénaliser le suivi de leurs enfants au CJM-IU et pouvaient demander à ce qu'on détruise les données colligées. De plus, les assistantes de recherche impliquées dans la collecte de données possédaient une expérience clinique pertinente afin d'être en mesure de soutenir les mères au besoin durant l'entrevue.

Afin de préserver la confidentialité des renseignements personnels, un code numérique a été attribué à chaque mère participante, reliant son nom à son dossier de recherche. Les données de recherche ont été dénominalisées et sont conservées dans un classeur sous clé dans le bureau de Lise Laporte. Les données audio sont quant à elles conservées dans un dossier protégé de l'ordinateur de Lise Laporte. L'ensemble des données anonymisées seront conservées pendant une durée de sept ans.

Chapitre 3 : Résultats

D'entrée de jeu, il est à souligner que la plupart des mères qui ont participé à l'étude ont eu beaucoup d'aisance à verbaliser sur leurs expériences au sein des services de la protection de la jeunesse. Les questions posées étaient ouvertes et ceci permettait aux mères d'élaborer librement sur leur vécu face aux services. Plusieurs d'entre elles ont également abordé spontanément leurs expériences des autres types de services qu'elles recevaient, exemple, en CLSC (Centres locaux de services communautaires), en psychiatrie, en toxicomanie, etc. Cependant, les mères ont peu verbalisé sur leurs besoins personnels comme femme aux prises avec un TPL, et ce, en dépit des questions posées à cet effet au cours de l'entretien. La plupart des mères s'est plutôt exprimé en décrivant leurs difficultés qu'en nommant des besoins comme tel.

Les résultats qui sont ici rapportés représentent les thèmes les plus souvent abordés par les mères et sont illustrés par des citations qui représentent le mieux leurs perceptions par rapport à leurs expériences des services en protection de la jeunesse. Certains thèmes rapportés proviennent d'une faible proportion des mères, mais ils ont été choisis en raison de leur pertinence. Les extraits de verbatim qui suivent sont intégraux. L'ordre de présentation des thèmes n'est pas lié à leur importance ni à leur poids relatif. L'analyse des propos des mères a permis de mettre en lumière 4 thèmes principaux : leurs difficultés, leurs expériences négatives des services, leurs expériences positives des services et les services qu'elles auraient trouvé utiles.

3.1 Les difficultés des mères

Au début de l'entrevue, les mères avec un TPL en suivi au CJM-IU verbalisent sur les difficultés qu'elles vivent en regard de quatre sous-thèmes majeurs, soient les difficultés reliées à leur propre santé mentale, les difficultés reliées à leurs enfants, les difficultés reliées aux habiletés parentales et les difficultés conjugales.

3.1.1 Les difficultés reliées à la santé mentale des mères

La très grande majorité des mères abordent leur vécu émotionnel et leur souffrance en lien avec leur TPL. Les participantes parlent entre autres de leur forte réactivité de l'humeur, de leur impulsivité, de leur tendance suicidaire et d'autodestruction ainsi que de leur crainte face à l'abandon. Ces difficultés émotionnelles semblent être exacerbées par le stress de devoir composer avec le retrait possible ou avéré de leurs enfants par la protection de la jeunesse. Les mères rapportent ici être aux prises avec leurs émotions parfois intenses :

J'ai mes montées très impulsives donc quand ça vient me chercher émotionnellement parlant, oui je peux être disjonctée mais je ne suis pas violente, c'est juste que je vais pleurer, pis que je vais dire ce que je pense, pis ce n'est pas toujours gentil. Mais je pense que la peur m'a fait beaucoup réagir aussi. Dès que je me sens menacée, j'ai peur de perdre mes enfants. Il y a comme un autre moi qui embarque...l'instinct.

Ce n'est pas le mental, c'est l'émotivité, c'est vraiment ça. C'est un trouble, moi je souffre d'un schéma d'abandon, ça fait que dans le schéma d'abandon, ce n'est pas mental, ce n'est pas physique non plus, c'est vraiment émotif.

D'autres mères sont à même de relier leurs besoins émotionnels à des comportements dysfonctionnels tels l'agressivité, la toxicomanie, par exemple lorsque cette mère raconte :

Bien je pense un peu de dépendante affective. Ça, je pense que c'est interrelié avec la toxicomanie. Je ne sais pas si c'est la dépendance affective qui fait que je consomme ou la consommation qui fait que je suis dépendante affective, mais il y a un lien.

Pour leur part, certaines mères disent souffrir de comorbidités psychiatriques telles la dépression majeure, le trouble alimentaire, etc. Ceci se surimpose à leurs difficultés parentales qu'elles nomment comme importantes. Une mère parle ici de son trouble alimentaire qui s'ajoute à son TPL diagnostiqué il y a 6 ans. Elle a déjà posé plusieurs gestes suicidaires et été hospitalisée en psychiatrie.

J'avais un problème d'anorexie majeure, ça demeure toujours. J'ai un enfant qui est très malade. Donc c'est une journée à la fois qu'il faut que je le prenne.

3.1.2 Les difficultés reliées aux enfants

Plusieurs des mères interrogées mentionnent que leurs enfants présentent bon nombres de problèmes. Certaines d'entre elles évoquent notamment la présence de diagnostics de troubles psychiatriques posés chez leurs enfants. Elles semblent dire qu'elles sont parfois dépassées par les comportements de leurs enfants et vivent de l'impuissance face à leur rôle parental. Une mère explique :

J'ai mon fils qui a un déficit d'attention avec hyperactivité en plus qu'il a un trouble d'opposition et il a des crises d'anxiété [...] Je ne savais pas quoi faire. C'est des situations où on se sent impuissante, puis je n'avais aucune solution. [...] À un moment donné, je me suis assise avec ma travailleuse sociale. Je peux-tu avoir de l'aide svp pour mon fils parce que je n'en peux plus, je n'ai aucune solution.

Parmi les troubles psychiatriques rapportés chez leurs enfants, certaines mères relèvent des problèmes d'attachement. Selon les dires des mères, leurs enfants présentent des symptômes apparentés à leur propre TPL avec, entre autres, la présence de crises importantes d'agressivité. Il s'avère difficile pour elles de savoir comment réagir. Une mère explique :

Il n'était pas rien qu'hyperactif (parlant de son fils), il était borderline. Là, il faut qu'il suive une thérapie pour son agressivité.

Une mère décrit ici l'isolement social qui peut découler du fait d'avoir un enfant qui est atteint de trouble mental. Ce qui n'est pas sans ajouter à l'isolement social qu'elle vivait déjà en raison de son propre trouble de santé mental, le TPL.

Je ne suis pas vide, mais seule oui. [...] mes enfants ont des problèmes de troubles mentaux, il faut que je m'organise, mais là mes amis s'éloignent, puis il y a des jugements, puis

les gens se sentent mal. Puis déjà que je n'avais pas gros de monde avant, pis mes parents ne sont pas là.

3.1.3 Les difficultés reliées aux habiletés parentales

Une forte proportion des mères expliquent avoir de la difficulté à établir un encadrement stable pour leurs enfants soulignant qu'elles ont elles-mêmes eu peu d'encadrement dans le passé. La seule mise en place d'une routine dans le quotidien pour leurs enfants semble être complexe pour elles. En outre, la nécessité d'inculquer une discipline auprès des enfants revient fréquemment comme source de difficulté lors des entrevues.

Il fallait que je le place, parce que c'était trop difficile de l'encadrer. Je sais-tu c'est quoi l'encadrement, je n'ai pas été encadrée de ma vie. Je ne sais pas c'est quoi d'y mettre (l'encadrement), puis j'ai jamais mis ça dans ma vie (l'encadrement).

Moi, quelque chose avec lequel j'ai de la misère, c'est la routine. La routine est là, on fait tout le temps les mêmes choses aux mêmes heures, mais on est tout le temps deux heures plus tard!

Le stress généralement associé aux nombreuses responsabilités parentales est d'autant plus difficile à gérer quand les mères avec un TPL se retrouvent monoparentales. Ces situations donnent lieu à des périodes de crises comme nous le confie cette mère :

S'il y a un moment où les parents ont besoin de plus d'aide, c'est quand ils se retrouvent tout seul, surtout s'ils sont monoparental. [...]Moi j'étais toute seule avec mes trois enfants, 24 heures sur 24, puis je devais me battre pour que les pères les prennent. Donc me retrouver toute seule du jour au lendemain, c'est sûr que j'ai craqué. Je ne connais pas grand monde qui ne le ferait pas.

3.1.4 Les difficultés conjugales

De façon générale, les mères avec un TPL disent éprouver des difficultés relationnelles et le plan conjugal n'est certes pas épargné. Les difficultés conjugales ressortent dans le discours de nombreuses mères. Ces mères se décrivent comme étant souvent coincées dans des relations abusives. Les relations conjugales teintées de violence ont également un impact sur les enfants, par exemple, cette mère nous raconte :

Mon ex-conjoint, lui c'est un homme agressif. À un moment donné, il a perdu son père, il avait déjà perdu sa mère, et là, il est devenu quelqu'un d'autre [...] il m'a battue et j'ai perdu un enfant. C'est à cause de lui. J'étais enceinte de cinq mois et il m'a rentré dedans à coups de genou.

Le fait d'être en suivi avec la protection de la jeunesse constitue pour plusieurs un facteur de stress supplémentaire qui vient moduler leurs difficultés conjugales.

Je n'étais pas bien dans la relation, c'était très malsain. On ne se chicanait pas beaucoup. C'était juste le fait qu'il était indifférent à tout. Il n'était pas méchant, juste indifférent. Puis ça me faisait capoter. Je lui posais des questions, puis il ne répondait pas. Il n'y avait pas de communication en fin de compte.

Mais difficile à cause de la DPJ qui a détruit notre couple carrément. Ils ont enlevé notre enfant, puis ça a fait des flammèches partout. Quand ils en ont profité pour me l'enlever, mon ex était en prison pour un délit qu'il a commis en étant jeune. Donc je n'étais plus capable.

Plusieurs mères ont, quant à elles, à composer avec les nombreux ex-conjoints et pères de leurs enfants et avec lesquels elles ont des relations souvent toxiques. Ceci constitue pour elles un coefficient de difficulté supplémentaire au plan relationnel.

Selon d'autres mères, leur situation de suivi par la protection de la jeunesse pour un de leurs enfants constitue un obstacle à établir en soi des relations conjugales. Ces mères sont

conscientes du poids de leurs problèmes personnels et rapportent qu'elles ont tendance à éviter d'être en relation amoureuse, parfois par crainte du jugement.

Outre les besoins ci-haut mentionnés, une grande part des mères affirment se préoccuper de leurs besoins de base, soit d'accéder à un logement, d'avoir les revenus nécessaires pour payer la nourriture et subvenir aux besoins de leurs enfants ainsi que de compléter des études ou de trouver un emploi. Bref, ces mères sont aux prises avec des besoins immédiats et fondamentaux qui priment sur l'ensemble des autres besoins. Plusieurs des mères nomment également des difficultés reliées à leur santé physique.

Finalement, un petit nombre de mères décrivent avec éloquence l'instabilité qui règne dans leur vie en général. Cette mère devenue monoparentale avec trois enfants et qui a dû déménager à plusieurs reprises témoigne :

J'ai des inquiétudes parce que ma vie m'apporte tout le temps une instabilité... J'ai perdu mon emploi... J'ai déménagé trois fois. Une perte de logement parce que je n'étais plus capable de payer... Ma fille est revenue à la maison parce que son père l'a mise à la porte [...] C'est juste l'instabilité, c'est plus ça qui me fait peur... Je n'ai pas de métier, je n'ai pas de scolarité, des fois je ne sais pas trop où je m'en vais avec ça.

3.2. Les expériences négatives des services

La plus grande part des expériences du CJM-IU partagées par les mères relèvent d'expériences jugées comme négatives. Les mères rencontrées décrivent divers types d'expériences négatives des services en CJM-IU qui sont centrées autour des trois sous-thèmes suivants : les services jugés inadéquats, les difficultés relationnelles avec les intervenants et les difficultés organisationnelles du système de protection de la jeunesse.

3.2.1 Les services jugés inadéquats

De l'avis des mères, elles jugent les services inadéquats en fonction de divers facteurs : les changements répétés d'intervenants, l'instabilité et l'incohérence du système de protection de la jeunesse et le manque, voire l'absence de services offerts.

Les changements répétés d'intervenants

Une bonne part des mères décrivent à quel point les changements multiples d'intervenants les perturbent puisqu'elles doivent repartir de zéro à chaque fois qu'un nouvel intervenant s'implique dans leur dossier. Une mère affirme ici :

Oui, j'ai eu plusieurs intervenants, durant une année, j'en ai déjà eu huit!

Une autre mère raconte ici que sa fille, qui souffre d'un retard de développement, a été changé à plusieurs reprises de la famille d'accueil où elle vivait :

Je te dirais qu'en six ans, elle a eu quatre familles d'accueil différentes.

Les mères trouvent également très pénible de devoir constamment reprendre le récit de leur vie avec ces nouvelles personnes en plus de devoir rebâtir un lien de confiance. Une mère évoque ici cette difficulté :

Le changement de travailleuses sociales et d'intervenants c'est très très dur pour une famille parce que des fois, les enfants finissent par s'attacher aux intervenants. [...] C'est une lacune, le changement d'intervenants.

Dans d'autres situations, c'est le nombre élevé d'intervenants différents qui entraînerait de la confusion. Ces aspects liés aux intervenants s'inscrivent dans un système de protection de la jeunesse déjà fort complexe à saisir pour les mères. Ceci semble une barrière supplémentaire pour les mères à obtenir l'aide que le système de protection de la jeunesse tente de leur apporter.

C'est qui mon intervenant? Quand c'est rendu que t'appelles au bureau de la DPJ, puis t'as jamais reçu d'appel de l'intervenant, puis que tu ne sais même pas c'est quoi son nom, tu ne sais pas si c'est une femme ou un homme, mais excuse-moi, vous n'êtes pas bien organisé là-dessus. Ce côté-là j'ai bien de la misère.

Le système de protection de la jeunesse instable et incohérent

Une frange importante des mères déplorent être incapables de composer avec le fonctionnement du système de la protection de la jeunesse. En fait, plusieurs d'entre elles mettent en lumière des contradictions qui existent entre le système des services de santé et de la DPJ puisque généralement, lorsqu'une mère reçoit des services au CJM-IU, les CLSC ont tendance à vouloir se désengager dans la prestation des services. Plusieurs mères mettent en lumière cette dichotomie dans leurs témoignages, par exemple, cette mère qui raconte :

Bien avec mon ex, on a essayé d'aller voir une travailleuse sociale au CLSC pour une thérapie de couple, puis ils nous ont refusé. Quand on a (les services de) la DPJ, les autres organismes ne veulent rien savoir [...] La majorité des CLSC n'aime pas la DPJ. Même avant, quand j'allais au centre des femmes, même eux, ils étaient contre la DPJ.

Pour d'autres mères, les incohérences naissent plutôt d'un manque de concertation entre les différents intervenants impliqués dans leur dossier. Cette mère parle ici de son expérience lorsque sa fille est née alors qu'elle était elle-même encore adolescente et donc, avait du mal à savoir comment donner les soins à son bébé :

Puis t'as plusieurs intervenants donc tu en a une qui te donne tel conseil puis l'autre qui te donne un autre conseil, puis ces deux conseils sont totalement contradictoires puis il faut toujours que tu t'adaptes avec l'intervenant qui est là.

Quelques-unes des mères mettent en exergue que le système de la protection de la jeunesse fait lui-même preuve d'instabilité :

Ils (les intervenants de la DPJ) ne sont même pas capables eux-mêmes de donner une stabilité. Ils nous demandent à nous d'être stables. Je ne peux pas être plus stable que ça. J'ai toujours été stable, mais ils ne sont pas capables de donner cette stabilité socioaffective».

Le manque ou l'absence de services offerts

Le peu ou l'absence de services offerts est abordé par une proportion significative des mères rencontrées. Elles expliquent que le CJM-IU leur signifie qu'elles doivent faire elles-mêmes toutes les démarches d'aide pour leurs difficultés en général. Elles déplorent un manque global d'accompagnement par rapport à ce qu'elles vivent et ont l'impression que les services sont plutôt destinés aux enfants ou encore à la famille d'accueil. Une bonne proportion d'entre elles perçoivent que les services ne sont pas ciblés en fonction de leurs besoins spécifiques. Une mère explique ici :

Moi je trouve ça plate quand on en parle (de nos besoins), ils ne peuvent pas nous donner ce qu'on a de besoin et ils nous donnent plus des choses comme théoriques. Par exemple, si je dis que j'ai besoin d'un suivi avec une travailleuse sociale, ils vont dire non, c'est avec une psychologue.

