

Université de Montréal

La perception des thérapeutes sur les difficultés d'intervenir auprès des adolescents atteints d'un trouble de personnalité limite (TPL) avec conduites suicidaires

Par
Valérie Paré-Miron

École de réadaptation
Faculté de Médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de deuxième cycle en sciences biomédicales

Mai 2010

© Valérie Paré-Miron, 2010

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

La perception des thérapeutes sur les difficultés d'intervenir auprès des adolescents atteints d'un trouble de personnalité limite (TPL) avec conduites suicidaires

présenté par :
Valérie Paré-Miron

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Catherine Briand
président-rapporteur

Micheline Saint-Jean
directeur de recherche

Louise Bouchard
membre du jury

RÉSUMÉ

Titre : Étude de la perception des thérapeutes sur les difficultés d'intervenir auprès des adolescents atteints d'un trouble de personnalité limite (TPL) avec conduites suicidaires

Au Québec, les tentatives de suicide chez les adolescents prennent une ampleur considérable dans le réseau public de la santé et un nombre élevé de ces adolescents suicidaires sont épris d'un trouble de personnalité limite (TPL). Ces adolescents TPL présentent de nombreuses crises associées aux conduites suicidaires et aux comportements d'automutilation les amenant à consulter des professionnels de la santé de manière récurrente due, entre autres, aux abandons prématurés de la thérapie. Considérant cette problématique préoccupante, ce mémoire s'est intéressé aux facteurs impliqués dans la complexité de l'intervention auprès des adolescents atteints d'un TPL selon la perception des thérapeutes. Ce projet exploratoire de type qualitatif a été effectué sous forme d'entrevues semi-structurées auprès de onze thérapeutes de troisième ligne en pédopsychiatrie. Dans ce contexte de soins psychiatrique au Québec, les résultats de ce projet confirment la complexité de l'intervention auprès de ces jeunes et font émerger plusieurs facteurs pouvant expliquer les difficultés liées au processus d'intervention en lien, entre autres, à la symptomatologie, au risque suicidaire élevé, au risque d'abandons prématurés, à leur grande

instabilité émotionnelle, relationnelle et comportementale influençant, par le fait même, le thérapeute dans son savoir-faire et son savoir-être.

Mots clés : Adolescent TPL, Difficultés d'intervention, Thérapeutes.

ABSTRACT

Title: Study of the perception of the therapists on the difficulties intervening with teenagers affected by a borderline personality disorder (BPD) with suicidal behaviours

In Quebec, suicide attempts in adolescents take a considerable extent in the public health sector and a high number of suicidal adolescents are often affected with a borderline personality disorder (BPD). These teens have many BDP seizures associated with suicidal behavior and self-injurious behaviors leading them to consult health professionals repeatedly due, among other things, to the premature abandonment of therapy. Considering these issues of concern, this study focused on factors involved in the complexity of representations of adolescents with BPD according to the perception of therapists. This qualitative exploratory project was conducted as semi-structured interviews with eleven therapists in third line child psychiatry. In the context of psychiatric care in Quebec, the results of this project confirms the complexity of working with these young people are emerging and several factors could explain the difficulties in the intervention process related, inter alia, the symptoms, the high suicide risk, the risk of premature abandonment, to their great emotional instability, relational and behavioral influences, for in so doing, the therapist in his know-how and life skills.

Keywords: Teenagers BPD, difficulties in the intervention, therapist

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	i
Abstract	iii
Table des matières	iv
Liste des tableaux	viii
Liste des figures	ix
Liste des abréviations.....	x
Remerciements	xi
Introduction.....	12
Chapitre I - La problématique	14
Chapitre II - Revue des écrits scientifiques	22
1 Diagnostic et symptomatologie du trouble de personnalité limite (TPL)	23
1.1 Symptomatologie selon le DSM.....	23
1.2 Comorbidité et difficultés à poser le diagnostic	26
1.3 Outils d'évaluation	28
2 Intervention auprès des TPL	29
2.1 L'approche Dialectical Behavioral Therapy.....	29
2.2 Processus relationnel et impacts sur la relation thérapeutique.....	30
2.3 Abandon prématuré et facteurs explicatifs.....	32
3 Le trouble de personnalité limite (TPL) à l'adolescence.....	36
3.1 Validité du diagnostic à l'adolescence	36
3.2 Comorbidité chez l'adolescent TPL.....	38
4 Intervention auprès des adolescents TPL.....	39
4.1 Importance des comportements suicidaires et parasuicidaires.....	40
4.2 Les adolescents — TPL ou non — et l'abandon.....	42
Chapitre III - Buts et Objectifs	45
Chapitre IV - Cadre méthodologique.....	48

1	Stratégies de recherche	49
2	Recrutement des milieux et des participants à l'étude	50
3	Déroulement de l'étude et procédures d'entrevue	55
3.1	Grille d'entrevues.....	56
3.2	Journal du chercheur	58
4	Analyse des résultats	58
5	Critères de scientificité	61
5.1	Validité interne	61
5.2	Validité externe.....	62
5.3	Fidélité.....	63
6	Considérations éthiques.....	64
	Chapitre V - Résultats et analyse	66
1	Expérience thérapeutique auprès d'adolescents TPL : les facteurs qui rendent cette expérience difficile	68
1.1	Difficultés spécifiquement liées au trouble de personnalité limite (TPL).....	68
1.1.1	Les conduites à risque : gestes suicidaires et automutilation	68
1.1.2	Le clivage	71
1.1.3	La comorbidité	74
1.1.4	L'investissement dans la thérapie : oscillation entre le désir d'être en relation et le désir de détachement	75
1.1.5	L'investissement thérapeutique et les situations de crise.....	79
1.1.6	Abandon de la thérapie.....	82
1.2	Difficultés liées à l'âge de consultation.....	84
1.2.1	La famille : une charge supplémentaire.....	84
1.2.2	Les multiples milieux d'interventions	86
1.3	Difficultés liées au vécu des thérapeutes	87
1.3.1	L'intensité dans les émotions.....	87
1.3.2	Incompétence et impuissance professionnelles	89
1.3.3	Réalisme des attentes et objectifs	92

1.3.4	Sentiment de débordement et d'épuisement	94
1.4	Difficultés liées au milieu de soins	96
1.4.1	Contraintes institutionnelles.....	97
1.4.2	Manque de ressources et attrition	98
1.4.3	Travail en équipe.....	101
2	Expérience thérapeutique auprès d'adolescents TPL : les défis positifs et les facteurs rendant cette expérience riche et stimulante	103
2.1	Facteurs atténuant les difficultés d'intervention.....	103
2.1.1	Le travail en équipe multidisciplinaire : un facteur déterminant	103
2.1.2	Le psychiatre; un leader essentiel.....	106
2.1.3	Qualification des thérapeutes : expérience, formation et approches.....	107
2.1.4	Attitudes thérapeutiques.....	110
2.1.5	Distance professionnelle	111
2.1.6	Tolérance aux risques et à l'intensité	112
2.1.7	Protocole de soins pour la gestion du risque suicidaire	114
2.1.8	Cadre et soutien influençant l'engagement dans la thérapie.....	115
2.1.9	Le travail auprès des adolescents TPL : passion, attachement et défis.....	118
	Chapitre VI – Interprétation et discussion des résultats	122
1	Proposition d'un modèle de compréhension	123
1.1	Les adolescents TPL.....	125
1.1.1	L'adolescent TPL et sa famille : l'attachement qui en découle.....	126
1.2	Dualité dans la relation	128
1.3	Le thérapeute.....	129
1.4	La dualité dans la relation : conséquences possibles sur le thérapeute.....	131
1.5	Contexte de soins – éléments contraignants et facilitants.....	135
1.5.1	Facteurs de risque.....	135
1.5.2	Comment protéger nos thérapeutes?	138
2	Portée de l'étude et recherches futures	144
3	Limites de l'étude	147
	Conclusion.....	152

Références bibliographiques	cliv
Annexe 1 - DSM-IV	clxvii
Annexe 2 - Lettre d'informations	clxix
Annexe 3 - Formulaire de consentement	clxxi
Annexe 4 - Grille entrevue.....	clxxvi
Annexe 5 – Journal de bord	clxxvii
Annexe 6 - Lexique des codes utilisés et modifications	clxxviii
Annexe 7 - Certificat d'éthique	clxxxii

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Données sociodémographiques	54
---	----

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Schématisation de la problématique.....44

Figure 2 : Modèle de compréhension des difficultés d'intervention auprès des adolescents TPL présentant des conduites suicidaires124

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CLSC : Centres locaux des services communautaires

CJ : Centre jeunesse

DPJ : Département de la protection de la jeunesse

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
(Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

TPL : Trouble de la personnalité limite

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier ma directrice de recherche, Mme Micheline Saint-Jean, ainsi que ma présidente de jury, Dre Catherine Briand, qui m'ont appuyée dans ce projet et m'ont fait progresser dans mon savoir-être et mon savoir-faire. Elles m'ont permis de cheminer à travers les différents obstacles et réussites que m'a apporté cette initiation à la recherche. Elles m'ont offert leur soutien, leur disponibilité et leurs connaissances. Ce fut un privilège de travailler en leur compagnie.

Un grand merci à Mme Lyne Desrosiers, ergothérapeute et candidate au doctorat, qui a démontré de l'intérêt et de l'ouverture à l'égard de mon projet et m'a aidée à l'actualiser à travers toutes les étapes, principalement la collecte de données.

Je tiens aussi à remercier Carine Chartrand, Charles Messier, Éric Nadeau, Geneviève Nadeau, les milieux, les équipes et les thérapeutes qui ont accepté, très chaleureusement, de participer à mon projet et de permettre, par le fait même, de faire progresser les connaissances scientifiques.

INTRODUCTION

Au Québec, les tentatives de suicide chez les adolescents prennent une ampleur considérable dans le réseau public de la santé. Un nombre élevé de ces adolescents suicidaires sont épris d'un trouble de personnalité, dont le trouble de personnalité limite (TPL). Ces adolescents TPL présentent de nombreuses crises associées aux conduites suicidaires et aux comportements d'automutilation les amenant à consulter des professionnels de la santé de manière récurrente dû, entre autres, aux abandons prématurés de la thérapie. Considérant cette problématique préoccupante, il serait pertinent de s'intéresser aux multiples facteurs impliqués dans la complexité de l'intervention auprès des adolescents atteints d'un TPL.

Afin de mieux comprendre ces facteurs liés spécifiquement à l'intervention auprès des adolescents TPL présentant des conduites suicidaires, ce projet exploratoire de type qualitatif a été effectué sous forme d'entrevues semi-structurées auprès de thérapeutes de troisième ligne travaillant auprès des adolescents TPL. Ce mémoire, divisé en six chapitres, expliquera dans le premier chapitre la problématique actuelle. Le chapitre deux fera état d'une revue des écrits scientifiques exhaustive en lien avec les TPL et l'intervention. Le chapitre trois évoquera les buts et objectifs de ce projet. Le cadre méthodologique sera présenté au troisième chapitre. Finalement, le chapitre quatre et

cinq fera état des résultats ayant émergé de cette étude ainsi que de la discussion permettant l'analyse et l'interprétation de ces résultats.

CHAPITRE I - LA PROBLÉMATIQUE

Selon la série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2010), le Québec serait la province répertoriant le plus haut taux de suicide. Au Québec, en 2004, le taux de suicide était de 13,8 pour 100 000 habitants comparativement à 10,2 pour 100 000 habitants au Canada (Institut de la statistique du Québec, 2010). Il s'agit d'une problématique importante tant pour la santé publique au Québec que pour les systèmes de santé et services sociaux, obligeant les instances gouvernementales à mobiliser des ressources et à offrir des services adéquats aux personnes à risque (Agence de la santé publique du Canada, 2002). Parmi les personnes présentant des conduites suicidaires, une grande proportion est aussi atteinte d'une maladie mentale. En 2010, la maladie mentale toucherait 20 % de la population canadienne, directement ou indirectement, et 80 % de la population en serait affectée par l'entremise de pairs, d'un membre de la famille ou d'un collègue de travail (Agence de la santé publique du Canada, 2010).

Parmi les maladies mentales exposant des risques suicidaires élevés, le trouble de personnalité limite (TPL) serait une des pathologies présentant un taux de tentative de suicide important — 84% des TPL présentent des conduites suicidaires et parasuicidaires dont 10% sont des suicides complétés — (Black, Blum, Pfohl, Hale, 2004). Environ 10 % des personnes atteintes d'une maladie mentale souffrirait d'un TPL (Skodol et coll., 2002). La prévalence du TPL varie de 1 à 6 % dans

la population en général (Crowell, Beauchaine, Linehan, 2009, Agence de la santé publique du Canada, 2002, Skodol, Gunderson, Pfohl, Widiger, Livesley, Siever, 2002). De ce nombre, près de 11 % des adolescents en général souffriraient du TPL (Chabrol, Chouicha, Montovany, Callahan, 2001).

Selon le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), le TPL est caractérisé par une importante instabilité émotionnelle, de l'impulsivité, des troubles d'identité profonds et d'estime de soi, des compétences relationnelles appauvries et, surtout, des comportements automutilateurs ainsi qu'un risque suicidaire élevé (Bohus et coll., 2009, Crowell, Beauchaine, Linehan, 2009, American Psychiatric Association, 2000). Le TPL est un diagnostic psychiatrique de l'Axe II du DSM-IV, c'est-à-dire la classification des troubles de la personnalité et du retard mental.

Les TPL représenteraient une des clientèles psychiatriques utilisant le plus de ressources en santé mentale (Bohus, 2009). Les coûts importants sont liés aux nombreuses hospitalisations et aux ressources mobilisées par cette clientèle, soit près du triple du coût entraîné par d'autres pathologies en raison de leur niveau élevé de comportements suicidaires (Palmer et coll., 2006, McQuillan, Nicastro, Guenot, Girard, Lissner, Ferrero, 2005). En effet, les gestes suicidaires et parasuicidaires présents chez les TPL, prévalant dans 84 % des cas

(dont 10% complété) représentent actuellement la plus importante demande de ressources en santé mentale (Black, Blum, Pfohl, Hale, 2004). D'ailleurs, au Canada, de 1999 à 2000, plus de 40 lits par 100 000 habitants sont occupés par de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans atteintes d'un trouble de personnalité, dont le TPL, et plus de 20 lits par des garçons du même groupe (Agence de la santé publique du Canada, 2002). Il est à noter qu'il s'agit du groupe d'âge où la prévalence de tentative de suicide est la plus élevée (Institut de la statistique du Québec, 2010). De plus, de 17 à 67 % des personnes souffrant d'un TPL termineraient leur thérapie prématurément, constituant du même coup un problème important en ce qui concerne l'efficacité des interventions auprès de cette clientèle (Hummelen, Wilberg et Karterud, 2007).

Comme, la symptomatologie des adolescents TPL se caractérise, entre autres, par des passages à l'acte (« acting-out¹ ») fréquents (Bongar et coll., 1990), l'entrée des adolescents TPL dans les services de santé se fait généralement en situation de crise, laquelle se manifeste souvent par des conduites suicidaires (Desrosiers, 2007, Bongar et coll., 1990). La détresse aiguë résorbée, un grand nombre de ces adolescents ont tendance à abandonner le traitement proposé et

¹ Les « acting out » sont définis comme étant des comportements impulsifs et irrationnels tels que les comportements d'automutilation ou les tentatives de suicide (Robert, 2008).

reviennent solliciter des services seulement lors d'une nouvelle situation de crise (Desrosiers, 2007, Trautman et coll., 1993). Ce mode de consultation chaotique hypothèque considérablement les bienfaits que pourrait avoir un traitement efficace et accroît le risque d'un suicide complété chez ces patients (Paris, 2002).

Au Québec, les services de santé en psychiatrie sont regroupés sur trois lignes de soins bien définies, c'est-à-dire les soins dans la communauté représentant la première ligne, la réadaptation représentant la deuxième ligne et la psychiatrie spécialisée constituant la troisième ligne, soutenant par le fait même la première et deuxième ligne. Plus précisément, « les services de troisième ligne sont déterminés par le ministère de la Santé et des Services sociaux, identifiés par le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) et offerts par certains centres hospitaliers affiliés aux réseaux universitaires : centres hospitaliers universitaires (CHU), centres affiliés universitaires (CAU) et centres hospitaliers psychiatriques (CHPSY). » (Gouvernement du Québec, 2005)

Bien que quelques milieux de première et deuxième ligne soient reconnus pour intervenir auprès des TPL (CLSC, hôpitaux généraux et psychiatriques), les services offerts auprès des adolescents TPL, au Québec, sont principalement organisés à l'intérieur de cliniques spécialisées de milieux pédopsychiatriques de troisième ligne. Ces

centres, constitués d'une équipe multidisciplinaire regroupant des psychiatres, des infirmiers, des psychologues, des ergothérapeutes et des travailleurs sociaux, travaillent en interdisciplinarité. Selon le projet clinique en santé mentale, la politique inscrite pour ce projet mentionne que les services de troisième ligne « sont offerts dans un nombre limité d'endroits et sont accessibles seulement aux personnes qui sont orientées à partir d'un autre niveau de services. Ils s'adressent à des personnes ayant des problèmes de santé très complexes, dont la prévalence est faible ou dont la complexité requiert une expertise qui ne peut être offerte par les services de deuxième ligne. » (Gouvernement du Québec, 2005) Ces politiques et procédures en ce qui a trait aux services de santé mentale de troisième ligne s'appliquent aux jeunes TPL, clientèle complexe dont une spécialisation des interventions et une attention particulière doit être offerte (Agence de la santé publique du Canada).

En processus d'intervention (thérapies), des approches spécialisées et standardisées sont choisies par les milieux et par les thérapeutes. Une d'entre elles, fortement utilisée dans ces milieux surspécialisés, est la *Dialectical Behavioral Therapy* (DBT) de Linehan. Linehan (1993) a développé une approche sous forme de dialectique comportementale visant la diminution des conduites suicidaires (et parasuicidaires) ainsi que le contrôle émotionnel et comportemental

(Gunderson, 2008, Lynch, Trost et coll., 2007). Plusieurs approches ont inspiré Linehan dans l'élaboration de la DBT, c'est-à-dire la thérapie cognitivo comportementale, la médiation, le psychodynamique, la Gestalt thérapie, les approches centrées sur le client ainsi que le développement de stratégies (Katz, Cox, 2002). Cette approche a d'abord été développée auprès des femmes ayant des comportements d'automutilations chroniques, mais elle est maintenant utilisée pour un groupe d'âge plus vaste, dont les adolescents TPL (Katz, Cox, 2002).

Dans le cadre de cette pratique, les thérapeutes sont confrontés à une pathologie complexe exigeant une compréhension de la problématique précise ainsi que des compétences spécifiques en ce qui a trait à l'intervention. De plus, le travail auprès de ces adolescents atteints d'un TPL présentant des conduites suicidaires amène les thérapeutes à vivre des inquiétudes importantes et une gestion du risque constante causées par les nombreux gestes suicidaires et parasuicidaires possibles de leur clientèle (Perseius, Kâver, Ekdahl, Åsberg, Samuelsson, 2007). Inhérent à ce stress, un nombre de plus en plus élevé de cas d'épuisements professionnels, parmi les thérapeutes, serait répertorié (Perseius, Kâver, Ekdahl, Åsberg, Samuelsson, 2007). Le traitement des adolescents atteints d'un TPL constitue un défi majeur pour les thérapeutes compte tenu du caractère instable de la clientèle, du risque suicidaire non négligeable, des nombreux abandons de la

thérapie et de la complexité du processus thérapeutique (Hummelen, Wilberg et Karterud, 2007, Agence de la santé publique du Canada, 2002).

Dans une recension des écrits effectuée par Abella et coll., 2000, il a été noté que, bien que peu nombreux, les différents travaux s'intéressant aux ruptures de traitement en pédopsychiatrie et à la complexité de l'intervention se sont orientés principalement sur les facteurs propres à l'enfant et à leur famille et sont peu concluants. Selon ces auteurs, les recherches devraient davantage s'intéresser aux aspects concernant le thérapeute et le processus thérapeutique. Particulièrement, peu d'écrits ont documenté les facteurs impliqués dans la complexité d'intervention auprès des adolescents TPL selon la perception de leur thérapeute comme en témoignera la rareté des écrits dans la section suivante, soit la revue des écrits scientifiques.

CHAPITRE II - REVUE DES ÉCRITS SCIENTIFIQUES

Peu de travaux ont permis de documenter les difficultés d'intervention auprès des adolescents atteints d'un trouble de personnalité limite (TPL). La majorité des écrits traite des adultes TPL. La revue des écrits scientifiques présentera donc le diagnostic, la symptomatologie du TPL en général ainsi que l'intervention pour ensuite tenter de présenter les particularités du diagnostic de TPL à l'adolescence et les particularités de l'intervention à cet âge.

1 DIAGNOSTIC ET SYMPTOMATOLOGIE DU TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE (TPL)

1.1 Symptomatologie selon le DSM

En Amérique du Nord, les diagnostics psychiatriques, dont celui de TPL sont documentés selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), nommé « DSM ». L'outil permet de classifier les troubles mentaux et de les étudier sur cinq axes différents, c'est-à-dire l'Axe I : Troubles cliniques, II : Troubles de la personnalité et retard mental, III : Affectations médicales générales, IV : Troubles psychosociaux et environnementaux, V : Évaluation globale et fonctionnement, selon des critères diagnostiques précis. Le DSM est utilisé comme outil diagnostique à la fois en clinique et en recherche (American Psychiatric Association, 2000).

Le TPL est un syndrome qui s'inscrit sur l'Axe II du DSM, soit la classification des troubles de la personnalité et du retard mental. Précisément, l'attribution d'un diagnostic de TPL selon le DSM exige de répondre à au moins cinq des huit critères suivants (Annexe 1) (American Psychiatric Association, 2000) :

- 1- Une imprédictibilité dans deux niveaux potentiellement dommageables pour l'individu (dépenses, sexualité, jeu pathologique, etc.);
- 2- un schème de relations intenses et instables;
- 3- un manque de contrôle de la colère;
- 4- un trouble de l'identité manifesté par plusieurs enjeux associés à l'image personnelle;
- 5- une instabilité affective;
- 6- une intolérance à la solitude et des efforts pour éviter d'être seul;
- 7- des actes d'automutilation;
- 8- un sentiment chronique de vide.

De plus, les TPL présentent généralement un niveau de somatisation élevé et un affect plutôt négatif (Perseius, Kåver, Ekdahl, Åsberg, Samuelsson, 2007).

À travers les écrits scientifiques, plusieurs auteurs caractérisent ce trouble par des irrégularités persistantes et intrusives au plan émotionnel, cognitif et comportemental (Crowell, Beauchaine et Linehan, 2009). Selon Linehan, le TPL émerge d'une difficulté de régulation émotionnelle (« emotion dysregulation ») s'actualisant par une sensibilité émotionnelle élevée, une incapacité à réguler ses réponses émotionnelles et une difficulté à revenir à un état émotionnel « normal » dans un contexte environnemental vulnérable (Hazlett, Speiser, Goodman, Roy, Carrizal, Wynn, Williams, Romero, Minzenberg, Siever, New, 2007, Crowell, Beauchaine, Linehan, 2009). Un changement d'humeur rapide, fréquent et extrême serait observé (Russell, Moskowitz, Sookman, Paris, Zuroff, 2007). Linehan suggère aussi que l'impulsivité présente chez les TPL influence leurs actions (gestes et comportements) et prédit leur irrégularité émotionnelle (Crowell, Beauchaine, Linehan, 2009). Ainsi, ces irrégularités émotionnelles et comportementales se répercutent dans le fonctionnement quotidien à travers les différents événements de vie (Crowell, Beauchaine, Linehan, 2009).

1.2 Comorbidité et difficultés à poser le diagnostic

Un élément à considérer dans le diagnostic du TPL est qu'il serait souvent accompagné d'autres pathologies, comorbidité, pouvant augmenter les risques de comportements suicidaires (Skodol et coll., 2002, Westen, Shedler, Durrett, Glass, Martens, 2003). Le terme comorbidité peut être défini comme étant deux problématiques différentes, ou plus, qui affectent le même individu simultanément (Skodol et coll., 2002).

Selon une étude de Skodol (1999) effectuée auprès de 200 patients atteints d'une maladie mentale, les patients atteints d'un TPL auraient 4,3 fois plus de risques d'abus d'alcool et 8,7 fois plus de risques d'abus de drogues, 8,2 fois plus de risques d'être atteints d'un trouble panique et 5,2 fois plus de risques d'être atteints de boulimie ou autres troubles alimentaires contrairement aux autres pathologies (Skodol et coll., 2002). Selon une étude commentée par Black, Blum, Pfohl, Hale (2004) portant sur 40 femmes TPL, la présence d'une comorbidité (trouble alimentaire, un désordre psychotique ou un trouble anxieux) augmente les risques d'un suicide complété.

D'autres pathologies en comorbidité avec le TPL adulte ont été répertoriées : les troubles de l'humeur, la dépression ou la dysthymie et le trouble bipolaire (Paris, 2005). D'autres auteurs tels que Skodol et coll., (2002), et Becker, Grilo, Edell, McGlashan (2000) nomment aussi

la dépression comme étant un diagnostic fortement associé au trouble limite adulte. Gunderson & Elliott (1985) et Gunderson & Phillips (1991) ont cependant souligné une distinction phénoménologique entre les symptômes de la dépression avec et sans TPL. Dans la dépression en comorbidité au TPL, le cycle de l'humeur change au cours d'une même journée, parfois brusquement, selon les événements extérieurs tandis que l'humeur est plus stable et moins influencée par l'environnement dans la dépression non comorbide au TPL. De plus, les symptômes dépressifs comorbides au TPL ne répondent pas de la même façon aux antidépresseurs que la dépression classique (Paris, 2005).

Paris (2005) — dans une revue de la documentation scientifique sur la validité et les comorbidités du diagnostic TPL — a fait état de quelques études (Perugi, Toni, Traverso, Akiskal, (2003), Akiskal, (2002), Deltito, Martin, Riefkohl, Austria, Kissilenko, Corless, Morse, (2001)) qui soutiennent que le TPL est inclus dans le spectre bipolaire, plus spécifiquement à l'intérieur du cycle ultrarapide (catégorie IV) qui décrirait les changements d'humeur typiques dans le TPL (changements rapides à travers les heures). Toutefois, il explique qu'il a déjà été démontré que l'instabilité affective, qui est une caractéristique du TPL, distingue le TPL du trouble bipolaire et des autres troubles de personnalité. De plus, des études longitudinales ont démontré que le TPL évolue rarement vers le trouble bipolaire (Paris, 2005). D'ailleurs,

aucune étude n'a encore démontré que les stabilisateurs de l'humeur ont la même efficacité pour les TPL que pour les troubles bipolaires (Paris, 2005).

1.3 Outils d'évaluation

Dans la revue des écrits scientifiques, quelques outils d'évaluation validés sont répertoriés et utilisés en clinique afin d'évaluer la symptomatologie du TPL et aider à émettre le diagnostic. Parmi ces outils, le Borderline Symptom List 23 (BSL-23), the Questionnaire of Thoughts and Feelings, the Personality Belief Questionnaire, Personality Disorder Beliefs Questionnaire, Personality Disorder Examination sont des exemples de questionnaires utilisés en clinique permettant d'évaluer la sévérité des symptômes et le niveau de fonctionnement. Bien que ces questionnaires puissent être utilisés, il demeure difficile de poser le diagnostic étant donné le nombre élevé de facteurs à considérer : la durabilité des traits dans le temps, les différences interculturelles, les réponses à des stress spécifiques, la comorbidité et la consommation de substances (Annexe 1) (Bohus et coll., 2009, American Psychiatric Association, 2000) et la possibilité que les traits limites ne soient pas considérés comme un problème par le sujet (American Psychiatric association, 1996).

2 INTERVENTION AUPRÈS DES TPL

L'intervention auprès des TPL, en général, présente des particularités spécifiques de la pathologie. En plus de la symptomatologie complexe et des tendances au suicide et à la mutilation (Black, Blum, Pfohl, Hale, 2004), d'autres éléments plus spécifiquement en lien avec le comportement relationnel des TPL sont répertoriés. Ces éléments seront abordés dans la section qui suit.

2.1 *L'approche Dialectical Behavioral Therapy*

En thérapie, des approches spécialisées et standardisées sont utilisées pour guider l'intervention auprès des TPL. L'une d'entre elles, dont plusieurs articles discutent (Crowell, Beauchaine, Linehan, 2009, Gunderson, 2008, Lynch, Trost et coll., 2007, Katz, Cox, 2002) est la *Dialectical Behavioral Therapy* (DBT) de Linehan. Selon l'auteur, dans un article de Katz et Cox expliquant l'approche DBT (2002), le principal problème des TPL sont les difficultés de régulation émotionnelle influençant l'autorégulation ainsi que la régulation des cognitions, des comportements et des relations interpersonnelles. Ces irrégularités émotionnelles ainsi que leur impulsivité se répercuteraient dans leur fonctionnement quotidien à travers les différents événements de vie et influenceraient leurs actions (gestes et comportements) (Crowell, Beauchaine, Linehan, 2009). Linehan (1993) a donc développé une

approche sous forme de thérapie cognitivo-comportementale visant la diminution des conduites suicidaires (et parasuicidaires), prioritairement, ainsi que le contrôle émotionnel et comportemental (Gunderson, 2008, Lynch, Trost et coll., 2007) chez les TPL. Le traitement serait basé sur la mentalisation et il est inspiré de la recherche développementale de Fonagy (Linehan, 1993). L'approche DBT a d'abord été développée auprès des femmes ayant des comportements d'automutilations chroniques et elle est maintenant utilisée pour un groupe d'âge plus vaste, dont les adolescents (Katz, Cox, 2002).

