

ESSAI PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M. Sc.)

PAR
MÉLISSA COLLARD

TRAVAILLER EN CENTRE JEUNESSE AUPRÈS DES JEUNES HÉBERGÉS AYANT UN
TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE : LA RÉALITÉ DES INTERVENANTS

DÉCEMBRE 2016

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet essai requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

Je tiens avant tout à remercier ma directrice d'essai Lyne Desrosiers pour sa patience, ses idées enrichissantes, le temps investi dans la correction et l'aide précieuse qu'elle m'a apportée tout au long de ce projet. Je tiens aussi à la remercier de m'avoir transmis la passion pour cette clientèle et de m'avoir fait confiance tout au long de ce périple. Je tiens également à remercier Lise Laporte pour ses corrections enrichissantes, sa générosité et pour la pertinence de ses commentaires. Je remercie les équipes d'intervenants en Centre jeunesse ayant participé à mon étude. Enfin, je tiens à exprimer ma gratitude envers ma famille et mes amies ergothérapeutes qui ont su m'épauler, m'écouter, me conseiller et m'encourager afin de mener à terme ce beau projet de maîtrise. Mes plus sincères remerciements à tous. La réalisation de ce projet n'aurait pas été possible sans votre soutien et vos précieux conseils.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ii
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS	vii
RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS	viii
ABSTRACT AND KEYWORDS	x
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE.....	3
2.1 Centre jeunesse.....	3
2.1.1 Mandat.....	3
2.1.2 Clientèle.....	3
2.1.3 Approche clinique	4
2.1.4 Le travail de l'éducateur.....	4
2.1.5 Enjeux de l'intervention et pistes de solution.....	5
2.1.6 Problématique de santé mentale	6
2.2 Le trouble de personnalité limite (TPL).....	7
2.2.1 Portrait des adolescents souffrant d'un TPL en CJ.....	8
2.3 Les défis de l'intervention auprès des individus présentant un TPL	8
2.3.1 Les défis de l'intervention auprès des adolescents présentant un TPL.....	9
3. CADRE CONCEPTUEL	11
3.1 L'ergologie : une définition	11
3.2 Posture épistémologique	12
3.3 L'environnement.....	12
3.4 La personne	13
3.5 Les trous de normes et la renormalisation	13
3.6 L'usage de soi.....	14
4. MÉTHODE	16
4.1 Objectif de recherche.....	16
4.2 Milieu de recherche.....	17
4.3 Devis de recherche	17
4.4 Participants.....	17
4.5 Déroulement.....	18
4.6 Analyse des données.....	19
4.6.1 Données qualitatives.....	19
4.6.2 Données quantitatives.....	19

4.7	Considérations éthiques.....	20
5.	RÉSULTATS.....	21
5.1	Caractéristiques des participants	21
5.2	Résultats du questionnaire EA-TPL	22
5.2.1	Attitude des intervenants envers les adolescents présentant un TPL	22
5.3	Résultats de l'analyse phénoménologique	24
5.3.1	La réalité terrain des intervenants	24
5.3.1.1	Une mission presque impossible : la réadaptation.....	24
5.3.1.2	Être contaminé par ce que le jeune vit.....	25
5.3.1.3	Composer avec la dangerosité.....	26
5.3.1.4	Composer avec ce qui est socialement hors-norme.....	27
5.3.2	Se retrouver dans l'impasse.....	27
5.3.2.1	Durée de l'intervention en unité de réadaptation: une contrainte.....	27
5.3.2.2	L'incompréhension.....	28
5.3.2.3	Un manque de formation et de support	28
5.3.2.4	Un manque de dispositifs pour prendre soin de soi au travail	29
5.3.3	Surmonter l'impasse	29
5.3.3.1	Savoir lâcher-prise.....	29
5.3.3.2	Collaborer pour survivre	30
5.3.3.3	S'en tenir à ce qui est demandé.....	31
6.	DISCUSSION.....	32
6.1	Les normes individuelles de l'intervenant.....	32
6.2	Le travail réel de l'intervenant.....	32
6.3	Les trous de norme.....	34
6.4	Le processus de renormalisation	36
6.5	Forces et limites de l'étude	37
6.6	Retombées.....	38
7.	CONCLUSION.....	39