D'autres mères perçoivent un désintérêt de la part des intervenants à leur endroit. Elles ont l'impression que les intervenants ne tentent pas vraiment de leur donner de l'aide. Cette mère relate une situation où elle exprimait le besoin de se trouver un logement et :

Eux autres, ils s'en foutent, ils ne t'aident pas. À un moment donné, j'étais vraiment dans la rue, j'en ai parlé et elle m'a dit : Bien là, je vais checker là. Puis j'ai dit, si possible d'avoir une place où je peux voir mes enfants, elle n'a pas vraiment checké. Elle a juste checké vite, vite, puis elle ne m'a pas donné de nouvelles ou elle m'a donné un numéro. Ma mère m'en a plus donné qu'eux-autres. »

Par ailleurs, d'autres aspects sont soulevés par une plus petite concentration des mères rencontrées, comme le fait de ne pas recevoir d'aide intensive lorsqu'il y a un risque important

de se voir retirer la garde de leurs enfants et le fait de recevoir moins d'aide pour elles lorsque les enfants sont effectivement retirés du milieu familial. Elles évoquent également des considérations pratiques, telles de longs délais d'attente pour l'obtention des services ou encore d'être considérées inadmissibles aux services.

3.2.2 Les difficultés relationnelles avec les intervenants

Pour plusieurs des mères, leurs expériences négatives des services relèvent de difficultés relationnelles significatives avec leurs intervenants. Globalement, le thème qui ressort le plus particulièrement est le manque de collaboration avec les intervenants.

Le manque de collaboration est souvent perçu comme le principal obstacle à la relation d'aide. Plusieurs facteurs sous-jacents sont relevés : les mères se sentent jugées et perçues comme de mauvaises mères, elles se disent stigmatisées par leur trouble de santé mentale (TPL) ou encore elles perçoivent de la confrontation de la part des intervenants.

Une mère raconte ici avoir eu de la méfiance à l'égard des intervenants, ce qui semble avoir contribué à une escalade de confrontation entre eux :

Tu sais, eux-autres (les intervenants de la DPJ), ils voulaient me les enlever (les enfants). Je voulais garder mes enfants puis je savais que je n'étais pas capable, mais à ce moment-là, je ne voyais pas qu'ils voulaient m'aider à être capable. Ils voulaient me nuire pour que je me cale, pour que je pète ma coche, pour que ce soit plus facile pour eux-autres de me les enlever. Cela fait que, oui, j'ai fessé plus fort.

D'autres mères décrivent leur sensibilité vis-à-vis l'attitude décrite comme froide des intervenants ce qui semble exacerber leurs difficultés relationnelles. Par exemple, cette mère parle de ses difficultés avec les intervenants :

L'expérience avec la DPJ, oui au début, j'ai eu beaucoup de misère. Au début, j'ai pogné des gens assez froids, puis je n'aime pas les gens qui sont froids. Des gens qui ne te regardent pas puis qui sont juste tak-tak-tak-tak.

Plusieurs autres thèmes sont soulevés par les mères comme étant à la base des difficultés relationnelles avec les intervenants. Le fait de se sentir jugé et de ne pas se sentir écouté, de se sentir critiqué, culpabilisé ou injustement traité revient chez certaines.

3.2.3 Les difficultés organisationnelles du système de protection de la jeunesse

Les mères énumèrent plusieurs types de difficultés rencontrées par rapport aux services reçus en protection de la jeunesse.

Elles évoquent le stress lié à l'implication de la DPJ. Selon les dires des mères, elles doivent se mobiliser pour faire de nombreuses démarches d'aide en plus du stress au quotidien. L'une d'entre elles se confie sur son état d'épuisement :

Ils nous rassurent en nous disant qu'ils vont fermer le dossier, puis quand t'arrives en cour, ils ne ferment pas le dossier parce qu'ils ont trouvé un autre bobo. Je travaillais trois jobs...puis je suis plus fatiguée maintenant que de faire mes trois jobs avec tous les rendez-vous qu'ils me donnent. Je suis plus fatiguée.

De l'avis de certaines mères, le mandat de la protection de la jeunesse, avec le cadre légal qui y est assorti (LPJ) peut contribuer à la perception d'une menace pour les mères de se voir retirer la garde de leurs enfants. Dans ce contexte, les mères semblent considérer qu'il devient ainsi plus difficile pour elles d'établir un lien de confiance avec les intervenants. Certaines d'entre elles disent se sentir attaquées lorsqu'il est question de passage à la Cour :

Ils tentent de tirer profit de leur avantage à la cour parce qu'ils veulent gagner à la cour contre moi. Je suis tellement tannée de ça que je veux tout abandonner. Je ne veux plus de rencontre, ça nuit à ma santé. Ça fait quatre ans que je vis ce stress-là pis je ne suis plus capable.

Ça nuit dans mon évolution, au travail. Je pensais juste à ça. Ça ne m'aide pas du tout. Ça me cause plus de problèmes.

Ils sont tout le temps contre moi. Ce que je veux moi, ils s'en foutent, c'est tout le temps ce qu'ils veulent. La maman passe en dernier. C'est plate. On pourrait trouver une entente. Pis moi, ils me forcent à accepter sinon ils placent ma fille. Ils sont tout le temps en train de me menacer. C'est tannant les menaces. Il faut qu'ils lâchent avec ça.

Parmi les autres aspects évoqués comme difficultés organisationnelles, les mères se confient sur leur détresse en lien avec le retrait de leurs enfants, comme en témoigne cette mère qui compare son expérience à celle d'un deuil impossible à faire :

Oui il y a des enfants qui décèdent, mais là ton enfant n'est pas décédé. Tu ne peux pas faire un deuil puis passer à autre chose. Ton enfant est encore là, mais t'es impuissant devant ça.

Dans un autre ordre d'idées, une autre part des mères dénoncent le manque d'informations qu'elles reçoivent de la DPJ. Une mère rapporte ici ne pas se sentir considérée dans son rôle de mère par le système de protection de la jeunesse:

Mais je suis quand même la mère, j'ai le droit de savoir. J'ai trouvé ça plate. C'était comme s'il me disait que ce n'était pas à lui de me le dire. Mais là, quand est-ce que moi je vais le savoir si c'est quelque chose d'important.

Dans d'autres situations, les mères ne reçoivent pas l'information qui relève de considérations pratiques importantes pour elles. Cette mère explique ne pas avoir eu d'explication concernant les impacts financiers du retrait de ses enfants. Encore une fois, elles disent ne pas se sentir aidées :

Ils n'expliquent pas aux parents quand tu te les fais enlever, si tu n'appelles pas au gouvernement et que tu as ton chèque (prestation d'aide sociale), tu ne le sais pas et tu gaspilles

ton chèque. Moi, je me suis faite pigner pis là je dois 3000 \$ et je ne le savais pas. La DPJ ne m'a pas avertie. Il faudrait au moins qu'ils avertissent les parents. Tu sais, essayer d'aider les parents aussi, voir comment ils vont.

Finalement, plusieurs mères rapportent leurs expériences d'avoir une étiquette «de santé mentale», soit à cause de leur TPL ou de la présence de comorbidités (exemple toxicomanie). Cette étiquette semble affecter leurs liens autant avec les intervenants du système de protection de la jeunesse qu'avec la société et semble contribuer à une faible estime de soi. Une mère parle ici du stigma qu'elle vit du fait qu'elle a des problèmes de consommation de drogues :

Là présentement je suis en thérapie, là ce qu'on croyait remarquer, moi et mon thérapeute, [...] c'est que quand on consomme, on n'écoute pas vraiment notre opinion, notre opinion n'a pas de valeur.

D'autres mères abordent le fait que d'être en suivi par les CJ leur confère aussi une étiquette «DPJ» qui tend à éloigner les gens autour d'elles.

3.3 Les expériences positives des services

Bien que ce soit dans une moindre mesure quant au contenu des verbatim recueillis, les mères décrivent des expériences positives vécues au sein du système de protection de la jeunesse. Les mères avec un TPL ont des besoins relationnels singuliers et il n'est donc pas surprenant de constater que le thème le plus important évoqué par les mères soit les qualités relationnelles de leurs intervenants. Les autres thèmes qui reviennent le plus fréquemment dans le discours des mères sont l'aide concrète et ciblée donnée par la DPJ en regard des aspects éducationnels et l'établissement d'une relation de collaboration.

3.3.1 Les qualités relationnelles de leurs intervenants

Plusieurs mères énumèrent les diverses qualités des intervenants qu'elles considèrent comme utiles à l'intervention. C'est surtout le fait d'être à l'écoute en général et attentif à leurs besoins qui revient dans leur discours. Une mère raconte ici son expérience avec son intervenant qui lui transmettait efficacement son désir d'être à l'écoute. Cette attitude de l'intervenant semble faciliter la confiance de la mère :

Il avait déjà plus l'air de vouloir aider, parler, comprendre que de rabaisser ou d'attaquer. [...] Il a dit : C'est parce que j'aimerais ça comprendre. Et non, je ne veux pas t'entendre peu importe. Je veux comprendre, et comprendre la situation au complet. Ce qui a fait en sorte que peut-être que j'y ai parlé même plus à lui en une rencontre qu'à elle (parlant de son intervenante précédente) en six mois.

Les autres qualités soulevées par les mères sont le fait d'avoir le même intervenant, qu'il soit encadrant et transparent dans sa façon de faire. D'autres mères trouvent important que leur intervenant soit supportant, encourageant, qu'il explique clairement les choses et favorise la communication.

De plus, les mères rencontrées apprécient qu'on leur prodigue des conseils et se montrent disponibles. Par exemple, une mère verbalise sur son expérience avec son intervenante qui l'encourageait et lui donnait des conseils:

Oui. Elle m'a donné beaucoup de conseils, encouragée. Elle ne m'a pas dit : Ah, tu pourras pu voir ta fille. Pis tu sais, des trucs négatifs, puis plus que c'était des choses méchantes, plus que je me refermais sur moi-même pis je buvais. Pis elle, non, c'était des conseils. Elle était douce. Elle était directe, mais douce en même temps.

3.3.2 L'aide concrète et ciblée

Une autre proportion significative des mères dit apprécier l'aide concrète et ciblée reçue par la DPJ. Les mères appréciaient que les intervenants les aident au plan matériel et financier, notamment au moyen de dons d'électroménagers, de vêtements et de nourriture. Une mère a, quant à elle, été particulièrement touchée du fait que son intervenant ait réussi à trouver des fonds pour permettre que son fils puisse poursuivre son entraînement de hockey :

Ils ont donné beaucoup d'argent pour le hockey de mon fils [...] parce que moi, je n'ai pas la chance de payer ça, mais eux ils l'offrent et mon fils [...] ça l'aide tellement à son cheminement personnel.

Une autre proportion importante des mères dit profiter des techniques éducationnelles que leur fournit la DPJ pour les aider à mieux gérer les comportements de leurs enfants. Les mères perçoivent ceci favorablement surtout quand l'intervenant participe directement avec elles à renforcer leurs habiletés parentales à domicile. Une mère témoigne de son appréciation des services de son éducatrice à domicile :

J'avais une intervenante qui venait avec moi pour me donner des trucs, un genre d'éducatrice, elle me donnait des trucs sur comment être avec ma fille et comment gérer certaines situations. J'ai apprécié cela au bout!

3.3.3 La relation de collaboration

L'établissement d'une relation de collaboration est pour sa part souvent mis de l'avant par les mères comme un aspect déterminant de leurs expériences positives. Divers facteurs sont soulevés, comme l'impression qu'elles ont que leur intervenant croit en leur capacité de changement et qu'il se montre bienveillant. Ces aspects sont importants dans l'attitude des intervenants impliqués auprès d'elles, comme le rapporte cette mère :

J'ai confiance qu'ils n'essayent pas de me mettre des bâtons dans les roues. J'ai l'impression que c'est quelqu'un qui croit que j'ai du potentiel, qui veut le bien-être de mon fils et le mien aussi. Je ne pense pas qu'il est là pour m'écraser ni pour me prendre mon fils.

Un autre facteur déterminant d'une relation collaborative est le fait de donner du pouvoir aux mères dans les choix qu'elles doivent faire. Cette logique participative semble abaisser leurs résistances. Cette mère nous fait état ici de son expérience :

Au fil des conversations, plus je dis ma façon de penser, plus la travailleuse sociale va être comme : Ah dis ça comme ça, comme ça, comme ça ou comme ça. Et elle va me donner plusieurs options pour que je choisisse celle qui est la plus adaptée. Ça m'a fait trippé qu'elle me fasse ça!

Les interactions positives avec les intervenants peuvent se traduire de diverses façons. Certaines mères apprécient qu'on cherche à vérifier leurs points de vue au cours des rencontres. D'autres aiment qu'on essaie de les mettre à l'aise en créant un climat de confiance alors que certaines préfèrent qu'on leur dise les «vraies choses». Quant à d'autres mères, elles réagissent positivement au fait qu'on renforce positivement leurs bons coups, soit dans l'amélioration de leurs difficultés personnelles ou de leurs habiletés parentales.

3.4 Les services que les mères trouvent utiles

D'après les mères rencontrées, plusieurs aspects méritent d'être améliorés en regard des services donnés au CJM-IU. Elles abordent un large éventail de suggestions allant des modifications concernant les procédures organisationnelles de la protection de la jeunesse à la mise en place de services spécifiquement dédiés aux parents et aux mères.

La plus grande proportion des suggestions fait référence à la modification de certains processus organisationnels de la DPJ. L'une d'entre elles voudrait qu'on considère la possibilité

de changer d'intervenant lorsqu'il y a une absence totale de collaboration avec son intervenant principal:

Ils devraient vraiment changer les intervenants et voir après trois mois, si ça ne fonctionne pas, ils devraient changer tout de suite d'intervenant.

Une autre mère aimerait qu'il y ait des rencontres conjointes, sur une base annuelle, avec les différents intervenants au dossier DPJ dans le but de réduire les désaccords potentiels entre ceux-ci et les désaccords possibles entre intervenants :

Je trouve qu'on devrait, à toutes les années, offrir la rencontre avec le réviseur et la travailleuse sociale pour être sûr que tout le monde entende la même chose et que les choses soient claires. Qu'on parte la nouvelle année sur la même longueur d'onde [...] expliquer nos objectifs pour l'année à venir avec les réviseurs et la travailleuse sociale.

Outre les aspects organisationnels du système de la protection de la jeunesse, une forte proportion des mères parle de l'importance de mettre en place des services spécialement dédiés aux parents. D'abord, la mise en place d'un service de soutien aux parents semblerait être appréciée comme en fait part cette mère :

Peut-être plus de soutien aux parents. Des parents qui vont mieux font des enfants qui vont mieux.

Les mères sont nombreuses à réclamer qu'on prenne davantage de temps pour les écouter, tant du point de vue de leurs besoins que du point de vue de la recherche de solutions à leurs difficultés. Les mères souhaitent vivement que le système de la DPJ adopte un mandat d'améliorer le bien-être des parents. Cette mère propose même qu'il y ait deux équipes de travailleurs sociaux; une pour les enfants et une pour les parents :

Je pense que l'enfant devrait avoir sa travailleuse sociale pis sa mère aussi, pis une travailleuse sociale pour la mère aussi. Parce que quand la DPJ rentre, ils prennent l'enfant pour la protéger, mais après, toi, t'es laissée à toi-même.

Chapitre 4 : Discussion

Bien que les CJ comptent dans leur clientèle une large proportion de mères aux prises avec un TPL, aucune étude à ce jour n'a permis de leur donner une voix. L'objectif général de la présente étude qualitative était de décrire l'expérience des mères avec un TPL dont au moins un enfant était suivi par le CJM-IU. Durant l'entrevue réalisée auprès d'elles, il leur était posé des questions dans le but de décrire leurs difficultés et leurs besoins propres, de mieux cerner les défis auxquels elles font face et d'explorer les services qu'elles trouveraient utiles compte tenu de leurs besoins. Toutefois, dans le contexte d'un suivi en protection de la jeunesse, la majorité des mères rencontrées ont abordé leurs difficultés et défis vécus en regard du suivi de leurs enfants en protection de la jeunesse et n'ont pas élaboré beaucoup sur leurs besoins personnels comme femmes ayant un TPL.

4.1 Les principaux résultats et retombées cliniques

4.1.1 Les difficultés des mères

Les mères ont beaucoup parlé de leurs difficultés émotionnelles telles une forte réactivité de l'humeur, une grande impulsivité, des comportements suicidaires et d'autodestruction, incluant la toxicomanie, l'hypersensibilité face à l'abandon, la dépendance affective et la présence de symptômes découlant de comorbidités psychiatriques. Les mères verbalisent également sur des difficultés reliées aux problèmes de santé mentale de leurs enfants qui leur font vivre de l'impuissance dans leur rôle parental et qui engendrent de l'isolement social. Elles expriment aussi de grandes difficultés à encadrer leurs enfants et se disent souvent dépassées par leurs responsabilités parentales. Les mères disent vivre des conflits conjugaux significatifs qui peuvent affecter leurs enfants et mentionnent que le stress lié à l'implication de la DPJ peut exacerber leurs conflits conjugaux ou encore les amener à éviter les relations amoureuses.