Plusieurs approches ont inspiré Linehan dans l'élaboration de la DBT, c'est-à-dire la thérapie cognitivo-comportementale, la médiation, la psychodynamique, la Gestalt thérapie, les approches centrées sur le client ainsi que le développement de stratégies (Katz, Cox, 2002). Toutefois, selon cet auteur, à l'égard d'une phénoménologie changeante, il serait bénéfique pour les patients qu'un cadre structurant soit offert, éloignant définitivement les traitements de la psychanalyse initiale.

2.2 Processus relationnel et impacts sur la relation thérapeutique

Le TPL est associé à un haut niveau de dysfonction sociale (Hill, Pilkonis, Morse et coll., 2007). Au plan relationnel, les TPL sont peu empathiques et présentent des comportements oscillants entre le

narcissisme et l'image critique d'eux-mêmes (LaForge, 2007). Leur mode relationnel est constitué de relations de courte durée qui se généralisent à toutes leurs relations, notamment en situation de thérapie (LaForge, 2007). De plus, en thérapie, les comportements impulsifs, les relations intenses et chaotiques ainsi que les nombreux conflits caractérisent la clientèle (Russell, Moskowitz, Sookman, Paris, Zuroff, 2007, Clarkin, Levy, Lenzenweger, Kernberg, 2004). L'alliance thérapeutique — la relation entre le patient et le thérapeute qui permet de travailler ensemble dans un but de reprise de contrôle et de compréhension — se trouverait fortement mise à l'épreuve (Materson, 1992).

En thérapie, le thérapeute doit procurer au patient une figure d'attachement temporaire. L'équilibre entre l'attachement du thérapeute et du patient devient alors un des moyens pour maintenir l'alliance thérapeutique (Diamond, Stovall-McClough, Clarkin, Levy, 2003). Quelques auteurs se sont donc intéressés au fonctionnement relationnel des TPL, plus précisément, en lien avec l'attachement. L'attachement relationnel le plus fréquemment rencontré chez les TPL est de type ambivalent, expliquant en partie leur problème relationnel chronique (Clifton, Pilkonis, McCarty, 2007). Le processus d'attachement interpersonnel chez les TPL pourrait être influencé par leur sensibilité lors d'une situation de stress (Gunderson, 2008). D'ailleurs, lorsque ces

patients vivent une séparation, ils ressentent une anxiété importante et une impression de fragmentation de soi, ce qui représente une vulnérabilité chez cette clientèle (Hummelen, Wilberg et Karterud, 2007).

D'autres auteurs se sont plus intéressés aux contre-transferts² vécus en thérapie. Selon Rossberg, Karterud, Pedersen et Friis (2007), le travail auprès de la clientèle TPL engendrait plus de contre-transferts négatifs et moins de contre-transferts positifs qu'avec les autres pathologies. Ce comportement psychique jouerait un rôle important par rapport à l'engagement dans la psychothérapie ainsi que dans la compréhension du patient TPL (Rossberg, Karterud, Pedersen et Friis, 2007). D'ailleurs, dans un article de Paris (1996), il avait été suggéré par Maltzberger et Buie (1973) que les thérapeutes peuvent parfois se sentir tellement envahis par les problèmes des personnes atteintes d'un TPL au point d'en venir à souhaiter le départ de certains de leurs patients.

2.3 Abandon prématuré et facteurs explicatifs

En lien avec le processus relationnel des TPL, plusieurs écrits sont élaborés sur les facteurs expliquant l'abandon³ prématuré de la

² Le contre-transfert est défini comme étant les émotions que vivent et ressentent les thérapeutes lorsqu'ils travaillent avec les patients (Rossberg, Karterud, Pedersen et Friis, 2007).

³ L'abandon (« drop-out ») serait défini comme étant l'arrêt soudain de la thérapie ou la fin prématurée de cette dernière (Hummelen, Wilberg et Karterud, 2007). Dans le cadre de cette étude, cette définition sera utilisée pour expliquer l'abandon.

thérapie vu la prévalence élevée observée chez cette clientèle (Hummelen, Wilberg et Karterud, 2007).

Selon Perseius, Öjehagen, Ekdahl, Asberg, Samuelsson (2003), un taux d'abandon de 40 à 50 % est observé chez les TPL en général. Dans leur étude sur la perception des patients et des thérapeutes sur la thérapie « Dialectical Behaviors Therapy » effectuée auprès de 11 patients et quatre thérapeutes, il est dit qu'une relation thérapeutique positive (thérapeute-patient) peut être influencée par la motivation intrinsèque des patients ainsi que par la personnalité du thérapeute. Gunderson (2008) rapporte d'ailleurs qu'il est important de faire alliance avec le patient quant aux objectifs de thérapie. Selon cet auteur, les interventions de validation et de soutien favoriseraient l'alliance thérapeutique.

Dans une autre étude complétée par Hummelen, Wilberg et Karterud (2007) — durant la période 2000 à 2003 auprès de huit femmes atteintes d'un TPL qui ont abandonné leur psychothérapie de groupe — les auteurs ont effectué des entrevues afin d'obtenir le point de vue des patients et des thérapeutes sur leur expérience en thérapie et d'obtenir une meilleure compréhension de la réalité clinique quant à l'abandon de traitement. Bien qu'il s'agisse d'une étude effectuée auprès d'un petit nombre de sujets adultes, limitant ainsi la généralisation des conclusions, les résultats demeurent intéressants.

Selon les auteurs, Hummelen, Wilberg et Karterud (2007), plusieurs facteurs pourraient influencer l'abandon prématuré :

- L'attachement avec le thérapeute;
- les émotions vécues par les TPL;
- les difficultés de transitions ou de séparations;
- la vulnérabilité;
- le manque de temps au sein du groupe;
- la difficulté à utiliser le groupe et ses outils;
- les relations interpersonnelles compliquées avec le thérapeute
- le manque d'intérêt à venir en thérapie
- les événements extérieurs.

Lorsque les thérapeutes prennent leurs vacances, un plus grand taux d'abandon est répertorié (Hummelen, Wilberg et Karterud, 2007).

L'intervention auprès des TPL s'avère complexe et spécifique. La majorité des TPL nécessite une thérapie de longue durée, un encadrement particulier et un contact thérapeutique différent de certaines pathologies (Hummelen, Wilberg et Karterud, 2007). Ils sont reconnus pour être difficiles à engager dans les thérapies et ne

répondent pas aux efforts thérapeutiques fournis par les thérapeutes, ce qui engendre un stress important et une charge émotionnelle considérable pour les thérapeutes en psychiatrie (Perseius, Kåver, Ekdahl, Åsberg, Samuelsson, 2007). D'ailleurs, selon la revue des écrits scientifiques effectuée, peu d'études font état du niveau de stress élevé imposé aux thérapeutes travaillant auprès de TPL, ce qui justifie l'importance des recherches qui considèrent la perception des thérapeutes.

Dans une étude effectuée en 2007 sur l'épuisement professionnel en psychiatrie en lien avec l'utilisation de l'approche *Dialectical Behavioral Therapy*, il est expliqué que les thérapeutes travaillant en santé mentale vivent un stress important causé, entre autres, par les nombreux gestes suicidaires et parasuicidaires de leur clientèle (Burnard et coll., 2000, Perseius, Kåver, Ekdahl, Åsberg, Samuelsson, 2007). De plus, ces clients sont difficiles à traiter en grande partie à cause de leur tendance à démontrer des attitudes différentes d'un thérapeute à l'autre provoquant parfois des contradictions au sein d'une équipe (clivage) (LaForge, 2007).

Maintenant que les prémisses en ce qui a trait au diagnostic et à l'intervention du TPL en général sont posées, il serait intéressant d'aborder, plus spécifiquement, le TPL à l'adolescence, sujet principalement de ce présent projet.

3 LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE (TPL) À L'ADOLESCENCE

3.1 Validité du diagnostic à l'adolescence

Bien que plusieurs recherches en lien avec la validité du diagnostic du TPL à l'adolescence aient été effectuées, les chercheurs ne forment toujours pas de consensus sur le sujet. Si certains auteurs expliquent que le diagnostic de TPL à l'adolescence ne serait pas stable dans le temps vu la période de développement sous-jacente (Miller, Muehlenkamp, Jacobson, 2008), de plus en plus d'études tendent à démontrer l'apparition du TPL avant l'âge adulte et soulignent l'importance d'intervenir le plus rapidement possible (Crowell, Beauchaine, Linehan, 2009, Paris, 2005; Lewinsohn, Rohde, Seeley Klien, 1997).

Selon certains auteurs, considérant que la personnalité soit en développement à l'adolescence, poser le diagnostic de TPL à cet âge a longtemps été évité (Crowell, Beauchaine et Linehan, 2009, Miller, Muehlenkamp, Jacobson, 2008, Becker, Grilo, Edell, McGlashan, 2000). L'adolescence — pouvant être définie comme une période de transitions et de changements — serait aussi considérée comme une période critique de ruptures et d'incertitudes (Courtois, 2003). Elle est caractérisée par un certain degré d'impulsivité et d'instabilité dans les relations interpersonnelles (Chabrol, Chouicha, Montovany, Callahan, 2001), ce qui pourrait correspondre à certains critères diagnostics du

TPL dans le DSM. Par contre, Winograd, Cohen, Chen (2008) rapportent que les symptômes présents chez les adolescents TPL ne peuvent être considérés comme une phase temporaire du développement ou associés à la période de l'adolescence. Chabrol, Chouicha, Montovany, Callahan (2001) affirment que plusieurs études ont démontré la validité du diagnostic du TPL à l'adolescence.

Dans les écrits scientifiques, il est noté que les critères diagnostics du TPL à l'adolescence seraient comparables à ceux de l'adulte (Miller, Muehlenkamp, Jacobson, 2008). Une étude de Becker et coll., (2002) s'est intéressée à cet aspect en effectuant un projet, de type quantitatif, auprès de 138 adolescents hospitalisés et 106 adultes hospitalisés; 75 adolescents et 50 adultes ayant reçu le diagnostic de TPL à l'aide de la passation du « Personality Disorder Examination ». Une analyse (calcul de probabilité) a été complétée dans le but de déterminer les critères diagnostiques les plus significatifs. Les résultats de cette étude n'ont dénoté aucune différence statistiquement significative quant à la présence de ce trouble chez la population adolescente hospitalisée (53 %) comparativement à la population adulte (47 %). Toutefois, alors qu'il est possible d'appliquer les critères diagnostiques du TPL adulte aux adolescents, certains critères diagnostics sont plus prédictifs de la présence du trouble chez les

adolescents, soient l'impulsivité et l'abandon du traitement (Becker et coll., 2002).

3.2 Comorbidité chez l'adolescent TPL

Bien que peu nombreux dans les écrits scientifiques, quelques articles répertoriés traitent plus spécifiquement de la comorbidité présente à l'adolescence. Ainsi, le TPL chez l'adolescent serait fortement associé à la dépression majeure, aux conduites à risque et aux troubles anxieux, tels que les troubles paniques, l'anxiété généralisée (TAG) et le trouble obsessionnel compulsif (TOC). (Chabrol, Chouicha, Montovany, Callahan, 200, Paris, 2005, Skodol et coll., 2002).

Becker et coll., (2000) ont déterminé — dans une étude effectuée auprès de 138 adolescents et 117 adultes suivis en psychiatrie, dont 68 adolescents TPL et 50 adultes TPL — que le groupe de patients ayant un diagnostic de TPL (adolescents et adultes) présentait des caractéristiques (ou comorbidité) d'un autre trouble de personnalité (ex : paranoïde, antisocial, histrionique, dépendant, obsessionnel-compulsif, passif-agressif). Par conséquent, les adolescents atteints d'un TPL peuvent présenter des comorbidités associées avec les autres troubles de la personnalité.

Il devient alors possible de se questionner sur les particularités qui pourraient résulter de l'intervention auprès de ces adolescents TPL.

4 INTERVENTION AUPRÈS DES ADOLESCENTS TPL

Bien que les TPL adultes et adolescents présentent plusieurs ressemblances et que peu d'écrits spécifiques aux adolescents TPL aient été publiés, il semble que l'intervention auprès d'adolescents TPL présente quelques particularités.

D'abord, selon Corder, Haizlip, Walker (1980), les thérapies de groupes effectuées auprès d'adolescents en général comportent certaines spécificités. Les adolescents démontrent généralement un plus haut niveau d'anxiété, des difficultés à accepter les commentaires (critiques) véhiculés en lien avec leurs comportements, une introspection moins développée ainsi que des difficultés à accepter l'autorité (Corder, Haizlip, Walker, 1980). Les thérapeutes détenant moins d'expérience clinique peuvent ainsi avoir plus de difficulté à adapter la thérapie en fonction des demandes spécifiques que sollicitent un groupe d'adolescents tel que l'individuation et l'acquisition de nouveaux rôles sociaux (Corder, Haizlip, Walker, 1980, Rossberg, Karterud, Pedersen, Friis, 2007).

Plus spécifiquement, l'intervention auprès de l'adolescent atteint d'un TPL devient une problématique d'autant plus complexe vu le

caractère impulsif spécifique de ce groupe d'âge (Becker et coll., 2002), la présence de comorbidité, les risques suicidaires élevés prédominant chez ce groupe d'âge (Institut de la statistique du Québec, 2010) ainsi que le taux plus élevé d'abandons prématurés de la thérapie (Becker et coll., 2002).

4.1 Importance des comportements suicidaires et parasuicidaires

Dans les écrits scientifiques, une importance particulière est accordée aux gestes suicidaires et parasuicidaires, tels que l'automutilation, étant donné la prévalence élevée chez les TPL ainsi que le risque accru d'un suicide complété chez l'adolescent de 15 à 19 ans. En fait, les comportements d'automutilation demeurent un des symptômes les plus inquiétants et seraient souvent la raison d'une hospitalisation chez les adolescents TPL (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Ridolfi, Jager-Hyman, Hennen, Gunderson, 2006). Plus précisément, environ 62 % des adolescents TPL ayant eu des comportements suicidaires auraient aussi des comportements d'automutilation (Black, Blum, Pfohl, Hale, 2004) tandis que d'autres auteurs mentionnent que jusqu'à 90 % des TPL en général présenteraient des conduites parasuicidaires ou d'automutilation (Crowell, Beauchaine, Linehan, 2009). Ces comportements seraient utilisés principalement comme autopunition, pour diminuer l'anxiété ou pour attirer l'attention, ce qui survient fréquemment lors d'émotions

intenses ou de désappointements (Black, Blum, Pfohl, Hale, 2004). Selon LaForge (2007), il est important de comprendre que les conduites suicidaires et d'automutilation sont utilisées par les adolescents ayant un TPL principalement pour réduire la souffrance interne qu'ils vivent contrairement à une réelle envie de mourir. Toutefois, les gestes suicidaires et parasuicidaires peuvent créer des dommages physiques irréversibles et aller jusqu'à la mort (Black, Blum, Pfohl, Hale, 2004).

Selon une étude de Runeson (1989), décrite dans un article de Black, Blum, Pfohl, Hale (2004), parmi 58 jeunes âgés de 15 à 29 ans ayant complétés un suicide, 34 % souffraient d'un TPL (sauf un qui présentait un autre trouble de personnalité). Dans une autre étude commentée par ces mêmes auteurs, 28 % des jeunes âgés de 18 à 35 ans ayant complétés un suicide étaient atteints d'un TPL, ce qui suggère, toujours selon Black, Blum, Pfohl, Hale (2004), l'importance de poser le bon diagnostic rapidement, vu le nombre élevé de suicides complétés chez les TPL en jeune âge (Bohus et coll., 2009, Links, Eynan, Heisel et coll., 2007, Black, Blum, Pfohl, Hale, 2004). En effet, selon ces auteurs, la majorité des suicides complétés chez cette clientèle se fait avant l'âge de 40 ans. D'ailleurs, tel que mentionné auparavant, les adolescents âgés de 15 à 19 ans demeurent le groupe d'âge où la prévalence de tentative de suicide est la plus élevée au Québec (Institut de la statistique du Québec, 2010).

En somme, les comportements suicidaires se retrouvent chez la majorité des adolescents atteints d'un TPL et il y a près de 10 % de suicides complétés chez cette clientèle en général (adolescents et adultes confondus). La présence de comorbidité (dépression, dépendances, troubles alimentaires, éléments psychotiques, anxiété généralisée, etc.), l'impulsivité, l'âge, l'histoire familiale et le nombre de tentatives sont des facteurs pouvant augmenter les risques de suicides complétés (Black, Blum, Pfohl, Hale, 2004).

4.2 Les adolescents — TPL ou non — et l'abandon

Chez les adolescents atteints d'une pathologie psychiatrique (pas nécessairement un TPL), certains auteurs suggèrent un taux de 45 % à 77 % de jeunes qui n'entreront jamais dans les services de santé ou qui abandonnent leurs traitements prématurément (Pelkonen, Marttunen, Laippala, Lonqvist, 2000). D'autres auteurs relatent que 10 à 40 % des adolescents refusent les traitements (« non-compliance ») (Jaunay, Consoli, Greenfield, Guillé, Mazet, Cohen, 2006). De plus, près de 11 % des adolescents termineraient leur thérapie hâtivement, ce qui serait associé, entre autres, à l'abus de substance, aux problèmes comportementaux et de délinquance et au statut socio-économique peu élevé des parents ou l'attitude parentale (encouragement, soutien) (Pelkonen, Marttunen, Laippala, Lonqvist, 2000). L'âge est aussi jugé

par d'autres auteurs comme étant associé à l'abandon prématuré en thérapie chez les adolescents (Baruch, Gerber, Fearon, 1998).

Bien qu'un taux d'abandon important soit observé chez les adolescents TPL dans les écrits scientifiques, peu d'études sont répertoriées sur le phénomène. Quelques études (Trautman et coll., 1993; Baruch, Gerber, Fearon, 1998; Jaunay, Consoli, Greenfield, Guillé, Mazet Pelkonen, Marttunen, Laippala, Lonnqvist, 2000; Cohen, 2006) se sont penchées sur l'abandon de traitement (« drop out ») chez les adolescents en général ou les TPL en général, mais peu d'études se sont concentrées sur les jeunes TPL. De plus, les études recensées étaient effectuées sur un petit échantillon limitant ainsi la légitimité de généralisation.

En fait, la problématique d'abandon chez les adolescents TPL se décrit par le fait qu'ils entrent habituellement dans les services de soins en situation de crise ce qui s'actualise généralement par des conduites suicidaires (Desrosiers, 2007). Cette détresse importante les amène à consulter, mais, dès qu'elle se résorbe, les amène à abandonner la thérapie. Cette situation contribue à diminuer les bienfaits de l'intervention et nuit à l'établissement d'un lien thérapeutique qui pourrait prévenir une autre crise (Santisteban, Muir, Mena, Mitrani, 2003). La figure ci-dessous schématise ce phénomène ce cercle vicieux propre aux adolescents TPL.

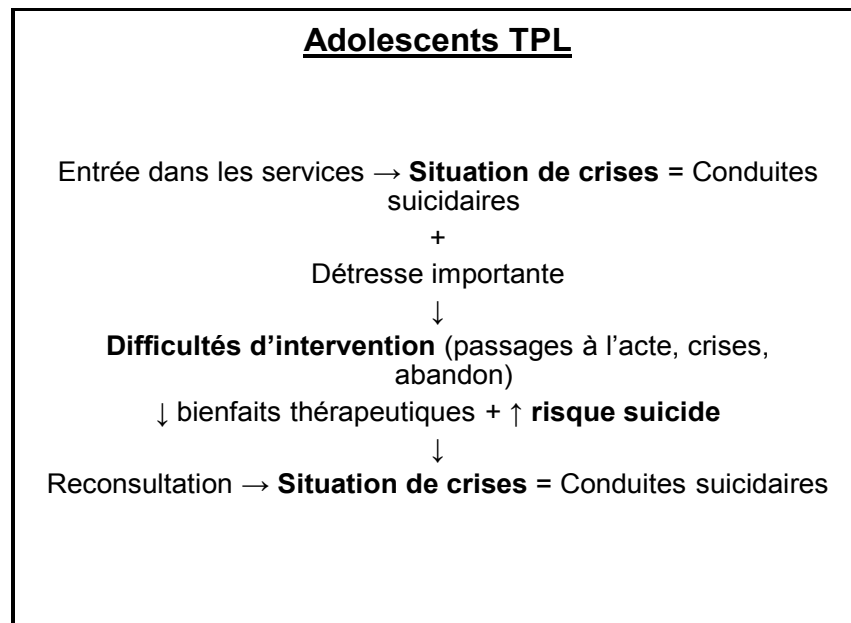


FIGURE 1 : Schématisation de la problématique

À la lumière de la recension des écrits, la symptomatologie des TPL chez les adolescents présentant des conduites suicidaires, le processus relationnel instable, les émotions vécues par le thérapeute provoquées par l'instabilité, l'impulsivité et les conduites para-suicidaires et suicidaires sont des facteurs qui semblent expliquer la complexité de l'intervention auprès des TPL en général, et plus précisément, des adolescents TPL. Étant donné le peu d'écrits en lien avec les difficultés d'interventions chez les adolescents, il s'avère intéressant de questionner les thérapeutes sur la complexité d'intervenir afin de mieux comprendre cette problématique.

CHAPITRE III - BUTS ET OBJECTIFS

Considérant la prévalence élevée du trouble chez les adolescents, le risque suicidaire élevé chez ce groupe d'âge, le nombre d'hospitalisations significatif, le coût engendré par cette pathologie et l'importance d'intervenir rapidement et de soutenir une attention accrue à ce groupe d'âge, il serait intéressant de s'intéresser aux multiples facteurs impliqués dans la complexité de l'intervention auprès des adolescents atteints d'un trouble de personnalité limite (TPL).

Les études actuelles rapportent au haut niveau d'abandon chez les TPL adolescents tant en contexte clinique que de recherche. Une meilleure compréhension de la complexité d'intervention auprès d'adolescents TPL s'avère donc une problématique clinique importante.

L'objectif général de ce projet sera donc d'explorer la perception des thérapeutes spécialisés en pédopsychiatrie sur la complexité de l'intervention auprès d'adolescents atteints d'un TPL avec conduites suicidaires dans un contexte de clinique spécialisée de troisième ligne.

Tel que constaté, bien qu'il s'agisse d'une problématique multifactorielle (adolescents, famille, école, thérapeute, appareillage de soins, etc.), ce projet de recherche vise à documenter uniquement la perception des thérapeutes quant aux facteurs impliqués dans la complexité de l'intervention auprès des adolescents TPL. Étant donné

qu'il s'agit d'une étude exploratoire, les autres éléments ne seront pas étudiés et pourront faire l'objet d'études ultérieures.

La méthodologie de ce projet sera élaborée dans la section suivante.

CHAPITRE IV - CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Cette section est primordiale afin de bien comprendre les différentes étapes du projet et le processus qui a permis d'obtenir les résultats. La stratégie de recherche sera d'abord présentée. Une présentation des participants, des milieux et des étapes du recrutement sera effectuée. Plus précisément, le déroulement de l'étude et les procédures d'entrevue et du guide d'entrevue seront abordés. Les étapes d'analyse seront ensuite discutées. Enfin, les considérations éthiques seront présentées.

1 STRATÉGIES DE RECHERCHE

Afin de répondre à la question de recherche, une stratégie de type exploratoire qualitatif avec analyse thématique sera utilisée. Cette stratégie permet de mettre en avant-plan la subjectivité et l'expérience de l'individu, permettant ainsi de comprendre la signification véritable du phénomène (Poupart et coll., 1997).

La recherche de type qualitative avec analyse thématique va donc permettre d'approfondir la complexité de l'intervention auprès de jeunes atteints d'un trouble de personnalité limite (TPL) selon l'interprétation des thérapeutes afin d'arriver à une juste reconnaissance, compréhension et description des facteurs impliqués dans ce processus. Il s'agit d'une étude exploratoire, dont les résultats vont permettre un début de compréhension de la situation.

2 RECRUTEMENT DES MILIEUX ET DES PARTICIPANTS À L'ÉTUDE

Dans le cadre de l'étude, les participants sont des thérapeutes travaillant auprès d'adolescents atteints d'un TPL avec conduites suicidaires. Les thérapeutes sont définis comme étant des professionnels de la santé travaillant directement avec la clientèle TPL; médecins psychiatres, infirmiers, travailleurs sociaux, psychologues, ergothérapeutes. Les participants ont été recrutés dans deux milieux de pédopsychiatrie.

Les milieux ont été choisis en fonction de leur spécialisation en lien avec la clientèle étudiée. En effet, il s'agit de deux milieux pédopsychiatriques surspécialisés de la grande région de Montréal dont la mission est d'offrir des services de troisième ligne. Ils reçoivent donc uniquement des adolescents TPL avec conduites suicidaires.

La recherche s'est effectuée dans un premier milieu hospitalier pédopsychiatrique (milieu 1) à l'intérieur de la clinique surspécialisée des troubles de l'humeur. Cette clinique reçoit des adolescents qui présentent des troubles de personnalité limite avec des conduites suicidaires en comorbidité avec d'autres pathologies de l'Axe I (troubles cliniques) du DSM, par exemple les troubles de l'humeur (dépression, trouble bipolaire). Elles offrent des services d'évaluation, de suivis en clinique externe et d'hospitalisation, au besoin. Les jeunes sont rencontrés par une équipe interdisciplinaire (psychiatres, psychologues,

ergothérapeutes, travailleurs sociaux, infirmières, psychotechniciens, stagiaires, etc.).

Le projet s'est aussi effectué dans un deuxième hôpital pédopsychiatrique (milieu 2) à l'intérieur d'un programme pour les troubles de personnalité limite (TPL) accueillant des adolescents TPL avec conduites suicidaires. Des suivis externes individuels et de groupe sont offerts à l'intérieur de ce programme structuré. De plus, des groupes avec les parents sont aussi offerts. L'équipe est composée d'un psychiatre, de psychologues et de travailleurs sociaux.

Les deux milieux offrent des services de clinique externe auprès de jeunes TPL présentant, obligatoirement, des conduites suicidaires. Les deux équipes travaillent en interdisciplinarité et sont composées de plusieurs thérapeutes de disciplines variées. Par contre, le milieu 2 présente un nombre de thérapeutes plus petit comparativement au milieu 1, bien que le nombre de jeunes rencontrés ne semble pas différer significativement. Les approches utilisées sont généralement les mêmes, mais le milieu 2 consacre davantage de temps à la thérapie de groupe. Les jeunes accueillis peuvent provenir des mêmes régions, soit de la grande région de Montréal (rives sud et nord incluses).

Le recrutement s'est effectué en deux étapes distinctes. D'abord, une lettre d'information a été envoyée par courriel aux thérapeutes des

deux milieux de recherche pour recruter des participants intéressés à participer à l'étude. La lettre d'information contenait une brève description du projet et une explication de l'implication attendue des participants (Annexe 2). Par la suite, après quelques semaines, une relance téléphonique à certains thérapeutes recommandés a été effectuée afin de finaliser le recrutement.

Le choix des thérapeutes s'est fondé sur certains critères d'inclusion spécifiques:

- 1- Travailler comme professionnel de la santé auprès d'adolescents TPL;
- 2- avoir au minimum un an d'expérience avec cette clientèle;
- 3- utiliser une langue parlée et comprise par l'évaluateur.

Dans la littérature, il est dit qu'un manque d'expérience des thérapeutes dans l'intervention auprès des adolescents peut engendrer des difficultés supplémentaires (Corder, Haizlip, Walker, 1980, Rossberg, Karterud, Pedersen, Friis, 2007). Afin de ne pas confondre le manque d'expérience avec d'autres difficultés liées à la complexité de l'intervention auprès des TPL, l'exigence de détenir au moins un an d'expérience avec la clientèle adolescente TPL est indiquée. Aucun critère d'exclusion n'a été défini.

Le recrutement des thérapeutes fut une étape complexe et longue dans le processus de recherche. Parmi les thérapeutes ayant refusé, plusieurs raisons ont été données. Les thérapeutes expliquent qu'ils sont souvent débordés et, parfois, ne désirent pas ajouter une charge supplémentaire de travail à leur journée. Aussi, ils notent un manque de temps et peu de disponibilité pour une rencontre.

Onze thérapeutes au total (n=11) ont été rencontrées, dont 9 du milieu 1 et 2 du milieu 2 (Voir tableau 1). La participation accrue du milieu 1 s'explique par la participation du chercheur à deux réunions d'équipe de la clinique des troubles de l'humeur du milieu 1 ce qui a permis de prendre contact avec plusieurs thérapeutes, d'expliquer le projet de manière plus explicite et d'identifier les objectifs de l'étude.

La majorité était de sexe féminin (n=8). Parmi ces thérapeutes femmes, deux ergothérapeutes, trois travailleuses sociales, une infirmière, une psychologue et une psychiatre ont été rencontrés. Seulement trois hommes ont participé au projet de recherche, soit deux psychologues et un psychiatre.