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Description des participants de l'étude	21
Tableau 2 - Tendances centrale et mesure de dispersion au EA-TPL	24

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Modèle de l'ergologie	12
Figure 2. Droite du score total moyen du EA-TPL.....	22
Figure 3. Dispersion des scores totaux des intervenants.....	23

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AESQ : Association des éducateurs et éducatrices du Québec

APA : American Psychological Association

ACJQ : Association des centres jeunesse du Québec

BPD : Borderline Personality Disorder

CJ : Centres jeunesse

CJM-IU : Centre jeunesse de Montréal Institut universitaire

CJMCQ : Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec

CJQ : Centre jeunesse de Québec

EA-TPL : Échelle des attitudes des professionnels de la santé envers les personnes présentant un trouble de personnalité limite

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

OPPQ : Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec

TDC : Thérapie comportementale dialectique

TPL : Trouble de personnalité limite

YPS : Youth Protection Services

RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS

Problématique : Plus de 8000 intervenants provenant de différentes disciplines œuvrent dans le secteur des centres jeunesse (CJ). Ces intervenants sont particulièrement interpellés par la clientèle ayant un trouble de personnalité limite (TPL), une clientèle reconnue pour susciter des difficultés d'accompagnement importantes chez les éducateurs. Il semblerait que la majorité des éducateurs des unités d'hébergement n'ont pas le bagage professionnel nécessaire pour intervenir convenablement auprès de cette clientèle. La littérature abonde concernant les difficultés de l'intervention auprès de ce groupe d'individu. Toutefois, il reste que la réalité des intervenants travaillant dans les CJ auprès des adolescents hébergés présentant un TPL a été peu étudiée. **Objectif :** Comprendre la réalité des intervenants qui travaillent auprès des adolescentes hébergées présentant un TPL en CJ via une perspective ergologique. L'étude tentera de répondre aux questions suivantes : 1) Quelles sont les attitudes des intervenants à l'endroit des adolescents hébergés présentant un TPL ? 2) Quels sont les défis rencontrés au quotidien dans leur travail ? 3) Quelles sont leurs stratégies de travail ? 4) Quels sont leurs besoins pour faciliter leur travail ? **Cadre conceptuel :** Les questions de recherche ont été abordées à la lumière des concepts et des méthodes de l'ergologie. Ce cadre cible l'analyse des situations qui proviennent des personnes en activité et dans l'activité et permet d'approfondir la compréhension du processus interne qui se produit durant l'interaction dynamique entre la personne et son environnement. **Méthode :** Le devis de cette recherche est de type mixte simultané transformatif. Ce devis consiste à combiner les données quantitatives et qualitatives. L'analyse des données qualitatives et quantitatives a été faite séparément, alors que leur synthèse est présentée dans la discussion. D'une part, les analyses qualitatives ont permis de saisir la perception des éducateurs en CJ quant à leur travail auprès des adolescentes hébergées présentant un TPL via une étude phénoménologique. D'autre part, les analyses quantitatives ont permis de documenter l'attitude des éducateurs à l'endroit des adolescents présentant un TPL à partir des résultats du EA-TPL. **Résultats :** Les résultats à l'Échelle des attitudes des professionnels de la santé envers les personnes présentant un trouble de personnalité limite indiquent que les intervenants présentent généralement une attitude positive envers les adolescents ayant un TPL. Ceux-ci ont l'impression de ne pas réaliser leur travail de réadaptation auprès des jeunes, d'être contaminé par ce que le jeune vit, doivent composer avec la dangerosité et accepter des situations qui ne sont pas tolérées dans d'autres contextes relationnels. Les intervenants se sentent dans une impasse; la durée de l'intervention en unité de réadaptation est une contrainte, ils se retrouvent souvent dans l'incompréhension et rapportent un manque de formation, de soutien et de dispositifs pour faciliter leur travail. Leurs stratégies pour réaliser leur travail en dépit de ces difficultés comprennent le lâcher-prise, la collaboration et dans certains cas, faire le minimum. **Discussion :** Les résultats sont discutés en regard des normes antécédentes et individuelles, du travail prescrit et réel, des trous de norme et du processus de renormalisation de l'intervenant. **Conclusion :** Cette étude a permis de décrire dans une certaine mesure la réalité des intervenants travaillant auprès des jeunes hébergés avec TPL en CJ. Les résultats mettent en lumière le besoin de conscientisation vis-à-vis la dangerosité, le stress et le risque d'épuisement au travail auquel s'exposent les intervenants des CJ et la pertinence de l'implication de l'ergothérapeute dans la prévention et l'intervention auprès de ces travailleurs.