Les besoins en lien avec les difficultés de santé mentale des mères

Il se dégage des propos des mères plusieurs difficultés qui découlent directement des symptômes de leur TPL, comme en témoigne leurs propos relativement à leur réactivité de l'humeur marquée et à leurs crises émotionnelles fréquentes. Elles sont nombreuses à parler de leur forte impulsivité, de leurs comportements autodestructeurs et de leurs tendances suicidaires. Il mérite d'être souligné que leur détresse peut être d'autant exacerbée par l'idée de se voir potentiellement retirer leurs enfants par la DPJ. Cet aspect de la problématique du TPL est bien illustré par le premier critère diagnostique du TPL qui fait état d'une instabilité émotionnelle survenant dans un contexte «d'efforts effrénés pour éviter l'abandon, qu'il soit réel ou imaginé situation d'abandon potentiel» (American Psychiatric Association, 2013). Plusieurs des mères de l'étude ont décrit vivre une instabilité chronique dans leur vie, c'est-à-dire qu'elles disent devoir composer continuellement avec des facteurs de stress qui les amènent à se sentir chroniquement en crise. Cette description de leur vie «chroniquement en crise» est d'ailleurs bien illustrée dans l'ouvrage destiné aux proches et à la famille de gens atteints de TPL (Lafond & D'Auteuil, 2005). Les crises récurrentes vécues par les mères viennent certainement compliquer la prise en charge par les intervenants du CJ. Les intervenants peuvent avoir le sentiment de devoir continuellement «éteindre des feux» pour régler les crises répétées de la mère et peuvent avoir moins de temps à consacrer aux besoins de l'enfant. Une étude préalable de Laporte et al. (2014) va d'ailleurs dans ce sens et rapporte que plusieurs intervenants se sentent coincés entre leur mandat principal de protection de l'enfant et l'intervention de crise perpétuelle faite auprès du parent qui souffre de TPL. Les intervenants peuvent alors vivre un contre-transfert négatif qui s'ajoute à leur frustration de ne pas être en mesure d'aider suffisamment l'enfant.

En plus des symptômes de leur TPL, les mères disent avoir de nombreux autres problèmes de santé mentale tels la dépression majeure, les troubles d'anxiété, la toxicomanie, les troubles alimentaires, etc. Cet aspect de comorbidités psychiatriques fréquentes chez les mères avec un TPL est tout à fait en appui avec la littérature qui reconnaît la présence de comorbidités psychiatriques chez les personnes avec un TPL comme la norme et non l'exception (Zanarini, Frankenburg, Dubo, Sickel, Trikha, Levin, & Reynolds, 1998). Pour les intervenants du CJ, la présence de ces comorbidités psychiatriques complique souvent la reconnaissance du

diagnostic de TPL puisque toutes sortes de symptômes vont être mis de l'avant par les mères et peuvent dissimuler leur trouble principal. Par exemple, dans le cas de la cooccurrence de toxicomanie chez les mères avec un TPL, les intervenants peuvent ne voir que les difficultés liées à la prise de substances et ne pas être en mesure de dépister les difficultés inhérentes au TPL. La combinaison des difficultés du TPL avec les autres troubles psychiatriques peut certainement affecter le développement de l'enfant et accroître le niveau d'inquiétude des intervenants en CJ. La présence des nombreuses comorbidités psychiatriques peut également engendrer une orientation vers des services de santé mentale qui ne correspondent pas tout à fait aux besoins de ces mères. Il est généralement reconnu au sein de la communauté scientifique l'importance d'orienter les personnes avec un TPL vers des cliniques spécialisées puisque les approches habituelles (ou dites *as usual*) auront des effets iatrogéniques chez ces personnes, c'est-à-dire que si on n'intervient pas de façon spécifique pour leur trouble, leurs difficultés vont s'intensifier (Bouchard, 2010; McMMain et al., 2009). En outre, les comorbidités psychiatriques vont exacerber les symptômes inhérents au TPL déjà fort complexe à traiter pour les psychiatres, alors le défi est d'autant plus grand pour des intervenants en CJ qui n'ont que peu de formation en santé mentale (Laporte, 2007).

Il serait souhaitable en ce sens d'accroître la formation destinée aux intervenants des CJ sur les principaux troubles de santé mentale et surtout sur la condition du TPL. Les intervenants bénéficieraient de formation sur les principes généraux d'intervention en matière de TPL. Bien que les intervenants en CJ n'aient pas le mandat de traiter les difficultés des parents aux prises avec un TPL et qu'ils ne soient pas mandatés à leur dispenser de la thérapie, il existe un savoir-être et un savoir-faire qui permettraient une intervention plus adaptée pour ces personnes et qui permettent de déjouer les impasses d'intervention comme l'explique l'étude de Laporte et al. (2014). Le DPJ pourrait ainsi développer une nouvelle philosophie d'intervention et instaurer un cadre plus précis d'intervention avec notamment des balises pour l'intervention auprès des personnes ayant un TPL et adaptées à la pratique des intervenants en CJ.

En somme, les mères expriment plusieurs difficultés qui témoignent de leurs besoins psychologiques de régulation émotionnelle et d'impulsivité, de gestion des comportements suicidaires et agressifs, de travail interpersonnel autour entre autres du schéma d'abandon. Ces

différents thèmes pourraient d'ailleurs être repris dans le cadre des interventions faites au CJ, soit au moyen de groupe de mères ou lors des rencontres individuelles avec celles-ci.

Les besoins en lien avec les difficultés de leurs enfants

Du point de vue des mères, les comportements de leurs enfants s'avèrent souvent difficiles à encadrer. En fait, les mères disent devoir composer avec les comportements de leurs enfants tels l'hyperactivité, l'impulsivité marquée, l'opposition et les crises de colère fréquentes, l'anxiété importante etc. Elles rapportent ne pas savoir comment réagir et disent se sentir dépourvues de moyens afin d'encadrer leurs comportements. Les mères ont mentionné avoir elles-mêmes des difficultés à gérer leurs propres émotions et crises de colère, donc il peut être d'autant plus difficile pour elles de gérer les crises de leurs enfants lorsqu'elles sont débordées au plan affectif et que leur capacité à mentaliser, donc à tenter de comprendre les états mentaux de leurs enfants, fait défaut. En plus de leur manque d'habiletés à réguler leurs propres émotions, les mères semblent présenter un déficit d'habiletés parentales afin d'encadrer les comportements difficiles de leurs enfants. Il existe peu d'études en général sur les enfants de mères avec un TPL mais la plupart d'entre elles semblent indiquer que ces enfants présentent un plus grand nombre de difficultés (Barnow et al., 2006; Crandell et al., 2003; Feldman et al., 1995; Macfie & Swan, 2009; Newman et al., 2007; Suveg et al., 2009; Weiss et al., 1996). Barnow et al. (2006) se sont intéressés aux différentes caractéristiques et aux psychopathologies les plus fréquemment retrouvées chez les enfants de mères avec un TPL et ils ont démontré que ceux-ci ont un tempérament plus difficile avec des scores plus élevés d'évitement du danger (ou *harm avoidance*), c'est-à-dire qu'ils ont tendance à être plus tendus, inquiets, passifs et pessimistes. En conséquence, ces enfants vont, d'une part, nécessiter de la part de leur mère davantage de renforcement positif et d'encouragement et, d'autre part, ils vont se montrer davantage sensibles à la critique et au contrôle parental strict. Les auteurs ont également observé que les enfants de mères avec un TPL présentaient davantage d'instabilité affective, plus de crainte d'abandon dans leurs relations interpersonnelles, une plus faible estime de soi, plus de problèmes de cohésion de l'identité et davantage d'idées suicidaires. Ces facteurs de grande vulnérabilité chez les enfants prédisposent au développement éventuel accru de troubles psychiatriques autant internalisés qu'externalisés.

Dans leurs propos, les mères de l'étude mentionnent ne pas savoir comment intervenir face aux problèmes affectifs et comportementaux de leurs enfants. Elles peuvent donc difficilement manifester des comportements adaptés face aux difficultés de leurs enfants et cette absence de *modeling* comportemental réduit chez ces derniers l'apprentissage d'un comportement adéquat d'autocontrôle. De leur côté, les mères semblent présenter un sentiment d'impuissance et une détresse significative devant les difficultés de leurs enfants.

En définitive, les mères décrivent des difficultés nombreuses chez leurs enfants : tempérament difficile, opposition et crises de colère fréquentes, hyperactivité et impulsivité marquées, anxiété. Leurs enfants semblent présenter davantage de problèmes affectifs et comportementaux et leurs caractéristiques pourraient faire en sorte qu'ils répondent différemment aux interventions parentales. Les mères expriment des besoins à mieux comprendre et intervenir face aux difficultés de leurs enfants. Il serait donc pertinent de revoir les modalités au CJ afin que les intervenants puissent tenir compte des particularités émotionnelles des mères avec un TPL et des particularités de leurs enfants pour travailler différemment les habiletés parentales.

Les besoins en matière d'habiletés parentales

À la lumière de leurs propos, les mères expriment avoir certaines limitations quant à leurs habiletés parentales. Elles soulignent leur incapacité à établir une routine de vie à la maison et à instaurer un encadrement pour leurs enfants. Elles sont nombreuses à trouver lourdes les responsabilités parentales et disent avoir du mal à les assumer. Comme mentionné précédemment, les mères semblent décrire des difficultés de comportement nombreuses présentes chez leurs enfants, telles des crises d'agressivité, des comportements d'opposition, etc. Elles semblent vivre une détresse significative du fait de ne pas savoir comment intervenir par rapport aux difficultés de leurs enfants. De par la nature intrinsèque de leur TPL, les mères présentent des difficultés interpersonnelles significatives et la relation avec leur enfant n'est certainement pas épargnée. La littérature indique à ce sujet que les mères avec un TPL ont plus de difficultés au plan des habiletés parentales en raison des caractéristiques de leur trouble, soit une grande instabilité affective, de l'impulsivité, des difficultés interpersonnelles, des

comportements autodestructeurs et suicidaires ainsi qu'une identité diffuse (Stepp et al., 2012). Les mères ont tendance à être submergées par leurs propres états mentaux et ceux de leurs enfants, ce qui peut les empêcher de répondre adéquatement aux besoins émotionnels de ceux-ci ((Lamont, 2006).

De façon générale, les personnes aux prises avec un TPL vont avoir tendance à franchir les frontières interpersonnelles et à avoir des attentes irréalistes quant à l'attention qu'elles désirent obtenir des personnes de leur entourage. En réponse à des situations de séparation ou de distanciation, elles manifestent souvent des crises de colère inappropriées (APA, 2000). Dans le contexte particulier de la parentalité, Lamont (2006) décrit bien la tendance des mères avec un TPL à utiliser leurs enfants comme source de réponse à leurs propres besoins au lieu d'elles-mêmes répondre aux besoins de leur enfant, comme attendu au cours du processus développemental normal. Ce type de dynamique parentale, aussi décrite comme un renversement des rôles entre la mère et l'enfant, empêche le développement de l'autonomie chez l'enfant et compromet un processus normal d'individuation chez celui-ci. Un autre type de dynamique parentale fréquemment retrouvée chez les mères avec un TPL est la tendance à l'intrusion et à la surprotection de l'enfant (Barnow, 2006).;). Effectivement, la relation mère-enfant s'avère unique de par le caractère symbiotique caractéristique des premiers mois de vie de l'enfant. Les mères aux prises avec un TPL peuvent alors avoir une plus grande difficulté à se distancier de l'enfant puisqu'elles ont elles-mêmes une identité diffuse et peu consolidée (Lamont, 2006). Elles peuvent également avoir tendance à projeter sur l'enfant les parties clivées à l'intérieur d'elles-mêmes, soit négatives ou positives, de façon fluctuante et imprévisible (Lamont, 2006). L'enfant aura alors de la difficulté à développer une vision cohérente de lui-même et fera preuve de hauts niveaux d'anxiété.

Selon la théorie biosociale de Linehan (1993), l'environnement familial invalidant interagit avec les vulnérabilités biologiques du tempérament de l'enfant. Les multiples transactions de ce type peuvent, au fil du temps, interférer avec le développement de la personnalité de l'enfant et favoriser chez lui l'émergence de symptômes de TPL ou de diverses psychopathologies telles des troubles du comportement externalisés, des troubles de l'humeur, de la toxicomanie, etc. Stepp et al. (2012) conceptualisent ainsi la parentalité comme étant

l'environnement le plus déterminant pour les enfants de mères avec un TPL et met en évidence que ce sont surtout, d'une part, les oscillations rapides entre des comportements parentaux de contrôle hostile et de passivité et, d'autre part, un manque d'encadrement chaleureux persistant qui constituent les aspects invalidants et délétères en termes d'habiletés parentales. Ce type d'interactions invalidantes avec l'environnement altèrent chez l'enfant le développement de capacités adéquates de régulation émotionnelle et de mentalisation. Cet aspect est d'ailleurs bien illustré dans les propos tenus par les mères de l'étude lorsqu'elles racontent avoir connu des modèles parentaux déficients durant leur propre enfance et ainsi ne pas avoir de repères en ce qui concerne l'éducation de leur enfant.

De ce fait, une proportion importante de ces mères aurait vécu de l'abus et ou de la négligence suffisamment sévère pour que soit impliquée la protection de la jeunesse auprès de leur famille puisque 86 % (18 sur 21) des mères rencontrées pour l'étude, dont l'information était disponible dans la base de données administratives, ont bénéficié d'un suivi par la protection de la jeunesse durant l'enfance. Il s'agit d'une proportion très significative d'entre elles. À la lumière de ces données, il semble y avoir une transmission intergénérationnelle des expériences d'abus et de négligence ainsi que des habiletés parentales inadéquates au sein de la famille des mères rencontrées. Ces aspects sont effectivement largement documentés dans la littérature (Morton & Browne, 1998; Stepp et al., 2012). Malgré elles, les mères vont également transmettre à leurs enfants, à travers leurs déficits en matière d'habiletés parentales, leurs difficultés de régulation émotionnelle et leurs capacités limitées de mentalisation.

En regard des éléments précédemment décrits, il apparaît clair que les mères avec un TPL constitue une population de parents à risque de transmettre à leurs enfants leurs propres difficultés, soit un style d'attachement insécurisé, une faible capacité de régulation émotionnelle, une capacité de mentalisation qui fait souvent défaut et des habiletés parentales inadéquates. Dans cette optique, il serait avantageux de modifier les interventions offertes en matière de protection de la jeunesse afin d'y inclure différentes approches selon l'étape développemental de l'enfant. Par exemple, lorsque l'enfant est jeune, des approches basées sur la théorie de l'attachement et de mentalisation s'avèrent appropriées (Stepp et al., 2012). Par le biais de rencontres mère-enfant, il peut être mis en évidence des interactions dysfonctionnelles

et le *feedback* des intervenants auprès de la mère peut accroître la sensibilité de la mère aux besoins de son enfant et favoriser de cette façon un plus grand degré de sécurité dans le style d'attachement. Il existe différentes approches de ce type ayant démontré un impact positif sur le style d'attachement chez l'enfant et certaines ont été manualisées et incorporent des approches de psychoéducation telles *Watch, Wait and Wonder* (Muir et al., 1999), *Circle of Security* (Marvin et al., 2002) et l'intervention relationnelle (Cyr et al., 2012). Ces approches se doivent toutefois d'être associées à des approches de psychoéducation et d'habiletés parentales qui permettront d'abord de réduire la détresse importante vécue chez les mères qui ont un TPL et de les rendre plus accessibles psychologiquement aux autres interventions.

De façon générale, il serait judicieux d'intégrer des approches reconnues efficaces auprès des personnes avec un TPL, sans pour autant intégrer un cadre formel de thérapie puisque cela ne constitue pas le mandat principal de la DPJ. Des interventions inspirées de la thérapie basée sur la mentalisation (Bateman & Fonagy, 2000) ou encore de la thérapie dialectique comportementale (Linehan, 1993) permettraient d'améliorer les habiletés de mentalisation et de régulation émotionnelle qui font souvent défaut chez les personnes qui souffrent d'un TPL et qui s'avèrent essentielles à développer chez les mères afin qu'elles soient capables d'aider leurs enfants à les développer également. En ce sens, l'établissement de corridors de services entre le SPJ et la psychiatrie adulte pourrait permettre l'accès à des modalités d'interventions spécifiques pour les parents avec un TPL.

Dans le contexte des suivis en protection de la jeunesse, il pourrait être utile de cibler les familles dont un parent souffre d'un TPL et où la transmission d'expériences d'abus et de négligence est plus à risque, et d'intervenir plus spécifiquement dans le but de prévenir cette transmission. Il pourrait être offert des interventions qui viseraient à accroître la sensibilité parentale aux besoins de l'enfant au moyen de psychoéducation et d'enseignement soutenu des habiletés parentales adaptées au développement de l'enfant. Ces interventions pourraient permettre ainsi de réduire l'anxiété et la détresse significative du parent ayant un TPL (Gunderson, Berkowitz, & Ruiz-Sancho, 1997; Stepp et al., 2012).

Il en résulte que les mères avec un TPL, dont les enfants sont suivis au CJ, semblent présenter des besoins spécifiques en matière d'habiletés parentales. Il serait bénéfique qu'elle puisse recevoir de l'aide pour mieux établir un encadrement au quotidien pour leurs enfants et de l'aide pour développer une sensibilité accrue aux besoins affectifs de leurs enfants qui tient compte de leurs propres difficultés affectives.