Sujets	Sexe	Titre	Approche spécialisée (DBT)	Exp. TPL (années)	Travail équipe
Sujet 1	F	Milieu 1	Oui	1 an et +	Oui
Sujet 2	F	Milieu 1	Oui	3 ans et +	Oui
Sujet 3	M	Milieu 1	Oui	8 ans et +	Oui
Sujet 4	F	Milieu 1	+/-	2 – 3 ans	Oui
Sujet 5	F	Milieu 1	+/-	1 an et +	Oui
Sujet 6	M	Milieu 2	Oui	7 ans	Oui
Sujet 7	M	Milieu 1	Oui	4 ans	Oui
Sujet 8	F	Milieu 1	+/-	1 an et +	Oui
Sujet 9	F	Milieu 2	Oui	9 ans	Oui
Sujet 10	F	Milieu 1	+/-	8 ans	Oui
Sujet 11	F	Milieu 1	Oui	5 ans	Oui

TABLEAU I : Données sociodémographiques

Tel qu'indiqué dans le tableau 1 (ci-dessus), la majorité des thérapeutes utilisent l'approche *Dialectical Behavioral Therapy* (DBT) en thérapie. Quatre des thérapeutes, femmes, rencontrées mentionnent s'inspirer de l'approche ou débutent leur formation en lien avec la DBT, ce qui représente le symbole +/-.

L'ensemble des thérapeutes ont plusieurs années d'expérience clinique en général et plus de 3 ans avec la clientèle adolescente TPL. Pour trois entrevues, le nombre d'années d'expérience avec les TPL n'a pas été précisé, mais respecte les critères d'inclusion de l'étude, soit plus d'un an d'expérience clinique avec les TPL adolescents.

Lors de la première rencontre avec le thérapeute, le formulaire de consentement a été remis et expliqué verbalement (Annexe 3). Un temps de questions et de réflexion a été fourni aux participants, au besoin. Le projet ainsi que la collecte de données (entrevues, enregistrements, verbatims, retombés cliniques, etc.) étaient alors expliqués de manière exhaustive.

3 DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE ET PROCÉDURES D'ENTREVUE

Les étapes du recrutement, de collecte de données et d'analyse se sont déroulées sur une période d'un an. La collecte de données (passation des entrevues) s'est déroulée sur une période de trois mois. Les onze entrevues semi-structurées effectuées ont été d'une durée de 30 à 60 minutes selon le thérapeute. Les entrevues ont été enregistrées à l'aide d'un enregistreur numérique — en respectant le consentement libre et éclairé de la personne (référer à la section du respect des règles éthiques) — et converties en verbatims pour des fins d'analyse de contenu. Un logiciel, QDA Miner, a été utilisé pour faciliter la

transcription intégrale des entrevues enregistrées. Les verbatims ont été anonymisés afin d'assurer la confidentialité. La collecte de données par entrevues a été poursuivie jusqu'à saturation théorique.

3.1 Grille d'entrevues

La grille d'entrevue a été inspirée des données, résultats et conclusions obtenus dans les différents écrits scientifiques (articles et études) et construite à partir de l'objectif de ce présent projet. Cette grille a été validée lors d'une passation-pilote auprès d'un thérapeute du milieu 1. À la suite de cette première entrevue, la grille a été légèrement modifiée et précisée en fonction des commentaires et réflexion du thérapeute, de la directrice de recherche et de l'étudiante.

La grille d'entrevue modifiée, utilisée lors de la passation des entrevues, repose sur des questions d'ordre sociodémographique ainsi que sur des questions liées au vécu de thérapeute, c'est-à-dire :

- Leurs formations;
- leurs expériences comme professionnel de la santé;
- leurs expériences avec la clientèle adolescente TPL;
- le lieu de travail;
- la composition de l'équipe;

- le soutien de l'équipe;
- les types d'intervention;
- leur reconnaissance de l'appareil de soins
- etc.

De plus, des questions directement liées à l'intervention et à la complexité de l'intervention auprès des adolescents TPL ont été introduites :

- Les conduites suicidaires et parasuicidaires;
- l'abandon prématuré;
- les qualités (aptitudes/attitudes) requises pour travailler auprès de cette clientèle;
- les émotions vécues par les thérapeutes.

L'entrevue était de type semi-structuré et effectuée par l'auteur de ce mémoire. Les questions étaient principalement ouvertes, laissant aux thérapeutes la possibilité de s'exprimer et d'élaborer davantage leurs réponses. La grille d'entrevue complète est jointe en Annexe 4.

3.2 *Journal du chercheur*

Le journal du chercheur — journal de bord — a été utilisé dans le but de faciliter l'analyse et d'assurer une transparence dans les opérations, de diminuer les sources de biais et, ainsi, conserver une rigueur théorique. Il a été utilisé durant tout le processus de recherche, c'est-à-dire lors des rencontres de suivis auprès d'autres chercheurs (ex. : directrice de recherche), de la recherche bibliographique, de l'approbation au comité d'éthique, des étapes du recrutement, de la passation des entrevues, de la codification et de l'analyse des données. Il était utilisé afin de documenter l'ensemble des étapes, d'inscrire les idées, réflexions ou commentaires du chercheur afin de faciliter le rappel des événements, de l'organisation de la pensée, d'arriver à une analyse plus approfondie des données, de limiter les biais, d'optimiser le processus et d'arriver à un lexique des codes complets. Un exemple est joint en Annexe 5.

4 ANALYSE DES RÉSULTATS

À la suite de la passation des entrevues et de la conversion des entrevues en verbatims, les données — c'est-à-dire le discours des thérapeutes — ont été analysées. « L'analyse des résultats consiste à trouver un sens aux données recueillies et à démontrer comment elles répondent à la question de recherche. » (Poupart et coll., 1997) Afin de

faciliter cette étape, le logiciel QDA Miner, un logiciel d'analyse de données en recherche qualitative, a été utilisé. Les verbatims ont d'abord été transférés dans le logiciel afin d'obtenir une perspective d'ensemble. Les données ont alors été nommées et regroupées selon les professions, le genre et les milieux.

Le matériel de l'entrevue a été soumis à une analyse de contenu réalisée sur une base thématique à travers un travail de réflexion, de synthèse, de réorganisation et de classification de données, s'inscrivant dans une première étape de codage (codification ouverte). Cette étape a été effectuée dans le but de faire émerger les principaux concepts, sans retenue, résultant du discours des thérapeutes (codification ouverte). La codification ouverte s'est effectuée en étroite collaboration avec la directrice de recherche (contre-codage de l'ensemble des entrevues).

La deuxième étape du codage est la codification axiale ou la définition des unités de classification visant à regrouper les concepts ensemble afin d'obtenir les premiers codes émanant de plusieurs concepts similaires. Les données ont alors été regroupées et catégorisées selon l'élaboration de thèmes récurrents. Aucune limite de code n'a été émise. Le codage s'est effectué par la chercheuse principale sous la supervision de la directrice de recherche (contre-codage partiel, la moitié des entrevues).

Voici un bref aperçu des premiers codes (concepts) et de leur définition. La liste des codes est jointe en Annexe 6 :

Intervention avec les TPL : Défis ou non reliés à l'intervention avec les TPL adolescents en lien avec les conduites suicidaires, parasuicidaires, lien thérapeutique, distance établie entre la vie personnelle et professionnelle et les autres difficultés observées.

int.suicidaire.parasuicidaire : Idées ou conduite suicidaires ou parasuicidaires.

int.distancepersonnelle : Distance personnelle et professionnelle, détachement que vit le thérapeute.

int.lien thérapeutique : Établissement du lien thérapeutique en thérapie.

int.défis : Défis rencontrés dans l'intervention avec les TPL.

Une troisième étape a été effectuée, soit une codification sélective qui consiste à exploiter le matériel afin de faire émerger des codes globaux. Elle permet de mettre en relation différentes catégories intégrant toutes les données recueillies et pertinentes à la compréhension du problème. Cette dernière étape a permis de faire émerger les principaux résultats répondant à la question de recherche. Des exemples de catégories sont joints en Annexe 6. Cette étape s'est effectuée en étroite collaboration avec le directeur de la recherche (discussion, contre-codage partiel).

Finalement, une dernière étape, soit l'analyse, a été effectuée pour construire une vision cohérente de la recherche et d'amener une

analyse critique et approfondie du discours des thérapeutes en fonction de l'objet d'étude. Les données obtenues ainsi que les entrevues ont été comparées entre elles (similitudes et différences) selon le genre, la profession, la formation, les milieux, etc. dans le but de faire émerger un sens entre les différents éléments. Cette étape s'est aussi faite en étroite collaboration avec le directeur de la recherche.

5 CRITÈRES DE SCIENTIFICITÉ

Quelques critères servent à reconnaître la qualité d'une recherche, c'est-à-dire, la validité interne, la validité externe et la fidélité.

5.1 *Validité interne*

Étant donné que la chercheuse est la personne qui a passé les entrevues et qui a procédé à la codification, les risques de biais peuvent être augmentés. En effet, les auteurs s'entendent pour dire que le codage peut être influencé par des éléments subjectifs. Selon Poupart (1997), les concepts peuvent être suggérés autant par la propre expérience et les connaissances générales du codeur que par les écrits scientifiques existants dans son domaine.

Afin de réduire les risques de biais liés à la subjectivité, une triangulation des inférences, soit un contre-codage des données, a été effectuée, diminuant ainsi les risques d'interprétation erronée et de

manque de diversité dans l'établissement de preuves. Il s'agit d'un principe utilisé afin de réduire au maximum les risques de biais causés par l'utilisation d'une seule méthode instrumentale ou d'un seul expérimentateur, ce qui est le cas pour cette étude. La confrontation du matériel obtenu permet donc d'assurer la rigueur scientifique de la recherche qualitative (Van der Maren, 1996). Dans le cadre de ce projet, le directeur du projet a participé au processus de codification, contre codage, et d'analyse de contenu afin d'assurer une rigueur dans l'analyse des données et d'obtenir une cohérence dans les résultats.

De plus, afin d'assurer une rigueur scientifique et de limiter les biais possibles, un lexique incluant les définitions des codes ainsi qu'un journal de bord ont été complétés et utilisés (Annexe 5 et 6). Ces étapes se sont déroulées de manière constante et rigoureuse en attribuant les mêmes codes aux unités de sens. Le caractère subjectif et interprétatif du codeur a donc été limité.

5.2 Validité externe

Étant donné qu'il s'agit d'une étude de type exploratoire, la généralisation des résultats peut être limitée. En effet, le choix des milieux de troisième ligne, donc milieu de surspécialisation (formation spécifique, clientèle complexe, critères d'inclusion bien définis, etc.), peut possiblement limiter les possibilités de généralisation à des milieux

de deuxième ligne comme lorsque la clientèle diffère quelque peu en termes de degré de sévérité. Par contre, le choix de deux milieux de pratique a permis d'augmenter la taille de l'échantillon et, par le fait même, d'augmenter la transférabilité des données pour un autre milieu semblable (ex. : milieu de troisième ligne). L'expérience variée de 11 thérapeutes provenant de deux milieux différents a permis d'arriver à une compréhension plus exhaustive de la problématique et d'obtenir la saturation théorique.

5.3 Fidélité

Dans le cadre de ce projet, l'utilisation du journal de bord a permis d'assurer la neutralité et l'authenticité des procédures et permis, par le fait même, la reproductibilité de la recherche. La fidélité ou la fiabilité serait assurée par la description explicite des procédures d'observation (Lessard-Hébert, Goyette, Boutin, 1996). Il s'agit de la reproductibilité des résultats dans des conditions similaires (cohérence, exactitude et valeur prédictive) (Poupart et coll., 1997).

En conclusion, la revue des écrits scientifiques exhaustive a permis de poser un regard critique sur les différentes notions scientifiques documentées, sur le matériel codé et analysé (discours des thérapeutes). De plus, tel que mentionné précédemment, le journal de bord a été utilisé afin de documenter l'ensemble des procédures,

d'assurer la transparence du chercheur et, par le fait même, d'augmenter la validité interne et la fiabilité des résultats. L'utilisation du lexique des codes ainsi que l'utilisation de la triangulation des inférences ont permis de respecter les critères de rigueur scientifique, tels que la crédibilité, l'imputabilité procédurale ainsi que la neutralité. Finalement, toutes les procédures de cette recherche ont été détaillées et précisées. La rigueur scientifique ainsi que les critères de qualité d'une recherche qualitative ont été respectés afin d'assurer l'imputabilité et l'objectivité de ce projet de recherche (Lessard-Hébert, Goyette, Boutin, 1996).

6 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

La confidentialité des données obtenues lors des entrevues a été respectée. Les informations confidentielles ont été anonymisées et conservées dans un endroit sécuritaire, puis seront détruites après cinq ans. De plus, la prise de décision éclairée et le consentement libre et éclairé des thérapeutes pour leur participation au projet de recherche ont été assurés. En effet, le but de l'étude, les raisons pour lesquelles le sujet est sollicité ainsi que les moyens utilisés ont été expliqués oralement aux participants. Un formulaire de consentement a été signé. Les sujets ont été informés qu'ils étaient libres de se retirer à tout moment de l'étude. Cette étude ne présentait aucun risque connu pour

les participants de la recherche. Les inconvénients possibles étaient de l'ordre des déplacements et du temps consacré à l'entrevue.

Le projet de recherche a été soumis au comité d'éthique de recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies. Un certificat de respect des règles d'éthique a alors été obtenu (Annexe 7).

CHAPITRE V - RÉSULTATS ET ANALYSE

À la lumière de l'analyse du discours des thérapeutes, les résultats révèlent la complexité de l'intervention auprès d'adolescents TPL en y dévoilant certains aspects positifs ainsi que des difficultés. Cette analyse a permis de faire émerger des facteurs influençant l'intervention pouvant être regroupés en cinq catégories principales : les difficultés spécifiquement liées au trouble de personnalité limite (TPL), les difficultés liées à l'âge de consultation, les difficultés liées au vécu des thérapeutes, les difficultés liées au milieu de soins ainsi que les facteurs atténuant les difficultés d'intervention.

Afin de préserver la confidentialité des participants, les étiquettes indiquant le sujet ainsi que leur profession ont été supprimées des verbatims. Les milieux 1 et 2 sont généralement cohérents dans leur propos et aucune différence significative n'a émergé.

Ce chapitre vise donc à présenter les résultats de cette analyse selon les différents facteurs qui ont émergé.

1 EXPÉRIENCE THÉRAPEUTIQUE AUPRÈS D'ADOLESCENTS TPL : LES FACTEURS QUI RENDENT CETTE EXPÉRIENCE DIFFICILE

Plusieurs facteurs démontrent la complexité de l'intervention auprès des jeunes TPL. Ces facteurs ont été regroupés selon quatre catégories c'est-à-dire les difficultés spécifiquement liées au TPL, les difficultés liées à l'âge de consultation, les difficultés liées au vécu des thérapeutes ainsi que les difficultés liées au milieu de soin.

1.1 Difficultés spécifiquement liées au trouble de personnalité limitée (TPL)

Les premiers facteurs se regroupent autour des difficultés liées spécifiquement au TPL selon la perception et l'interprétation des thérapeutes. Les principaux éléments qui rendent le processus thérapeutique complexe sont les conduites à risque, le clivage, la comorbidité, l'investissement instable dans la thérapie en lien avec les relations interpersonnelles et les situations de crise ainsi que l'abandon prématuré de la thérapie.

1.1.1 Les conduites à risque : gestes suicidaires et automutilation

Les gestes suicidaires et parasuicidaires, comme l'automutilation, constituent une caractéristique non négligeable de l'intervention auprès des TPL émergeant de l'analyse de données. En effet, les thérapeutes

sont conscients de cette problématique et l'anticipent, ce qui est expliqué dans cet extrait :

« Ils sont 50 fois plus à risque de se tuer que la moyenne de la population. On sait que 1 à 3 % de la population présente un TPL. Jusqu'à 15 % de nos ados. On sait que 30 quelque % ont été victime d'abus sexuels. 50 fois plus à risque de se tuer. »

L'intensité — caractéristique de la symptomatologie — et les comportements d'agir demeurent présents dans l'intervention auprès de cette clientèle. Les jeunes réagissent fortement et impulsivement, ce qui engendre parfois des comportements d'automutilation et de suicide causant une mobilisation immédiate du thérapeute. Les gestes suicidaires et parasuicidaires causent donc une difficulté d'intervention significative selon ce qui a été dit par les thérapeutes étant donné que ces comportements font partie intégrante de l'intervention auprès de ces jeunes. Les thérapeutes rencontrés mentionnent qu'il est difficile de prévoir les comportements suicidaires, souvent reliés aux crises, qu'ils doivent demeurer vigilants et qu'ils peuvent devenir facilement envahis par ces patients à haut risque suicidaire.

« Un ou deux cas qui sont à risque suicidaire ou d'automutilation, tu le portes tout le temps, tout le temps tout le temps, même quand tu intervies dans d'autres dossiers qui ne sont pas de ce registre là. Tu dois vivre avec la permanence du fait qu'il peut t'arriver une crise. Il ne faut pas que tu te laisses envahir par tes autres dossiers et que tu ne sois pas assez vigilante, surtout s'ils sont à risque. Oui, c'est une difficulté, particulière. »

Les comportements d'ordre suicidaire sont souvent imprévisibles et soudains, et ce, malgré le suivi entrepris. Les thérapeutes craignent ces comportements, mais ils ne peuvent prévenir les crises ainsi que leurs réactions impulsives liés à leur propre instabilité émotionnelle.

« Tu fais un suivi et tout va pendant deux trois mois, puis tout à coup tu apprends qu'elle vient de consulter en urgence pour automutilation ou quelques choses comme ça ou qu'elle est hospitalisée, tu ne l'as pas vue venir du tout [...] Et là, tu te retrouves avec un patient qui s'est suicidé. »

« Quand j'ai un jeune dans mon bureau, ils sont toujours suicidaires, plus ou moins, est-il assez correct pour que je le laisse partir, faut-il, aujourd'hui, que je demande au psychiatre de le voir? Est-ce que je le dérange pour ça? Est-ce que c'est assez sérieux? C'est la même chose pour les absences. Est-ce que c'est assez sérieux pour que je rappelle ou j'attends qu'elle m'appelle? Le doute. »

De plus, les thérapeutes expliquent qu'ils ne peuvent être certains que la réponse à la situation de crise est suffisante et qu'ils réussiront à prévenir le geste suicidaire. L'instabilité émotionnelle est peu prévisible et pourrait déclencher la crise suicidaire. L'incertitude est au cœur de leurs interventions.

« Tu ne sais jamais, quand tu réponds à leur urgence, bon souvent ça les calme, mais, à d'autres moments, peut-être que ça ne les calme pas. Tu ne sais jamais, dans le fond, la fois qu'il fera quand même le geste suicidaire. Est-ce que j'ai bien répondu à sa demande, est-ce que ça va être suffisant, est-ce que je vais avoir mis tout en place pour qu'il ne fasse pas le geste suicidaire? »

« C'est toujours statistique, le risque, pour chaque patient, ce qui le met à risque, c'est différent. Souvent avec les adolescents, c'est très difficilement prévisible parce qu'il y a un changement d'humeur qui peut être soudain. »

Les gestes suicidaires et parasuicidaires font donc partie intégrante de l'intervention auprès des adolescents TPL et demeurent une particularité importante et non négligeable pouvant rendre l'intervention chez cette clientèle plus complexe quant à la responsabilité professionnelle qu'elle engendre et à la charge émotionnelle qui en résulte. En effet, le caractère imprévisible et soudain de la crise pouvant engendrer des comportements suicidaires peut devenir difficile à gérer par le thérapeute. Ce dernier est conscient du risque élevé de suicide et doit demeurer vigilant, mais, en même temps, conserver une certaine distance pour éviter de se laisser envahir par ses clients. Il s'agit donc d'une difficulté significative quant à l'intervention auprès des adolescents TPL.

1.1.2 Le clivage

Les thérapeutes expliquent que le clivage est une difficulté récurrente dans les groupes de thérapie, auprès des thérapeutes et à travers les différentes équipes de soins. Toujours selon les thérapeutes, le clivage peut être expliqué par une contradiction entre deux schèmes de pensées véhiculées par le jeune à deux personnes (ou plus) ou deux milieux (ou plus) différents pouvant créer des situations de conflits. Avec

les adolescents TPL, les situations de clivage mettent souvent le thérapeute ou l'équipe au centre du conflit, ce qui génère une difficulté supplémentaire comme en témoignent les extraits suivants :

« Si tu as réussi à créer un conflit entre les thérapeutes, ça veut dire que tu es un bon TPL. »

« Quand tu as le clivage au niveau des thérapeutes, c'est plus difficile de s'en dégager. »

« On avait une cliente cette année, elle imaginait que les thérapeutes qui roulaient le groupe de parents étaient en amour l'un et l'autre. Mademoiselle a parti cette rumeur là, donc les 12 autres jeunes se sont mis à parler des deux autres thérapeutes. L'autre est marié, il a un enfant, comment il peut faire ça à sa femme [...], mais, en fait, c'est du clivage. »

Les thérapeutes expliquent qu'il arrive que l'équipe soit divisée à cause du clivage. Les thérapeutes ne se positionnent pas nécessairement de la même manière par rapport à une situation de clivage. Ils peuvent parfois être séduits par le jeune, ce qui engendre des conflits dans l'équipe. Il arrive que certains thérapeutes obtiennent les confidences et la confiance du jeune tandis qu'un autre détiendra peu d'informations ou des mensonges, ce qui peut aussi engendrer des conflits au sein de l'équipe de thérapeutes et un sentiment de colère et d'incompétence chez le thérapeute clivé.

« On sait comment cette clientèle-là pouvait faire sauter l'équipe. C'est sûr que, des fois, ce n'était pas facile de les accueillir à bras ouverts [...] Ils nous en ont fait voir de toutes les couleurs. »

« Plus il y a du personnel, plus il y a des gens qui vont prendre d'un côté ou de l'autre, déchirer l'équipe ou vont séduire certains membres de l'équipe et ils ne se voient pas aller. Et c'est très difficile à gérer. [...] Je trouve que c'était plus difficile de gérer ça. »

« Un thérapeute peut avoir à peu près toute l'information, même les sujets très sensibles, et les autres thérapeutes ont les mensonges, et ils se retrouvent avec l'impression qu'ils ne sont pas de bons thérapeutes. »

Il arrive fréquemment que le jeune soit suivi par plusieurs milieux ou équipes différents. Selon les thérapeutes, l'effet du clivage est présent entre les différents milieux d'intervention. Les jeunes peuvent limiter l'information circulant entre les milieux de soins ou filtrer l'information en leur faveur dans leur milieu familial, ce qui peut, éventuellement, avoir un impact sur l'efficacité des soins tel qu'observé par les thérapeutes :

« C'est sûr que le clivage [...] entre les thérapeutes, entre les lieux d'interventions différents, si on parle en milieu d'hospitalisation versus suivi externe, à l'extérieur d'ici, le clivage, on le voit beaucoup. »

« Il y en a de nos filles qui sont suivies à X. [...] Elles ne veulent pas qu'on parle aux autres thérapeutes, alors là ça joue une intervenante contre l'autre. Ça, c'est très difficile. »

« Ça m'oblige un lien avec l'école constant. Comme là ce matin quand je suis arrivé, bien, elle est dans mon bureau, elle n'est pas contente pour telle affaire, elle prétend que sa mère a donné telle autorisation et la mère ne peut être rejointe. [...] Si je ne fais pas de lien avec l'école [...] elle va trouver des failles dans le cadre et ça ne l'aide pas. »

« Également par rapport aux parents, des fois elles sélectionnent ce qu'elles veulent que l'on dise ou pas. [...] Mais souvent, elles vont dire des choses comme : Oui, mais X m'a dit que c'était correct que je ne fasse pas ma chambre. Oui, sauf ce qu'elles ne disent pas, c'est que tant et aussi longtemps que ton bordel ne va pas à l'extérieur de ta chambre, puis que tu n'accumules pas la vaisselle, puis que c'est propre et que ça ne bouge pas, c'est correct. [...] elle filtre l'info. »

En regard de cette analyse, le clivage devient une particularité dans l'intervention auprès des jeunes TPL qui mérite d'être pris en considération vu les nombreux impacts relationnels négatifs au sein de l'équipe ainsi qu'à travers les différents milieux d'intervention, ce qui peut, par le fait même, diminuer l'efficacité des soins et engendrer des émotions négatives chez les thérapeutes.

1.1.3 La comorbidité

À travers le discours des thérapeutes, certaines comorbidités sont nommées, soit la dépression, la toxicomanie, le trouble alimentaire. Elles peuvent rendre l'intervention d'autant plus complexe vu la symptomatologie ajoutée des autres pathologies, les conduites à risque augmentées ainsi que les difficultés liées à la priorisation d'objectifs.

« Les troubles de personnalité limite isolés, à mon avis, ça n'existe pas. C'est toujours accompagné d'autres choses. Le trouble alimentaire, c'en est un gros. L'idée, c'est d'être capable de travailler toutes les choses un peu en parallèle, trouble de toxico, trouble alimentaire. [...] Mais je te dirais qu'il y en a là-dedans qui consomment beaucoup. Ça rend encore plus difficile l'intervention avec ce genre de filles. »

« Parce que travailler avec un trouble borderline, c'est travailler pendant des années, parce qu'ils ont plusieurs syndromes. »

La comorbidité présente chez les TPL est vue comme une forme de risque supplémentaire de conduites suicidaires chez les TPL.

« Gestes suicidaires et parasuicidaires souvent plus graves. L'alcool, la drogue, les troubles alimentaires. Les jeunes ont des difficultés perceptuelles, ils ne savent pas ce qui est bon pour eux. La promiscuité sexuelle, la conduite automobile. Bien, des comportements alimentaires. Alors, c'est une forme de risque. »

Donc, selon les thérapeutes, la comorbidité peut devenir un obstacle supplémentaire dans l'intervention auprès de ces jeunes TPL vu la gestion du risque suicidaire qui devient encore plus complexe et les difficultés à départager les différentes problématiques.

1.1.4 L'investissement dans la thérapie : oscillation entre le désir d'être en relation et le désir de détachement

L'investissement dans la thérapie oscille entre le désir d'être en relation et le désir de détachement, selon l'analyse du discours des thérapeutes. En effet, les relations chaotiques et instables que vivent les jeunes TPL dans leur quotidien ont des répercussions dans la relation thérapeutique étant donné que leur investissement fluctue constamment en fonction de leurs émotions, des événements extérieurs, des crises et des situations d'urgence. Bien qu'il s'agisse de caractéristiques en lien avec la pathologie comme telle, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit

d'une particularité supplémentaire observée par les thérapeutes concernant l'intervention auprès de cette clientèle.

En effet, l'analyse révèle que les jeunes pourraient soudainement vouloir bâtir une relation solide et, ensuite, repousser le thérapeute, comme en témoigne l'extrait suivant :

« Ils sont tellement souvent chaotiques, au niveau du lien, ils sont très près ou ils te repoussent. »

Ces adolescents TPL pourraient se sentir compris momentanément et dévoiler plusieurs éléments significatifs rapidement.

« Une des premières entrevues d'évaluation avec un parent ou un adolescent qui devient très vite en confiance [...] pour me flatter, pour me dire à quel point, enfin, il est compris par quelqu'un, pour me révéler beaucoup de choses dans une première entrevue. »

« Tu as la sensation d'être le sauveur, le thérapeute miracle, il n'y a personne qui l'a compris jusqu'à maintenant, tout le monde l'a mal compris et toi tu vas faire la bonne chose. »

Puis, bien que ces adolescents puissent imaginer leur thérapeute comme le « sauveur », ce dernier peut rapidement devenir « incompetent » à leurs yeux, ce qui influence leur engagement dans la thérapie. Ils peuvent, en effet, se sentir totalement incompris par leur thérapeute, le même qui les comprenait pourtant si bien quelque temps auparavant, tel que le démontre cet extrait :

« Ça, c'est ma meilleure, une de mes patientes m'a dit : l'ambulancier m'a parlé 5 minutes, mais en 5 minutes, il m'a plus compris que toi depuis 6 mois. »

Dans cet extrait, le thérapeute justifie ce phénomène en mentionnant que les adolescents peuvent avoir de la difficulté à formuler leurs attentes et leur mécontentement envers leur thérapeute. D'ailleurs, il est dit que, bien que la relation thérapeutique semble bonne, il arrive fréquemment que les jeunes se confient peu aux thérapeutes.

« Les études montrent que les adolescents qui ont des idées suicidaires vont parler aux amis, mais très peu aux adultes significatifs. On le sait, on a des ados qui ont fait des tentatives de suicide en cours de suivi ici alors que c'est spécifiquement pour ça qu'on les voit. [...] Et ils ne nous le diront pas. Des patients avec qui on avait l'impression d'avoir une bonne relation. »

Les thérapeutes expliquent donc l'ambivalence et l'irrégularité des adolescents TPL, en lien avec leur engagement et leur intérêt à venir en thérapie, par l'état émotionnel qu'ils vivent au moment présent.

« Je te dirais que ce n'est pas évident de retenir ces jeunes-là en traitement parce qu'ils sont très instables. Leurs actions sont modulées par l'émotion du moment présent. »

D'ailleurs, le chaos dans la relation est souvent modulé par les émotions en lien avec les modifications de la routine quotidienne. Ainsi, certains moments de l'année peuvent influencer l'investissement du jeune dans la thérapie dû aux événements qui y sont liés (ex. : école). Par exemple, l'anxiété reliée à l'école serait élevée chez ces jeunes et

pourrait influencer leur investissement dans la relation thérapeutique. D'ailleurs, il est observé par les thérapeutes que, durant la période estivale, il y a plus d'adolescents TPL qui s'absentent des thérapies étant donné que l'école est terminée, qu'ils se sentent mieux et moins anxieux. Il y a, par le fait même, moins de situations de crises.

« Parce qu'il y a le soleil et qu'il fait beau, et surtout parce que c'est les vacances et qu'il n'y a plus d'école. L'école, c'est assez stressant pour eux. Ça arrive souvent l'été qu'ils commencent à ne plus venir, qu'ils commencent à manquer les rendez-vous. Plus besoin de la thérapie. »

La thérapie serait donc marquée par une oscillation continue entre un intérêt intense d'être en relation et le désir de tout abandonner, de se détacher. D'ailleurs, selon les thérapeutes, la fluctuation de l'investissement dans la thérapie en fonction des émotions du moment présent et les états de crise amènent les jeunes TPL à remettre, sans cesse, le cadre de la thérapie en doute. Vu l'oscillation entre le désir d'entrer en relation et celui de laisser tomber, les thérapeutes expliquent que les rendez-vous, la prise de médication, leur relation avec les jeunes, les objectifs d'intervention, les stratégies offertes et le plan de traitement sont continuellement remis en question, ce qui peut générer, par le fait même, des frustrations chez le thérapeute.

« Bien, c'est frustrant quand il faut que tu remettes toujours la thérapie en doute. Il y a beaucoup d'agissements au niveau du cadre de la thérapie, beaucoup d'abandons carrément. »

« Il me semble qu'on s'était entendu sur quelque chose puis là, tu dis oui, puis deux heures après c'est le contraire. »

Les jeunes TPL sont donc constamment ambivalents quant à leur investissement dans le processus thérapeutique tant au plan relationnel que de l'intervention, ce qui peut être influencé par les émotions du moment et leur sentiment d'être compris ou non par leur thérapeute. Cette instabilité est perçue par les thérapeutes comme un facteur rendant le processus thérapeutique difficile.

1.1.5 L'investissement thérapeutique et les situations de crise

En plus d'être chaotique et ambivalent, le jeune se présente régulièrement en thérapie en situation de crise, autre que celles induites par des comportements suicidaires, ce qui influence considérablement l'objectif de l'intervention prévu.

« Ils sont d'une crise à l'autre; si ce n'est pas le chum, c'est l'école, si ce n'est pas l'école, c'est parce que maman ne veut pas qu'elles sortent. Il faut comprendre que le monde qui présente des troubles de personnalité limite va d'une crise à l'autre, alors ça devient leur quotidien. »

Les adolescents TPL auraient tendance à s'engager davantage dans l'urgence ou en situation de crises. Ils nécessiteraient une prise en charge rapide et immédiate. Lorsque la situation de crise disparaît, le jeune ne ressentirait plus le besoin de venir en thérapie, bien que le

thérapeute puisse demeurer soucieux ou inquiet comme le justifient ces extraits :

« Je pense que c'est ça qui est particulier avec cette clientèle-là, ils sont toujours engagés dans l'urgence. Quand ça va bien, ça va être ces jeunes-là qu'on ne verra plus en thérapie, on n'aura plus d'appels et c'est nous qui relancerons, parce que nous serons inquiets parce que la semaine d'avant il y a eu une crise, là il n'y a plus rien et il n'y a plus d'appels »

« Ce qui arrive avec le TPL souvent, surtout à l'adolescence, c'est que, quand ils se sentent bien, quand ça va bien pendant un long bout, il commence à rejeter la thérapie, comme quelque chose qui ne lui appartient plus, comme une partie de lui qui rejette en même temps. »

« Nouvelle crise, ils vont demander. C'est souvent dans ces moments-là qu'on va revoir ces jeunes-là. Dans des situations où ça ne va pas bien, ou il y a eu des pertes, ils vont revoir le médecin, ils vont demander à reprendre le suivi ici. »

La tendance des adolescents à s'engager davantage en situation de crise, engendre, par le fait même, une mobilisation importante et rapide des thérapeutes pour répondre aux besoins du moment, ce qui peut devenir demandant selon les thérapeutes. Les jeunes TPL vont alerter le réseau et les thérapeutes en situation d'urgence ce qui peut créer une charge émotionnelle importante.

« C'est toujours en urgence [...]. Ils peuvent t'envoyer promener. [...] après qu'ils ont tout déchargé leurs problèmes sur toi, ils se sentent bien, mais toi tu es pris avec. Je pense que c'est ce que je trouve le plus difficile avec cette clientèle-là. »

« Alors, tu es obligé de te mobiliser. Même en dehors des situations de crises où bon, là, ça éclate, faut placer... Ça demande beaucoup. Ils sont très attachants, mais ils sollicitent beaucoup. »

« Oui, ça mobilise beaucoup par bourrée je dirais. Puis là, c'est tout de suite. Les parents sont comme les jeunes, c'est intense, tout de suite. Il faut apaiser [...] Ça demande beaucoup. »

L'intensité des réactions et les nombreuses crises génèrent donc une mobilisation importante chez le thérapeute, l'amenant lui aussi en état d'alerte constante.

Également, comme il a été soulevé sur le plan de la relation thérapeutique, l'intensité de leurs réactions et l'instabilité en lien avec l'état émotionnel amènent les jeunes TPL à faire plusieurs demandes, souvent jugées déraisonnables, qui amèneraient parfois le thérapeute à devoir modifier son horaire, s'investir davantage et se mobiliser rapidement pour maintenir la continuité des soins.

Une adolescente dit :

« Oh oui oh oui, j'aime ça ces affaires-là dont on parle. Je vois mon éducateur demain, il faut absolument que tu lui envoies ça. [...] Je lui ai dit, regarde, c'est parce que là il est 6 heures et ton école commence à 8 h demain matin. [...] Donc, je suis arrivée plus tôt à mon bureau ce matin-là pour taper les trucs discutés. »

« Quand j'ai eu ma petite, écoute, je me suis absenté 3 jours pour congé parental. Il y en a une qui m'a dit tu es vraiment égoïste, comment tu penses à avoir un enfant à ce moment-ci de ma vie quand, moi, je suis tellement en détresse. »

Par le fait même, le jeune peut rapporter certaines informations fausses et nécessiter alors une marche arrière dans l'intervention due à l'instabilité émotionnelle.

« Mais vient l'idée de vérifier avec l'école ses présences et ce n'était pas du tout ce qu'elle nous disait. Il a fallu faire marche arrière, prévenir les parents, ce qui a généré beaucoup d'intervention. Je dirais que, le défi, c'est qu'ils sont très instables. »

Donc, ces jeunes présentent des oscillations émotionnelles, de l'instabilité et de l'intensité dans leurs réactions et vivent de nombreuses situations de crises. L'ensemble de ce portrait amène le thérapeute à devoir travailler à maintenir le lien dans la relation et à se mobiliser continuellement pour répondre aux besoins du moment et pour assurer la continuité des soins. De plus, des différences quant à leur réalité sont constatées et pourraient possiblement influencer la mise en place d'objectifs communs et significatifs pouvant influencer l'intérêt à s'investir dans la thérapie et maintenir le lien. Il s'agit d'une particularité significative quant à l'intervention auprès de ces jeunes.

1.1.6 Abandon de la thérapie

Les thérapeutes rencontrés ne s'entendent pas pour dire que le taux d'abandon — soit l'arrêt prématuré de la thérapie — soit significativement élevé lorsque des questions leur sont adressées. En fait, peu de liens directs sont établis par les thérapeutes quant à

l'abandon thérapeutique. Bien qu'ils s'entendent pour dire que le lien thérapeutique demeure fragile, les jeunes se présenteraient généralement en thérapie. Par contre, les thérapeutes expliquent qu'ils ont tout de même tendance à s'absenter davantage qu'une autre clientèle. Comme mentionné précédemment, l'état émotionnel du jeune ainsi que les événements qui s'y rattachent influencent définitivement l'assiduité aux rencontres.

« En fait, on a un taux d'assiduité de 96 %. [...] L'assiduité, je te dirais qu'en général ça va, mais c'est sûr qu'il y en a qui ont tendance à s'absenter. »

« Il y a beaucoup d'annulations? Quand même, mais est-ce qu'il y en a plus qu'avec d'autres clientèles, je ne saurais pas te dire, pas nécessairement. »

D'ailleurs, l'engagement thérapeutique en début de suivi serait plus fragile. Un des participants explique que les jeunes s'absentent rarement du groupe, bien qu'il y ait davantage d'absents dans les débuts de suivi, dû au voyageur par exemple, mais que, par la suite, une fois embarqués, ils poursuivraient le groupe jusqu'à la fin.

« C'est vraiment rare que les jeunes vont manquer leur groupe ou leur thérapie. L'engagement, au début, des fois, c'est difficile, je dirais que ça arrive souvent qu'ils vont manquer les premiers rendez-vous ou deux mettons, on voit plus d'annulations, mais une fois qu'ils sont embarqués, ils viennent. Ce qu'ils disent, c'est que le voyageur est long. »

En regard à cette analyse, l'état émotionnel du jeune, les situations de crise ainsi que les émotions vécues en lien avec les

événements (ex. : école) influencent considérablement l'investissement du jeune dans le lien thérapeutique. La thérapie serait, en quelque sorte, un objet jetable, un objet de leur vie parfois essentiel et d'autres fois non significatif. Le jeune oscille entre le désir d'être en relation et d'abandonner. L'instabilité et l'intensité qu'il vit peut le faire balancer d'un extrême à l'autre; d'une crise l'amenant à consulter à un état émotionnel calme l'amenant à tout abandonner.

1.2 Difficultés liées à l'âge de consultation

Dû au fait qu'ils sont adolescents, des particularités spécifiques de l'âge sont observées par les thérapeutes.

1.2.1 La famille : une charge supplémentaire

L'intervention auprès des jeunes TPL inclut un réseau plus large constituant, entre autres, l'environnement familial. Étant donné qu'il s'agit d'adolescents, il arrive fréquemment que les thérapeutes travaillent en étroite collaboration avec la famille. Il s'agit, par ailleurs, d'une difficulté qui a émergé de l'analyse de l'intervention auprès des jeunes provenant notamment de milieux difficiles.

En effet, il arrive que les parents du jeune souffrent aussi d'un diagnostic de TPL, ce qui crée un second niveau d'intervention, c'est-à-

dire le travail auprès de l'adolescent TPL en étroite collaboration avec le parent.

« Tu peux dire que dans ton "case load" tu as toujours un parent ou l'autre qui a un état limite »

Il s'agit, par le fait même, d'une charge de travail supplémentaire, car les parents, souvent TPL, demandent pratiquement autant de temps et d'énergie en termes de mobilisation du thérapeute que leur jeune.

« Ce sont des parents qui sont très demandant. On se disait toujours il suffit d'en avoir un dans un case load de 25-30-35, puis il y a des moments de crise où ça te prend, peut-être, 20 % de ton temps semaine. »

Étant donné les nombreuses crises et les comportements que présentent les jeunes, les parents sont constamment en réaction et en état d'alerte. Les jeunes font réagir leur milieu, les parents s'inquiètent et se réfèrent aux thérapeutes, soit les thérapeutes du jeune. Les thérapeutes doivent donc atténuer l'anxiété de la famille et du réseau.

« Les crises, les crises une à la suite de l'autre. Les parents sont en crise. Ça ne cesse alors, c'est ça. »

« Mais il y a plus d'appels de parents en détresse. Des parents qui savent plus quoi faire, des mères désespérées. Il y a beaucoup plus d'excès de colère avec les TPL qu'avec les autres, donc ça saute régulièrement à la maison. J'ai beaucoup de courriels puis de téléphones »

En effet, en conséquence de leur propre intensité, les jeunes provoquent des réactions dans leur environnement, demandant ainsi au thérapeute de se mobiliser.

« Puis, quand ce n'est pas les parents ou l'adolescent lui-même qui sollicitent beaucoup, c'est tout l'environnement, parce qu'ils font réagir tout le monde en conséquence de leur propre intensité, alors c'est sûr que ça mobilise. »

« C'est sûr que c'est une clientèle qui est très demandant, les jeunes autant que les parents. »

L'intervention auprès des adolescents devient alors beaucoup plus large que le suivi individuel hebdomadaire. Il s'agit d'intervention auprès du jeune et de toute sa famille, où des situations de crise émergent soudainement et dont l'intervention doit être immédiate. La charge de travail demeure significativement élevée.

1.2.2 Les multiples milieux d'interventions

Plus précisément en lien avec l'âge de consultation, travailler avec la clientèle TPL prendrait un temps considérable, selon les thérapeutes, en raison des multiples communications avec les milieux comme le milieu scolaire, les thérapeutes des CLSC ou d'ailleurs, l'environnement familial, etc.

« Un enfant qui a un trouble de personnalité peut prendre, en termes de temps, deux fois plus de temps. Il faut parler avec le jeune, avec les parents, avec l'école, avec les centres jeunesse, il y a plus de monde impliqué, à intervenir avec plusieurs systèmes. »

Conséquemment aux sections précédentes, il est possible de comprendre que l'intervention auprès de ces adolescents est complexe et multifactorielle. Il s'agit donc de thérapies de longue durée, nécessitant de la patience et de la persévérance pour arriver à maintenir le lien, assurer la continuité des soins et permettre au jeune et à sa famille de progresser positivement.

1.3 Difficultés liées au vécu des thérapeutes

L'analyse du discours des thérapeutes a permis de comprendre l'impact des difficultés mentionnées précédemment sur le vécu des thérapeutes. En effet, plusieurs éléments émergent en lien avec la charge émotionnelle ressentie, le sentiment d'incompétence, la mobilisation, l'investissement et l'épuisement.

1.3.1 L'intensité dans les émotions

L'attachement et le détachement apparaissent au cœur du vécu des thérapeutes rencontrés. En effet, la distance thérapeutique est parfois difficile à prendre étant donné qu'il s'agit d'une clientèle qui demande de l'investissement en termes de temps, d'énergie et de

charge émotionnelle. Tel que constaté dans les différents verbatims présentés précédemment, les jeunes TPL font vivre aux thérapeutes des émotions intenses.

En effet, les adolescents TPL sont reconnus pour faire vivre chez leur thérapeute toutes sortes d'émotions intenses et négatives (colère, impuissance, découragement, etc.) qui les amènent à réagir fortement. Les thérapeutes peuvent parfois être choqués, parfois touchés, ce qui amènerait une haute charge émotive à leur travail.

« Ils peuvent nous faire sortir de nos gonds rapidement. »

« J'ai déjà entendu quelqu'un dire : si tu parles à quelqu'un pendant cinq minutes et qu'après cinq minutes tu as envie de lui envoyer une claque en pleine face, tu sais que tu es devant un borderline. »

« Il faut, dès le début, être ouvert, souvent on peut voir des choses qui peuvent venir choquer nos valeurs ou nos façons de faire. [...] la façon de diagnostiquer un borderline, tu as juste envie de les secouer. Je dirais que des fois j'ai cette réaction-là : "qu'est-ce que tu fais, pourquoi tu fais ça". C'est vrai, qu'ils peuvent venir nous chercher plus qu'un jeune qui ne présente pas des choses qui les mettent à risque. Ils ne voient pas le risque, d'une façon "accured"... ils n'ont pas une bonne perception. »

Les jeunes TPL font donc vivre plusieurs émotions aux thérapeutes causées principalement par leur instabilité et le clivage. Il s'agit d'une clientèle qui amène le thérapeute à se mobiliser et à s'investir davantage sur le plan professionnel, mais qui génère, par le

fait même, une charge émotionnelle significative qui peut parfois devenir lourde pour le thérapeute.

1.3.2 Incompétence et impuissance professionnelles

Suite aux nombreux échecs de la thérapie, à la fatigue accumulée et au débordement, il arrive que le thérapeute se sente incompétent, voire impuissant. En effet, parmi tous les thérapeutes rencontrés, un sentiment d'impuissance et de découragement est parfois généré à la suite d'interventions non réussies ou d'un investissement plus important de la part des thérapeutes que des jeunes.

L'adolescent met parfois en doute la compétence de son thérapeute. Les jeunes TPL disent parfois les choses directement, qu'elles soient considérées comme positives ou négatives, et peuvent créer chez le thérapeute des émotions désagréables.

« Ils ont souvent tendance à venir nous chercher. Je me suis déjà fait dire au début que toi tu es juste un stagiaire, tu fais juste commencer. »

En effet, les thérapeutes rapportent, entre autres, que les relations chaotiques peuvent les amener à s'interroger sur leurs compétences en lien avec l'engagement thérapeutique et doivent déployer beaucoup d'énergie afin de maintenir l'alliance. Ils peuvent

avoir l'impression que leur intervention s'est avérée inefficace ou qu'elle n'a pas répondu adéquatement à la demande du jeune.

« Tu mets tout en place. Bon, une rencontre avec le médecin, tu en parles avec l'intervenant, parce que tu viens d'avoir l'appel du jeune et ça ne va pas bien. Puis là, quand ils vont rencontrer le médecin ou qu'ils vont rencontrer le thérapeute primaire, il y en a plus de problèmes. Ah ah ah Des fois tu te dis, bon là, c'est tu moi qui a mal compris au téléphone? On a souvent, ce sentiment-là, d'être incompetent. Ils nous amènent souvent à se questionner sur nos compétences, est-ce que j'ai bien compris la problématique, est-ce que c'est ça qu'ils voulaient dire? »

Ce sentiment amène parfois l'envie de déléguer, de lâcher ou de transférer le patient. Le thérapeute peut avoir le goût de tout abandonner en pensant que rien ne fonctionnera ou qu'un autre thérapeute pourrait faire mieux.

« Tu as comme envie de dire, bien là ça, c'est trop, ça marche pas, je pense que tu es mieux d'aller voir un autre thérapeute. Puis c'est ça qui est dur. »

L'instabilité et l'ambivalence que vivent les adolescents atteints d'un trouble de la personnalité limite, les régressions (dont les tentatives de suicide) multiples ainsi que les attentes que se forment les thérapeutes peuvent créer de l'impuissance professionnelle. Selon ces thérapeutes, la progression se fait petit à petit.

« Bon, les parents se sentent impuissants, mais, nous, des fois, on se sent impuissant par rapport à des situations. On dirait que ça n'avance pas, on dirait qu'on tourne en rond. »

« On sent que c'est beaucoup, on sent que c'est lourd. On sent qu'on va faire un petit pas, mais peut-être pas tous, il y a des choses qui nous dépassent, qui nous échappent, je veux dire, ça fait partie de, je dirais, d'un contexte de vie. »

De plus, autant qu'il peut vivre des frustrations et se sentir incompetent dans la relation thérapeutique, autant le thérapeute peut ressentir de l'impuissance professionnelle quand le jeune refuse soudainement l'intervention ou le contact.

« Ce qui est le plus frustrant, une semaine auparavant, tout marchait bien, elle était contente, tout est correct, elle était préparée pour la rencontre suivante, et là tu te retrouves devant quelqu'un qui refuse d'entrer en contact, c'est le plus frustrant, c'est l'impuissance professionnelle. »

Les thérapeutes vivent donc des sentiments d'impuissance et d'incompétence professionnelle à plusieurs niveaux, ce qui ne rend pas l'intervention simple en soi. D'ailleurs, les attentes et les objectifs que formule le thérapeute semblent accentuer ces sentiments.

En regard avec cette dernière idée, il émerge, de l'analyse du discours des thérapeutes, l'importance d'être capable d'admettre ses erreurs, d'être humble quant aux réussites et aux échecs possibles des différentes interventions.

« Je pense que ça prend de l'humilité aussi, parce que si tu n'es pas capable d'admettre que, oui, tu n'es peut-être pas très bonne actuellement, très efficace, que tu es continuellement sur la réussite. »

« Pis un moment donné, disons que ça te prend beaucoup d'humilité »

1.3.3 Réalisme des attentes et objectifs

À travers l'analyse des entrevues et les difficultés mentionnées auparavant, des difficultés en lien avec les objectifs et attentes de l'intervention émergent. Un objectif dit « normal » pour une autre clientèle semble devenir utopique auprès des jeunes atteints d'un trouble de la personnalité limite. Le mot utopique est possiblement fort, mais semble imager la réalité des thérapeutes. En effet, les thérapeutes formulent des attentes et des objectifs réalisables au moment où ils rencontrent le jeune (ex : se présenter en thérapie ou à l'école). Par contre, tel que discuté précédemment, les jeunes vivent dans un balancier continu entre l'engagement et le désengagement, dans une instabilité constante, dans une oscillation émotionnelle continue limitant la possibilité d'objectifs durables dans le temps vu le travail consacré principalement sur le lien d'investissement dans la thérapie.

« Quand tu t'attends à ce qu'il y ait un bon contact, quand tu t'attends qu'il y ait une assiduité, une motivation permanente. Quand tu formules des attentes, disons, qui sont cohérentes dans un autre modèle théorique par exemple, avec la thérapie, quand tu t'attends qu'il y ait une participation, quand tu t'attends qu'il ait un engagement, qu'il y ait cette stabilité-là, des efforts, et tu arrives avec, disons, l'enjeu majeur de... continuer la thérapie [...]. Tous nos efforts sont orientés pour maintenir la relation thérapeutique. C'est frustrant. »

D'ailleurs, le thérapeute peut vivre un sentiment d'impuissance et d'incompétence si les attentes formulées, de part et d'autre, ne sont pas atteignables. Ces dernières peuvent être trop élevées pour la disponibilité du jeune, non prioritaires pour lui étant donné que ses besoins fluctuent rapidement dans le temps.

« J'ai vécu des moments frustrants, j'ai vécu des moments difficiles. [...] C'est frustrant, surtout quand tu as des attentes qui ne sont pas réalistes. »

« Selon moi, la difficulté principale provient de la non-concordance entre les attentes du thérapeute et puis la réalité. Si tu t'attends d'avoir plus de succès, et ça ne marche pas, d'être réaliste dès le début. Son état va s'améliorer, mais tu ne vas pas savoir pourquoi, tu vas te dire, est-ce que c'est à cause de ma thérapie, est-ce que c'est parce qu'il fait chaud, est-ce qu'elle a rencontré un gars et la relation marche, elle va s'améliorer, elle va se détériorer, et tu vas avoir l'impression que tu n'auras aucun contrôle sur ça. »

D'ailleurs, selon les thérapeutes, l'établissement d'attentes moins élevées favoriserait un sentiment de satisfaction plus grand étant donné qu'il arrive fréquemment que le jeune surpasse les attentes émises. De plus, vu l'instabilité du jeune, les risques d'abandon élevés et les régressions possibles, il est nommé par les thérapeutes que croire en

leurs patients favorise une évolution positive, permet d'établir des objectifs réalistes et vivre, possiblement, un sentiment de compétence et de réussite.

« Chaque fin d'année, on est toujours épatés. Parce que, nous autres ici, on ne met pas vraiment la barre trop haute, je dirais qu'on est réaliste avec ce qu'on pense que les jeunes peuvent atteindre. À la fin, on est toujours épatés parce qu'ils ont toujours surpassé ce qu'on attendait. »

Donc, les attentes du thérapeute vis-à-vis du jeune semblent être en étroite relation avec le sentiment de satisfaction ou, au contraire, l'impuissance et l'incompétence ressenties par le thérapeute, bien que d'autres facteurs puissent aussi renforcer ces sentiments.

1.3.4 Sentiment de débordement et d'épuisement

Conséquemment au caractère intense de l'intervention auprès de ces jeunes, c'est-à-dire aux nombreuses crises et comportements suicidaires demandant une mobilisation immédiate et efficace, la gestion de crises et le soutien familial nécessaire ainsi que les nombreuses émotions qui en résultent, il émerge de l'analyse du discours des thérapeutes un sentiment de débordement, de la fatigue et un sentiment d'être « dépassé ». Ce sentiment émerge de leur réalité clinique et semble être accentué par plusieurs facteurs, dont les difficultés d'accommodation de l'administration ainsi que par le manque de ressources, thèmes qui seront abordés ultérieurement.

« Puis des fois tu es débordé. [...] je suis dans une période où j'ai moins de dossiers. Puis mes dossiers sont moins envahissants parce que je peux absorber les moments de crises. Je n'ai pas cinq crises en même temps. [...] Il y a beaucoup de demandes. Donc, si tu n'as pas les conditions, le temps nécessaire pour prendre cette distance. Je dirais que c'est ça les difficultés. »

Il émerge donc un sentiment de débordement principalement attribué aux crises soudaines et nombreuses. En plus du sentiment de débordement que vivent les thérapeutes, il peut émerger un sentiment d'épuisement pouvant influencer leur travail et leur sentiment d'être compétent.

Les thérapeutes peuvent vivre des sentiments négatifs comme la colère, et rapportent un sentiment de débordement important qui résulte en une fatigue importante chez les professionnels travaillant auprès de ces adolescents TPL. Spontanément, il ne s'agit pas de clientèle bien aimée selon eux.

« Même quand on pense à d'autres intervenants, il nous présente le cas vraiment d'une façon tellement noire, pas tellement positive, tu vois qu'ils sont fatigués. Ce n'est pas une clientèle qui est bien aimée. »

Les thérapeutes demeurent des outils essentiels à la réussite de la thérapie et doivent d'être en bon état physique et psychologique. Les thérapeutes ressentent ce sentiment d'épuisement et puis tentent d'y remédier en prenant des vacances ou du temps pour eux.

« Puis, si tu as des vacances puis que tu récupères à moitié, tu ne passeras pas à travers ces temps-là. Quand j'arrive à Noël, moi, habituellement, je suis assez claqué. Puis quand j'arrive aux vacances d'été, là, il faut que ça s'arrête. »

« L'année passée, on était essoufflé au niveau de l'équipe parce qu'on en avait comme trop pour la capacité, puis on s'est aperçu qu'on était essoufflé, puis à bout de souffle personnel, puis on a comme pris du recul. [...] j'ai réalisé comment c'est important pour nous de garder nos propres filets de sécurité [...] de faire attention à nous autres, parce qu'on est des outils. »

Donc, il est intéressant de constater que ces sentiments de débordement et d'épuisement résultent principalement des nombreuses crises et de l'instabilité présente chez les jeunes TPL, mais aussi des contraintes des milieux. Ces jeunes prennent du temps en termes d'énergie, de temps physique et psychologique et peuvent amener le thérapeute à s'épuiser. Néanmoins, le travail d'équipe ainsi que des aménagements au plan organisationnel et de l'horaire semblent aider les thérapeutes, facteurs qui seront abordés davantage dans la section suivante.

1.4 Difficultés liées au milieu de soins

Des particularités ont été démontrées en lien avec les contraintes institutionnelles et administratives. En effet, il est nommé par les thérapeutes que l'intervention auprès des jeunes TPL est complexe et exigeante en termes de temps et de ressources et que la réalité

administrative appuie peu ces demandes, créant ainsi des frustrations et une charge émotionnelle supplémentaire chez le thérapeute.

Un taux de plus en plus élevé d'attrition dans les équipes est répertorié et semble être lié, entre autres, au manque d'appui financier et soutien émotionnel de la part de l'administration du milieu de soins.

« Il y a un sous-financement important, et ce que les dirigeants ne semblent pas comprendre, quelque chose qui n'est pas traité maintenant, ça va coûter dix fois plus cher plus tard. [...] Il y en a qui calculent qu'un individu avec un TPL, non traité plus tard, ça va coûter jusqu'à trois millions à la société. »

« Les choses qui me frustrent beaucoup, c'est l'environnement hospitalier, les règles, les choses administratives. »

1.4.1 Contraintes institutionnelles

L'intervention auprès de jeunes souffrant d'un TPL qui, tel que discuté précédemment, demande énormément au plan thérapeutique en termes de ressources mobilisées, de temps investis, de souplesse d'intervention, de responsabilités cliniques et de charge émotionnelle, ne semblerait pas concorder avec la réalité administrative, prônant une approche surtout centrée sur l'efficacité. D'ailleurs, selon les thérapeutes, suivre en thérapie un patient TPL prendrait, en termes de temps clinique, autant d'heures que trois ou quatre autres patients généralement vus en pédopsychiatrie, ce qui semble très peu considéré au plan administratif comme en témoigne cet extrait.

« Alors, un borderline que tu vois, à mes yeux, en troisième ligne, vaut mettons trois ou quatre patients au régulier. Ça, c'est vrai en clinique et tout le monde s'entend, mais ce n'est pas vrai au niveau de l'administration. »

Les thérapeutes sentent peu d'appui de la part de l'institution. La demande d'efficacité et de productivité est présente un niveau de l'administration, qui semble peu considérer la réalité clinique. Les thérapeutes sentent qu'ils déploient beaucoup d'énergie dans leur travail, mais ne sentent pas qu'ils ont les ressources pour arriver à répondre à la demande administrative. Ils ressentent un manque de compréhension de la part de l'organisation supérieure.

« La réalité clinique n'appuie pas une demande administrative. »

« Il faut que tu t'épaules plus que juste sur ce qui est ici dans l'institution parce que ce n'est pas l'institution qui va t'aider. »

Les thérapeutes sentent donc peu d'appui de l'institution, ce qui génère des frustrations et des sentiments d'incompréhension.

1.4.2 Manque de ressources et attrition

Le recrutement de professionnels en pédopsychiatrie principalement avec les adolescents atteints d'un TPL est difficile. Il y a peu de thérapeutes qui souhaitent travailler avec une clientèle difficile et exigeante. L'impulsivité ainsi que les risques suicidaires élevés sont un

des facteurs qui semblent influencer la difficulté de recruter des thérapeutes.