Les difficultés conjugales

Les caractéristiques du TPL telles les crises de colère, l'impulsivité, la crainte face à l'abandon, les comportements récurrents suicidaires et d'autodestruction prédisposent à des problèmes interpersonnels importants qui impliquent l'entourage de la personne, sa famille, ses enfants et son conjoint (ou sa conjointe). Hoffman et al. (2003) suggèrent que presque tous les critères diagnostiques du TPL affectent directement la qualité des relations conjugales. Cet aspect est d'ailleurs illustré dans les propos des mères rencontrées pour l'étude lorsqu'elles rapportent devoir composer avec des difficultés significatives avec leurs conjoints. Elles parlent de leurs relations conjugales qui sont teintées de conflits, de dépendance affective, d'agressivité, de manque de soutien. Les mères décrivent aussi vivre de la violence conjugale, souvent de façon répétée, et ont du mal à se sortir de ces relations qu'elles dépeignent comme étant toxiques. Leurs relations dysfonctionnelles semblent favoriser la survenue d'épisodes répétés de séparation et réconciliation d'avec leur conjoint. Certaines mères rapportent vivre une détresse en lien avec la présence de conjoints peu engagés auprès de la famille et décrits comme étant peu supportants face aux difficultés avec leurs enfants. De manière générale, il existe assez peu de littérature sur le sujet des problèmes conjugaux chez les personnes avec un TPL, mais les auteurs semblent adopter un consensus à l'effet que les personnes souffrant d'un TPL présentent des difficultés conjugales importantes et associées à une détresse élevée.

Bouchard (2009) parle d'un aspect bidirectionnel du lien entre le TPL et la détresse conjugale. D'une part, la présence d'un TPL chez la personne augmente les risques de conflits et d'instabilité conjugale et d'autre part, les conflits conjugaux exacerbent les symptômes du TPL. À la lumière des propos des mères, il peut être envisagé que la présence d'un TPL affecte cette capacité à être stable au plan conjugal. Il ressort également au sein de la communauté

scientifique une tendance à l'effet que le diagnostic de TPL influence le fait d'être en couple et d'y demeurer. Le fait d'avoir plusieurs ex-conjoints pour les mères de l'étude trouve écho dans la littérature en ce sens que la présence d'un TPL est associée à un plus grand nombre de ruptures dans les relations significatives (Labonté & Paris, 1993).

À ce titre, les mères avec un TPL ont mentionné devoir interagir avec plusieurs ex-conjoints et pères de leurs enfants, ce qui pourrait complexifier leurs relations interpersonnelles. La présence de nombreux ex-conjoints pourraient d'ailleurs intensifier leurs symptômes de TPL de diverses façons. D'abord, en augmentant le niveau de difficulté à devoir composer au plan interpersonnel avec ces anciens conjoints et en tenant compte du fait que les mères ayant un TPL sont décrites comme ayant peu d'habiletés pour résoudre les situations interpersonnelles plus complexes dans lesquelles elles se trouvent (Linehan, 1993). Ensuite, la notion de rupture en soi génère pour ces mères des situations d'abandon qui activent directement leurs mécanismes de régulation émotionnelle tels une grande réactivité de l'humeur, des crises d'agressivité, de l'automutilation, des menaces et des comportements suicidaires.

Parallèlement, la question se pose à savoir si les mères avec un TPL se retrouvent davantage en présence de conjoints qui éprouvent eux-mêmes des difficultés. Pour certains auteurs, les personnes aux prises avec un TPL peuvent avoir tendance à sélectionner des partenaires amoureux abusifs, souvent par manque de jugement à discriminer du degré de danger interpersonnel (Zanarini et al., 2005; NIMH, 2001). Plusieurs auteurs évoquent également que la présence d'un diagnostic de TPL chez l'un des partenaires conjugaux puisse être associée à un plus haut taux de violence conjugale tant physique que psychologique (Holtzworth-Munroe & Meehan, 2002; Lemelin & Lussier, 2002). L'hypothèse que les mères de l'étude, avec leurs caractéristiques au plan de la personnalité à exprimer de la colère et de l'agressivité envers leurs partenaires lors des conflits, puissent s'être retrouvées en présence de conjoints qui présentent également un trouble de personnalité mérite d'être soulevée. En effet, certains auteurs ont constaté que les personnes avec un TPL ont tendance à s'affilier à des personnes qui ont aussi une personnalité pathologique, de type narcissique notamment, ce qui les amènent à vivre encore plus de conflits interpersonnels (Kernberg, 1984; Paris & Braveman, 1995).

Dans une autre perspective, les mères rencontrées évoquent le fait que l'implication de la DPJ constitue en soi un facteur de stress pour leurs relations conjugales. Effectivement, le fait d'avoir un enfant en suivi avec la DPJ résulte souvent d'une contrainte externe et non d'une démarche initiée volontairement par les familles. Ce contexte d'intervention forcée peut sans conteste favoriser l'émergence de désaccords et de conflits entre la mère qui souffre d'un TPL et les divers intervenants des CJ. En effet, les personnes atteintes d'un TPL vont avoir tendance à réagir aux limites imposées par les systèmes et à contester l'autorité. Ce type d'interactions avec le système des CJ peut être considéré comme un facteur de stress qui pourrait alors exacerber leurs difficultés interpersonnelles et conjugales.

Zanarini et al. (2005) ont démontré que la sévérité des symptômes du TPL influence négativement les probabilités d'être marié ou de vivre avec un conjoint(e). Dans l'objet de la présente étude, une proportion significative de mères a ainsi verbalisé qu'elles craignaient d'entrer en relation amoureuse, ce pourquoi elles se trouvaient monoparentales à ce moment. Certaines d'entre elles ont mentionné éviter les relations conjugales en raison du cumul de leurs difficultés liées à leur TPL. D'autres ont plutôt évoqué que leur situation en suivi avec la DPJ les amenait à craindre les réactions d'un futur partenaire. Il est possible que la peur du stigma associé à recevoir des services de la DPJ contribue à cet évitement amoureux. Cet aspect semble toutefois peu décrit à travers la littérature.

Finalement, les mères semblent présenter des besoins marqués au plan conjugal et elles pourraient bénéficier d'une aide à développer de meilleures habiletés de communication au sein du couple, d'une aide à la résolution de conflits conjugaux et d'une aide à mieux discriminer des conjoints capables de les soutenir dans leurs difficultés émotionnelles particulières. De façon générale, bien que les intervenants des CJ fassent des efforts pour dépister si les mères des enfants qu'ils suivent sont aux prises avec de la violence conjugale, il peut être difficile de les orienter vers des services d'aide pour femmes qui vivent de la violence conjugale. Il est surprenant de constater que les mères ont peu abordé ce type d'aide lorsqu'elles étaient questionnées sur leurs besoins dans l'entrevue.

Déterminants psychosociaux liés aux difficultés des mères

En terminant, même si la question n'était pas directement posée aux mères, celles-ci ont également rapporté dans leur discours devoir composer avec un éventail de problèmes psychosociaux importants : statut sans emploi, faible revenu, précarité de logement, monoparentalité, violence conjugale, présence de maladie physique chronique, etc. Elles semblaient devoir répondre à des besoins de vie très immédiats, ce qui pouvait les rendre moins disponibles à s'engager dans les services proposés. C'est notamment ce que Kemp et al., (2009) ont aussi relevé dans une recherche portant sur l'engagement des parents dans les services de protection de la jeunesse. Ainsi, les mères qui souffrent d'un TPL sont souvent absorbées par des besoins de base et peuvent avoir l'impression d'être en mode de survie.

4.1.2 Les expériences négatives des services

D'après les mères, il se dégage bon nombres d'expériences négatives par rapport aux services reçus en protection de la jeunesse lorsqu'elles étaient questionnées plus généralement sur leurs difficultés et leurs défis. Ces expériences se traduisent surtout par les changements répétés d'intervenants, un système décrit comme instable et incohérent, un manque ou l'absence de services offerts, des difficultés relationnelles avec les intervenants qui peuvent mener à un manque de collaboration, la crainte face à la DPJ, le manque d'informations transmises ainsi que certains stigmas associés.

D'après les participantes, les nombreux changements d'intervenants assignés à leur dossier semblent nuire à l'établissement d'un lien de confiance avec les intervenants. Les mères décrivent qu'il y a fréquemment un nouvel intervenant qui s'implique dans la prise en charge de leur dossier. Certaines d'entre elles ont évoqué avoir eu jusqu'à huit intervenants différents dans l'année qui précédait. Elles semblent trouver difficile de devoir recommencer souvent à tisser un lien de confiance avec leurs intervenants. En ce sens, il est reconnu comme étant difficile pour les personnes ayant un TPL de tolérer d'être en relation d'aide et de s'engager dans la relation thérapeutique (Laporte, 2007). Durant la phase initiale de prise en charge avec une personne qui souffre d'un TPL, il peut prendre un certain temps avant que la personne

reconnaisse ses difficultés puisque leur autocritique et leur capacité d'introspection font souvent défaut. La personne peut également faire preuve de méfiance à l'égard de l'intervenant ou encore avoir tendance à rejeter l'aide proposée. Dans l'étude de Laporte et al. (2014), ceci est également illustré du point de vue des intervenants lorsqu'ils nomment qu'en raison du nombre élevé de familles qu'ils ont en suivi, du taux élevé de roulement du personnel et de la complexité des dossiers, ils n'arrivent pas à avoir suffisamment de temps ou la possibilité de développer un lien de confiance avec les parents qui ont un TPL. Il serait d'ailleurs intéressant d'explorer s'il y a un taux de roulement plus élevé des intervenants psychosociaux au sein des familles dont l'un des parents présente un TPL. Il pourrait être étudié si la complexité de l'intervention peut contribuer à un épuisement des intervenants, voire à des congés plus fréquents pour raison de maladie.

Les changements fréquents d'intervenants peuvent également faire en sorte que les mères doivent plus souvent raconter leur histoire personnelle et ainsi, se replonger plus souvent dans leurs expériences antérieures d'adversité, incluant une enfance souvent très difficile. Il pourrait en résulter que, par cette répétition de leur vécu difficile avec l'intervenant, les mères vivent davantage de difficultés émotionnelles, un peu de la même manière que lorsque les personnes avec un TPL ont des effets iatrogéniques d'un surinvestissement des difficultés du passé en psychothérapie (Denis, 1990). Les ruptures de lien avec leurs intervenants peuvent également exacerber leurs symptômes de TPL en activant les difficultés d'attachement souvent présentes chez les mères. De façon intéressante, les mères soulignent à quel point leurs enfants peuvent être affectés par le départ d'un intervenant avec lequel ils avaient un lien de confiance, mais elles n'abordent pas autant la difficulté qu'elles peuvent elles-mêmes éprouver. Cet aspect pourrait découler d'une difficulté à reconnaître leurs propres émotions et leurs propres besoins.

En outre, les changements répétés d'intervenants peuvent rendre le système imprévisible et incohérent. La littérature à ce sujet indique sans équivoque le besoin d'intervenir auprès des personnes souffrant d'un TPL de façon prévisible, stable et cohérente (Dawson, 1988; Denis, 1990; Fonagy & Bateman, 2006; Bertelli & Bélisle, 2004). De plus, le système même de la protection de la jeunesse pourrait également nuire aux personnes aux prises avec un TPL. En effet, les effets iatrogéniques des systèmes de soin sur les personnes atteintes de TPL sont

bien décrits au sein de la communauté scientifique (Dawson, 1988; Fonagy & Bateman, 2006). Ces dysfonctionnements systémiques peuvent à leur tour exacerber l'instabilité déjà présente dans la vie des mères. Qui plus est, l'hypersensibilité relationnelle et la propension au clivage qui sont caractéristiques des personnes avec un TPL les amènent à agir comme des sentinelles dans un système. C'est-à-dire que les mères avec un TPL auront davantage la capacité de mettre en lumière les failles du système du CJ et de réagir fortement à celles-ci.

Le système de la protection de la jeunesse est complexe et les parents ne détiennent pas naturellement les habiletés pour naviguer à l'intérieur de ce dernier (Kemp et al., 2009). La littérature rapporte qu'il s'agit d'un système qui peut être rigide et que les conditions de travail des intervenants peuvent engendrer des situations d'incohérence avec les familles (Cailhol et al., 2010). Le système est décrit comme instable par les mères, ce qui est représentatif du roulement élevé du personnel, de l'implication de plusieurs intervenants différents avec des rôles plus ou moins définis, des suivis fréquemment interrompus, de la charge élevée de travail pour les intervenants et du manque de concertation entre les équipes (Laporte et al., 2014). La contrainte des ressources limitées que peuvent offrir les intervenants aux enfants et à leur famille s'ajoute au manque de temps pour des contacts directs avec les parents.

Ainsi, plusieurs des enjeux organisationnels qui sont dépeints par les mères de la présente étude se retrouvent aussi dans la littérature. Palmer et al. (2006) souligne dans une étude qualitative réalisée en Ontario que les parents en suivi DPJ rapportent recevoir moins d'aide qu'attendu en raison du peu de contacts avec les intervenants, du manque de *counseling* et de suivis à domicile ainsi que du peu d'aide pour les besoins spécifiques de leurs enfants. De façon plus large, il est généralement reconnu que ces facteurs empêchent une réponse adéquate aux besoins des familles (Stroud, 2012). Il peut ainsi être supposé que les familles dont un parent est touché par le TPL, décrites comme présentant des besoins significatifs et singuliers, puissent avoir l'impression encore plus que les autres parents que le DPJ répond difficilement à leurs besoins.

Le système de protection de la jeunesse possède des frontières étanches avec le système de santé pédopsychiatrique et il est possible que ces deux milieux conçoivent différemment les

problèmes des mères et des enfants (Stanley, 1999). En réalité, les intervenants du système de la DPJ n'ont reçu qu'une formation minimale en santé mentale et se disent très peu outillés pour intervenir auprès de parents avec un TPL comme le soulignent Laporte et al. (2014). D'autre part, les mandats de la DPJ ne sont pas toujours faciles à concilier pour les intervenants. Stanley (1999) met en lumière le fait que les intervenants sociaux ont tendance à prioriser les besoins des enfants sur ceux des parents. Ce point est également mis en exergue dans l'étude de Laporte et al. (2014) qui décrit que certains intervenants se sentent coincés entre leur mandat principal de protéger l'enfant et leur mandat d'être en soutien au parent avec un TPL. Toutefois, il ressort du discours des mères un désir d'être également pris en charge, au même titre que l'enfant, et un besoin d'apprendre à mieux réagir aux comportements de leur enfant. Ceci pourrait être réalisé au moyen de rencontres familiales et d'interventions dites systémiques. L'intervention de type systémique est le plus souvent utilisé par le système de santé mentale pédopsychiatrique qui favorise l'implication des parents dès l'établissement du diagnostic, et ce, pour toute la durée du traitement, alors que le système de protection de la jeunesse tend à utiliser une approche plus dichotomique, c'est-à-dire d'aide à l'enfant d'un côté et d'interventions aux parents de l'autre. Ces interventions séparées en protection de la jeunesse tendent à diminuer, selon certains auteurs, les opportunités précieuses d'interventions parents-enfants (Kemp et al., 2009). Il serait intéressant d'établir davantage de liens entre le système de santé pédopsychiatrique et le système de protection de la jeunesse dans une optique de partage des informations et des connaissances pour le bénéfice de l'enfant et des parents.

Bref, les mères qui souffrent d'un TPL constituent une clientèle vulnérable en soi, en raison de ses nombreux besoins et de son hypersensibilité à l'environnement, donc au système qui l'entoure. En effet, les mères semblent décrire de nombreuses difficultés systémiques et semblent parler de services offerts par la protection de la jeunesse qui ne s'adressent pas exactement à ces mêmes difficultés. Le SPJ n'a effectivement pas été conçu en fonction des difficultés des mères aux prises avec un trouble de santé mentale et encore moins avec un TPL. En plus, les mères illustrent bien dans leurs propos, en parlant des intervenants des services de santé en première ligne (CLSC) qui refusent de leur fournir de l'aide sous prétexte qu'elles en reçoivent déjà par les intervenants de la DPJ, le manque d'articulation entre le système de la

protection de la jeunesse qui est sous l'égide de la LPJ et le système de santé mentale qui est sous l'égide de la LSSSS.

Dans un autre registre, les mères mettent en lumière les difficultés relationnelles qu'elles vivent avec leurs intervenants telles des confrontations fréquentes, une attitude perçue chez l'intervenant comme froide, ne pas se sentir écoutées et se sentir jugées. Ces aspects sont très pertinents puisqu'ils correspondent aux principes généraux d'intervention auprès de personnes ayant un TPL (NHMRC, 2013; NHS, 2009). La communauté scientifique s'entend pour dire que des interventions efficaces se doivent d'être faites en collaboration, avec un soutien empathique et empreintes de validation et centrées sur la résolution de conflits (Links, Ross & Gunderson, 2014). Le manque de connaissances chez les intervenants en protection de la jeunesse en termes d'interventions efficaces destinées aux personnes avec un TPL peut entraîner un manque de collaboration de la part des mères. Les caractéristiques au plan de la personnalité de ces mères peuvent également influencer les difficultés relationnelles avec leurs intervenants et faire en sorte que ceux-ci soient plus réticents à travailler auprès de ces mères (Bouchard, 2010; Laporte et al., 2014). La littérature nous indique cependant que l'alliance thérapeutique s'avère un élément important du processus d'intervention chez les personnes avec un TPL et module leur évolution (Turner, 2000; Burckell & McMain, 2011). La collaboration entre les parents et les intervenants du système de protection de la jeunesse peut faire en sorte que les parents arrivent à mieux répondre aux exigences de la DPJ. De plus, Kemp et al., (2009) nous indique que cette relation de collaboration entraîne des conséquences fort positives pour les enfants, c'est-à-dire une diminution de la maltraitance, une diminution du placement des enfants. En somme, les difficultés relationnelles inhérentes à ce trouble ainsi que le manque de formation chez les intervenants peuvent faire en sorte que les intervenants en viennent à des impasses thérapeutiques dans leur travail auprès des mères avec un TPL et peuvent en venir à se désengager des suivis (Laporte et al., 2014).