« C'est une clientèle avec qui il est difficile de travailler. Ils peuvent vraiment venir te chercher, te heurter. Pour être honnête, il y a des emplois qui sont plus faciles et plus payants, de travailler en privé, et se faire le double avec la moitié du travail, ça attire beaucoup de monde. »

« Mais je pense aussi que ce n'est pas pour rien qu'il y a beaucoup de mes collègues qui refusent de voir des TPL. Il y en a plein qui n'aime pas ça, ils ne veulent pas voir ça, c'est du monde qui a trop de problèmes, ils sont trop impulsifs, il y a trop d'affaires qui bougent, pis en plus de ça, c'est des ados. »

« Il n'y a pas beaucoup de thérapeutes qui pour x raisons ne veulent pas les traiter à cause du risque suicidaire élevé. »

Considérant la lourdeur de la clientèle et le manque de soutien, il a été dit que les thérapeutes quittent les équipes cliniques de TPL. Certains cas d'épuisement sont observés. Les conflits au sein de l'équipe, les frustrations occasionnées par les exigences administratives ainsi que l'attrait de la clinique privée sont des raisons nommées par les thérapeutes.

« La majorité du monde qui est partie de notre équipe, c'est pour aller en [clinique] privée. »

L'attrition dans les équipes deviendrait un problème de plus en plus important, étant donné la main-d'œuvre pratiquement inexistante et la charge de travail supplémentaire aux thérapeutes demeurant dans l'équipe. En effet, lors d'un départ, les clients sont partagés entre les

différents thérapeutes restant, ce qui augmente leur nombre de patients et les risques de débordement.

« Depuis quelques années, ça devient de plus en plus compliqué puisqu'on était une grande équipe. L'équipe se rapetisse d'année en année. Il y a beaucoup de personnes qui sont parties, congé de maternité, on a même eu un décès. »

« Ça fait 7 ans et demi que je suis ici et ça fait 7 ans et demi que c'est de même (débordement). [...] Ç'a amené le départ de plusieurs personnes, oui. [...] Je pense que, quelqu'un qui quitte, il quitte dans un découragement. Vouloir faire plus [...], mais de ne pas être écouté. C'est facile d'être brûlé avec cette clientèle-là, très facile. Il y a une pénurie de thérapeutes en santé, mais il y en a une plus grande avec des clientèles difficiles comme les borderline. »

De plus, le manque de ressources est vu comme une difficulté quant à la qualité des soins donnés. En effet, les groupes sont moins nombreux, des listes d'attente se forment et l'épuisement des thérapeutes augmente.

« On a des listes d'attente. [...] on a des demandes et des demandes. Parce que personne ne veut les traiter ou ceux qui veulent les traiter ne savent pas comment ou ils n'ont pas d'équipe. Juste pour une équipe, tu as besoin de quatre thérapeutes. Ça, c'est 4 salaires. C'est encore difficile à penser ici. »

« Dans un contexte qu'il faut que tu fasses plus avec moins. Moi, la journée que je vais sentir que ce n'est plus possible, je ne mettrai pas en péril la vie de mes patientes pour ça. Je n'hésiterai dans aucun cas d'arrêter. »

1.4.3 Travail en équipe

Bien que le travail d'équipe soit primordial dans l'intervention auprès des adolescents TPL, il pose toutefois certaines contraintes. En effet, certains thérapeutes se sentent brimés dans leur décision. Le psychiatre, par exemple, a le pouvoir décisionnel, principalement quant à la tolérance au risque, ce qui amène les thérapeutes dans des situations où ils auraient peut-être agis différemment dans l'intervention.

« Ce n'est pas toujours facile parce que je ne suis pas nécessairement au diapason des autres membres de l'équipe, dont le psychiatre. [...] On n'a pas la même tolérance au risque. Moi, je ferais les choses bien autrement. C'est lui qui a le dernier mot. Des fois, je deviens frustré, parce que je suis capable de tolérer le risque. »

Les situations de crise mènent tout le monde à s'arrimer. En effet, les nombreux appels aux différents thérapeutes des autres établissements (DPJ, CJ, CLSC, hospitalisations, etc.), à l'école, à la famille ainsi que les différents milieux qui gravitent autour de jeune amènent le thérapeute à devoir communiquer avec eux afin d'assurer une cohérence et une généralisation des stratégies mises en place ainsi que la prévention des situations de clivage.

De plus, un manque de soutien est parfois observé. Bien qu'il puisse s'agir d'un atout, l'équipe a parfois des divergences d'opinions et une tolérance au risque différente. Il peut arriver que l'équipe juge ou

donne un point de vue différent quant aux interventions, ce qui amènerait le thérapeute à vivre des frustrations.

« C'est toujours la crainte d'être blâmé par mes collègues, d'avoir été négligente. D'avoir omis de ne pas avoir évalué suffisamment le risque, d'avoir fait une erreur de jugement. »

Le contexte de soins influence donc le travail des thérapeutes et s'avère une difficulté d'intervention auprès des adolescents TPL. Auprès de cette clientèle exigeante, les ressources personnelles (thérapeutes) ne sont pas toujours optimales et ne favorisent pas le travail d'équipe, le partage des tâches (responsabilité professionnelle et répartition des cas) et le soutien, ce qui n'est pas négligeable.

2 EXPÉRIENCE THÉRAPEUTIQUE AUPRÈS D'ADOLESCENTS TPL : LES DÉFIS POSITIFS ET LES FACTEURS RENDANT CETTE EXPÉRIENCE RICHE ET STIMULANTE

Bien que les données de la présente recherche ainsi que les écrits scientifiques fassent principalement état des difficultés et de la complexité dans l'intervention auprès des adolescents TPL, certains aspects positifs ont été révélés. Ces facteurs, le travail d'équipe et son soutien, l'expérience clinique et les approches utilisées, l'attitude thérapeutique, la passion, la distance professionnelle, la tolérance au risque ainsi que le cadre de soins semblent atténuer les difficultés.

2.1 Facteurs atténuant les difficultés d'intervention

2.1.1 Le travail en équipe multidisciplinaire : un facteur déterminant

Le travail en équipe multidisciplinaire demeure un élément favorable qui a émergé unanimement de toutes les entrevues analysées. Le travail d'équipe permet le partage des responsabilités et un soutien clinique et émotionnel qui sont des outils convoités dans le travail auprès de ces adolescents.

« On aménage ça d'une bonne façon. Par exemple, moi, je faisais les évaluations en psychologie tout seul pendant un bon bout, on partage maintenant le travail. Au niveau de l'intervention, on partage aussi. L'important, c'est de partager, on se sent débordé quand on se sent seul. »

« Tu ne peux pas traiter ces jeunes-là tout seul dans un coin, mettons en clinique privée. Il faut que ça soit fait par équipe, il faut que ça soit fait à différents niveaux, en concert entre autres avec un psychiatre pour la pharmacothérapie. »

« Le fait qu'il y a une équipe, c'est vraiment l'équipe qui est en arrière, je pense que c'est ça qui est aidant quand on reçoit cette clientèle-là. »

D'ailleurs, plusieurs éléments observés par les thérapeutes justifient leur position quant à l'importance de travailler avec plusieurs thérapeutes. D'abord, selon eux, le travail d'équipe permet d'obtenir une vision globale de la situation, bonifiant ainsi les approches de chacun et favorisant la compréhension du jeune et de sa situation.

« Le fait qu'on soit plusieurs, puis qu'on regarde chacun de notre côté, avec nos spécificités, notre lecture de la situation, c'est comme si on faisait un casse-tête puis qu'on avait chacun nos morceaux. Puis quand on le ramasse, tout d'un coup, on a une image tellement claire, en tout cas, beaucoup plus claire de la situation. [...] Puis dans le suivi aussi, ça bonifie toutes les approches de chacun »

Bien qu'ils puissent parfois craindre le jugement de leurs pairs, plus souvent, les thérapeutes ressentent le soutien des autres thérapeutes, la possibilité d'échanger sur leur vécu. Le soutien est généralement apporté par les thérapeutes sous forme de discussion dans le but de partager, entre autres, des situations à risque ou des situations de crises.

« Il faut se parler là, sinon... Ah, ah, ah. On devient un petit peu dingue... »

« Parce que le thérapeute a besoin de ventiler tout ça. Tu ne peux pas rester tout seul devant un TPL. [...] Peu importe ta compétence, tes qualifications, puis tes connaissances. Nous, ici, on a une équipe avec qui on peut ventiler, on peut s'aider, on peut s'écouter, on peut passer à travers, on accepte les frustrations, on accepte le contre-transfert, parfois négatif, parfois on s'attache trop, on accepte le contre-transfert, on le travaille, on passe à travers. »

« Il faut aussi parler des dossiers qui sont en crise dans la réunion hebdomadaire. Tu vas pouvoir partager ça un peu plus avec les autres. C'est des mécanismes qui sont importants à avoir. »

Le travail d'équipe et son soutien permettent donc d'échanger sur les jeunes, de discuter ouvertement, de réfléchir, de retrouver une modération émotionnelle afin d'offrir le meilleur service possible à ses adolescents.

« Si toi tu te sens devenir soit en colère, découragé ou un peu excessif, il faut que ça allume une lumière. Il faut que t'aïlles réfléchir, faut que tu t'arrêtes ou que t'aïlles parler avec quelqu'un qui est au dossier pour retrouver la modération, parce que, si tu n'es pas modéré, ça ne marche pas pour eux autres, mais ça ne marche pas pour toi non plus. »

Les émotions intenses vécues par les thérapeutes —les contre-transferts — doivent être acceptées, mais aussi ventilées. L'équipe demeure alors un outil essentiel pour arriver à l'analyser. L'équipe apporte donc des conseils, des pistes de solution et de l'écoute.

Un autre élément nommé par les thérapeutes est la supervision offerte grâce au travail en équipe. La supervision clinique directe ou indirecte permettrait un soutien aux thérapeutes lors de situations

difficiles. D'ailleurs, le travail en équipe favorise le partage des connaissances et la possibilité d'utiliser des approches communes et plus poussées.

« Une supervision, un soutien de l'équipe quand tu vis des situations frustrantes. C'est ce qui aide, d'être confronté, si ça ne marche pas. »

Étant donné la complexité de l'intervention auprès des jeunes TPL, le travail individuel n'est pas encouragé par les thérapeutes. Les multiples crises, la gestion du risque suicidaire, le travail auprès de la famille ainsi que la présence du clivage amènent le thérapeute à devoir échanger avec les autres thérapeutes et obtenir du soutien. Ils nécessitent parfois de la réassurance, des idées, des outils supplémentaires ou simplement une oreille attentive. Le travail en équipe demeure un outil primordial.

2.1.2 Le psychiatre; un leader essentiel

Parmi les membres de l'équipe multidisciplinaire, un d'entre eux, le psychiatre, fait partie intégrante des décisions et des résolutions de conflits. En effet, le psychiatre est un membre de l'équipe qui est nommé à travers plusieurs entrevues des deux milieux comme étant, généralement, un élément facilitateur. Il serait davantage en position d'autorité et est considéré comme médiateur.

« Le fait que je sais qu'il y a un psychiatre qui va être là et qui va être supportant. »

D'un point de vue légal, il serait responsable de ses patients considérés à haut risque au plan suicidaire et parasuicidaire puis assurerait un soutien aux thérapeutes dans l'intervention auprès des adolescents, ce qui émerge de l'analyse des entrevues. Il est en mesure de prendre les décisions finales et joue, souvent, le rôle du « méchant » en incitant le jeune à poursuivre son traitement.

« C'est le psychiatre qui fait le " méchant " [...]. Le psychiatre, c'est le méchant qui dit " si tu ne veux pas prendre tes médicaments, si tu ne veux pas aller... " »

Il serait un élément facilitateur du partage du risque et des responsabilités engendrés par le risque suicidaire et les abandons prématurés.

2.1.3 Qualification des thérapeutes : expérience, formation et approches

Les thérapeutes s'entendent pour dire qu'il faut développer des compétences supplémentaires et spécifiques pour travailler auprès de cette clientèle. Toutefois, il n'émerge pas, selon les données, de consensus sur la manière de développer ces compétences. Pour certains thérapeutes, la formation ou l'utilisation d'approches spécifiques serait indispensable tandis que, pour d'autres, l'expérience auprès de la clientèle serait nécessaire.

L'expérience clinique — temps travaillé en pédopsychiatrie et spécifiquement auprès de la clientèle — est un facteur nommé par les thérapeutes rencontrés, et serait considérée comme un élément facilitant l'intervention auprès des jeunes souffrant d'un TPL. Ces extraits de verbatim tirés d'entrevues auprès de thérapeutes justifient ce fait.

« Oh oui, c'est sûr parce que ça fait déjà 9 ans que je suis ici, j'ai vraiment pu acquérir beaucoup d'habiletés et beaucoup d'apprentissages à travers les années. »

« L'expérience, avec toutes les clientèles, on va apprendre en faisant l'exercice. Ça prend un certain nombre d'années pour savoir ce que ça fait. »

« C'est plus l'expérience clinique, je te dirais, que les apprentissages théoriques. »

La formation continue ainsi que la supervision par les autres membres de l'équipe, en lien avec les approches utilisées et la clientèle, sont des outils essentiels à la compréhension de la problématique TPL adolescent selon d'autres thérapeutes.

« Mais moi ce que j'ai vu, tout cet aspect théorique, formation théorique, cet aspect information. Savoir ce que tu peux demander, de savoir lire au-delà de la réaction, et aussi d'avoir un soutien, une supervision. »

Plus spécifiquement, étant donné la spécificité de la clientèle TPL, il est nommé que la formation spécialisée et continue est nécessaire, entre autres pour augmenter l'efficacité des interventions.

« Je te dirais que n'importe quelle intervention pour l'axe deux, ça te prend plus de formations. »

« J'ai besoin de plus de formation pour être encore plus efficace que je le suis maintenant. Je pense que ça n'arrête jamais, ça. »

Parmi les formations et la spécialisation encouragée par les thérapeutes, une approche est fortement convoitée chez les thérapeutes des deux milieux sollicités. En effet, l'approche *Dialectical Behavioral Therapy* (DBT) est particulièrement valorisée chez les thérapeutes. Cette approche permet d'offrir un cadre aidant spécifique des jeunes TPL, d'assurer une constance dans les interventions et de favoriser un langage uniforme et commun.

« On s'en va plus vers l'approche plus Linehan dans notre équipe, donc on va avoir pas mal tout le même discours, donc je pense que c'est aidant avec cette clientèle-là. Il faut avoir un cadre avec cette clientèle-là. »

« La DBT m'a beaucoup aidée dans l'intervention avec ce genre de jeunes-là. »

En conclusion, bien que certaines divergences soient notées dans le discours des thérapeutes, la qualification du thérapeute en lien avec la formation continue et la spécialisation, l'expérience clinique ainsi que la supervision reçue demeurent des facilitateurs dans l'intervention auprès des jeunes TPL présentant des conduites suicidaires.

2.1.4 Attitudes thérapeutiques

Bien que le travail en équipe et la qualification du thérapeute soient des atouts dans l'intervention auprès des adolescents TPL, certaines attitudes thérapeutiques ont émergé de l'analyse du discours des thérapeutes et semblent à la fois nécessaires et facilitatrices. Bien qu'elles semblent nécessaires dans l'intervention de toute clientèle, l'écoute, le soutien, l'empathie et l'authenticité sont des attitudes primordiales à maintenir, et ce, particulièrement chez les jeunes TPL.

En effet, étant donné que la réalité des jeunes ne concorde pas toujours avec celle des thérapeutes et qu'ils vivent souvent des situations pouvant venir heurter des valeurs, les verbatims suivants font lumière sur l'importance de bien écouter et de soutenir les jeunes afin de mieux comprendre la situation.

« Juste d'écouter l'autre dans sa détresse, c'est déjà un plus. D'être capable de vraiment écouter. De faire des réflexions qui ont de l'allure. »

« Il faut aussi être très supportant. Il faut y croire quand eux n'y croient plus. »

De plus, il est nommé par les thérapeutes de ne pas être « jugeant », surtout avec une clientèle qui a parfois des comportements à risque, qui confronte parfois les principes.

« Il ne faut pas être jugeant. Il faut apprendre à mettre notre jugement de côté. [...] Je me fais tellement raconter de choses qui m'ont fait sauter. Ça demande de ne pas être jugeant, d'accepter. »

D'ailleurs, à cet égard, il émerge de ce projet la nécessité d'être authentique, vrai et honnête envers les jeunes quant aux objectifs, aux transferts d'information, aux plans de soins, etc. ce qui favoriserait le maintien du lien thérapeutique.

« D'être vrai avec eux, d'être capable d'être en lien et qu'eux aient confiance dans ce lien-là. Que ce que tu es en train de faire et de dire, ce n'est pas juste par parure. »

« Quand je dis que je ne dirai pas telle chose à la mère, je ne le dis pas. Quand je dis que je vais le dire, je le dis. [...] Alors, je pense que la vérité est à la base. Avec les TPL, ils sont hypersensibles à ça, au moindre mensonge, au moindre évitement du thérapeute. [...] J'essaie qu'il n'y ait absolument aucune cachette, que ça soit clair comme de l'eau de roche. »

L'écoute, le soutien, l'empathie et l'authenticité sont donc des attitudes thérapeutiques valorisées par les thérapeutes rencontrés et faciliteraient l'intervention auprès de ces jeunes TPL.

2.1.5 Distance professionnelle

Un des facteurs pouvant être un facilitateur de l'intervention selon les thérapeutes rencontrés est la distance professionnelle maintenue. Bien qu'il puisse s'agir d'un défi pour les thérapeutes, il émerge de l'analyse qu'il est important de maintenir une distance professionnelle quant aux comportements à risque du jeune et aux conduites, souvent

dangereuses. D'ailleurs, l'équipe devient alors un atout afin de partager la responsabilité professionnelle à l'égard de ces comportements. Le thérapeute ne peut tout contrôler, ce qui est nommé lors des entrevues.

« On voit certains thérapeutes qui n'arrivent pas à se dégager. Évidemment, ça demande à ne pas prendre personnel les choses aussi. »

« Je te dirais que les difficultés que j'ai eues au début de ma carrière; avoir de la difficulté à me laisser aller, décrocher, prendre mes messages cinq fois par jour de la maison, ça, c'était toutes des difficultés au début parce que ça me rendait anxieux, mais un moment donné, j'ai pas eu le choix de me dire, regarde, à la fin de ma journée, il y a x que je peux contrôler, pis y que je ne peux pas. Si je ne suis pas capable de départager ça, il faut que j'arrête, mais si je suis capable, je vais continuer là-dedans. »

« Au début, c'était vraiment quelque chose qui venait me chercher. J'avais de la misère à dormir, je dirais peut-être le premier 6 mois. C'est quelque chose d'autre que j'ai trouvé difficile. »

La capacité de se dégager, de prendre une distance vis-à-vis du patient à l'extérieur du travail n'est pas nécessairement évident, surtout en début de carrière, selon les thérapeutes. L'expérience aiderait les thérapeutes à se faire confiance et à se dégager davantage.

2.1.6 Tolérance aux risques et à l'intensité

La tolérance au risque devient, en l'occurrence, une qualité à obtenir comme thérapeute avec cette clientèle. Comme décrits précédemment, les TPL sont intenses et souvent en situations de crise,

ce qui peut engendrer des comportements suicidaires et parasuicidaires. Par le fait même, cette difficulté est vue comme étant un facteur pouvant influencer le manque d'intérêt des thérapeutes à travailler avec cette clientèle.

Un des éléments pouvant faciliter l'intervention, mais qui demeure une difficulté en soi observée par les thérapeutes, serait la tolérance au risque. En effet, dû aux nombreuses crises et au caractère instable de la clientèle, il est dit par les thérapeutes qu'il est nécessaire d'avoir les « nerfs solides » et d'avoir la capacité de ne pas se laisser trop envahir. Il serait important, selon eux, de contrôler leur anxiété.

« Une tolérance à l'intensité. Dès qu'il y a une situation de crise, ça t'envahit trop et que, toi-même tu es trop émotive, ça va être trop demandant. »

« Mais il faut avoir les nerfs solides aussi. Il faut être capable de couper à un moment donné »

Par le fait même, il serait préférable, selon les thérapeutes, de ne pas être trop anxieux étant donné que le jeune est souvent imprévisible. Il leur arrive fréquemment de devoir évaluer le risque et agir rapidement.

« Je te dirais de ne pas être trop anxieux, bien que moi j'aie tendance à l'être, d'être capable de prendre un recul, d'être capable de bien communiquer avec les ados. »

« Je te dirais que l'insécurité, il faut que tu mettes ça de côté quand tu travailles avec une population de même. »

« L'idée, là-dedans, le truc, c'est d'évaluer quelle crise est plus sévère qu'une autre. »

2.1.7 Protocole de soins pour la gestion du risque suicidaire

Le protocole de gestion du risque suicidaire ainsi que les procédures à respecter lors d'un risque suicidaire élevé semblent être importants afin de soutenir certains thérapeutes dans leurs décisions et diminuer légèrement la détresse qui pourrait y être associée.

« Il y a une attente, une règle qui est : tu arrêtes ton intervention et tu décroches le téléphone et tu appelles un thérapeute de l'équipe. Je pense que c'est important, c'est très important, je pense qu'il faut ça. »

Il s'agit d'un cadre clair et des lignes directrices lorsqu'une situation à risque se présente. Il est utilisé par tous les thérapeutes, permettant ainsi de réduire et de partager la charge émotionnelle et la responsabilité professionnelle en lien avec les conduites suicidaires.

« Encore une fois, avoir un protocole, c'est sûr que ça rend le cadre encore plus clair. [...] Ils sont suicidaires en général, mais il y a des fois qu'il y a des pics plus que d'autres. Et c'est dans ces moments-là qu'il faut que tu sois conciliant. »

« Mais juste savoir que ça existe, c'est sûr que c'est sécurisant. Puis, qu'on a des références, on sait comment les choses devraient se passer. »

L'utilisation d'un protocole de gestion du risque suicidaire permettrait d'être plus tolérant aux risques et d'assurer une certaine distance thérapeutique. Par ailleurs, certaines équipes mentionnent ne

pas avoir de protocole ou ne pas sentir que les protocoles soient optimaux pour le moment en fonction des besoins. Un inconfort est nommé par ce thérapeute, ce qui ne permet pas, dans ce cas, de réduire l'anxiété liée aux conduites suicidaires.

« On est une jeune équipe. On n'a pas encore mis le dispositif de soins qui est nécessaire, qui sert pour prendre en charge les patients qu'on a de manière confortable. »

2.1.8 Cadre et soutien influençant l'engagement dans la thérapie

La mise en place d'un programme favoriserait l'investissement ou l'engagement dans la thérapie, selon les thérapeutes rencontrés. Un programme structuré est utilisé dans un des milieux où des suivis individuels et de groupe sont effectués. Des critères d'inclusion et d'exclusion sont déterminés, dont la motivation et la présence aux suivis de groupe et aux suivis individuels. Un cadre constant et clair ainsi que des objectifs de thérapie spécifiques sont mis en place. Le programme a été nommé par les thérapeutes y travaillant comme une façon d'établir un cadre, comme un facilitateur pour aider les jeunes.

« Mais tu essayes toujours de ramener le programme pour les aider et que ça aille mieux. »

Le jeune doit présenter les caractéristiques d'inclusion pour y participer et doit respecter les règles pour y demeurer.

« Ceux qui ne viennent pas, c'est qu'ils manquent un groupe une fois de temps en temps. Pis c'est très rare. Parce que c'est

un des prérequis pour pouvoir entrer dans le programme, c'est d'être motivé. »

Il est considéré comme un cadre en soi par les thérapeutes vu la structure implantée.

« C'est un programme qui roule depuis peut-être 9 ans. [...] On a des modules, des modules d'enseignement; tolérance à la détresse, efficacité interpersonnelle, etc. On leur donne des devoirs, ils ont chacun un cartable. [...] C'est très structuré. »

D'ailleurs, l'engagement dans la thérapie et la présence aux séances semblent être influencés par le cadre imposé. En effet, si des « menaces » sont mises à exécution (conséquences personnelles, placements, exclusion d'un groupe ou d'un programme, etc.), le jeune aurait un meilleur taux d'assiduité, selon certains thérapeutes.

« Elle mettait tout en échec dans les derniers mois, et là, elle accepte de venir me voir parce qu'elle a une menace de placement au-dessus de la tête. »

« Ce n'est pas tellement pour leur demander d'embarquer qu'on leur demandait d'être là. On leur demandait d'assister, de travailler. Après deux absences, ils étaient out. »

La mise en place d'un cadre, d'une structure, de règles claires et constantes soutiendrait la thérapie, et le thérapeute, et favoriserait un meilleur engagement dans la thérapie. Le jeune, en quelque sorte obligé, se présentera en thérapie. Si le jeune ne respecte pas les conditions, il sera exclu du programme.

« La deuxième a été discontinuée. Parce qu'elle avait de la difficulté avec ses thérapies individuelles. Elle venait aux thérapies de groupe, mais ne venait pas à ses thérapies individuelles. Tu ne peux pas avoir l'un sans l'autre. »

De plus, le soutien de l'environnement pourrait influencer l'engagement thérapeutique. Il a été dit par un des thérapeutes que le soutien des parents ou des proches pourrait favoriser une meilleure collaboration ainsi qu'une continuité dans les différents milieux de vie, favorisant ainsi l'engagement thérapeutique.

« Elle a abandonné le traitement parce qu'elle n'était pas très soutenue par le père. »

« Alors, pour moi, mon travail, c'est que le parent collabore au suivi qui est donné à l'enfant ou l'adolescent. [...] Pour que le traitement de l'enfant soit efficace, il faut une continuité, il le faut à toute sorte de niveaux. »

Donc, l'engagement thérapeutique doit parfois être forcé par les thérapeutes. Tel que mentionné précédemment, bien que le lien direct avec l'abandon thérapeutique n'est pas établi comme tel par les thérapeutes, l'effort mis en place par ces derniers (cadre, conséquences, menaces) pour maintenir le lien n'est pas négligeable. Il est possible de croire que l'engagement thérapeutique et l'abandon de traitement demeurent des particularités de l'intervention auprès des jeunes TPL quant à l'investissement et l'énergie que doivent déployer constamment les thérapeutes pour arriver à maintenir le lien thérapeutique.

2.1.9 Le travail auprès des adolescents TPL : passion, attachement et défis

Bien que la clientèle adolescente TPL soit caractérisée comme étant difficile, un thème clé qui est ressorti de la majorité des entrevues est la passion et le défi engendrés par ces jeunes. En effet, il est dit par les thérapeutes qu'il est important d'être passionné pour diminuer les risques d'épuisement et de frustrations. Il faut aimer le travail et la clientèle afin de réussir à maintenir l'envie de poursuivre.

« Il faut que tu sois passionné, surtout en santé mentale. Parce que tu vas être brûlé rapidement. »

« C'est sûr que, quand ça ne va bien, on dirait que ça arrive toujours tout en même temps. C'est sûr qu'un moment donné, il y a de la fatigue et de l'épuisement. Il y a comme une petite étincelle, il y en a une qui commence à bien aller, ça te redonne la motivation pour repartir et continuer à travailler avec eux autres. »

Les jeunes TPL peuvent faire vivre aux thérapeutes des émotions positives. En effet, l'instabilité affective que génèrent les adolescents TPL amènerait parfois le thérapeute à se faire séduire par le jeune et à s'attacher.

« Ce n'est pas facile de prendre cette distance-là, parce qu'ils peuvent nous faire vivre tellement de choses que ça reste en tête [...] il y avait une jeune borderline qui était à l'unité [...] on parlait de comment ç'avait été notre veille de Noël, puis je me suis retrouvée avec cette jeune fille-là [...], je la berçais comme ma fille, puis un moment donné, je me suis dit, qu'est-ce que tu fais là! [...] par moment, elles sont tellement affectueuses, puis à d'autres moments elles peuvent nous faire enrager [...], c'est vraiment quelque chose cette clientèle-là, toute leur intensité. Quand elles vont bien, comment elles peuvent être agréables,

tu voudrais les adopter quasiment, puis quand elles vont mal [...] tu aurais voulu l'aider davantage, parce que ça semblait tellement souffrant, cette souffrance qu'elle nous transmettait. Très intense ce qu'ils vivent ces jeunes-là. »

L'intensité des jeunes, tant au plan des émotions positives que négatives, font réagir les thérapeutes. Ces derniers sont touchés par la souffrance que vivent ces adolescents, et la ressentent, s'attachent à eux, malgré les difficultés que cette clientèle peut leur faire vivre.

« Je les trouve attachants. Je les trouve très attachants. Parce que ce que je vois plus que leur côté, leur côté emmerdant, si je peux dire, c'est leur souffrance. »

« Je les trouve très touchants, ils sont des gens très touchants et c'est très gratifiant. »

Les jeunes TPL peuvent donc faire vivre aux thérapeutes des sentiments d'attachement envers eux. Ces jeunes vont toucher les thérapeutes en leur faisant sentir leur souffrance. Par le fait même, ces jeunes font vivre plusieurs émotions négatives et contradictoires en nommant, en même temps, un côté attachant et un côté accablant. Ces jeunes TPL sont vivants, ils ont des histoires captivantes à raconter, ils mobilisent les thérapeutes, deviennent des défis à chacune des rencontres. D'ailleurs, il est observé par les thérapeutes que le travail avec les jeunes TPL fait référence au défi clinique, à l'action et aux imprévus, ce que les thérapeutes doivent reconnaître.

« J'aime ça, ce défi clinique-là. Ce n'est pas pour rien que je suis en troisième ligne en psychiatrie aussi. »

« Si je n'adorais pas ça à ce point-là, ça ferait longtemps que j'aurais arrêté. »

D'ailleurs, un des sujets mentionne que même si d'autres clientèles étaient plus faciles à traiter, il reconnaît justement le travail avec les TPL à cause des difficultés d'intervention liées à la pathologie.

« Est-ce que des fois ça me fait sentir que je l'aurais plus facile si je traitais une dépression simple? Je ne regrette pas mon choix dans le sens où, la journée où je ne me sentirai pas bien dans le travail que je vais faire, je vais arrêter. [...] j'aime beaucoup cette pathologie-là parce que c'est une pathologie qui est difficile à traiter. »

Finalement, à la lumière de ce chapitre, les résultats démontrent que différents facteurs rendent l'intervention auprès des adolescents complexe. Des difficultés liées au TPL, à l'âge de consultation, au vécu des thérapeutes ainsi qu'au milieu de soins rendent le processus de soins ardu.

En effet, en plus d'être des adolescents, une clientèle en soi plus difficile à traiter, ils souffrent d'un TPL, diagnostique rendant l'intervention dès lors plus complexe. L'oscillation émotionnelle, l'instabilité et l'intensité qu'ils vivent quotidiennement, et qu'ils font vivre aux autres influencent considérablement l'investissement dans la relation thérapeutique. De plus, les nombreuses situations de crise amènent le thérapeute à devoir se mobiliser constamment et rapidement à l'égard de conduites suicidaires à risque et aux multiples

demandes du jeune et de la famille, parfois jugées déraisonnables, et génèrent, chez le thérapeute, une charge émotionnelle importante. Cette oscillation et instabilité émotionnelle que vit le jeune se transfère inévitablement sur le thérapeute qui perd alors ses repères et s'interroge quant à son efficacité et sa compétence. De plus, un manque de soutien du milieu de soins est souvent observé. L'importance de maintenir un cadre clair et bien défini à l'intérieur d'une approche validée dans le cadre d'un travail en équipe devient alors précieuse. L'abandon et l'engagement thérapeutique demeurent présents au cœur de la problématique des jeunes TPL et émergent, malgré que peu de liens directs aient été établis par les thérapeutes, comme une des difficultés principales dans l'intervention auprès de ces jeunes.

Néanmoins, des facteurs atténuants ont été démontrés et amènent une sphère positive à l'intervention auprès de ces jeunes.

Le chapitre suivant proposera un modèle de compréhension de la problématique schématisant l'ensemble des facteurs en interrelation.

CHAPITRE VI – INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

Comme vu au chapitre précédent, les résultats de la présente étude révèlent que la clientèle adolescente atteinte d'un trouble de la personnalité limite (TPL) est belle et bien complexe à traiter en regard d'une multitude de facteurs. La prise en compte de la perception des thérapeutes relativement à l'intervention auprès des adolescents TPL a permis d'obtenir un regard concret sur la réalité clinique et d'arriver à établir des liens avec les éléments retrouvés dans la documentation scientifique.

1 PROPOSITION D'UN MODÈLE DE COMPRÉHENSION

La compréhension de la problématique est complexe et expliquée par plusieurs facteurs en interrelation. L'adolescent TPL — avec ses caractéristiques propres à lui et à sa symptomatologie — a un impact direct sur la relation et la complexité de l'intervention. Le thérapeute, imprégné de ses expériences, formations et attitudes travaillant dans un contexte de soins bien défini, influence aussi la relation, mais est aussi influencé par la dualité que vit l'adolescent TPL. La nature des difficultés d'intervention auprès de l'adolescent TPL est liée à plusieurs éléments précipitant qui résultent de l'interaction entre le thérapeute, l'adolescent TPL et, par le fait même, les environnements externes (famille, milieu de vie, milieu de soins, équipe, etc.).

En regard de cette analyse, les multiples facteurs qui entrent en relation dans l'intervention auprès des adolescents TPL amènent à une proposition de modèle de compréhension.

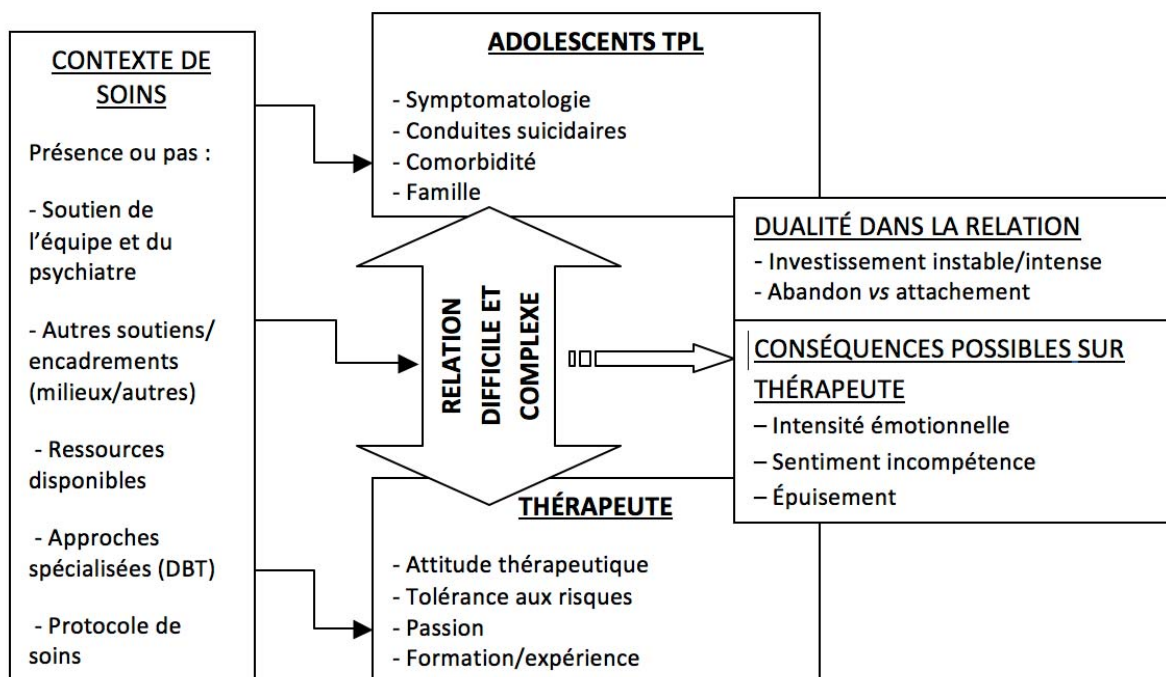


FIGURE 2 : Modèle de compréhension des difficultés d'intervention auprès des adolescents TPL présentant des conduites suicidaires

Les difficultés d'intervention auprès des adolescents TPL, selon la perception des thérapeutes, peuvent donc être comprises par l'interaction de plusieurs facteurs liés à l'adolescent TPL, au thérapeute et au contexte de soins, ce qui sera davantage élaboré dans les pages suivantes.

1.1 Les adolescents TPL

Une des variables clé de ce projet est l'adolescent TPL en tant que tel. Il est, en effet, au cœur du processus d'intervention et associé à la complexité de l'intervention. De prime abord, les résultats sont étroitement liés aux données obtenues dans la revue des écrits scientifiques initiale (chapitre II). En effet, il est évident de constater qu'il s'agit d'une pathologie difficile à traiter en clinique, et ce, principalement à cause de la symptomatologie (et des comorbidités). Il avait d'ailleurs été soulevé dans les écrits scientifiques que les comportements impulsifs, les relations intenses, chaotiques et conflictuelles ainsi que les nombreux conflits, tel le clivage, caractérisent la clientèle TPL adulte (LaForge, 2007, Russell, Moskowitz, Sookman, Paris, Zuroff, 2007, Perseus, Kåver, Ekdahl, Åsberg, Samuelsson, 2007, Clarkin, Levy, Lenzenweger, Kernberg, 2004), ce qui correspond aussi aux TPL adolescents, comme l'évoque certains résultats de cette présente étude. Par le fait même, ils sont des facteurs explicatifs de la complexité de l'intervention. La comorbidité, souvent ajoutée, peut rendre le processus d'intervention d'autant plus complexe.

De plus, sachant qu'il s'agit du groupe d'âge le plus à risque de tentative de suicide (15-19 ans) (Institut de la statistique du Québec, 2010), les comportements suicidaires et parasuicidaires sont au cœur de l'intervention auprès des adolescents TPL en troisième ligne de

psychiatrie. Les thérapeutes sont conscients du risque suicidaire élevé et du lien fragile qu'ils entretiennent avec ces adolescents. Les thérapeutes tentent de limiter les risques suicidaires, souvent imprévisibles, et d'estomper la crise. Il s'agit d'un aspect particulièrement complexe à gérer dans l'intervention auprès de ces adolescents.

1.1.1 L'adolescent TPL et sa famille : l'attachement qui en découle

Le parent est un dénominateur essentiel à considérer dans l'intervention et influence le développement de l'adolescent. Il a été nommé que certains des parents de ces adolescents sont eux-mêmes atteints d'un TPL. Il peut alors être intéressant de penser que le parent vit, lui aussi, des difficultés dans le lien qu'il maintient avec son enfant et dans sa capacité à établir un cadre stable et constant chez son adolescent. En fait, un parent atteint d'un TPL à plus de risque de générer un environnement violent (agression physique de l'enfant) (Burnette, Reppucci, 2009). L'agressivité reçue serait, d'ailleurs, un facteur de risque du développement d'un TPL chez les adolescents, à leur tour (Burnette, Reppucci, 2009) et d'un attachement instable ou insécure. D'ailleurs, bien que l'attachement de type ambivalent soit nommé comme étant celui le plus souvent rencontré chez les TPL (Clifton, Pilkonis, McCarty, 2007), des auteurs expliquent que d'autres types d'attachement (désorganisé, ambivalent et évitant) peuvent être

présents selon le vécu des adolescents (Frottin, Filipovic, Albert, 2004). Conséquemment, le fonctionnement relationnel instable ainsi que l'attachement instable sont des facteurs influençant l'abandon et semblent rendre le processus d'intervention complexe pour les thérapeutes (Perseius, Kåver, Ekdahl, Åsberg, Samuelsson, 2007).

Favoriser un meilleur encadrement à leur adolescent, des limites claires, constantes et chaleureuses, devient une des caractéristiques faisant émerger le processus d'attachement et de l'établissement de relations significatives durables et stables, ce qui n'est pas toujours possible pour un parent atteint d'un TPL (Lecomte, 2004).

Le thérapeute vient, en quelque sorte, assurer cette stabilité, ce cadre dans le lien quand il n'est pas présent ailleurs. Cet aspect est abordé dans les écrits scientifiques en posant le fait que l'équilibre entre l'attachement du thérapeute et du patient deviendrait un des moyens pour maintenir l'alliance thérapeutique (Diamond, Stovall-McClough, Clarkin, Levy, 2003). En tant que thérapeute, le fait de donner des outils à l'adolescent TPL et de lui permettre de se développer par lui-même est significatif. Le maintien d'un lien, quand l'attachement est si pauvre, quand le parent est lui-même carencé, est difficile à atteindre.

L'essence même du travail du thérapeute auprès des adolescents TPL est d'arriver à ce que l'adolescent se développe

positivement dans toutes les sphères de sa vie et qu'il arrive à assumer ses rôles. Le thérapeute est donc un outil central à la réussite de la thérapie.

1.2 *Dualité dans la relation*

À la suite cette première constatation, c'est-à-dire que les adolescents TPL sont une clientèle complexe due à la symptomatologie comme telle, aux conduites suicidaires, à la comorbidité et, parfois, dû à l'instabilité de leur attachement, un autre élément de compréhension de la complexité de l'intervention auprès des adolescents TPL est l'investissement instable et intense en lien avec l'abandon de la thérapie.

L'intensité de leurs réactions en lien avec l'intensité émotionnelle relationnelle et comportementale s'actualisant par des crises et des conduites à risque (comportements suicidaires et parasuicidaires) en conséquence à leur impulsivité et aux événements qu'ils vivent dans leur quotidien génère une instabilité dans la relation et, par le fait même, une mobilisation importante chez le thérapeute, l'amenant, lui aussi en état d'alerte constante. L'instabilité et l'intensité que l'adolescent TPL vit peut le faire balancer d'un extrême à l'autre; d'une crise l'amenant à consulter à un état émotionnel calme l'amenant à tout abandonner. Il avait été déjà démontré que ces irrégularités émotionnelles et

comportementales se répercutent dans leur fonctionnement quotidien à travers les différents événements de vie (Crowell, Beauchaine, Linehan, 2009). Toutefois, l'impact direct sur la relation thérapeutique et sur le thérapeute avait peu été abordé dans les écrits scientifiques.

1.3 Le thérapeute

En se référant au schéma présenté plus haut, le thérapeute est, en effet, une seconde variable clé de la compréhension de la complexité de l'intervention auprès des adolescents TPL. Il est en étroite relation avec l'adolescent et influence, de ce fait, lui aussi, la relation. Le thérapeute influence la relation par ses attitudes, sa tolérance au risque, son expérience, ses formations, et par sa passion de travailler auprès de ces adolescents.

Comme dans la plupart des relations thérapeutiques, mais essentielles avec les TPL, l'honnêteté, l'authenticité, l'écoute, savoir se taire, avoir un regard positif, laisser un espace de parole et accompagner demeurent des qualités importantes, ce qui est nommé comme étant des éléments essentiels dans l'intervention auprès des adolescents TPL (Lecomte, 2004). Le thérapeute doit aussi maintenir une distance thérapeutique satisfaisante et tolérer le risque en lien, entre autres, avec les conduites suicidaires.

Le thérapeute ne peut cependant pas se résigner à maintenir une neutralité émotionnelle constante, car il devient l'outil fondamental de la thérapie à travers cette instabilité émotionnelle et cette souffrance que vivent les adolescents TPL. Les thérapeutes nomment qu'il est important de se recentrer sur l'adolescent, sur sa souffrance pour maintenir une distance professionnelle empathique et de toujours se remettre en question. Il nomme l'humilité comme qualité essentielle afin de prendre conscience de ses faiblesses et de ses moins bons coups, de s'ajuster et de se protéger.

Le vécu du thérapeute permet aussi de percevoir des éléments positifs, ce qui révèle une sphère peu abordée dans les écrits scientifiques et peu attendue, de prime abord, dans ce présent projet. Bien que les thérapeutes s'entendent pour dire qu'il s'agit d'une clientèle difficile à traiter, il s'agit, avant tout, d'adolescents, d'une clientèle vivante et intéressante, dont les défis thérapeutiques sont continuellement renouvelés. Il semble que leur souffrance touche les thérapeutes et les amène à se mobiliser pour arriver à les aider. Bien que la symptomatologie soit considérée comme une difficulté particulière, les thérapeutes apprécient justement cette instabilité, voir spontanéité, qui génère un défi au quotidien. La passion est au cœur de leur travail.

Dans les écrits scientifiques, il est montré que les thérapeutes détenant moins d'expérience clinique peuvent avoir plus de difficultés à ajuster la thérapie en fonction des demandes spécifiques que présenterait un groupe d'adolescents (Corder, Haizlip, Walker, 1980). Or, en regard de l'analyse de ce projet, la formation et l'expérience amènent le thérapeute à mieux connaître la clientèle, malgré l'instabilité constamment présente, et à établir un cadre constant où il peut s'appuyer pour mieux intervenir. Il a été observé que les thérapeutes ayant une formation spécialisée dans le domaine avaient une vision similaire de la réalité des TPL et des difficultés qui y sont liées.

1.4 La dualité dans la relation : conséquences possibles sur le thérapeute

Un autre élément de compréhension est l'impact de la dualité de la relation généré par l'adolescent TPL sur le vécu des thérapeutes.

L'adolescent TPL dérange, confronte, irrite. Confronté à l'ensemble de ces difficultés, le thérapeute peut vivre une haute charge émotionnelle quotidienne, parfois positive, parfois négative, qu'il doit contrôler et éviter de laisser transparaître aux patients pour ne pas nuire ou empirer la situation. Le thérapeute doit, en effet, gérer ses émotions négatives, s'assurer de comprendre ou d'éviter les contre-transferts et tenter, par le fait même, de ne pas diminuer l'efficacité de son travail.

L'instabilité affective de l'adolescent TPL en lien avec leur état émotionnel influence le thérapeute. Ayant en tête la vulnérabilité de ces adolescents et les risques suicidaires élevés, ces situations amènent le thérapeute à devoir maintenir le lien dans la relation et à se mobiliser continuellement pour répondre aux besoins du moment de l'adolescent et de sa famille dans le but d'assurer la continuité des soins. Par contre, malgré les efforts générés et perçus par les thérapeutes, les adolescents peuvent parfois être en lien avec le thérapeute, mais, d'autres fois, rejeter complètement la thérapie, comme un objet jetable ne lui appartenant pas. Les impacts de leurs interventions sont parfois moindres. De ce fait, les thérapeutes peuvent se sentir responsables du vécu de leurs patients (crises, souffrance, instabilité dans leur relation), se questionnent sur leur compréhension de la situation et sur leurs compétences. Ils remettent en doute leurs actions à savoir s'ils ont agi de la meilleure façon, s'ils ont répondu au cri d'alerte de leur adolescent. Bien que ce lien ne soit pas clairement établi par les thérapeutes, l'investissement dans la relation ambivalente et fragile peut amener l'abandon ou l'arrêt de la thérapie à tout moment. Il s'agit d'une particularité significative quant à l'intervention auprès de ces adolescents. L'établissement du lien thérapeutique est au cœur de la problématique auprès des adolescents TPL. Il en devient l'objectif ultime.

Vis-à-vis de ces relations instables et chaotiques, les thérapeutes tentent de formuler des attentes et des objectifs jugés réalisables au moment où ils rencontrent l'adolescent TPL. Par contre, comme discuté précédemment, étant donné que les adolescents vivent dans un balancier continu entre l'engagement et le désengagement, dans une instabilité constante, dans une oscillation émotionnelle continue, la possibilité d'émettre des objectifs durables dans le temps est limitée; le travail étant consacré principalement au maintien du lien d'investissement dans la thérapie. Par le fait même, étant donné que les besoins de l'adolescent fluctuent rapidement dans le temps, les attentes et objectifs établis peuvent parfois être trop élevés pour sa disponibilité et ses priorités du moment, qui changent quotidiennement. L'adolescent avancerait doucement et reculerait souvent. L'intervention étant donc davantage concentrée sur la gestion de crise, des comportements suicidaires et de l'accompagnement des adolescents dans leurs défis quotidiens.

Dû à l'ambivalence symptomatique du TPL et son instabilité, l'adolescent peut tester les limites de la thérapie, mettre en échec les stratégies et aurait une tendance à la passivité. Si les objectifs ne maintiennent pas leur pertinence dans le temps aux yeux du jeune TPL, il est possible que cet aspect influence son intérêt à venir en thérapie ou

à poursuivre sa thérapie, ce qui avait d'ailleurs été soulevé dans la littérature (Gunderson, 2008).

Conséquemment à des interventions non réussies ou d'un investissement plus important de la part des thérapeutes que des adolescents, des sentiments d'impuissance et de découragement peuvent être générés chez le thérapeute. L'instabilité émotionnelle de ces adolescents, peu prévisibles, peut générer, par le fait même, cette même instabilité ou insécurité chez le thérapeute. Les thérapeutes peuvent vivre avec l'impression de ne pas être à la hauteur, de ne jamais en faire suffisamment pour répondre aux besoins. Les thérapeutes préfèrent parfois déléguer à un autre thérapeute, donc abandonner? Les attentes du thérapeute vis-à-vis de l'adolescent TPL et les objectifs fixés pourraient, effectivement, être en étroite relation avec le sentiment de satisfaction ou, au contraire, l'impuissance et l'incompétence ressentie par le thérapeute, bien que d'autres facteurs puissent aussi renforcer ces sentiments.

D'ailleurs, la présente étude, bien qu'exploratoire, vient apporter un appui plus solide à une réflexion de Lajoie (2003), ne faisant pas l'objet d'une étude systématique, à propos de son expérience clinique sur l'intervention à court terme auprès des TPL. Cet auteur explique que « l'intensité des réactions émotives, les nombreux passages à l'acte, l'impulsivité démontrée, le sentiment chronique de vide et

l'imprévisibilité des comportements rendent complexe tout traitement thérapeutique auprès de personnes souffrant du trouble de personnalité borderline. » (Lajoie, 2003) La réflexion est concordante avec les résultats de cette présente étude.

1.5 Contexte de soins – éléments contraignants et facilitants

1.5.1 Facteurs de risque

Les thérapeutes abordent une dernière variable qui semble s'actualiser dans une problématique plus globale, c'est-à-dire les difficultés liées au milieu de soins. Aucune étude connue portant sur les difficultés d'intervenir auprès de personnes atteintes d'un TPL n'a abordé spécifiquement l'impact de l'environnement de travail comme facteur lié à la problématique. En fait, la présence ou l'absence de soutien, de ressources, d'approches spécialisées et de protocole de soins influence considérablement le thérapeute, l'adolescent TPL et, par le fait même, la relation thérapeutique.

La réalité clinique — l'intervention auprès d'adolescents souffrant d'un TPL qui, comme discuté précédemment, demande énormément au plan thérapeutique qu'en termes de ressources mobilisées, de temps investi, de souplesse d'intervention, de responsabilités cliniques et de haute charge émotionnelle — ne semblerait pas concorder avec la réalité administrative prônant une approche plus centrée sur l'efficacité,

ce qui est abordé à plusieurs reprises par les thérapeutes comme étant une des difficultés principales du travail auprès des TPL. Les thérapeutes déploient beaucoup d'énergie pour réussir leurs interventions, mais n'ont pas l'impression d'avoir les ressources pour arriver à répondre à la demande administrative. Pourtant, bien que cet aspect ait émergé de manière significative, peu d'éléments sont retrouvés dans les écrits scientifiques documentant cet aspect dans l'intervention auprès des TPL.

La pénurie de professionnels au Québec est un sujet d'actualité que subissent les thérapeutes travaillant avec les adolescents TPL. En plus de l'attrition dans les équipes, le recrutement de thérapeutes en pédopsychiatrie, principalement avec les adolescents atteints d'un TPL, est difficile. Il y a peu de thérapeutes qui souhaitent travailler avec une clientèle difficile et exigeante comme les adolescents TPL. D'ailleurs, les résultats démontrent que l'impulsivité ainsi que les risques suicidaires élevés seraient des facteurs qui semblent influencer la difficulté de recruter des thérapeutes. La responsabilité professionnelle qui s'y rattache ainsi que la distance professionnelle nécessaire quant à la tolérance au risque rend ce travail plus difficile contrairement à une autre clientèle en santé mentale, ce qui semble peu soutenu par le milieu institutionnel.

Le débordement et l'épuisement sont présents chez les thérapeutes et peuvent devenir préoccupants. Le milieu de soins embauche peu, soit par manque de financement ou par manque de ressources, selon les thérapeutes. Conséquemment, une augmentation de la charge de travail est constatée chez les thérapeutes présents et peut générer de l'épuisement et les amener à quitter leur équipe.

Des cas d'épuisement professionnel en lien avec le manque de soutien du milieu et du manque de ressources ont d'ailleurs émergé de ce projet, faisant sens avec des données québécoises sur le « stress » au travail (Institut de la statistique du Québec, 2008).

En effet, selon l'Institut de la statistique du Québec, dans une enquête sur le stress et la santé mentale au travail chez les adultes de 15 à 75 ans au Québec effectué en 2002, 27 % de la population présente un niveau de détresse psychologique élevé (Institut de la statistique du Québec, 2008). Près de 39% des personnes interrogées mentionnaient que la majorité de leur journée de travail sont « stressantes » à divers niveaux (Institut de la statistique du Québec). Les femmes seraient plus touchées par des problématiques de santé mentale que les hommes (Institut de la statistique du Québec, 2008, Vézina et Bourbonnais, 2001). Les thérapeutes rencontrés, majoritairement des femmes travaillant auprès d'une clientèle, les adolescents TPL, dont le risque suicidaire est élevé et les crises sont

nombreuses, sont donc plus à risque de vivre un « stress » important au travail, et être, éventuellement, touchés par une problématique de santé mentale. Il est d'ailleurs expliqué, selon le modèle de déséquilibre effort-reconnaissance de Siegrist (1996), qu'une « situation de travail qui se caractérise par une combinaison d'efforts élevés et de faibles récompenses » peut devenir une situation problématique (Institut de la statistique du Québec, 2008). Ce modèle semble faire du sens avec le travail auprès des adolescents TPL, dont l'investissement du thérapeute (efforts élevés) par rapport à une seconde crise ou à un abandon prématuré de l'adolescent (faible récompense) engendre ce déséquilibre. L'effort donné par le thérapeute ne correspondant pas nécessairement aux résultats escomptés. Les thérapeutes se trouvent donc dans une situation à risque d'épuisement.

1.5.2 Comment protéger nos thérapeutes?

Comme constaté, les thérapeutes sont des acteurs importants dans le maintien de la relation avec l'adolescent TPL, donc dans l'intervention auprès de ces jeunes. Ils sont influencés par des facteurs leur appartenant (attitude, expérience, formation, etc.), où ils peuvent exercer un certain contrôle, mais aussi par l'adolescent TPL et par le milieu de soins. Ils peuvent vivre des difficultés au quotidien qui pourraient, éventuellement avoir des impacts plus significatifs (ex : épuisement) sur leur santé. Les thérapeutes sont conscients de la

complexité de l'intervention auprès des adolescents TPL et sont outillés pour fournir des pistes de solution et ainsi atténuer ces difficultés. Afin de limiter les risques d'épuisement, de sentiment d'incompétence et d'impuissance chez les thérapeutes, les risques de suicide et d'abandons élevés chez les adolescents, les solutions semblent s'actualiser à différents niveaux.

D'abord, dans une perspective globale des soins de santé au Québec, certaines réflexions peuvent être effectuées. Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux au Québec, dans la plan d'action ministériel de santé mentale 2005-2010 (Gouvernement du Québec, 2005), la réorganisation des services visait, entre autres, à augmenter l'accessibilité des soins et des services de santé chez les adolescents, à accorder une importance aux personnes à risque de suicide et à améliorer l'accessibilité des soins de première ligne. Comme indiqué dans la problématique, selon le projet clinique en santé mentale, la politique inscrite pour ce projet mentionne que les services de troisième ligne « sont offerts dans un nombre limité d'endroits et sont accessibles seulement aux personnes qui sont orientées à partir d'un autre niveau de services. Ils s'adressent à des personnes ayant des problèmes de santé très complexes, dont la prévalence est faible ou dont la complexité requiert une expertise qui ne peut être offerte par les services de deuxième ligne. » (Gouvernement du Québec, 2005). Les

adolescents TPL présentant des conduites suicidaires et, généralement, des comorbidités, sont-ils considérés comme étant des personnes ayant des problèmes de santé très complexes où une expertise particulière doit être offerte ?

Selon les résultats de ce présent projet, il s'agit effectivement d'une clientèle complexe dont les services reçus doivent être spécialisés. Alors, en regard de cette conclusion, en considérant qu'il s'agit d'une clientèle qui demande autant d'expertise et de soutien, comment le lien entre la première, la deuxième et la troisième ligne de services pourrait-il être effectué pour une clientèle qui demande autant d'expertise et de soutien dans l'objectif d'intervenir efficacement? Le développement de plus d'équipes spécialisées dans l'intervention auprès des adolescents TPL a-t-il été envisagé? Il serait intéressant de favoriser le recrutement de thérapeutes et le développement d'équipes spécialisées en TPL adolescents pour diminuer la charge individuelle des thérapeutes (répartition des tâches), favoriser la formation, l'enseignement et le soutien à d'autres équipes de soins.

À un second niveau, les milieux de soins et l'administration sont des facteurs déterminants dans la protection des thérapeutes. En effet, afin de conserver et de former de nouvelles équipes de thérapeutes, les milieux n'auraient-ils pas avantage à prendre en considération la réalité clinique vécue par les thérapeutes qui travaillent auprès de la clientèle

TPL adolescente? Les milieux n'auraient-ils pas avantage à assurer un équilibre entre cette réalité qui est de travailler auprès des adolescents TPL et la réalité administrative prônant davantage l'efficacité? Certaines options sont envisageables.

La première option possible vise le travail auprès d'équipes spécialisées multidisciplinaires afin d'assurer un soutien, une supervision et un encadrement aux thérapeutes. Le soutien de l'équipe et du milieu s'avère primordial afin de partager la responsabilité professionnelle, de partager les sentiments vécus liées aux émotions positives et négatives et aux sentiments d'incompétence et d'impuissance. Selon la conception de la reconnaissance au travail de Dejours (1993), le manque de soutien relaté par les thérapeutes peut être compris comme un manque de reconnaissance du travail réel accompli par eux. Tel qu'indiqué dans la publication de l'Institut Statistique du Québec (2008), « [!]e soutien socio-émotionnel fait référence au degré d'intégration sociale et émotionnelle et au niveau de confiance entre les collègues et les superviseurs, c'est-à-dire l'esprit d'équipe et le degré de cohésion dans le groupe de travail.» (Fuhrer, Stansfeld, Chemali et Shipley, 1999; Johnson, Hall et Theorell, 1989; Karasek et Theorell, 1990; Siegrist et autres, 1990) Toujours selon cette enquête, il est dit qu'un faible soutien social au travail serait associé à un risque élevé de détresse psychologique, et ce, tant chez les hommes

que chez les femmes (Institut de la statistique du Québec, 2008). Le soutien et l'encadrement s'avèrent donc importants.