En ce qui a trait aux difficultés organisationnelles du SPJ, certaines mères relèvent que les nombreuses démarches qu'elles doivent faire afin de se conformer aux plans d'intervention des CJ suscitent chez elles de l'épuisement. Les mères rapportent également se sentir attaquées par le SPJ, notamment lors des passages à la cour, ce qui leur génère un stress significatif. Leur

perception de menace pourrait s'expliquer par le caractère légal (LPJ) qui pourrait menacer leur rôle parental en se voyant retirer la garde de leurs enfants et par la propension à se sentir facilement attaquée comme en témoigne le critère diagnostique lié à la présence d'idées persécutrices de leur TPL (American Psychiatric Association, 2013). Dans leurs propos, les mères évoquent que le retrait de leurs enfants du milieu familial contribue à une grande détresse qui s'apparente à une épreuve de deuil. Effectivement, cette rupture dans leur lien d'attachement avec leurs enfants réactive probablement leurs propres difficultés d'attachement, ce qui peut contribuer à exacerber leurs symptômes de TPL (réactivité émotionnelle, comportements suicidaires, etc.).

Selon leurs dires, les mères soulignent aussi que les intervenants ont tendance à leur transmettre peu d'informations relatives aux processus du SPJ et au sujet de l'évolution de leurs enfants. Elles ont le sentiment d'être tenues à l'écart du processus et disent ne pas se sentir considérée dans leur rôle de mère. Les mères s'expriment aussi sur les impacts en regard des diverses étiquettes qu'elles peuvent arborer, notamment le fait d'avoir la mention «santé mentale ou TPL» dans leur dossier. Il a été démontré dans la littérature que travailler avec des personnes ayant un trouble de santé mentale, notamment un trouble de personnalité limite, peut conduire à des résistances de la part des intervenants en protection de la jeunesse (Stanley, Penhale, Riordan, Barbour, & Holden, (2003). À l'inverse, la mention «DPJ» dans leur dossier des services de santé entraîne aussi une part de résistance du personnel soignant et contribue à un vécu de stigmatisation.

4.1.3 Les expériences positives des services

Du point de vue des mères, les qualités relationnelles des intervenants, l'établissement d'une relation de collaboration ainsi que l'aide concrète et ciblée contribuent aux expériences positives des services. Ces aspects constituent pour la plupart le corollaire des expériences négatives qu'elles ont préalablement rapportées.

Les mères ont décrit plusieurs qualités qu'elles ont appréciées chez les intervenants qui étaient responsables du suivi de leur famille. Parmi les qualités mises de l'avant par ces

dernières, il est noté la capacité d'être à l'écoute, l'empathie, la capacité d'encadrement, l'ouverture à la communication. Ces aspects relèvent tout à fait des principes généraux reconnus efficaces dans le travail avec les personnes aux prises avec un TPL (NHMRC, 2013). La transparence constitue également un principe d'intervention apprécié des mères car plusieurs souhaitent qu'on leur dise les «vraies choses». L'authenticité est d'ailleurs un élément thérapeutique reconnu comme efficace auprès de cette clientèle qui a tendance à l'hypervigilance relationnelle. Les mères disent aussi aimer recevoir des conseils et que les intervenants renforcent positivement ce qu'elles font de bien avec leurs enfants. Elles apprécient aussi que les intervenants cherchent à vérifier leur point de vue et qu'ils les laissent faire des choix; elles ont ainsi l'impression qu'on leur donne du pouvoir sur leur vie. Il en résulte une responsabilisation de la mère qui, en plus d'être appréciée par celle-ci, constitue une approche thérapeutique essentielle auprès des personnes ayant un TPL (Denis, 1990). En effet, on sait qu'avec les personnes qui souffrent d'un TPL, il faut les impliquer activement dans la recherche de solutions et renforcer leurs comportements adaptés en «arrosant les fleurs, pas les mauvaises herbes» comme l'expose Peacock dans son ouvrage du même nom (2007).

Du point de vue des mères, l'aide de nature concrète et ciblée qu'elles ont reçue s'est avérée utile. Elles disaient apprécier que les intervenants les dirigent afin d'obtenir de l'aide matérielle ou financière. Plusieurs autres ont profité de l'aide à domicile concernant l'amélioration des habiletés parentales. Les mères semblaient bénéficier du fait que les intervenants leur donnent des moyens concrets pour mieux gérer les comportements de leurs enfants. Il s'agit là d'une approche d'intervention participative qui permet en général une meilleure collaboration des mères.

4.1.4 Les services que les mères trouveraient utiles

Lorsque la littérature est survolée, il y a peu d'écrits sur la perspective des parents concernant la perception des services en protection de la jeunesse, encore moins sur la perception des mères avec un TPL. C'est pourquoi les propos des mères rencontrées dans la présente étude sont précieux et novateurs.

Dans leurs propos, les mères ont surtout parlé des services reçus par la protection de la jeunesse et, dans une moindre mesure, des services reçus en communauté ou en santé mentale. Une proportion marginale des mères avec un TPL a exprimé le souhait de pouvoir changer d'intervenant lorsqu'il y a une impasse thérapeutique. Cet aspect semble toutefois en lien avec la propension au clivage dont fait souvent preuve les personnes avec un TPL, c'est-à-dire à des perceptions qui oscillent entre l'idéalisation et la dévaluation des personnes de son entourage. Cette caractéristique fait d'ailleurs partie intégrante des critères diagnostiques du TPL (American Psychiatric Association, 2013). Il est donc peu étonnant que les mères fassent le constat de vouloir changer d'intervenant puisque cet aspect est en lien avec leur problématique au plan de la personnalité. Il apparaît donc peu pertinent de donner suite à cette proposition des mères puisque le fait de leur assigner un nouvel intervenant contribuerait à exacerber leurs difficultés relationnelles en reproduisant encore une fois le même type d'impasse et en les empêchant d'apprendre à résoudre les conflits interpersonnels avec leur intervenant. Il faudrait tenter de trouver d'autres solutions à ce problème comme par exemple, en introduisant une philosophie de co-intervention pour les intervenants impliqués auprès des familles qui ont un parent ayant un TPL (Laporte, 2007). Effectivement, il n'est pas facile pour les intervenants de recevoir la charge affective négative de la mère lorsque celle-ci dévalue leurs interventions ou leur personne. Non seulement la solution de changer d'intervenants est trop souvent utilisée en CJ pour tenter de soulager l'intervenant, mais ce changement contribue, pour la mère, à éviter de travailler à la résolution de conflits interpersonnels. Plusieurs auteurs soulignent d'ailleurs les bienfaits de la co-intervention auprès de cette clientèle comme la dilution des contre-transferts chargés négativement, la réduction du risque de clivage et une intervention plus systémique et adaptée au travail avec les familles (Bertelli & Bélisle, 2004). L'avenue de recourir plus systématiquement à de la supervision clinique au CJ permettrait également de débusquer les pièges liés à l'intervention auprès de personnes avec un TPL.

Une bonne part des mères aimerait que l'organisation même de la DPJ tente de revoir leurs mandats afin de bonifier le mandat spécifique d'aide aux parents. Il serait intéressant d'explorer les avenues en ce sens car, en regard de leurs mandats, les intervenants se doivent aussi d'offrir un soutien aux parents. Certaines mères évoquent l'idée de mettre en place une équipe d'intervenants assignés au suivi des parents. L'offre de services de la DPJ aux parents

qui présentent un TPL pourrait être rehaussée avec des services qui leur sont dédiés, et des mécanismes de liaison mieux définis entre le SPJ et la santé mentale pourraient permettre d’orienter directement les parents aux prises avec un TPL vers des services appropriés.

D’autres mères aimeraient qu’il y ait davantage de rencontres conjointes entre les divers intervenants DPJ impliqués au suivi de leur famille pour limiter leur confusion face à l’intervention. La mise en place systématique de rencontres multidisciplinaires avec tous les intervenants impliqués auprès de la famille permettraient ainsi de mieux relayer les informations et d’assurer une meilleure cohérence dans l’intervention. Ce type de rencontre est d’ailleurs considéré thérapeutique puisqu’il permet de réduire les possibilités de clivage entre les intervenants qui disposent souvent d’informations différentes provenant des familles. Les enseignements d’intervention pourraient également être mieux clarifiés pour le bénéfice de tous.

4.2 Limites et forces de l’étude

Tout comme la majorité des études qualitatives, la prudence est de mise en ce qui concerne la généralisation de ces résultats à d’autres types de populations. Les résultats ne pourraient donc pas être appliqués à l’ensemble des mères ou parents qui reçoivent des services en CJ en général. Quant à l’échantillon de mères choisies pour participer à l’étude, il est possible que certaines mères qui se trouvaient dans un état de crise au moment de l’étude aient été écartées. De plus, il se peut que les mères avec un TPL plus sévère aient été suffisamment hostiles pour décliner leur participation. Un autre point qui concerne la population des mères étudiées implique que leur style cognitif clivé fait souvent preuve d’une vision changeante en général et que leur autocritique peut être limitée. Leurs perceptions auraient pu diverger selon le contexte et le moment. Il se pourrait également, d’une part, que les difficultés et les besoins exprimés par les mères ressemblent aux autres mères prises en charge par le CJ et d’autre part, que la relation décrite par les mères comme difficile avec les intervenants ressemble aussi aux autres mères.

En contrepartie, cette étude comporte aussi des forces. D'abord, il est à souligner le caractère original de l'étude puisqu'il n'existe pas d'étude à ce jour portant sur la compréhension des mères avec un TPL dont les enfants reçoivent des services en protection de la jeunesse et encore moins en contexte québécois. De ce fait découle une valeur unique aux résultats obtenus par rapport à un sujet d'une grande pertinence. Il est souhaité que cette source d'information privilégiée pourra enrichir la réflexion des décideurs afin d'améliorer les services destinés aux mères et aux parents en CJ, surtout ceux qui souffrent d'un trouble de santé mentale ou d'un TPL. Enfin, il s'agissait d'une étude dont la taille de l'échantillon (N=30 mères) est somme toute assez élevée dans un contexte de recherche qualitative.

4.3 Avenues de recherches futures

Bien sûr, les résultats de cette étude s'avèrent utiles pour mieux comprendre la perspective des mères avec un TPL sur leurs difficultés, leurs besoins et les services offerts lorsque la famille est sous la responsabilité de la protection de la jeunesse. Il pourrait être intéressant dans une recherche éventuelle d'ajouter d'autres sources d'information à la compréhension de ce phénomène comme le groupe de discussion focalisée (*focus group*) constitué de mères avec un TPL. L'utilisation de ce type d'entrevue comporterait l'avantage de recueillir des données qui proviennent d'un plus grand nombre de mères et l'avantage d'une synergie de groupe qui permet aux participants de se rappeler de certaines informations.

Il serait également intéressant de répliquer ce type d'étude avec des mères qui ont un TPL et dont les enfants sont suivis par la protection de la jeunesse à l'interne ou dans le contexte de la LSJPA.

Il serait approprié également d'approfondir la compréhension des besoins des mères avec un TPL avec une étude plus formelle des besoins. Enfin, il semble pertinent d'explorer des pistes de recherche centrée sur le patient où l'on pourrait suivre l'évolution de mères avec un TPL qui bénéficient des interventions basées sur les meilleures pratiques et de les comparer à d'autres mères avec un TPL qui bénéficient des interventions habituelles. Par exemple, un

groupe de mères ayant un TPL est offert depuis cinq ans au CJM-IU et est basé sur les principes d'interventions reconnus efficaces pour cette clientèle. Les impacts de ce type d'intervention semblent prometteurs et il serait intéressant d'étudier la perception de ce groupe de mères en regard des services de la DPJ.

Conclusion

Cette étude a permis de mieux décrire l'expérience des mères ayant un TPL dont au moins un enfant était suivi par le CJM-IU. Les mères ont mis de l'avant bon nombres de difficultés et ont généralement peu abordé leurs propres besoins comme femme avec un TPL. Elles ont décrit des difficultés en lien avec leur TPL et en lien avec la présence de comorbidités psychiatriques fréquentes. Les mères ont également décrit de nombreuses difficultés présentent chez leurs enfants, ce qui semble contribuer au fait qu'elles présentent des besoins distinctifs en matière d'interventions parentales. Cette transmission intergénérationnelle d'habiletés parentales inadaptées semble intriquée avec une transmission des expériences d'abus et de négligence ainsi que des difficultés d'attachement et de faibles capacités de mentalisation. Elles ont mentionné avoir plusieurs difficultés à résoudre les conflits conjugaux et le stress associé au suivi par la DPJ semblait être un facteur qui pouvait intensifier ces conflits. D'une part, les mères ont rapporté plusieurs aspects organisationnels qui contribuaient négativement à leurs expériences avec le SPJ. Elles relataient que le changement répété d'intervenants pouvait nuire à l'établissement d'un lien de confiance et que cela semblait affecter leurs enfants. Les mères ont décrit un SPJ instable et imprévisible avec des suivis fréquemment interrompus et semblaient trouver qu'elles ne recevaient pas des services qui s'adressaient réellement à leurs difficultés. Elles ont mis en relief diverses difficultés relationnelles avec les intervenants DPJ qui semblaient contribuer à une collaboration limitée de leur part. D, les mères ont identifié certains aspects qui contribuaient positivement à leurs expériences avec le SPJ. Elles ont mentionné que les diverses qualités de leurs intervenants telles : être à l'écoute, être empathique, ouvert à la communication et encadrant les ont aidées à établir une relation de collaboration avec le SPJ. En regard des services que les mères auraient trouvés utiles, une part significative d'entre elles a évoqué le besoin d'ajouter un mandat d'aide et de soutien spécifique pour les parents

dans le cadre des suivis en protection de la jeunesse avec notamment la mise en place d'intervenants assignés au suivi des parents.

Cette étude a donc mis en lumière les difficultés et les besoins des mères avec un TPL, les défis auxquels elles font face et a permis de mieux connaître les services qu'elles considéreraient comme utiles. Bien que la proportion de mères qui souffre d'un TPL s'avère élevé au sein de la protection de la jeunesse, avec environ 21% (Laporte et al., 2014), il y a peu d'étude qui se sont intéressées à ce sujet. Les propos des mères rencontrées dans le cadre de la présente étude sont donc d'une grande pertinence et d'une grande valeur. Le fruit des expériences rapportées par celles-ci révèle que le système de protection de la jeunesse n'est pas tout à fait adapté à leurs difficultés et à leurs besoins. Des pistes de solutions sont abordées et l'amélioration des services devra se faire à la fois sur les plans organisationnel et clinique. En dépit du fait que pour les intervenants du CJ, le mandat principal soit d'aider l'enfant, il apparaît incontournable d'aider le parent aux prises avec un TPL puisque ses difficultés ont un grand impact sur les difficultés de l'enfant. Les décideurs pourraient songer à la mise en place de rencontres multidisciplinaires sur une base régulière, à accroître la formation sur le TPL aux intervenants et à encourager davantage la supervision clinique.

En plus de la modification des services inhérents au SPJ, il est clair que le développement de mécanismes de liaison plus formels avec la santé mentale adulte et jeunesse serait avantageux. De cette façon, les parents qui le désirent pourraient accéder plus facilement à des cliniques spécialisées pour le TPL et ils pourraient ainsi recevoir l'aide appropriée pour leurs difficultés.

En définitive, les services en protection de la jeunesse devraient favoriser le plus possible une approche centrée sur la famille où on tenterait d'impliquer le parent comme partenaire du processus de changement. Il importe de se rappeler qu'en aidant la mère qui souffre d'un TPL, on aide aussi l'enfant à développer un meilleur style d'attachement, une meilleure régulation émotionnelle et à réduire le risque qu'il développe éventuellement un trouble psychiatrique et plus particulièrement un TPL à l'âge adulte.

Bibliographie

- Adshead, G. (2003), Dangerous and severe parenting disorder? Personality disorder, parenting and new legal proposals. *Child Abuse Review*, 12(4) : 227–237.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision (DSM-IV-TR)* : American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-5®)* : American Psychiatric Pub.
- Association des centres jeunesse du Québec. (2014). *Avec l'énergie du premier jour - Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse / directeurs provinciaux 2014* (l'Association des centres jeunesse du Québec, directeur des communications ed.).
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard review of psychiatry*, 14(5), 249-256.
- Barnow, S., Spitzer, C., Grabe, H.J., Kessler, C., Freyberger, H.J. (2006). Individual Characteristics, Familial Experience and Psychopathology in Children of Mothers With Borderline Personality Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(8), 965-972.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 177(2), 138-143.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355-1364.
- Bernstein, D. P., Cohen, P., Skodol, A., Bezirgianian, S., & Brook, J. S. (1996). Childhood antecedents of adolescent personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 907-913.
- Bertelli, C., & Bélisle, M.C. (2004). « Interventions de crise chez les patients aux prises avec un trouble de personnalité limite, partie 2 : Thérapies systémique et familiale » *Santé mentale au Québec*, 29(2), 253-266.
- 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.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss. Vol.I Attachment* (2nd ed.). London, UK : Hogarth Press.

- Bornovalova, M. A., Hicks, B. M., Iacono, W. G., & McGue, M. (2009). Stability, change, and heritability of borderline personality disorder traits from adolescence to adulthood : A longitudinal twin study. *Development and Psychopathology*, 21(04), 1335-1353.
- Bouchard, S. (2010). Impasses et opportunités dans le traitement des personnes souffrant d'un trouble sévère de la personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 61-85.
- Bouchard, S. (2009). *Les couples dont la femme souffre d'un trouble sévère de la personnalité : Fonctionnement conjugal et attitudes à l'égard de la sexualité*. Thèse présentée à la Faculté des études supérieures, doctorat en psychologie, Université Laval, Québec.
- Brown, D.J., (2006). Working the system : Re-thinking the institutionally organized role of mothers and the reduction of "risk" in child protection work. *Social Problems*, 53, 352-370.
- Burckell, L.A. & McMain, S., (2011). Contrasting Clients in Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder : "Marie" and "Dean," Two Cases with Different Alliance Trajectories & Outcomes. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 7(2), 246-267.
- Cailhol, L., Lesage, A., Rochette, L., Pelletier, E., Villeneuve, E., Laporte, L., & David, P. (2015). *Surveillance des troubles de la personnalité au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services* (Bureau d'information et d'études en santé des populations). Institut national de santé publique du Québec.
- Cailhol, L., Bouchard, S., Belkadi, A., Benkirane, G., Corduan, G., Dupouy, S., ...Guelfi, J.D. (2010). Acceptabilité et faisabilité de la psychothérapie par les patients avec trouble de personnalité limite. *Annales médico-psychologiques*, 168, 435-439.
- Carlson, E. A., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (2009). A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Development and Psychopathology*, 21(04), 1311-1334.
- Centre Jeunesse de Montréal - Institut Universitaire. (2014). *S'investir pour le futur : rapport annuel de gestion 2013-2014* (Bureau des communications et des relations avec la communauté, Centre Jeunesse de Montréal - Institut Universitaire ed.). Montréal : Centre Jeunesse de Montréal - Institut Universitaire.
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McGorry, P. D., Allot, K. A., Clarkson, V., & Yuen, H. P. (2004). Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 18(6), 526-541.
- Chanen, A. M., & Kaess, M. (2012). Developmental pathways to borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 14(1), 45-53.

- Cleary, M., Siegfried, N., & Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(3), 186-191.
- Crandell, L.E., Patrick, M.P.H., Hobson, R.P. (2003). "Still-face" interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-month-old infants. *British Journal of Psychiatry*, 183, 239-247.
- Crawford, T. N., Cohen, P. R., Chen, H., Anglin, D. M., & Ehrensaft, M. (2009). Early maternal separation and the trajectory of borderline personality disorder symptoms. *Development and Psychopathology*, 21(3), 1013.
- Cyr, C., Moss, E., St-Laurent, D., Dubois-Comtois, K., & Sauvé, M. (2012). *Promouvoir le développement d'enfants victimes de maltraitance : L'importance des interventions relationnelles parent-enfant fondées sur la théorie de l'attachement*. In: Gagné M-H, Drapeau S, St-Jacques M-C, éd. Les enfants maltraités : de l'affliction à l'espoir. Pistes de compréhension et d'action, Québec : Les Presses de l'Université Laval, 41-70.
- Dawson, D.A., Pulay, A.J., Pickering, R.P., 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.
- Dawson, D.F. (1988). Treatment of the borderline patient, relationship management. *Revue canadienne de psychiatrie*, 33, 370-374.
- Denis, J.F. (1990). Le problème des troubles de la personnalité en psychiatrie. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 35(3), 208-214.
- Distel, M., Trull, T., Derom, C., Thiery, E., Grimmer, M., Martin, N., ... Boomsma, D. (2008). Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychological Medicine*, 38(09), 1219-1229.
- Dumbrill, G. (2006). Parental experience of child protection intervention : A qualitative study. *Child Abuse & Neglect*, 30, 27-37.
- Feiring, C., Furman, W.C. (2000). When love is just a four-letter word : victimization and romantic relationships in adolescence. *Children Maltreatment*, 5(4), 293-298.
- Feldman, R.B., Zelkowitz, P., Weiss, M., Vogel, J., Heyman, M., Paris, J. (1995). A comparison of the families of mothers with borderline and nonborderline personality disorders. *Comprehensive Psychology*, 26(2), 157-163.
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J. G., & Bateman, A. W. (2003). The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships : A theory and some evidence. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(3), 412-459.

- Grant B.F., Chou, S.P., Goldstein, R.B., Huang, B., Stinson, F.S., Saha, T.D., Smith, S.M., Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of Qualitative Research*, 2, 163-194.
- Gunderson, J.G., Berkowitz, C., Ruiz-Sancho, A. (1997). Families of borderline patients : A psychoeducational approach. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61(4), 446-457.
- Hoffman, P. D., Buteau, E., Hooley, J. M., Fruzzetti, A. E., & Bruce, M. L. (2003). Family members' knowledge about borderline personality disorder : Correspondence with their levels of depression, burden, distress, and expressed emotion. *Family Process*, 42, 469-478.
- Holtzworth-Munroe, A., & Meehan, J. C. (2002). Husband violence : Personality disorders among batterers. *Current Psychiatry Reports*, 4, 13-17.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M., & Bernstein, D. P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 600-606.
- Joyce, P. R., McKenzie, J. M., Luty, S. E., Mulder, R. T., Carter, J. D., Sullivan, P. F. and Cloninger, C. R. (2003). Temperament, childhood environment and psychopathology as risk factors for avoidant and borderline personality disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 756-764.
- Kemp, S. P., Marcenko, M. O., Hoagwood, K., Vesneski, W. (2009). Engaging parents in child welfare services : Bridging family needs and child welfare mandates. *Child Welfare League of America*, 88(1), 101-126.
- Kendler, K. S., Aggen, S. H., Czajkowski, N., Røysamb, E., Tambs, K., Torgersen, S., ... Reichborn-Kjennerud, T. (2008). The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders : a multivariate twin study. *Archives of General Psychiatry*, 65(12), 1438-1446.
- Kernberg, O. (1984). *Severe personality disorders : Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT : Yale University Press.
- Kiel, E. J., Gratz, K. L., Moore, S. A., Latzman, R. D., & Tull, M. T. (2011). The impact of borderline personality pathology on mothers' responses to infant distress. *Journal of Family Psychology*, 25(6), 907.
- Labonté, E., & Paris, J. (1993). Life events in borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 638-640.
- Lafond, C., & D'Auteuil, S. (2010). *Vivre avec un proche impulsif, intense, instable*. Éditions Bayard.

- Lamont, A. (2006). Mothers with borderline personality disorder. *Graduate Student Journal of Psychology*, 8(1), 39-43.
- Laporte, L. (2007). Un défi de taille pour les centres jeunesse. Intervenir auprès des parents ayant un trouble de personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 32(2), 97-114.
- Laporte, L., Baillargeon, L., Sanchez, I., & Desrosiers, L. (2014). Être intervenant auprès de parents ayant un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse : quand la souffrance de l'un se conjugue au désarroi de l'autre. *Revue de psychoéducation*, 43(2), 323-347.
- Laporte, L., & Guttman, H. (1996). Traumatic childhood experiences as risk factors for borderline and other personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 10(3), 247-259.
- Larivière, N., & Corbière, M. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Presses de l'Université du Québec.
- Lemelin, C., & Lussier, Y. (2002). *L'attachement amoureux et la violence conjugale chez les femmes adultes*. Poster session presented at the annual meeting of the Société Québécoise de Recherche en Psychologie, Trois-Rivières, QC, Canada.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(Issue 9432), 453-461.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.
- Links, Ross & Gunderson. (2014). *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder*. American Psychiatric Publishing.
- Macfie, J., Swan, S.A. (2009). Representation 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, 993-1011.
- Main, M., & Hesse, E. (1990). *Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status : Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism?* In : Greenberg, M.T., Cicchetti, D., Cummings, E.M., editors. *Attachment in the preschool years : Theory, research, and intervention*. Chicago, University of Chicago Press. p.161-182.
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., Powell, B. (2002) The circle of security project : Attached-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment & Human Development*, 4(1), 107-127.

- McMain, S.F., Links, P.S., Gnam, W.H., Guimond, T., Cardish, R.J., Korman, L., Streiner, D.L. (2009). A randomized trial of dialectical behaviour therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder, *American Journal of Psychiatry*, 166 (12), 1365-1374.
- Miles, M.B. & Huberman, M.A. (2003). *Analyse des données qualitatives*, 2^e éd. trad. de Rispal, M.H., Bruxelles, De Boeck.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). *Cadre normatif - Projet intégration jeunesse (PIJ)*. Système d'information sur la clientèle et les services en centre jeunesse. Direction des services sociaux généraux, de la jeunesse et du communautaire.
- Morton, N., & Browne, K.D. (1998). Theory and observation of attachment and its relation to child maltreatment : a review. *Child Abuse & Neglect*, 22(11), 1093-1104.
- Muir, E., Lojkasek, M., Cohen, N.J. (1999). *Watch, Wait, and Wonder : A manual describing an infant-led approach to problems in infancy and early childhood*. Toronto, ON, Hincks-Dellcreat Institute.
- National Institute of Mental Health, Department of Health and Human Services, (2001). *Borderline personality disorder : Raising questions, finding answers*. Retrieved in 2008 from : <http://www.nimh.nih.gov/publicat/bpd.cfm>.
- Newman, L.K., Stevenson, C.S., Bergman, L.R., Boyce, P. (2007). Borderline personality disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions: Preliminary findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(7), 598-605.
- NHMRC, (2013). Guide de pratique pour le TPL : <http://www.clinicalguidelines.gov.au>. NHS - National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). Borderline personality disorder : treatment and management. NICE clinical guideline 78, Developed by the National Collaborating Centre for Mental Health, London, England.
- Palmer, S., Maiter, S., & Manji, S. (2006). Effective intervention in child protective services : Learning from parents. *Children and Youth Services Review*, 28(7), 812-824.
- Paris, J., & Braveman, S. (1995). Successful and unsuccessful marriages in borderline patients. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 23, 152-166.
- Peacock, F. (2007). *Arrosez les fleurs pas les mauvaises herbes*. Les Éditions de l'Homme.
- Pires, A.P. (2007). «Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique», dans N.K. Denzin et Y.S. Lincoln (dir.), *Strategies of Qualitative Inquiry*, Thousand Oaks, Sage Publications, p.113-169.

- Stanley, N., Penhale, B., Riordan, D., Barbour, R. S., & Holden, S. (2003). *Child Protection and Mental Health Services : Interprofessional Responses to the Needs of Mothers*. Bristol, UK: The Policy Press.
- Stepp, S.D., Whalen, D.J., Pilkonis, P.A., Hipwell, A.E. & Levine, M.D. (2012). Children of mothers with borderline personality disorder : Identifying parenting behaviors as potential targets for intervention. *Personality Disorders : Theory, Research, and Treatment*, 3(1), 76-91.
- Stroud, J., & Parsons, R. (2012). Working with borderline personality disorder : A small-scale qualitative investigation into community psychiatric nurses' constructs of borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 7, 242-253.
- Suveg, C., Hoffman, B., Zeman, J., Thomassin, K. (2009). Emotion related predictors of anxious and depressive symptoms in youth. *Child Psychiatry and Human Development*, 40, 223-239.
- Turner, R.M., (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(4), 413-419.
- Weiss, M., Zelkowitz, P., Feldman, R.B., Vogel, J., Heyman, M., Paris, J. (1996). Psychopathology in offspring of mothers with borderline personality disorder: A pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 285-290.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1733-1739.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, R. K. (2005). The McLean study of adult development (MSAD) : Overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *Journal of Personality Disorder*, 19, 19-29.
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1101-1106.
- Zimmerman, M., Rothschild, L., Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1911-1918.

Annexe A

ENTREVUE SUR LA SANTÉ PHYSIQUE ET ÉMOTIONNELLE DES MÈRES IRSC

INTRODUCTION

ASSISTANTE DE RECHERCHE: _____

DATE: _____

ID DE LA MÈRE : _____

Bonjour!

Merci encore une fois d'être ici aujourd'hui. Nous l'apprécions vraiment.

Avant de commencer l'entrevue, j'aimerais vous expliquer de quoi on va parler durant environ une heure. Je vais commencer l'entrevue en vous demandant des questions socioéconomiques comme par exemple sur votre éducation, travail, statut conjugal. Après cela, nous parlerons de votre santé physique (si vous avez des problèmes de santé particuliers) et de votre santé mentale. Comment vous vous sentez généralement. Ensuite, nous finirons l'entrevue en prenant le temps de parler de vous, de vous en tant que personne et de vous en tant que mère. Et, si vous acceptez, nous finirons l'entrevue avec une activité de dessin qui est tout à fait optionnelle (je vous donnerai plus de détails un peu plus tard).

Le but de cette recherche est simplement de mieux connaître les mères dont les enfants sont pris en charge par le Centre jeunesse. Nous avons l'impression que l'on ne connaît pas assez bien les besoins des mères et nous aimerions prendre le temps d'améliorer nos connaissances.

Est-ce que cela vous va?

Une partie de l'entrevue sera peut-être enregistrée, rendu là je vous demanderai votre autorisation pour le faire. Je voudrais vous rappeler que tout ce que vous nous direz va demeurer tout à fait confidentiel. Vous êtes identifié par un numéro et les intervenants ne seront pas informés de ce que vous nous direz, à moins que vous ne le désiriez. Vous devez cependant signer un formulaire de consentement qui dit que vous acceptez de participer à cette recherche.

Si, durant la rencontre, vous décidez de ne plus continuer ou s'il y a certaines questions auxquelles vous préférez ne pas répondre, vous êtes tout à fait libre de le faire. Vous n'avez qu'à me le dire.

ENTREVUE SUR LA SANTÉ PHYSIQUE ET ÉMOTIONNELLE DES MÈRES IRSC

ID de la mère: _____

Cette partie de l'entrevue Nous permettra d'avoir une meilleure connaissance de votre santé physique et mentale. Nous aimerions également mieux comprendre vos besoins en relation avec les services que vous aimeriez recevoir.

STATUT SOCIO ÉCONOMIQUE

F1. Date de naissance : _____

F2. Statut conjugal:

- a. Célibataire b. Mariée c. En cohabitation d. Divorcée /Separée
e. Veuve f. En relation sans vivre avec le (la) partenaire

F3. Quelle est votre situation de vie actuelle?

- a. Vit seule b. Vit avec famille d'origine c. Vit avec conjoint/partenaire
d. Vit avec ami(e)/colocataire e. Autre situation (spécifier) _____

F4. Combien d'enfants avez-vous? _____

Âges: _____ / _____ / _____ / _____ / _____

F5. Enfants vivent avec _____

F6a. temps plein _____ ou F6b. Garde partagée _____

EMPLOI ET EDUCATION

E1. Quel est le niveau d'éducation le plus élevé que vous avez complété?

- | | | | |
|----------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| a. Pas d'école | <input type="checkbox"/> | d. Collège/Cégep | <input type="checkbox"/> |
| b. Primaire | <input type="checkbox"/> | e. Baccalauréat | <input type="checkbox"/> |
| c. Secondaire | <input type="checkbox"/> | f. Maîtrise/Doctorat | <input type="checkbox"/> |

E2. Avez-vous complété une formation technique? Oui Non

E2a. Si oui, laquelle: _____

E3. Quel est votre statut d'emploi habituel depuis les 2 dernières années?