Parmi les membres de l'équipe, il semble important de cibler un chef d'équipe, ce qui semble être une deuxième option possible facilement envisageable. Son rôle vise à appuyer les décisions de l'équipe et de partager la responsabilité professionnelle, entre autres, par rapport aux conduites à risque. Le psychiatre étant un acteur clé dans le système de santé et, par le fait même, dans la prise de décision, il est souvent nommé comme chef d'équipe. Sa présence est essentielle dans l'équipe. De plus, étant donné qu'il s'agit de la clientèle le plus à risque de commettre des tentatives de suicide, la gestion des conduites est complexe et ne doit pas reposer sur un seul thérapeute. Un protocole de gestion des conduites suicidaires précis et connu au sein de l'équipe permet d'assurer un soutien d'urgence aux thérapeutes, dont un des moyens est d'obtenir le soutien d'un autre thérapeute (ou du psychiatre).

D'autres options possibles, pouvant être mises en place par le milieu, visent à promouvoir les formations continues et la supervision clinique ainsi que l'utilisation d'approche spécifique et spécialisée dans l'équipe. Les objectifs étant de mieux comprendre la clientèle, d'assurer une continuité et une consistance dans les services et de favoriser des interventions plus efficaces de part et d'autres. Ces options

permettraient de faciliter la prise en charge des adolescents TPL, dont l'intervention est complexe, et, par le fait même, d'amener les thérapeutes à mieux tolérer cette instabilité, intensité générant des conduites à risque et des abandons prématurés dans la thérapie. De plus, un partage de connaissances, de formation, l'utilisation d'un langage commun et d'un cadre fixe permettent de solidifier l'intervention et de diminuer les effets du clivage. D'ailleurs, l'utilisation d'une approche spécialisée, dont l'approche « *Dialectical Behavioral Therapy* », DBT, de Linehan, est rapportée comme étant un outil pour les thérapeutes afin de favoriser un cadre constant et de favoriser l'engagement thérapeutique.

Il s'avère donc nécessaire de trouver les moyens les plus optimaux pour atténuer les difficultés d'intervenir auprès des adolescents TPL et, principalement, les stratégies visant à les actualiser dans le quotidien de ces thérapeutes. Ces derniers se doivent de conserver un équilibre entre leur charge de travail, leur charge émotionnelle et les bénéfices que leur apporte leur travail auprès de ces adolescents. Le thérapeute est un outil central à la réussite de la thérapie et le milieu devrait s'en préoccuper, en prendre soin.

Maintenant que des facteurs de protection et des pistes de solution ont été proposés, il s'avèrerait intéressant de mettre en place des formations sur les difficultés d'intervention auprès des adolescents

TPL, de considérer les pistes de solution et de les mettre ne place afin d'optimiser l'efficacité des interventions et de protéger l'adolescent et son thérapeute.

2 PORTÉE DE L'ÉTUDE ET RECHERCHES FUTURES

Cette recherche a permis d'identifier et de comprendre les facteurs expliquant les difficultés d'intervenir auprès des adolescents TPL présentant des conduites suicidaires. Elle a permis d'obtenir un regard concret sur la réalité et le vécu des thérapeutes et d'obtenir une vision holistique de ce phénomène complexe. Il demeure, néanmoins, que le caractère exploratoire de ce projet limite quelque peu les conclusions et que d'autres études mériteraient de se pencher sur cette clientèle, dont les besoins sont considérables.

Dans le cadre de ce projet, bien que l'ensemble des thérapeutes s'entendent pour dire que le lien avec eux est fragile, certains thérapeutes travaillant dans des programmes spécialisés très structurés (thérapie de groupe) affirment avoir un haut taux d'assiduité, bien qu'ils expliquent que l'engagement en début de suivi serait parfois plus fragile. Par contre, il est important de noter que des critères d'inclusion fixes et rigoureux sont exigés pour entrer dans le programme, dont une motivation certaine ainsi qu'une assiduité exemplaire. L'abandon est-il réellement moins présent dans ces groupes? En fait, il serait intéressant

de s'interroger sur les critères d'inclusion et d'exclusion de ce groupe. Le fait que ces adolescents ne semblent pas abandonner, pourrait-il être camouflé par l'exclusion du groupe systématique? Étant donné qu'il s'agit de services de la troisième ligne, donc de soins surspécialisés, les cas sont sélectionnés en fonction de la sévérité. Ces milieux conservent-ils les meilleurs cas, ceux qui sont obligatoirement motivés et qui ne doivent pas s'absenter et éliminant, de ce fait, les cas moins atteints qui auraient possiblement abandonné? Du fait qu'un cadre fixe soit mis en place dans le programme, se pourrait-il qu'il favorise l'investissement dans la thérapie? Serait-il possible que le fait que les adolescents soient en groupe, donc avec d'autres adolescents, favorise la participation et l'investissement thérapeutique étant donné qu'il est rapporté que les adolescents ont tendance à se confier davantage aux jeunes de leur âge?

Dans un autre ordre d'idée, il serait intéressant de se demander si la complexité de l'intervention en lien avec les conduites suicidaires serait aussi présente dans un autre milieu de soins. En effet, parmi les milieux recrutés pour ce projet, les adolescents devaient obligatoirement présenter des conduites suicidaires. Il s'agit donc de comportements présents dans ces milieux, où la clientèle est généralement lourde et dont la comorbidité existe. Dans un milieu de première ligne, par exemple, où les conduites suicidaires ne sont pas nécessairement

présentes et dont la comorbidité peut être absente, la gestion du risque suicidaire et l'implication émotionnelle qui s'y rattache pourraient-elles être moindres pour les thérapeutes? Du moins, il est possible de penser que les situations de crise ne génèrent pas automatiquement des comportements suicidaires, bien qu'il s'agisse d'une population à risque en termes d'âge et de diagnostic. Les résultats de cette présente étude se limitent, pour l'instant, à un milieu de troisième ligne ou à un milieu dont les caractéristiques sont similaires.

Il serait aussi intéressant de vérifier si les mêmes particularités quant à l'intervention et aux éléments atténuants émergent dans un milieu de première et de deuxième ligne. Serait-il possible que dans un milieu de première ligne, par exemple, la formation continue ainsi que l'utilisation d'approches spécialisées soient moins accessibles, ce qui pourrait générer des difficultés différentes? De plus, les contraintes institutionnelles nommées en troisième ligne ont-elles la même ampleur en première ligne vu la priorisation ministérielle? Serait-il possible que les cas soient moins lourds en première ligne, ce qui atténuerait quelque peu les difficultés ou au contraire, il s'agit de cas chroniques plus difficiles à traiter?

Étant donné le caractère exploratoire de ce projet et l'objectif de l'étude bien défini, plusieurs interrogations demeurent présentes et méritent d'être étudiées en lien avec l'intervention auprès des

adolescents TPL en regard de la perception des thérapeutes, des adolescents et de leur famille. Des recherches ultérieures pourraient être proposées afin de valider les résultats obtenus dans cette recherche auprès de thérapeutes travaillant auprès de cette même clientèle, mais en première et deuxième ligne ainsi qu'en milieu privé.

3 LIMITES DE L'ÉTUDE

Cette étude s'est intéressée aux multiples facteurs impliqués dans la complexité de l'intervention auprès des adolescents atteints d'un TPL. Plus spécifiquement, l'objectif général de ce projet était d'explorer la perception et l'interprétation des thérapeutes spécialisés en pédopsychiatrie sur la complexité de l'intervention auprès d'adolescents atteints d'un TPL avec conduites suicidaires. Cet objectif a été atteint.

Les résultats de ce présent projet sont en accord avec les données recueillies dans les écrits scientifiques. Plusieurs études ont stipulé que les TPL abandonnent leur thérapie de manière prématurée, ce qui est aussi dénoté dans ce présent projet (Trautman et coll., 1993; Baruch, Gerber, Fearon, 1998; Jaunay, Consoli, Greenfield, Guillé, Mazet, Pelkonen, Marttunen, Laippala, Lonnqvist, 2000; Cohen, 2006). Toutefois, ce projet amène une perspective nouvelle et originale quant à la réalité des thérapeutes et leur vécu à l'égard de à cette

problématique. De plus, peu d'études avaient discuté des difficultés d'intervention en lien avec une clientèle TPL adolescente.

Dans le cadre de ce projet de type qualitatif, quelques constats ont été effectués quant à certains biais possibles liés aux méthodes utilisées qui pourraient, éventuellement, diminuer légèrement la qualité des critères de scientificité, soit la validité et la fidélité de l'étude.

Le premier biais possible concerne la codification. En effet, bien qu'un lexique ait été construit pour assurer une standardisation de la codification, certaines disparités ont été constatées dans les étapes du contre-codage. Par contre, en effectuant une triangulation des inférences, il a été possible de raffiner les définitions des différents codes et d'arriver à une codification plus uniforme. Il semble donc que ce biais ait été éliminé. Par contre, il demeure, malgré tout, la possibilité que certaines différences subjectives se soient glissées, faisant en sorte que l'analyse des données et l'interprétation des résultats peuvent en être quelque peu affectées, ce qui, par le fait même, diminuerait légèrement la fidélité des résultats, donc la possibilité de généralisation.

De plus, les conclusions émises peuvent être légèrement faussées et être influencées par le caractère subjectif des codeurs (attentes de l'expérimentateur) étant donné que les résultats, d'un codeur à un autre, variaient quelque peu. Il est donc important de se

questionner sur ce possible biais, bien que plusieurs mesures aient été mises en place pour l'éliminer (codification multiple, triangulation des inférences, lexique de codes, journal de bord, etc.).

Par ailleurs, les données recueillies sont principalement de type suscité, ce qui aurait pu limiter les possibilités de tirer de réelles conclusions vu les possibles biais d'instrumentation, soit l'expérimentateur lui-même. L'utilisation de la triangulation des inférences a donc permis de « limiter des erreurs se rapportant à une méthode particulière en utilisant plutôt des méthodes multiples ou différents types de données fournissant des contrôles de validité inter donné. » (Konaté, Sidibé, 2005)

Un autre biais pourrait avoir influencé les résultats de cette recherche. La collecte de données est effectuée sur une part de la réalité humaine, c'est-à-dire un résultat de l'action humaine ou une trace de l'activité, ce qui peut laisser place à l'interprétation (Van der Maren, 2007). Il s'agit d'une analyse du contenu, donc il y a fort probablement un écart entre ce qui est dit et ce que la personne voulait dire (Van der Maren, 2007). De plus, aucun expert ou retour auprès des thérapeutes interrogés n'a été effectué, ce qui aurait été intéressant pour valider les données analysées et augmenter la validité de l'étude.

Dans un autre ordre d'idée, des biais en lien avec l'échantillonnage pourraient être indiqués. D'abord, l'échantillonnage s'est effectué au hasard plutôt que de manière raisonné. De plus, un biais pouvant être discuté est l'échantillonnage peu élevé et peu diversifié. Bien que les données semblent saturées, il demeure intéressant d'obtenir un plus grand éventail de résultats surtout que le projet s'est déroulé dans des milieux semblables, en troisième ligne. Il aurait été intéressant d'obtenir des résultats des milieux de première et deuxième ligne afin de comparer les résultats et d'augmenter la validité du contenu et, par le fait même, d'augmenter les possibilités de généralisation et l'accessibilité des données. Il est possible que les difficultés recensées soient différentes d'un niveau de spécialisation à l'autre. Étant donné que la formation et l'expérience sont des caractéristiques qui ont émergé de l'étude et qui semblent importantes dans l'intervention avec les adolescents TPL, une collecte de données auprès de thérapeutes généralistes, donc qui ne sont pas nécessairement spécialisés avec la clientèle TPL aurait été intéressante. Les difficultés rapportées auraient possiblement été différentes.

Dans le même ordre d'idées, il aurait pu être intéressant d'approfondir la recherche auprès de un ou deux thérapeutes seulement (étude de cas) afin d'approfondir la compréhension de cette

problématique. Par ailleurs, étant donné qu'il s'agit d'une étude exploratoire, la généralisation aurait été limitée.

CONCLUSION

Les adolescents TPL, groupe d'âge où le risque de suicide est le plus élevé, consultent de manière chaotique, les services de santé de troisième ligne. Clientèle complexe, ces jeunes se présentent en situation de crise, souvent étroitement en lien avec des conduites suicidaires, ce qui complexifie l'intervention. À la lumière de ce projet de recherche sur la perception des thérapeutes à propos des difficultés d'intervention auprès des adolescents atteints d'un trouble de personnalité limite avec conduites suicidaires, il demeure intéressant de constater que cette clientèle est, à l'unanimité, difficile à traiter en clinique, et ce, dû à la symptomatologie comme telle, au risque suicidaire élevé, aux risques d'abandon prématuré de la thérapie engendré par leur grande instabilité émotionnelle, relationnelle et comportementale. Dans un contexte de soins prédéfini, la responsabilité professionnelle, la tolérance au risque quant au caractère impulsif et instable des adolescents TPL en lien avec le risque suicidaire élevé ainsi que l'incertitude dans lequel se retrouve le thérapeute engendre un sentiment d'épuisement et d'incompétence, complexifiant ainsi le processus d'intervention. Une haute charge émotionnelle résulte de cette problématique et fragilise l'investissement en thérapie de part et d'autre.

Ce projet a permis de mettre en lumière la perception des thérapeutes travaillant auprès des adolescents TPL, une clientèle fragile, souffrante, mais vivante et enrichissante à la fois. Il serait intéressant de poursuivre des recherches sur les difficultés d'intervention auprès des adolescents TPL dans plusieurs milieux thérapeutiques différents, tant en première, deuxième et troisième ligne, et de questionner, en plus des thérapeutes, les adolescents et leurs parents afin d'obtenir un portrait plus précis de la réalité clinique, et d'assurer des soins spécialisés et de qualité centrés sur le client.

Il est donc vrai de dire que les adolescents TPL demeurent une clientèle complexe et exigeante, dont de nombreux défis cliniques et de recherches intéressants peuvent émerger, ce qui mérite d'être exploré.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Abella, A., Manzano, J.M. (2000). Les ruptures de traitement (drop-out) en pédopsychiatrie: une revue. Schweizer archive für neurologie and psychiatrie. 151 (3), 86-92.

Adshead, G. (1998). Psychiatric staff as attachment figures. British Journal of Psychiatry. 172, 64-69.

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2008. La transformation des services en santé mentale, L'organisation des services de santé mentale dans les CSSS. LA FORCE DES LIENS. http://www.santemontreal.qc.ca/pdf/plan/ligne_CSSS.pdf Page consulté le 2 juillet 2009.

Agence de la Santé Publique du Canada. (2002). Rapport sur les maladies mentales au Canada. www.santepublique.gc.ca

Akiskal, H.S., Chen, S.E., Davis, G.C., Puzantian V.R., Kashgarian, M, & Bolinger J.M. (1985). Borderline: an adjective in search of a noun. Journal of Clinical Psychiatry. 46, 41-48.

Alberta Mental Health Board et L'Institute of Health Economics (IHE). (2007). Les statistiques économiques de la santé mentale. (2007), 1-72.

American Psychiatric association (1996). DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Édition Masson, Traduction française, Paris, 1056p.

American Psychiatric Association (2001). Practice Guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. [En ligne]. www.psych.org (page consultée le 2 juin 2007).

Baruch, G., Gerber, A., Fearon, P. (1998). Adolescents who drop out of psychotherapy at a community-based psychotherapy centre: A preliminary investigation of the characteristics of early drop-outs, late drop-outs and those who continue treatment. British Journal of Medical Psychology. 71, 233-245.

Becker, D.F., Grilo, C.M., Edell, W.S., McGlashan, T.H. (2000). Comorbidity of Borderline Personality Disorder With Other Personality Disorders in Hospitalized Adolescents and Adults. American Journal of Psychiatry, 157(12):2011-16.

Becker, D.F., Grilo, C.M., Edell, W.S., McGlashan, T.H. (2002). Diagnostic Efficiency of Borderline Personality Disorder Criteria in Hospitalized Adolescents: Comparison With Hospitalized Adults. American Journal of Psychiatry. 159(12), 2042-47.

Bender, D.S., Farber, B.A., Sanislow, C.A., Dyck, I.R., Geller, J.D., Skodol, A.E. (2003). Representation of Therapist by Patients with Personality Disorders. American Journal of Psychotherapy. 57(2), 219-236.

Black, DW., Blum, N., Pfohl, B., Hale, N. (2004). Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder: Prevalence, Risk, Factors, Prediction and Prevention. Journal of Personality Disorders. 18(3), 226-239.

Blagov, P.S., Westen, D. (2008). Questioning the Coherence of Histrionic Personality Disorder. The Journal of Nervous and Mental Disease. 196(11), 785-797.

Bogar, B., Peterson, LG., Golann, S., Hardimann, JL. (1990). Self-mutilation of the chronically suicidal patient: An examination of the frequent visitor to the psychiatric emergency room. Annals of Clinical Psychiatry. 2(3), 217-222.

Bohus, M., Limberger, M.F., Frank, U., Chapman, A.L., Kuhler, T., Stieglitz, R-D. (2007). Psychometric Properties of the Borderline Symptom List (BSL). Psychopathology. 40, 126-132.

Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M.F., Stieglitz, RD., Domsalla, M., Chapman, A.L., Steil, R., Philipsen, A., Wolf, M. (2009). The Short Version of the Borderline Symptom List (BSL-23) : Development and Initial Data on Psychometric Properties. Psychopathology. 42, 32-39.

Bondurant, H., Greenfield, B., Tse, S.M. (2004). Construct Validity of the Adolescent Borderline Personality Disorder: A Review. The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review. 13(3), 53-56.

Bouchard, S. (2003). Approche cognitive du trouble de la personnalité limite : intérêt et limites actuelles. Revue québécoise de psychologie. 24, (2), 211-225.

Burnette, M.L., Reppucci, N.D. (2009). Childhood abuse and aggression in girls : The contribution of borderline personality disorder. Development and Psychopathology. 21, 309-317.

Cailhol, L., Marclay, L., Burnand, Y., Lazignac, C., Andreoli, A. (2007). Predictive Factors of Suicidal Behaviour Recurrence in Borderline Personality Disorder Patients. Encephale. 33 (2), 156-9.

Chabrol, H., Chouicha, K., Montovany, A., Callahan, S. (2001). Symptomatologie de la personnalité limite du DSM IV dans une population non clinique d'adolescents : étude d'une série de 35 cas. L'Encéphale 120 (7).

Clarkin, JF., Levy, KN., Lenzenweger, MF., Kernberg, OF. (2004). The Personality Disorders Institute/borderline Personality Disorder Research Foundation Randomized Control Trial for Borderline Personality Disorder: Rationale, Methods, and Patient Characteristics. Journal of Personality Disorders. 18(1), 52-72. ICCIKD

Clarkin, JF., Levy, KN., Lenzenweger, MF., Kernberg, OF. (2007). Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: a Multiwave Study. American Journal of Psychiatry. 164(6), 922-8.

Clarkin, JF., Lenzenweger, MF., Yeomans, F., Levy, KN., Kernberg, OF. (2007). An Object Relations Model of Borderline Pathology. Journal of Personality Disorders. 21(5), 474–499. TI NA LB.PD

Clifton, A., Pilkonis, PA., McCarty, C. (2007). Social Networks in Borderline Personality Disorder. Journal of Personality Disorders. 21(4), 434–441.

Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., Przybeck, T.R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry. 50, 975–990.

Contandriopoulos, A-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J-L. et Boyle, P. (2005). Savoir préparer une recherche La définir, la structurer, la financer. Gaëtan Morin Éditeur, Chenelière éducation, 197 pages.

Corder, B.F., Haizlip, T.M., Walker, P..A. (1980) Critical areas of therapists' functioning in adolescent group psychotherapy: a comparison with self-perception of functioning in adult groups by experienced and inexperienced therapists. ADOLESCENT 15(58), 435-442.

Côté, P., Côté, J., Lavoie, R., Lemire, B., Desroches, D., Lessard, B., Pérez-Delouya, B., Tapiero, J., Therrien, R., Trépanier, J-M. L'adhésion aux traitements antirétroviraux guide pour les professionnels de la santé. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. [En ligne].

http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/pdf/adhesion_traitements_antiretroviraux.pdf. (Page consultée le 18 février 2008).

Cottraux, J., Blackburn, I.M. (2001) *Thérapies cognitives des troubles de la personnalité*. Paris: Masson.

Courtois, A. (2003). Le thérapeute d'adolescents, un « passeur de temps » : un apport systémique et anthropologique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 51, 62-69.

Crick, N.R., Murray-Close, D., Woods, K. (2005). Borderline personality features in childhood: A short-term longitudinal study. *Development and Psychopathology*. 17, 1051-1070.

Crowell, S.E., Beauchaine, T.P., Linehan, M.M. (2009). A Biosocial Developmental Model of Borderline Personality: Elaborating and Extending Linehan's Theory. *Psychological Bulletin*. 135(3), 495-510.

Cousineau, P. (1997). Thérapie et patients borderline. *Santé mentale au Québec*. 22, (1), 5-138.

Davidson, K., Tyrer, P., Gumley, A., Tata, P., Norrie, J., Palmer, S., Millar, H., Drummond, L., Seivewright, H., Murray, H., Macaulay, F. (2006). A Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: Rationale for Trial; Method and Description of Sample. *Journal of Personality Disorders*. 20(5), 431-449.

Davidson, K., Norrie, J., Tyrer, P., Gumley, A., Tata, P., Murray, H., Palmer, S. (2006). The Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: Results from the Borderline Personality Disorder Study of Cognitive Therapy (Boscot) Trial. *Journal of Personality Disorders*. 20(5), 450-465.

Dejours, C. (1993). *Travail et usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*, Paris, Bayard.

Desrosiers, L. (2007). *Protocole de recherche*. Version inédite.

Diamond, D., Stovall-McClough, C., Clarkin, J.F., Levy, K.N. (2003). Patient-therapist Attachment in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 67, 3.

Dulz, B. (1995). *Troubles de la personnalité : Vivre à la limite*. *Cerveau et psycho* (9). [En ligne].

<http://www.personnalitelimite.org/Cerveauetpsycho-Borderline.pdf>
(Page consultée le 25 septembre 2007).

Fernandez, F., Lézé, S., Marche, H., (2008). Le langage social des émotions : Études sur les rapports au corps et à la santé. Edition Economica, Athropos. P.23-49.

Fonagy P, Target M, Gergely G: Attachment and borderline personality disorder: a theory and some evidence. Psychiatr Clin North Am 1999. 23, 103–122.

Frotin, A., Filipovic, A. Albert, E. (2004). Les états limites au prisme de la théorie de l'attachement: étude sur la population de 11 adolescents d'un hôpital de jour. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. 55, 239-247.

Fullerton, C.S., Yates, B.T., Goodrich, W. (1990). The sex and experience of the therapist and their effects on intensive psychotherapy of the adolescent inpatient. University of Chicago, 272-279.

Goldman, S. J., D'Angelo, E. J., & DeMaso, D. R. (1993). Psychopathology in the families of children and adolescents with borderline personality disorder. Am J Psychiatry. 150(12), 1832-1835.

Goldstein, W.N. (1987). Current dynamic thinking regarding the diagnosis of the borderline patient. Am J Psychother. 41(1), 4-22.

Guide de présentation et d'évaluation des mémoires de maîtrise et des thèses de doctorat.(2001) Facultés des études supérieures de l'Université de Montréal.

Guilé, J-M., Greenfield, B. (2004). Personality Disorders in Childhood and Adolescence. The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review. 13(3), 51-52.

Gunderson, J.G., Singer, M.T. (1975). Defining borderline patients: an overview. American Journal of Psychiatry. 132, 1-9.

Gunderson, J.G., Kolb, J.E. (1978). Discriminating features of borderline patients. Am J Psychiatry. 135, 792–796.

Gunderson, J.G., Elliott, G.R. (1985). The interface between borderline personality disorder and affective disorder. American Journal of Psychiatry. 142, 279-288.

Gunderson, J.G., Phillips, K.A. (1991). A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. American Journal of Psychiatry. 148, 967-975.

Gunderson, J.G. (1996). The Borderline Patient's Intolerance of Aloneness: Insecure Attachments and Therapist Availability. Am J Psychiatry. 153(6), 752-758.

Gunderson, J.G. (2001). Borderline personality disorder a clinical guide. Washington, DC: American psychiatric publishing. Labrosse, R., Personnalité_Limite.Org, [En ligne]. www.personnalitelimite.org (page consultée le 30 mai 2007)

Gunderson, J. (2008). Borderline Personality Disorder : An Overview. Social Work in Mental Health. 6(1),5-12.

Gurvits, I.G., Koenigsberg, H.W., Siever, L.J. (2000). Neurotransmitter dysfunction in patients with borderline personality disorder. Psychiatry Clin North Am. 23(1):27-40, vi. Review.

Hazlett, E.A., Speiser, L.J., Goodman, M., Roy, M., Carrizal, M., Wynn, J.K., Williams, C.W., Romero, M., Minzenberg, M.J., Siever, L.J., New, A.S. (2007). Exaggerated Affect-Modulated Startle During Unpleasant Stimuli in Borderline Personality Disorder. BIOL PSYCHIATRY. 62, 250-255

Herr, N.R., Hammen, C., Brennan, P.A. (2008) Maternal borderline personality disorder symptoms and adolescent psychosocial functioning. Journal of Personality Disorders. 22(5), 451-465.

Hill, J., Pilkonis, P., Morse, J., Feske, U., Reynolds, S., Hope, H., Charest, C., Broyden, N. (2007). Social Domain Dysfunction and Disorganisation in Borderline Personality Disorder. Psychological Medicine, 1-12.

Horest. N., Sever, J., Apter, A. (2003). A Comparison of Life Events Between Suicidal Adolescents With Major Depression and Borderline Personality Disorder. Comprehensive Psychiatry. 44(4), 277-283.

Huberman, A.M., Miles, M.B. (1991), *Analyse des données qualitatives*, De Boeck., 29-32.

Hummelen, B., Wilberg, T., Karterud, S. (2007). Interviews of Female Patients with Borderline Personality Disorder Who Dropped Out

of Group Psychotherapy. International Journal of Group Psychotherapy. 57(1), 67-91.

Institut de la statistique du Québec (2010) Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec : un regard sur les liens avec l'état de santé physique ou mental et le milieu social. Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Zoom Santé. 20, 1-8.

Institut de la statistique du Québec (2008). Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois. Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Page consultée le 8 avril 2010.

http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2008/stress_travail.pdf

Jaunay, E., Consoli, A., Greenfield, B., Guillé, J-M., Mazet, P., Cohen, D. (2006). Treatment Refusal in Adolescents with Severe Chronic Illness and Borderline Personality Disorder. J Can Acad Adolesc Psychiatry. 15(3), 135-142.

Johnson, J.G., Cohen, P., Skodol, A.E., Oldham, J.M., Kasen, S., Brook, J.S. (1999). Personality Disorders in Adolescence and Risk of Major Mental Disorders and Suicidality During Adulthood. Arch Gen Psychiatry. 56, 805-811.

Juengling, F. D., Schmahl, C., Heblinger, B., Ebert, D., Bremner, J.D., Gostomzyk, J., Bohus, M. & Lieb, K. (2003). Journal of Psychiatric Research. 37, 109-115.

Katz, L., Cox, B. J. (2002). Dialectical Behaviour Therapy for Suicidal Adolescent Inpatients, A Cas Study. Clinical Case Studies, 1(1), 81-92.

Konaté, K., Sidibé, A., (2005), Extrait de guide pour la recherche qualitative, Rocare/Ernwaca. Adresse : <http://www.ernwaca.org/panaf/RQ/fr/introduction.php> page consulté le 10 décembre 2007.

LaForge, E. (2007). The Patient with Borderline Personality Disorder. Journal Article JAAPA. 20(4), 46-50.

Lajoie, J. (2003). Interventions à court terme auprès d'une personne souffrant du trouble de personnalité borderline. Revue Québécoise de Psychologie. 24(2), 227-246.

Gouvernement du Québec (2005). Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La Force des liens. Page consulté le 3 juin 2009. http://www.santemontreal.gc.ca/csss/delamontagne/docs/Projet_clinique_Sant%C3%A9_mentale/Volet_jeunesse/Annexes_Forums_SMJ.pdf

Lazaratou, H., Vlassopoulos, M., Dellatolas, G. (2000). Factors Affecting Compliance with Treatment in an Outpatient Child Psychiatric Practice: A Retrospective Study in a Community Mental Health Centre in Athens. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 69, 42-49.

Lecomte, J. (2004). *Guérir de son enfance*. Paris, France : Odile Jacob.

Leduc, N. (2008). Cours ASA 6177 – Méthodologie de la recherche. Notes de cours inédites, Université de Montréal.

Lessard-Hébert M., Goyette G. et G. Boutin (1996), *La recherche qualitative: Fondements et pratiques*. 2e édition : Montréal, Éditions Nouvelles, 124 pages.

Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., & Klein, D. N. (1997). Axis II psychopathology as a function of Axis I disorders in childhood and adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(12), 1752-1759.

Links, PS., Eynan, R., Heisel, MJ., Barr, A., Korzekwa, M., McMain, S., Ball, JS. (2007). Affective Instability and Suicidal Ideation and Behavior in Patients with Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*. 21(1), 72-86.

Links, PS. (2007). Impact of Recent Research on Borderline Personality Disorder. [Review] [2 refs] [Journal Article. Research Support, Non-U.S. Gov't. Review] Current Psychiatry Reports. 9(1), 1-2.

Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D., Heard, H.L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*. 48, 1060–1064.