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| a. Emploi stable | <input type="checkbox"/> | e. A la retraite /Reçoit une pension | <input type="checkbox"/> |
| b. Emploi occasionnel | <input type="checkbox"/> | f. Sans emploi | <input type="checkbox"/> |
| c. Étudiant | <input type="checkbox"/> | g. S'occupe de ses enfants | <input type="checkbox"/> |
| d. Bénévole | <input type="checkbox"/> | | |

E4. Durant le dernier mois, combien de jours avez-vous eu de problèmes au travail ou en cherchant pour un travail? _____

HISTOIRE MÉDICALE

- M1. Combien de fois avez-vous été hospitalisée au moins une nuit pour des problèmes de santé physique? (Ne pas inclure les visites à l'urgence ou les admissions en psychiatrie)fois
- M2. Votre dernière hospitalisation a eu lieu il y a combien de temps? année(s) /..... mois
- M3. Combien de fois êtes-vous allée à l'urgence pour un problème physique sérieux? fois
- M4. Avez-vous un ou des problèmes physiques chroniques qui interfèrent avec vos activités?
 Non Oui Spécifiez SVP: _____
- M5. Prenez-vous des médicaments sous prescription régulièrement pour un problème de santé physique?
 Non Oui :
- M6. Avez-vous un médecin de famille? Non Oui
Combien de fois par année le voyez-vous?
- M6a. Chaque semaine ____ Chaque mois ____ Aux 2-3 mois ____
Aux 6 mois ____ Une fois par année ____ Autre ____
- M7. Présentement, êtes-vous suivie par un spécialiste pour un problème de santé physique?..... Non
Si oui, lequel? _____
- M8. Avez-vous eu une opération dernièrement? Non
Si oui, pour quelles raisons: _____
- M9. Avez-vous des allergies? Non
Si oui, lesquelles: _____
- M10. Fumez-vous? Non
- M10a. Si oui, combien de cigarettes par jour? _____
- M11. Quels sont les problèmes de santé physique sérieux dont vous souffrez:

DIB-R : ENTREVUE DIAGNOSTIQUE RÉVISÉE POUR TROUBLES DE PERSONNALITÉ LIMITE

Auteurs : JG Gunderson & MZ Zanarini

Version inspirée des traductions françaises de : Jacline Côté Inf., Raymond Matte MD & Jean Meunier MD
HG Guttman MD & L Laporte PhD

INSTRUCTIONS À L'INTENTION DE L'ÉVALUATEUR

- L'évaluateur pose chacune des questions au patient et explore plus à fond si les réponses obtenues semblent incomplètes, contradictoires, mensongères ou si elles témoignent d'une incompréhension de la question.
- A moins d'avis contraire, pour l'ensemble des questions, comme pour les 22 énoncés-synthèse, l'évaluateur doit indiquer la réponse de la façon suivante: 2 = oui, 1 = probable, 0 = non.
- A la fin de chaque section, l'évaluateur additionne le pointage des énoncés-synthèse afin d'obtenir le résultat de la section. Ce résultat est ensuite ramené sur une échelle de 0 à 2 ou 0 à 3 pour obtenir le résultat pondéré de la section. Des directives concernant la conversion des scores sont émises à la fin de chaque section.
- L'évaluateur additionne finalement les résultats pondérés de chaque section afin d'obtenir le résultat final sur une échelle de 0 à 10.
- Ce résultat final est utilisé comme guide diagnostique, un score de 7 et plus étant généralement indicatif de la présence d'un trouble de personnalité limite.

INSTRUCTIONS À L'INTENTION DE LA PARTICIPANTE

Avant de débiter, j'aimerais vous préciser que la plupart des questions que je vais vous poser se rapportent aux deux dernières années, c'est-à-dire depuis: _____. Je vais m'intéresser particulièrement aux sentiments, aux pensées et aux comportements qui vous ont été plus habituels durant cette période. Toutefois, quelques questions viseront certains comportements précis que vous pourriez avoir manifestés seulement lorsque vous étiez particulièrement bouleversée ou en état de crise.

SECTION 1: AFFECTIVITÉ – ÉMOTIONS

Au cours des 2 dernières années ...

Dépression

1. ... Vous êtes-vous senti souvent déprimé, souvent abattu? (2, 1, 0)
2. ... Avez-vous traversé une période de deux semaines et plus pendant lesquelles vous vous êtes senti très déprimé à la journée longue et presque tous les jours? (2, 1, 0)
3. E.1 **LE PATIENT A SOUFFERT D'UNE DÉPRESSION CHRONIQUE MODÉRÉE OU VÉCU UN OU DES ÉPISODES DE DÉPRESSION MAJEURE**
(2, 1, 0) (2, 1, 0)
4. ... Avez-vous eu des périodes où vous aviez des sentiments d'impuissance pendant plusieurs jours ou semaines consécutives? (2, 1, 0)
5. ... Avez-vous été souvent pessimiste face à l'avenir? (2, 1, 0)

6. ... Avez-vous souvent eu tendance à vous rabaisser, à vous sentir bon à rien? (2, 1, 0)

7. ... Vous êtes-vous senti excessivement coupable? (2, 1, 0)

8. E.2 LE PATIENT A CONNU DES SENTIMENTS PROLONGÉS D'IMPUISSANCE, DE DÉSESPOIR, D'INUTILITÉ OU DE CULPABILITÉ.

(2, 1, 0) (2, 1, 0)

9. ... Vous êtes-vous senti en colère très souvent? (2, 1, 0)

10. ... Vous êtes-vous senti furieux ou enragé? (2, 1, 0)

11. ... Avez-vous été souvent sarcastique? (2, 1, 0)

12. ... Avez-vous eu tendance à argumenter tout le temps avec tout le monde? (2, 1, 0)

13. ... Étiez-vous porté à vous impatienter facilement? À faire des accès de colère, à vous choquer facilement? (grimper aux rideaux, soupe au lait) (2, 1, 0)

14. E.3 LE PATIENT S'EST SENTI TRÈS EN COLÈRE DE FAÇON CHRONIQUE OU A FRÉQUEMMENT AGI DE MANIÈRE AGRESSIVE (i.e. A SOUVENT ÉTÉ SARCASTIQUE, QUERELLEUR OU IMPATIENT).

(2, 1, 0) (2, 1, 0)

Anxiété

15. ... Vous êtes-vous senti souvent très anxieux? (2, 1, 0)

16. ... Avez-vous souvent eu des symptômes physiques reliés à la tension tels que de la difficulté à respirer, sentir son cœur battre trop vite, trop fort, anormalement trembler, transpirer beaucoup? (Symptômes reliés à la tension) (2, 1, 0)

16. ... y a-t-il eu des choses dont vous aviez particulièrement peur? Comme aller en avion, les hauteurs, la vue du sang, certains insectes ... Étiez-vous très dérangé par cette peur? (Peur irrationnelle/phobie) (2, 1, 0)

18. ... Avez-vous eu des attaques de panique où, tout à coup, vous aviez peur, vous vous êtes senti anxieux ou extrêmement inconfortable? (2, 1, 0)

19. E.4 LE PATIENT S'EST SENTI ANXIEUX DE FAÇON CHRONIQUE OU A SOUFFERT FRÉQUEMMENT DE SYMPTÔMES PHYSIQUES RELIÉS À L'ANXIÉTÉ

(2, 1, 0) (2, 1, 0)

Autres émotions dysphoriques

20. ... Vous est-il arrivé souvent de vous sentir très seul? (2, 1, 0)

21. ... Vous est-il arrivé souvent de vous ennuyer? (2, 1, 0)

22. ... Vous êtes-vous senti vide à l'intérieur? (2, 1, 0)

23. E.5 LE PATIENT A PRÉSENTÉ DES SENTIMENTS CHRONIQUES DE SOLITUDE, D'ENNUI OU DE VIDE.

(2, 1, 0) (2, 1, 0)

Items divers

24. ... Avez-vous souvent eu des hauts et des bas dans votre humeur? Votre humeur passait-elle de la dépression à la colère, à l'anxiété dans l'espace de quelques heures ou de quelques jours? Êtes-vous une personne qui change souvent d'humeur? (Instabilité affective) (2, 1, 0)

25. ... Avez-vous eu des périodes de quelques jours à quelques semaines durant lesquelles vous vous sentiez très « *high* » ou euphorique, sans aucune raison apparente? Avez-vous déjà eu des périodes où vous étiez extrêmement irritable? Durant ces périodes, aviez-vous beaucoup moins besoin de sommeil que d'habitude? Durant ces périodes, étiez-vous plus sociable et parliez-vous beaucoup plus que d'habitude? Est-ce que les gens ont remarqué ces épisodes? Qu'ont-ils dit? Étiez-vous plus productif, énergique ou vos pensées étaient-elles plus claires qu'à l'habitude? Avez-vous fait des choses de façon impulsive, qui sont inhabituelles pour vous (Épisodes hypomaniaques) (2, 1, 0)

Échelle: Affective

Score total (0-10) ____ / ____

Score de la section:

2 ...si le score est de 5 ou plus (avec un score de 2 pour E.3 et pour E.5)

1 ...pour toutes les autres combinaisons de 5 et plus ou si le score est de 3 ou 4

0 ... si le score est de 2 ou moins ou si le patient a connu des épisodes d'hypomanie Score de la section

Score de la section (0-2) : ____ / ____

SECTION II : COGNITIONS

Cette section évalue les perturbations de la pensée (croyances bizarres, expériences perceptives inhabituelles, manifestations paranoïdes non délirantes), la pensée « quasi psychotique » et la pensée franchement psychotique. Les manifestations «quasi psychotique» sont définies comme étant des idées délirantes et des hallucinations transitoires, circonscrites et non caractéristiques des troubles psychotiques. Les manifestations franchement psychotiques se définissent comme étant des idées délirantes et des hallucinations qui sont persistantes, envahissantes et typiques des troubles psychotiques. De plus tous les énoncés-synthèse (E6 à E8) et toutes les questions, sauf le #57, supposent l'absence de toute substance toxique; il est donc essentiel de déterminer si les expériences décrites par le patient surviennent naturellement ou sous l'influence d'alcool ou de drogues. Si les expériences de type psychotique ont eu lieu uniquement sous l'influence d'une substance, aucune cote n'est accordée.

Au cours des 2 dernières années ...

Pensées bizarres / expériences perceptuelles inhabituelles

28. ... Avez-vous été une personne très superstitieuse? de quelle façon? (2, 1, 0)

29. ... Avez-vous souvent pensé que vos pensées, vos actions ont pu causer des choses ou prévenir certaines choses d'arriver d'une façon spéciale ou magique? (*Pensée magique*) (2, 1, 0)

30. ... Avez-vous eu l'impression d'avoir un sixième sens, c'est-à-dire être plus que sensible ou perceptif aux autres et à leurs sentiments? (2, 1, 0)

31. ... Avez-vous eu l'impression d'être capable de dire ce que les autres gens pensent ou ressentent en utilisant des pouvoirs spéciaux comme la télépathie? Croyiez-vous que les autres peuvent savoir ce que vous pensez ou sentez en utilisant cette sorte de pouvoir? (*Télépathie*) (2, 1, 0)

32. ... Avez-vous eu des expériences de clairvoyance, comme par exemple pouvoir prédire l'avenir ou avoir des visions de ce qui se passe en quelque part d'autre? (*Clairvoyance*) (2, 1, 0)

33. ... Avez-vous eu des pensées dont vous ne pouviez pas débarrasser même si les gens vous disaient toujours qu'elles étaient fausses? (Comme par exemple que vous êtes trop gros même si vous êtes très mince) (*idées surinvesties*) (2, 1, 0)

34. ... Avez-vous souvent pris des objets ou des ombres pour des personnes ou des bruits pour des voix? Avez-vous souvent eu la sensation qu'une personne ou une force était aux alentours de vous et ce, même si vous ne pouviez pas la voir? (*Illusions récurrentes*) (2, 1, 0)

35. ... Vous êtes-vous senti fréquemment irréel, comme si certaines parties de votre corps changeaient de formes, de grandeur, ou étaient bizarres? Comme si vous vous voyiez de loin? (*Dépersonnalisation*) (2, 1, 0)

36. ... Vous est-il arrivé souvent d'avoir le sentiment que les choses autour de vous étaient irréelles ? Comme si les choses étaient bizarres ou changeaient de formes ou de grandeur? Comme si vous étiez dans un rêve ou comme s'il y avait une fenêtre entre vous et le monde? (*Déréalisation*) (2, 1, 0)

37. E.6 LE PATIENT EST PORTÉ À AVOIR DES PENSÉES BIZARRES OU DES EXPÉRIENCES PERCEPTUELLES INHABITUELLES (PENSÉE MAGIQUE, ILLUSIONS RÉCURRENTES, DÉPERSONNALISATION)
(2, 1, 0) (2, 1, 0)

Expériences paranoïdes non délirantes

38. ... Avez-vous souvent été sur vos gardes, très méfiant? Vous est-il arrivé souvent de ne pas faire confiance aux gens? (*méfiance exagérée*) (2, 1, 0)

39. ... Avez-vous eu l'impression que les gens parlaient de vous dans votre dos, vous dévisageaient ou riaient de vous? (*idées de référence*) (2, 1, 0)

40. ... Avez-vous souvent pensé que les gens essaient de rendre votre vie difficile ou qu'ils essaient "de vous avoir"? Que les gens profitent de vous ou qu'ils vous blâment pour des choses que vous n'avez pas faites? (*autres idées paranoïdes*) (2, 1, 0)

41. E.7 LE PATIENT A SOUVENT DES EXPÉRIENCES PARANOÏDES TRANSITOIRES, NON-HALLUCINATOIRES (IE MÉFIANCE EXAGÉRÉE, IDÉES DE RÉFÉRENCE, AUTRES IDÉES PARANOÏDES)
(2, 1, 0) (2, 1, 0)

Expériences psychotiques

(2 = délire ou hallucinations véritables; 1 = « quasi » délire ou hallucinations; 0 = aucun délire ou hallucination)

42. ... Avez-vous cru que certaines pensées avaient été mises dans votre tête par des forces extérieures? (2, 1, 0)

43. ... Avez-vous cru que certaines pensées avaient été enlevées de votre tête? (*vol de la pensée*). (2, 1, 0)

44. ... Avez-vous cru que vos pensées étaient diffusées tout haut, de sorte que les autres pouvaient entendre tout ce que vous pensiez? (2, 1, 0)

45. ... Avez-vous cru que vos pensées, vos actions ou vos sentiments étaient contrôlés par une autre personne ou bien par une machine? (*délire de passivité*) (2, 1, 0)

46. ... Avez-vous cru que vous pouviez réellement entendre ce que les autres pensaient? Ou bien que les gens pouvaient lire dans votre tête comme si c'était un livre ouvert? (*délire de divinement de la pensée*) (2, 1, 0)

47. ... Avez-vous cru que quelqu'un conspirait contre vous ou que quelqu'un faisait exprès pour essayer de vous faire du mal ou de vous punir? (*délire de persécution*) (2, 1, 0)

48. ... Avez-vous eu l'impression que des gens vous espionnaient ou vous suivaient? Ou que les choses étaient spécialement arrangées pour vous? Ou que la radio ou la télévision vous envoyaient des messages spéciaux? (*délire de référence*) (2, 1, 0)

49. ... Avez-vous eu l'impression que vous aviez commis quelque chose de terrible pour lequel vous auriez dû être puni? (*délire de culpabilité*) (2, 1, 0)

50. ... Avez-vous senti que vous étiez une personne extrêmement importante? Ou que vous aviez des pouvoirs ou des habiletés exceptionnelles? (*délire de grandeur*) (2, 1, 0)

51. ... Avez-vous eu l'impression que quelque chose de terrible s'était produit ou allait arriver dans le futur (ex. : que votre corps va se dissoudre, que la fin du monde arrive) (*délire de négation*) (2, 1, 0)

52. ... Avez-vous cru que quelque chose n'allait pas avec votre corps ou que vous aviez une maladie grave? (*délire somatique, sentiment transformation corporelle*) (2, 1, 0)

53. ... Avez-vous eu d'autres pensées que les gens trouvaient vraiment bizarres, étranges ou fausses? (*autres délires*) (2, 1, 0)

54. ... Avez-vous entendu des sons ou des voix que les gens autour de vous n'entendaient pas? (*hallucinations auditives*) (2, 1, 0)

55. ... Avez-vous eu des visions ou vu des choses que les autres autour de vous ne voyaient pas? Étiez-vous réveillé à ce moment-là? (*hallucinations visuelles*) (2, 1, 0)

56. ... Avez-vous eu d'autres expériences sensorielles bizarres? Comme sentir des odeurs que les autres autour de vous ne pouvaient pas sentir? Sentir quelque chose ramper sur votre corps qui n'étaient pas réellement là? (*autres hallucinations*) (2, 1, 0)

57. E.8 LE PATIENT A EU DES « QUASI » DÉLIRES OU DES HALLUCINATIONS DE FAÇON RÉPÉTÉE

(2, 1, 0) (2, 1, 0)

Items variés

58. ... Est-ce que ces expériences ont eu lieu sous l'influence de l'alcool ou de la drogue? (*Expériences psychotiques indues par des substances*) (2 = expérience véritable; 1 = quasi expérience; 0 = aucune)

59. ... Vous a-t-on déjà dit que ce vous disiez était vague ou bien trop élaboré, que vous mettiez trop de détails, que vous oubliiez des parties importantes, que vous passiez souvent d'un sujet à l'autre? A DÉTERMINER DURANT L'ENTREVUE (*discours étrange*) (2, 1, 0)

60. ... Vous a-t-on déjà dit que c'était très difficile de comprendre ce que vous essayez de dire? Que ce que vous disiez n'avait aucun bon sens? A DÉTERMINER DURANT L'ENTREVUE (*discours psychotique*) (2, 1, 0)

61. ... Avez-vous eu des périodes durant lesquelles vous vous sentiez tellement bien ou plein d'énergie que durant quelques jours vous aviez arrêté de dormir et ce, sans vous sentir fatigué? Durant ces périodes est-ce que vos pensées se bousculaient dans votre tête? Est-ce que vous parliez beaucoup plus que d'habitude, tellement que les gens avaient de la difficulté à placer un mot? Est-ce que cela vous a causé des problèmes? Aviez-vous des pensées étranges ou bizarres? Est-ce que des gens vous ont dit que vous étiez surexcité? (*épisodes de manie*). (2, 1, 0)

Échelle: Cognition **Score total (0-6)**
____/____

Score de la section:

2 ...si le score est de 4 ou plus

1 ... si le score est de 2 ou de 3

0 ... si le score est de 1 ou moins ou si le patient a eu des épisodes francs de manie ou des épisodes psychotiques

Score pondéré (0-2) : ____/____

SECTION III : ACTIONS IMPULSIVES

Durant les deux dernières années...