Linehan, M.M.: *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford, 1993.

Linehan, M.M., Cochran, B.N., Mar, C.M., Levensky, E.R., Comtois, K.A. (2000). Therapeutic Burnout Among Borderline Personality Disordered Clients and Their Therapists: Development and

Evaluation of Two Adaptations of the Maslach Burnout Inventory. Cognitive and Behavioral Practice. 7, 329-337.

Lynch, TR., Trost, WT., Salsman, N., Linehan, MM. (2007). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. Annual Review of Clinical Psychology. 3, 181-205.

Lyoo, I. K., Han, M. H., & Cho, D. Y. (1998). A brain MRI study in subjects with borderline personality disorder. Journal of affective disorders. 50, 235-43.

Macfie, J. (2009). Development in Children and Adolescents Whose Mothers Have Borderline Personality Disorder. Journal Compilation. 3(1), 66-71.

McGirr, A., Paris, J., Lesage, A., Renaud, J., Turecki, G. (2007). Risk Factors for Suicide Completion in Borderline Personality Disorder: a Case-control Study of Cluster B Comorbidity and Impulsive Aggression. Journal of Clinical Psychiatry. 68(5), 721-9.

McQuillan, A., Nicastro, R., Guenot, F., Girard, M., Lissner, C., Ferrero, F. (2005). Intensive Dialectical Behavior Therapy for Outpatients with Borderline Personality Disorder Who Are in Crisis. [Journal Article] Psychiatric Services. 56(2):193-7.

Materson, J.F. (1992). Psychotherapy of Borderline and Narcissistic Disorders in the Adolescent : Establishing a Therapeutic Alliance, a Developmental, Self-, and Object-Relations Approach. University of Chicago. 179-192.

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

Narud, K., Mykletun, A., Dahl, A.A. (2003). Experienced therapists' opinions on central issues in psychodynamic psychotherapy of patients with personality disorders. NORD J PSYCHIATRY. 57(6), 461-467.

Ouellette, R. (2009). *Cours PEF 3200 V : La Résilience*. Note de cours inédite.

Palmer, RL. (2002). Dialectical Behaviour Therapy for Borderline Personality Disorder. Advances in Psychiatric Treatment. vol. 8, 10-16.

Palmer, S., Davidson, K., Tyrer, P., Gumley, A., Tata, P., Norrie, J., Murray, H., Seivewright, H. (2006). The Cost-Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: Results from the Boscot Trial. Journal of Personality Disorders. 20(5), 466–481.

Paris, J. (1996). Succès et échecs dans le traitement de patients souffrant de troubles de personnalité limite. Hôpital Général Juif, [En ligne]. <http://www.personnalitelimite.org/succesechecstraitement.html> (page consultée le 1 octobre 2007).

Paris, J (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. Psychiatric Services. 53,738-742.

Paris, J., Zweig-Frank, H., Kin, N.M., Schwartz, G., Steiger, H., Nair, N.P. (2004). Neurobiological correlates of diagnosis and underlying traits in patients with borderline personality disorder compared with normal controls. Psychiatry Res. 121(3), 239-52.

Paris, J. (2005). The development of impulsivity and suicidality in borderline personality disorder. Dev Psychopathol. 17(4), 1091-1104.

Paris, J. (2005). The diagnosis of borderline personality disorder: problematic but better than the alternatives. Annals of Clinical Psychiatry. 17(1), 41-46.

Paris, J. (2007). The Nature of Borderline Personality Disorder: Multiple Dimensions, Multiple Symptoms, but One Category. Journal of Personality Disorders. 21(5), 457–473.

Pelkonen, M., Marttunen, M., Laippala, P., Lonnqvist, J. (2000). Factors Associated With Early Dropout From Adolescent Psychiatric Outpatient Treatment. J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY. 39(3), 329-336.

Perseius, K-I., Öjehagen, A., Ekdahl, S., Asberg, M., Samuelsson, M. (2003). Treatment of Suicidal and Deliberate Self-Harming Patients With Borderline Personality Disorder Using Dialectical Behavioral Therapy: The Patients' and the Therapists' Perceptions. Archives of Psychiatric Nursing. XVII(5), 218-227.

Perseius, K-I., Kâver, A., Ekdahl, S., Åsberg, M., Samuelsson, M. (2007). Stress and Burnout in Pduchiatric Professionals Starting to Use Dialectical Behavioural Therapy on Young Self-harming Women Showing Borderline Personality Symptoms. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 14, 635-643.

Pope, H. G., Jr., Jonas, J. M., Hudson, J. I., Cohen, B. M., & Gunderson, J. G. (1983). The validity of DSM-III borderline personality disorder. A phenomenologic, family history, treatment response, and long-term follow-up study. Arch Gen Psychiatry. 40(1), 23-30.

Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer et Pires (1997), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Boucherville : Gaëtan Morin Éd. : Les pages 85-111 (devis) et 365-388 (critères de scientificité); 113-171 (échantillon); 173-144 (entretien et observation); 251-287 (analyse documentaire et récit de vie); 293-333 (induction et théorisation).

Proulx, M. (2008). Notes de cours inédites. Université de Montréal, Méthodologie de la recherche ASA 6177.

Robert, P., (2008). Dictionnaire Le Nouveau Petit Robert de la langue Française. Edition le Robert.

Robins, E., Guze, S.B. (1970). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. American Journal of Psychiatry. 126, 107-111.

Robinson DJ., *Disordered Personalities*. (2005). 3ème édition. Rapid Psychler Press. London, Canada, 430 pages.

Rossberg, J.I., Karterud, S., Pedersen, G., Friis, S. (2007). An Empirical Study of Contertransference Reactions Toward Patients with Personality Disorders. Comprehensive Psychiatry. 48, 225-230.

Russell, J.J., Moskowitz, D.S., Sookman, D., Paris, J., Zuroff, D.C. (2007). Stability and Variability of Affective Experience and Interpersonal Behavior in Borderline Personality Disorder. Journal of Abnormal Psychology. 116, (3), 578-588.

Santisteban, D.A., Muir, J.A., Mena, M.P., Mitrani, V.B. (2003). Integrative borderline adolescent family therapy meeting the challenges of treating adolescents with borderline personality disorder. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. 40(4), 251-264.

Sharp, C., Romero, C. (2007). Borderline personality disorder: A comparison between children and adults. Bulletin of the Menninger Clinic. 71(2), 85-114.

Siever, L.J. & Davis, K.L. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. Am J Psychiatry. 12, 1647-58.

Silverman, J. M., Pinkham, L., Horvath, T. B., Coccaro, E. F., Klar, H., Scheer, S., et coll., (1991). Affective and impulsive personality disorder traits in the relatives of patients with borderline personality disorder. Am J Psychiatry, 148(10), 1378-1385.

Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. Biol Psychiatry, 51(12), 936-950.

Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation and therapy in the borderline group of neurosis. Psychoanalytic Quarterly, 7, 467.

Thurin, M. (1994). Évaluation des psychothérapies psychodynamiques - Facteurs liés aux sorties de traitement des patients borderline. [En ligne].

<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/Techniques-psychotherapiques/Documentation/Articles/Yeomans.html>

(Page consultée le 1 décembre 2007)

Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., et coll., (2000). A twin study of personality disorders. Compr Psychiatry, 41(6), 416-425.

Tragesser, S., Solhan, M., Schwartz-Mette, R., Trull, T. (2007). The Role of Affective Instability and Impulsivity in Predicting Future BPD Features. Journal of Personality Disorders. 21(6), 603–614.

Trautman, PD., Stewart, N., Morishima, A. (1993). Are Adolescent Suicide Attempter Noncompliant with Outpatient Care? J. Am. Accad. Child Adolesc. Psychiatry. 32(1), 89-94.

Van der Maren, J.M. (1996), *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Montréal : PUM; Bruxelles : De Boeck-Université, 2e édition, : Chapitres 4, 5, 13,14 et16 à 20.

Van der Maren, J-M. (2007). Cours ETA 6512 – Analyse des données qualitatives. Notes de cours inédites, Université de Montréal.

Waldinger, R.J., Gunderson, J.G. (1987). Effective psychotherapy with borderline patients Case studies. Washington: American psychiatric press.

Westen, D., Shedler, J., Durrett, C., Glass, S., Martens, A. (2003). Personality Diagnoses in Adolescence: DSM-IV Axis II Diagnoses and an Empirically Derived Alternative. American Journal of Psychiatry.5, 952-66.

Winograd, G., Cohen, P., Chen, H. (2008). Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. The journal of child psychology and psychiatry. 49(9), 933-941.

Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Marino, M. F., Schwartz, E. O., Frankenburg, F. R. (1988). DSM-III disorders in the families of borderline outpatients. J Pers Disord. 2(4), 292-302.

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Silk, K.R. (2003) The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. Am J Psychiatry, 160, 274–283.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Yong, L., Raviola, G., Bradford Reich, D., Hennen, J., et coll., (2004). Borderline psychopathology in the first-degree relatives of borderline and axis II comparison probands. Journal of Personality Disorders. 18(5), 439-447.

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Reich, D.B., Silk, K.R. (2005). Psychosocial functioning of borderline patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years. J Pers Disord. 19, 19–29.

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Ridolfi, M.E., Jager-Hyman, S., Hennen, J., Gunderson, J.G. (2006). Reported childhood onset of self-mutilation among borderline patients. Journal of Personality Disorders. 20(1), 9-15.

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B., Silk, K.R., Hudson, J.I., Mc-Sweeney, L.B. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. Am J Psychiatry. 164, 929–935.

Zelkowitz, P., Paris, J., Guzder, J., Feldman, R., Roy, C., Rosval, L. (2007). A Five-Year Follow-up of Patient with Borderline Pathology of Childhood. Journal of Personality Disorders, 21(6), 664–674.

ANNEXE 1 - DSM-IV

Selon le DSM IV, le trouble de personnalité limite se caractérise par un mode général d'instabilité dans les relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et qui est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes (American Psychiatric association, 1996)

(1) efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés (NB. Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérées dans le critère 5)

(2) mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation

(3) perturbation de l'identité: instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi

(4) impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex., dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie). (NB. Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérées dans le critère 5)

(5) répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations

(6) instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex., dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours)

(7) sentiments chroniques de vide

(8) colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (p. ex., fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées)

(9) survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutrice ou de symptômes dissociatifs sévères

ANNEXE 2 - LETTRE D'INFORMATIONS



Hôpital
Rivière-des-Prairies
Centre hospitalier de soins psychiatriques

APPILIÉ A
Université 
de Montréal

Lettre d'information

Madame, Monsieur,

Je suis une étudiante à la maîtrise en sciences biomédicales, profil réadaptation, de l'Université de Montréal, sous la direction de Mme Micheline Saint-Jean, professeure agrégée au programme d'ergothérapie. Dans le cadre de mon projet d'étude sur la *Perception des thérapeutes sur les difficultés d'intervenir avec les adolescents (12-18 ans) atteints d'un trouble de personnalité limite (TPL) avec conduites suicidaires*, je dois compléter une dizaine d'entrevues avec des professionnels de la santé travaillant avec cette clientèle.

La symptomatologie des adolescents TPL se caractérise, entre autres, par des passages à l'acte fréquents. Effectivement, leur entrée dans les services de santé se fait généralement en situation de crise, laquelle se manifeste souvent par des conduites suicidaires (Bongar et coll., 1990). La détresse aiguë résorbée, un grand nombre de ces adolescents ont tendance à abandonner le traitement proposé et ne reviennent solliciter des services que lors d'une nouvelle situation de crise (Trautman et coll., 1993). Ce mode de consultation chaotique hypothèque considérablement les bénéfices que pourrait avoir un traitement efficace et accroît le risque d'un suicide complété chez ces patients (Paris, 2002). Selon Hummelen, Wilberg et Karterud (2007), le traitement des personnes atteintes d'un trouble de personnalité limite (TPL) constitue un défi perpétuel pour les thérapeutes dus aux caractères instables de la clientèle, à leurs comportements autodestructeurs et aux transferts et contre-transferts observés durant le traitement.

Cette lettre n'est pas d'un formulaire de consentement à l'étude et ne vous engage en rien. Si vous désirez participer à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec moi au [REDACTED] ou par

courriel à [REDACTED]. Votre participation consistera en une seule entrevue d'environ une heure dans un lieu et moment à votre convenance.

L'objectif général de ce projet serait donc de mieux comprendre les difficultés d'intervenir avec les adolescents TPL à travers la perception des thérapeutes.

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à cette demande.

[REDACTED]

[REDACTED]

ANNEXE 3 - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



Hôpital
Rivière-des-Prairies
Centre hospitalier de soins psychiatriques



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT GÉNÉRAL À LA RECHERCHE

1. Titre du projet, nom des chercheurs et affiliation

Perception des thérapeutes sur les difficultés d'intervenir auprès des adolescents atteints d'un trouble de personnalité limite (TPL) avec conduites suicidaires.

*Valérie Paré-Miron
Micheline Saint-Jean
Lyne Desrosiers*

Affilié à l'hôpital Rivière-des-Prairies

2. Description du projet

La symptomatologie des adolescents TPL se caractérise, entre autres, par des passages à l'acte (« acting-out ») fréquents, soit des comportements impulsifs et irrationnels. Effectivement, leur entrée dans les services de santé se fait généralement en situation de crise, laquelle se manifeste souvent par des conduites suicidaires (Bongar et coll. 1990). La détresse aiguë résorbée, un grand nombre de ces adolescents ont tendance à abandonner le traitement proposé et ne reviennent solliciter des services que lors d'une nouvelle situation de crise (Trautman et coll. 1993). Ce mode de consultation chaotique hypothèque considérablement les bénéfices que pourrait avoir un traitement efficace et accroît le risque d'un suicide complété chez ces patients (Paris, 2002).

Selon Hummelen, Wilberg et Karterud (2007), le traitement des personnes atteintes d'un trouble de personnalité limite (TPL) constitue un défi perpétuel pour les thérapeutes dû aux caractères instables de la clientèle, à leurs comportements autodestructeurs et aux transferts et contre-transferts observés durant le traitement.

L'objectif général de ce projet est de mieux comprendre les difficultés d'intervenir avec les adolescents TPL à travers la perception des thérapeutes.

Les objectifs spécifiques seront de cerner :

- 1. Les caractéristiques personnelles du clinicien; leur formation, leur intérêt pour la clientèle, leur expérience clinique,*
- 2. L'approche clinique utilisée pour cette clientèle,*
- 3. L'appréciation du clinicien de l'appareil de soins, soit le protocole d'urgence, la facilité de consultation, le support de l'équipe...,*
- 4. L'attitude du clinicien face aux différents passages à l'acte des clients dont les gestes suicidaires.*

Cette recherche exploratoire vise à décrire et comprendre les difficultés d'intervenir avec des adolescents TPL. Les utilisateurs des résultats de cette étude seront principalement les thérapeutes travaillant avec la clientèle dans le but de les amener à réfléchir sur leur pratique avec cette clientèle, de mieux comprendre et connaître la clientèle, de diminuer le « stress » qui y est associé et d'augmenter les chances de réussite dans le traitement.

3. Procédures de l'étude

Les participants à l'étude devront se libérer à une seule reprise pour environ une heure afin de participer à l'entrevue. Le lieu et le moment de l'entrevue sont conditionnels aux disponibilités du participant. Les entrevues seront enregistrées, avec votre consentement éclairé, et converties en verbatim pour des fins d'analyse de contenu. Le contenu de l'entrevue se rapporte aux questions d'ordre sociodémographique telles que l'âge, le sexe, la formation préalable des intervenants, l'expérience générale comme professionnel de la santé, l'expérience avec la clientèle, l'expérience en santé mentale, le lieu de travail, la composition de l'équipe, le soutien de l'équipe, les types d'intervention, l'appréciation de l'appareil de soins, etc. Une première étape de codage sera complétée à l'aide du logiciel Atlas-ti. L'élaboration de catégories en fonction des réponses que vous aurez données permettra de faire ressortir les éléments essentiels et de procéder à une analyse de contenu. Étant donné que la passation des entrevues sera complétée par la chercheure, Mme Valérie Paré-Miron, la validation d'une grille d'entrevue faite préalablement avec trois intervenants assurera une plus grande transférabilité des résultats.

4. Avantages et bénéfices pour le sujet

Il n'y a aucun avantage direct pouvant découler de votre participation. À tout le moins, vous aurez contribué à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

5. Inconvénients et risques

Cette étude ne comporte aucun risque connu pour les participants. Les inconvénients possibles sont de l'ordre des déplacements et du temps consacré à l'entrevue. Par ailleurs, la chercheuse peut se déplacer dans le milieu de travail du sujet et l'horaire demeure flexible au besoin. La durée de l'entrevue prévue est une heure.

En cas de réactions émotionnelles défavorables résultant des procédures de cette recherche, vous serez dirigés vers les ressources appropriées à votre état.

6. Modalités prévues en matière de confidentialité

La confidentialité des informations contenues dans les dossiers ainsi que des données obtenues lors des entrevues sera respectée. L'enregistrement des entrevues sera converti en verbatim, codé et détruit après 1 an. Les informations confidentielles seront codées rapidement et conservées dans un endroit sécuritaire, au dossier du Service de recherche de l'hôpital Rivière-des-Prairies, puis détruites après 5 ans, en juillet 2014. Seuls les chercheurs et co-chercheurs identifiés dans ce présent formulaire auront accès à ces renseignements.

L'anonymat sera assuré lors de la diffusion des résultats. Cette étude ne présente aucun risque connu pour les participants de la recherche.

Il est également possible que nous devions permettre l'accès aux dossiers de recherche au comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies à des fins de vérification ou de gestion de la recherche. Le comité adhère à une politique de stricte confidentialité.

7. Clause de responsabilité

En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez cependant à aucun de vos droits légaux ni ne libérez les chercheurs, l'établissement et le commanditaire (le cas échéant) de leur responsabilité civile et professionnelle.

8. Liberté de participation et de retrait

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer sans que votre refus ne nuise aux relations avec les autres professionnels. Vous êtes libres de vous retirer à tout moment de l'étude. Les données préalablement collectées seront détruites immédiatement. Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision d'y participer vous sera communiquée.

9. Nom des personnes-ressources

Si vous désirez de plus amples renseignements au sujet de ce projet de recherche ou si vous voulez nous aviser de votre retrait, vous pourrez toujours contacter [REDACTED]

Si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, ou si vous avez des questions concernant vos droits en tant que sujet de recherche, vous pouvez communiquer avec la commissaire local à la qualité des services, l'ombudsman de l'hôpital Rivière-des-Prairies, Mme Hélène Bousquet, au [REDACTED].

10. Formule d'adhésion et signatures

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans que cela n'affecte la qualité des traitements, des soins futurs et des rapports avec mon médecin ou le centre hospitalier. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision. Je comprends que je recevrai une copie du présent formulaire. Je consens à participer à ce projet.

Nom du sujet en majuscules

Signature du sujet

Date

11. Informations de type administratif

Le formulaire de consentement original sera conservé au dossier du Service de recherche de l'hôpital Rivière-des-Prairies. Une copie signée et datée du présent formulaire de consentement sera remise au sujet.

12. Formule d'engagement du chercheur

Je certifie avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement, avoir répondu aux questions qu'il m'a posé à cet égard, lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation et que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire de consentement.

Nom du chercheur en majuscules

Date

Signature du chercheur

ANNEXE 4 - GRILLE ENTREVUE



Hôpital
Rivière-des-Prairies
Centre hospitalier de soins psychiatriques

APPILIÉ A
Université
de Montréal

Canevas d'entrevue

Perception des thérapeutes sur les difficultés d'intervenir auprès des adolescents atteints d'un trouble de personnalité limite (TPL) avec conduites suicidaires

SECTION I – Données sociodémographiques

- 1- Âge du répondant
- 2- Profession
- 3- Formations (Universitaires et continues)
- 4- Quelles sont vos expériences cliniques (lieu, nombre d'années)?
- 5- Combien d'années d'expérience avez-vous avec les adolescents atteints de trouble de personnalité limite (TPL)?

SECTION II – Données sur le travail clinique

- 6- Décrire la composition de l'équipe (rôle, profession, sans données nominatives)?
- 7- Quelles sont vos types d'intervention (individuel, groupe, approches cliniques et théoriques, etc.)?
- 8- Comment décririez-vous votre travail en termes de temps, qualités exigées, difficultés, etc.
- 9- Selon vous, quelles sont les principales difficultés rencontrées dans l'intervention avec les adolescents TPL?
- 10- L'abandon, le suicide, les acting-out et les gestes para-suicidaires peuvent-ils être considérés comme des difficultés d'intervention? Expliquer.
- 11- Avez-vous identifié, au sein de votre équipe, un protocole d'urgence face aux conduites suicidaires? (Soutien de l'équipe, moyens pris face aux difficultés)
- 12- Comment vous sentez-vous par rapport aux difficultés liées à l'intervention des adolescents TPL?
- 13- Autres informations, commentaires?

ANNEXE 5 – JOURNAL DE BORD

Jour 2-3

Actions en cours :

- Construction du journal de bord.
- Ajout d'une troisième entrevue au projet.
- Définition des différents codes – construction d'un lexique.
- Manipulation du logiciel.

Définition des catégories utilisées dans le codage :

- TPL : Trouble de personnalité limite
- Caractéristiques des TPL : Symptômes cliniques, comportements.
- Travail : Intervention, suivi, évaluation, contact téléphonique, communication, tenue de dossier, etc. avec les TPL.
- Expérience clinique : Milieu de pratique, clientèle, nombre d'années d'expérience, etc. toute clientèle confondue.
- Formation universitaire : Toute formation à l'université connexe ou non à la profession exercée.
- Formation continue : Toute formation connexe au domaine de l'enseignement incluse ou non dans un programme d'étude.
- Nombre d'années de pratique : 0 = équivaut à une expérience de moins d'une année. Le nombre d'années que la profession est exercée.
- Pistes d'intervention : Idées ou suggestions d'intervention auprès de la clientèle.
- Profession : Emploi exercé auprès de la clientèle.
- Qualité du thérapeute : Caractéristiques nécessaires ou utilitaires appartenant aux thérapeutes afin d'intervenir avec la clientèle trouble de personnalité limite adolescent.

Discussion :

Questionnement concernant les codes utilisés. Il s'agit d'interprétation... Ce ne sont pas des codes de type descriptif. Je suis déjà au codage par hiérarchie. Je vais devoir modifier mes codes et ajouter des définitions précises. Modification des codes en fonction du premier codage plus général – élaboration de catégories

ANNEXE 6 - LEXIQUE DES CODES UTILISÉS ET MODIFICATIONS

Termes généraux :

- **TPL** : Trouble de personnalité limite
- Caractéristiques des TPL : Symptômes cliniques, comportements.
- **Travail** : Intervention, suivi, évaluation, contact téléphonique, communication, tenue de dossier, etc. avec les TPL.
- **Expérience clinique** : Milieu de pratique, clientèle, nombre d'années d'expérience, etc. toute clientèle confondue.
- **Formation universitaire** : Toute formation à l'université connexe ou non à la profession exercée.
- **Formation continue** : Toute formation connexe au domaine de l'enseignement incluse ou non dans un programme d'étude.
- **Nombre d'années de pratique** : 0 = équivaut à une expérience de moins d'une année. Le nombre d'années que la profession est exercée.
- **Pistes d'intervention** : Idées ou suggestions d'intervention auprès de la clientèle.
- **Profession** : Emploi exercé auprès de la clientèle.
- **Qualité du thérapeute** : Caractéristiques nécessaires ou utiles appartenant aux thérapeutes afin d'intervenir avec la clientèle trouble de personnalité limite adolescent.

Catégories et codes :

Caractéristiques TPL : Éléments pouvant décrire la clientèle en termes de symptômes, d'actions, de pensée, de comportements, de réactions, relation, etc.

caract.tpl.comportements : Actions ou réactions décrites et jugées comme décrivant la clientèle TPL.

caract.tpl.symptômes : Éléments diagnostics appartenant au TPL.

caract.tpl.relation : Éléments observés pouvant décrire le fonctionnement des relations des TPL.

caract.tpl.famille : Éléments se rapportant aux parents ou à la famille du jeune.

Caractéristiques du travail : Description du travail en terme de temps, de charge de travail, de qualités et compétences requises, d'approche utilisées, de contexte thérapeutique (description de l'équipe de soins).

carac.travail.clientèle : Identification de la clientèle avec qui le travail est effectué.

carac.travail.intervention : Approche utilisée en thérapie et fonctionnement, thérapie individuelle, groupe, type d'intervention.

carac.travail.contexte : Description du contexte de soin, du lieu de travail, de l'équipe de soin et son impact dans le travail.

carac.travail.temps : Temps en termes d'heure, d'horaire de travail, de disponibilités, de vacances.

carac.travail.qualité : Caractéristiques nécessaires ou utilitaires appartenant aux thérapeutes afin d'intervenir avec la clientèle trouble de personnalité limite adolescent.

Profession

Ergothérapeute : Type d'emploi occupé auprès de la clientèle adolescents TPL.

Travailleur social : Type d'emploi occupé auprès de la clientèle adolescents TPL.

Formations

form.continue : Toute formation connexe au domaine de l'enseignement incluse ou non dans un programme d'étude.

form.universitaire : Toute formation à l'université connexe ou non à la profession exercée.

Expérience clinique

exp.clinique.tpl : Expérience clinique avec les TPL ados en termes d'années, de formations, de lieu de pratique, d'équipe, d'approche, etc.

Intervention avec les TPL: Défis ou non liés à l'intervention avec les TPL adolescents en lien avec les conduites suicidaires, parasuicidaires, lien thérapeutique, distance établie entre la vie personnelle et professionnelle et les autres difficultés observées.

int.suicidaire.parasuicidaire : Idées ou conduite suicidaires ou parasuicidaires.

int.distancepersonnelle : Distance personnelle et professionnelle, détachement que l'intervenant vit.

int.lien thérapeutique : Établissement du lien thérapeutique en thérapie.

int.défis : Défis rencontrés dans l'intervention avec les TPL.

Nombre d'années de pratique

0 = équivaut à une expérience de moins d'une année

nb.année.pratique.0-10ans : Nombre d'années d'exercice de la profession

nb.année.pratique.11-20ans : Nombre d'années d'exercice de la profession

nb.année.pratique.21-30ans : Nombre d'années d'exercice de la profession

nb.année.pratique.31-40ans : Nombre d'années d'exercice de la profession

Pistes d'intervention

Piste.int.intervenant : Idées ou suggestions d'intervention, de moyens utilisés, de fonctionnement en lien avec les difficultés que rencontrent les intervenants.

Piste.int.tpl : Idées ou suggestions d'intervention, de moyens utilisés, de fonctionnement en lien avec les difficultés rencontrées dans l'intervention avec les TPL.

Certains codes sont éliminés en cours de route :

Profession

Ergothérapeute : Type d'emploi occupé auprès de la clientèle adolescents TPL.

Travailleur social : Type d'emploi occupé auprès de la clientèle adolescents TPL.

Formations

form.continue : Toute formation connexe au domaine de l'enseignement incluse ou non dans un programme d'étude.

form.universitaire : Toute formation à l'université connexe ou non à la profession exercée.

Expérience clinique

exp.clinique.tpl : Expérience clinique avec les TPL ados en termes d'années, de formations, de lieu de pratique, d'équipe, d'approche, etc.

Nombre d'années de pratique

0 = équivaut à une expérience de moins d'une année

nb.année.pratique.0-10ans : Nombre d'années d'exercice de la profession

nb.année.pratique.11-20ans : Nombre d'années d'exercice de la profession

nb.année.pratique.21-30ans : Nombre d'années d'exercice de la profession

nb.année.pratique.31-40ans : Nombre d'années d'exercice de la profession

Certains codes sont modifiés en fonction du codage :

carac.travail.temps : Temps en termes d'heure, d'horaire de travail, de disponibilités, de vacances.

Remplacé par : **carac.travail.investissement**

carac.travail.contexte : Description du contexte de soin, du lieu de travail, de l'équipe de soin et son impact dans le travail.

Remplacé par : **carac.travail.équipe**

Codes ajoutés :

caract.travail.protocole : Description des protocoles de soins en lien avec les conduites suicidaires, parasuicidaires ou autres conduites dangereuses établies ou non dans l'équipe.

ANNEXE 7 - CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le 10 décembre 2008

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Objet : **Projet #08-08** : Perception des thérapeutes sur les difficultés d'intervenir auprès des adolescents atteints d'un trouble de personnalité limite (TPL) avec conduites suicidaires

Chercheurs : Micheline Saint-Jean

Valérie Paré-Miron

Nous accusons réception de votre lettre du 27 novembre 2008 ainsi que du document reçu le 1^{er} décembre 2008 en réponse aux demandes et aux documents mentionnés dans notre lettre du 26 novembre dernier. Nous vous remercions des réponses apportées et le tout est jugé satisfaisant.

Nous vous retournons sous pli une copie du formulaire de consentement portant l'estampille d'approbation du comité. Seul ce formulaire devra être utilisé pour signature par les sujets.

La présente constitue l'approbation finale par le CÉR, laquelle est valide pour un an à compter du 10 juin 2008, date de l'approbation initiale. Nous vous rappelons que toute modification au protocole et/ou au formulaire de consentement en cours d'étude doit être approuvée par le CÉR.

Vous souhaitant la meilleure des chances dans la poursuite de vos travaux,
nous vous prions d'accepter, Madame, nos salutations distinguées.

Élodie Petit, présidente

Comité d'éthique de la recherche, HRDP

EPcd