Si un oui est obtenu à l'une des questions suivantes, déterminez le nombre de fois que le comportement s'est produit. À moins d'avis contraire, cotez chaque type d'impulsivité de la façon suivante:

(2 =5 fois ou plus; 1= 3 à 4 fois; 0 =2 fois ou moins)

Abus de substances

64. ...Avez-vous consommé beaucoup d'alcool, vous êtes-vous enivré? (*abus d'alcool*) (2, 1, 0)

(2 =abus chronique; 1 =abus épisodique; 0 =aucun abus)

65. ... Avez-vous pris des drogues pour être "high" (soit des médicaments ou des drogues qui se vendent dans la rue). Est-ce qu'il y a déjà eu un médicament prescrit dont vous étiez incapable de vous passer?

(*abus de drogues*) (2, 1, 0) (2 =abus chronique; 1 =abus épisodique; 0 =aucun abus)

66. E.9 **LE PATIENT PRÉSENTE UN MODE DE COMPORTEMENTS D'ABUS DE SUBSTANCES.**

(2, 1, 0) (2, 1, 0)

Déviance sexuelle

68. ... Avez-vous eu des relations sexuelles de façon impulsive ou des aventures d'un soir? (*promiscuité, activités sexuelles débridées*) (2, 1, 0)

69. ... Avez-vous eu des relations sexuelles inhabituelles (ex.: apprécier d'être humilié ou blessé, préférer regarder d'autres personnes faire l'amour que d'avoir vous-même une relation sexuelle?) (*paraphilie*)

(2, 1, 0)

71. E.10 **LE PATIENT A DES HABITUDES DE DÉVIANCES SEXUELLES (I.E, PROMISCUITÉ, PARAPHILIE OU INCESTE)**

(2, 1, 0) (2, 1, 0)

Auto-mutilation

72. ... Avez-vous volontairement essayé de vous blesser sans vouloir vous tuer? Comme par exemple vous couper, vous brûler, vous frapper? (*Auto-mutilation*) (2, 1, 0) (2 =2 fois ou plus; 1=1 fois; 0 =jamais)

73. E.11 **LE PATIENT A DES HABITUDES D'AUTO-MUTILATION PHYSIQUE**

(2, 1, 0) (2, 1, 0)

Tentatives de suicide

74. ... Avez-vous menacé de vous tuer? (2, 1, 0) (2 = 2 fois ou plus; 1 = 1 fois ou ; 0 =jamais)

75. ... Avez-vous fait une tentative suicidaire, même mineure? (2, 1, 0)

76. E.12 LE PATIENT A FAIT DES MENACES OU DES GESTES OU DES ESSAIS MANIPULATEURS DE SUICIDE (I.E., POUR PROVOQUER UNE RÉPONSE DE SAUVETAGE)

(2, 1, 0) (2, 1, 0)

Autres patrons de comportements impulsifs

77. ... Avez-vous eu des épisodes où vous mangiez tellement que ça vous faisait très mal ou que vous deviez vous forcer à vomir? (2, 1, 0)

78. ...Avez-vous dépensé trop d'argent sur des choses dont vous n'aviez pas besoin ou que vous ne pouviez pas vous permettre? (2, 1, 0)

79.... Avez-vous passé une période où vous gagiez sur tout même si vous perdiez de l'argent continuellement? (*Gambling*) (2, 1, 0)

80. ... Avez-vous perdu votre contrôle et crié réellement après n'importe qui? (2, 1, 0)

81. ... Avez-vous participé à des batailles à coup de poings? (2, 1, 0)

82. ... Avez-vous menacé de faire mal à quelqu'un, de le battre, de le tuer? (2, 1, 0)

83. ... Avez-vous attaqué ou abusé de quelqu'un (le battre, lui donner un coup de pied) ? (2, 1, 0)

84. ... Avez-vous volontairement brisé des choses (casser de la vaisselle, briser les meubles, démolir la voiture de quelqu'un) (2, 1, 0)

85. ... Avez-vous conduit beaucoup trop vite ou conduit en état d'ébriété ou gelé? (2, 1, 0)

86.... Avez-vous fait des choses contre la loi même si vous ne vous êtes pas tait prendre, comme faire du vol à l'étalage, vendre des drogues, commettre un vol par Infraction. (*Actions antisociales*) (2, 1, 0)

87. E.13 LE PATIENT A UN PATRON DE COMPORTEMENTS IMPULSIFS

(2, 1, 0) (2, 1, 0)

Échelle: Actions impulsives

Score total (0-10) : ___ / ___

Score de la section:

3 si le score est de 6 ou plus (il faut que E.11 ou E.12 = 2)

2 si le score est de 4 ou de 5 ou toutes autres combinaisons de 6 ou plus

0 ... si le score est de 3 ou moins

Score pondéré (0-3) : ___ / ___

SECTION IV : RELATIONS INTERPERSONNELLES

Durant les deux dernières années...

Intolérance à la solitude

90. ... Avez-vous généralement détesté passer des périodes de temps seul? (2, 1, 0)

91. ... Avez-vous souvent fait des efforts frénétiques pour éviter de vous sentir seul? (parler au téléphone durant des heures, aller dans les bars pour parler à quelqu'un 7) (efforts pour éviter d'être seul) (2, 1, 0)

92. ... Vous êtes-vous senti déprimé à cause de la solitude? (2, 1, 0)

93. ... Vous êtes-vous senti très anxieux, en colère, vide à l'intérieur, misérable lorsque vous étiez seul? (2, 1, 0)

94. E.14 LE PATIENT A HABITUELLEMENT ESSAYÉ D'ÉVITER D'ÊTRE SEUL OU S'EST SENTI EXTRÊMEMENT DYSPHORIQUE LORSQUE SEUL.

(2, 1, 0) (2, 1, 0)

Soucis vis-à-vis: abandon/engouffrement/anéantissement

95. ... Vous êtes-vous souvent inquiété à l'idée d'être abandonné par ceux qui sont près de vous? (*peur d'être abandonné*) (2, 1, 0)

96. ... Avez-vous souvent eu peur d'être étouffé ou de perdre votre identité en vous approchant trop d'autres personnes? (*peur d'être engouffré*) (2, 1, 0)

97. ... Avez-vous souvent eu peur de perdre tous vos moyens ou de cesser d'exister si quelqu'un d'important vous abandonnait? (*peur d'être anéanti*) (2, 1, 0)

98. E.15 LE PATIENT A SOUVENT EXPRIMÉ DES PEURS D'ABANDON D'ENGOUFFREMENT OU D'ANÉANTISSEMENT

(2, 1, 0) (2, 1, 0)

Contre dépendance

99. ... Avez-vous travaillé à un endroit où votre occupation principale était de vous occuper de personnes ou d'animaux? (2, 1, 0)

100. ... Est-ce que vous offriez constamment de l'aide à vos amis, votre parenté ou à vos collègues de travail? (*offrir de l'aide*) (2, 1, 0)

101. Est-ce que ça vous dérangeait beaucoup quand les gens essayaient de vous aider ou de prendre soin de vous? (2, 1, 0)

102. ... Vous êtes-vous habituellement refusé à demander de l'aide ou du support quand vous aviez l'impression d'en avoir vraiment besoin? (2, 1, 0)

103. ... Avez-vous l'impression qu'il y a eu quelqu'un dans votre vie dont vous aviez extrêmement besoin? Quelqu'un dont dépendait votre capacité de fonctionnement ou même votre survie? (2, 1, 0)

104. E.16 LE PATIENT A RECHERCHÉ FORTEMENT UN MODE DE RELATIONS OU IL A PRIS SOIN DES AUTRES OU A DES CONFLITS IMPORTANTS RELIÉS À SES BESOINS DE DONNER ET DE RECEVOIR DE L'AIDE

(2, 1, 0) (2, 1, 0)

Relations interpersonnelles instables

105. ... Y a-t-il eu des personnes dans votre vie qui ont été proches de vous? Combien: _____ Avez-vous vu ces personnes souvent? _____ Quelle personne a été la plus importante pour vous? _____ (2, 1, 0) (2 = 4 ou plus; 1=2-3; a=1 ou moins)

106. ... Est-ce que ces relations ont été troublées par beaucoup de désaccords intenses? (2, 1, 0)

107. ... Est-ce que vous vous quittiez souvent puis reveniez ensemble? (*ruptures à répétition*) (2, 1, 0)

108. E.17 LE PATIENT A EU TENDANCE À VIVRE DES RELATIONS INTIMES QUI SONT INTENSES ET INSTABLES

(2, 1, 0) (2, 1, 0)

Problèmes récurrents dans les relations intimes

109. ... Avez-vous eu tendance à être dépendant des autres? À avoir besoin de beaucoup d'aide et de support afin de fonctionner? Est-ce qu'on vous a dit que vous étiez trop dépendant? (*Dépendance*: le patient a été de façon répétitive dépendant des autres) (2, 1, 0)

110. ... Est-ce qu'il vous est arrivé souvent de laisser des personnes vous forcer à faire des choses que vous ne vouliez pas faire ou vous traiter cruellement? Est-ce qu'on vous a dit que vous laissiez les gens vous victimiser ou abuser de vous? (*Masochisme*: le patient a eu tendance à laisser les autres le forcer à faire des choses ou lui faire mal) (2, 1, 0)

111. E.18 LE PATIENT A SOUVENT EU DES PROBLÈMES DE DÉPENDANCE OU DE MASOCHISME DANS SES RELATIONS INTIMES

(2, 1, 0) (2, 1, 0)

Problèmes récurrents dans les relations intimes (suite)

112. ... Vous est-il arrivé souvent d'ignorer les bons côtés des gens et de ne voir que leurs mauvais côtés? De penser que les gens sont incompétents, mauvais, ne valent pas grand chose? Vous a-t-on dit que vous étiez très critique envers les gens, que vous les dévaluiez facilement? (*Dévaluation*) (2, 1, 0)

113. ... Vous est-il arrivé souvent de faire faire aux gens des choses sans directement leur demander? Vous a-t-on dit que vous étiez manipulateur? (*Manipulation*) (2, 1, 0)

114. ... Vous est-il arrivé souvent d'essayer de forcer les gens à faire des choses qu'ils ne voulaient pas faire ou de les traiter de façon cruelle? Vous a-t-on dit que vous étiez autoritaire ou mesquine? (*Sadisme*) (2, 1, 0)

115. E.19 LE PATIENT A EU DES PROBLÈMES RÉCURRENTS DE DÉVALUATION, DE MANIPULATION OU DES PROBLÈMES DE SADISME DANS SES RELATIONS INTIMES

(2, 1, 0) (2, 1, 0)

Problèmes récurrents dans les relations intimes (suite)

116. ... Est-ce qu'il vous est arrivé de demander aux gens des choses qu'ils ne pouvaient ou ne devaient pas vous donner? De demander beaucoup de leur temps ou de leur attention? Vous a-t-on dit que vous étiez une personne très revendicatrice, exigeante? (2, 1, 0)

117. ... Est-ce qu'il vous est arrivé souvent d'agir comme si vous aviez droit à un traitement spécial? Comme si les gens vous devaient des choses à cause de ce que vous avez vécu ? Vous a-t-on dit que vous agissiez comme si vous aviez droit à des considérations ou à un traitement spécial? (2, 1, 0)

118. E. 20 LE PATIENT A EU TENDANCE À ÊTRE EXIGEANT OU À AVOIR DES ATTENTES IRRÉALISTES (COMME SI LES CHOSES LUI ÉTAIENT DUES) DANS SES RELATIONS INTIMES.

(2, 1, 0) (2, 1, 0)

Relations difficiles avec les professionnels de la santé

119. ... Avez-vous été en thérapie individuelle? Combien de fois? (2, 1, 0)
(Nombre de thérapies Individuelles : 2 = 2 ou plus; 1 = 1; 0 = aucune)

120. ... Combien de mois avez-vous été en thérapie? (Temps passé en thérapie) (2,1, 0)
(2 = 12 mois ou plus; 1 = 1 à 11 mois; 0= aucun)

121. ... Avez-vous l'impression que vous étiez pire durant ou après ces (cette) thérapie(s) ? De quelle façon?

(Régression) (2, 1, 0)

122. ... Avez-vous été hospitalisé en psychiatrie? Combien de fois? (2, 1, 0)
(Nombre d'hospitalisation en psychiatrie : 2 = 2 ou plus; 1 = 1; 0 = aucune)

123. ... Combien de mois avez-vous été hospitalisé? (2, 1, 0)
(2 = 12 mois et plus; 1 = 1 à 11 mois; a=aucun)

124. ... Étiez-vous pire durant ou après ces (cette) hospitalisation(s)? De quelle façon? (2, 1, 0)

125. E.21 LE PATIENT A NETTEMENT EU TENDANCE À RÉGRESSER DURANT LE PROCESSUS D'UNE PSYCHOTHÉRAPIE OU D'UNE HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE.

(2, 1, 0) (2, 1, 0)

Relations difficiles avec les professionnels de la santé (suite)

126. ... Avez-vous été directement impliqué dans un conflit avec le personnel lorsque vous étiez hospitalisé?
(Contre-transfert du personnel) (2, 1, 0)

127. ... Est-ce qu'il vous est arrivé qu'un thérapeute soit très fâché contre vous? Qu'il vous demande de quitter le traitement? Ou qu'il soit beaucoup plus impliqué dans votre traitement que la plupart des thérapeutes? (Qu'il vous appelait souvent pour savoir comment vous alliez, qu'il a souvent pris votre défense devant votre famille ou à la cour ?)

(Il s'agit de juger si le patient a déjà été le point de mire d'une réaction de contre-transfert de la part d'un thérapeute. Lorsque cela est possible, le dossier du patient ainsi que le rapport du thérapeute devraient être utilisés pour établir la présence d'un contre-transfert). (2, 1, 0)

128. ... Avez-vous eu une relation amicale, intime, ou amoureuse avec un membre du personnel hospitalier? (2, 1, 0)

129. ... ou avec un thérapeute? (2, 1, 0)

130. E.22 LE PATIENT A ÉTÉ LE POINT DE MIRE D'UNE RÉACTION CONTRETRANSFÉRENTIELLE DANS UNE UNITÉ INTERNE OU DURANT UNE PSYCHOTHÉRAPIE OU A FORMÉ UNE RELATION SPÉCIALE AVEC UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ MENTALE.

(2, 1, 0) (2, 1, 0)

Échelle: Relations interpersonnelles

Score total (0-18) : ___/___

Score de la section:

3 ... si le score est de 9 ou plus

2 ... si le score est de 6 à 8

0 ... le score est de 5 ou moins ou si le patient est socialement isolé et a une présentation sociale étrange durant l'entrevue

Score pondéré (0-3) : ___/___

CONCLUSIONS

1. Échelle émotions: Score total (0 - 10) = ___ / ___
Score pondéré (0 - 2) = ___ / ___

2. Échelle cognitions: Score total (0 - 6) = ___ / ___
Score pondéré (0 - 2) = ___ / ___

3. Échelle impulsivité: Score total (0 - 10) = ___ / ___
Score pondéré (0 - 3) = ___ / ___

4. Échelle relations: Score total (0 - 18) = ___ / ___
Score pondéré (0 - 3) = ___ / ___

SCORE TOTAL DU DIB-R: (0-10) = ___ / ___

REMARQUES :

ENTREVUE SUR LES BESOINS DES MÈRES ET LES SERVICES IRSC

INTRODUCTION

Maintenant, j'aimerais que vous me parliez de vous, de vos expériences, de vos difficultés. J'aimerais vous connaître un peu mieux, comprendre votre perspective, votre point de vue. Mieux comprendre les joies, les obstacles, et les besoins que vous avez comme femme et comme mère.

Tout d'abord pourriez-vous me parler un peu de vous et de votre famille.

Entrevue

Peu importe notre situation, être parent est un rôle qui apporte à la fois des joies ou bons moments comme des défis ou moments plus difficiles. Quels sont les aspects de l'expérience d'être une mère que vous trouvez les meilleurs? Qu'est-ce que vous trouvez le plus difficile dans votre rôle de mère?

Faites-vous des choses pour prendre soin de vous? Quelles sont les difficultés que vous vivez en tant que mère? Avez-vous déjà senti le besoin de recevoir des services ou de l'aide pour vos difficultés? Pouvez-vous m'en dire plus?

Il arrive souvent que les parents en protection de la jeunesse soient confrontés à différentes autres difficultés en plus des défis que représente le fait d'être mère. Êtes-vous confrontée à d'autres difficultés, en tant que femme? Avez-vous déjà senti le besoin de recevoir des services ou de l'aide pour vos difficultés? Pouvez-vous m'en dire plus?

J'aimerais que vous me parliez de l'aide que vous avez reçue ou que vous auriez aimé recevoir. Êtes-vous déjà allé chercher de l'aide pour vos difficultés ou vous a-t-on déjà offert de l'aide ou des services? Comment cela s'est-il passé? Pouvez-vous m'en dire plus?

Quels sont les aspects de l'aide ou les services que vous avez reçu que vous avez trouvé aidants ou utiles et moins aidants, moins utiles? Comment ces services auraient-ils été plus aidants ou utiles pour vous? Pouvez-vous m'en dire plus?

D'après-vous, qu'est-ce qui serait le plus aidant pour surmonter vos difficultés?

Nous avons maintenant terminé l'entretien. Après avoir partagé votre expérience, comment vous sentez-vous? Y-a-t-il autres choses que vous aimeriez ajouter?