Mots clés : Centre jeunesse, trouble de personnalité limite, intervenant, ergologie, ergothérapie.

ABSTRACT AND KEYWORDS

Issue : More than 8000 professionals work within the Youth Protection Services (YPS). These professionals often have to intervene with adolescents who have a Borderline Personality Disorder (BPD). This group of individuals is known to be difficult to work with from the professionals' perspective. However, it seems that the majority of these professionals do not have the necessary training to intervene with this particular group of adolescents. Despite the existence of a lot of researches concerning the difficulties encountered with this clientele, the reality of the professionals working with BPD adolescents in YPS has been barely explored.

Objective : Understand the reality of worker in YPS who intervene with BPD adolescent in Residential Services from an ergologia perspective. This study will answer the following questions: 1) What are the attitudes of the professionals toward the adolescents with BPD residing in Youth Centres ? 2) What obstacles do these professionals encounter daily in their work ? 3) What strategies do they use ? 4) What do they need to facilitate their work ?

Conceptual framework: The research questions were addressed in the light of the concepts and methods of ergology. This framework targets the analysis of the situations that come from the people in activity and in the activity and allows to deepen the understanding of the internal process that occurs during the dynamic interaction between the person and his environment.

Method : This is a mixed simultaneous transformation research. It combines qualitative and quantitative data. Data analysis was made separately and their synthesis is presented in the discussion. Qualitative data was used to understand the YPS professionals' perception of their intervention with BPD adolescents in care in YPS. Quantitative data documented the YPS professionals' attitude towards these youths using the Échelle des attitudes des professionnels de la santé envers les personnes présentant un trouble de personnalité limite (EA-TPL).

Results : YPS professionals have generally a positive attitude towards BPD adolescents in YPS. They feel that they are not able to do their rehabilitation work as they are supposed to, that they are affected by the adolescent's feelings and situation, that they work in unsafe conditions and that they have to accept things that are usually not tolerated in other relational contexts. The YPS professionals feel they are in a dead-end. The duration of the interventions is a constraint, misunderstandings happen frequently and they report having a lack of formation and support. Their strategies to do their work despite those difficulties are : letting go, collaboration and sometimes doing the minimum.

Discussion : Results of this research are discussed in relation with antecedent and individual norms, prescribed and real work, gaps of norms and renormalization process of the YPS professionals.

Conclusion: This study describes the YPS reality who work with BPD adolescents in Youth Centres. The results highlight the need for awareness towards the dangerousness, the stress and the risk of burnout that face YPS professionals. It highlights the relevance of occupational therapists' involvement in prevention and intervention with these professionals.

Keywords: Youth Protection Services, Youth Centre, Borderline Personality Disorder, professional, ergologia, occupational therapy.

1. INTRODUCTION

Plus de 8000 intervenants provenant de différentes disciplines œuvrent dans le secteur des centres jeunesse (CJ) du Québec (Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, 2012). De plus en plus, ces travailleurs doivent intervenir auprès de jeunes présentant des problématiques de santé mentale (Masse, 2010). Parmi ces problématiques, les intervenants en protection de la jeunesse sont particulièrement interpellés par la clientèle ayant un TPL (Laporte, Baillargeon, Sanchez & Desrosiers, 2014). Effectivement, 24% des filles et 12% des garçons chez les jeunes hébergés en CJ souffriraient d'un trouble de personnalité limite (TPL) (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2006). Il est connu que l'accompagnement quotidien de ces jeunes suscite des difficultés importantes chez les éducateurs (Beranek, 2015). À cet effet, un guide de soutien à la pratique pour les jeunes de 12-18 ans a été instauré au département de santé mentale du Centre jeunesse de Montréal Institut universitaire (CJM-IU) en 2010. Malgré l'objectif de pallier aux difficultés éprouvées par les intervenants, il semble que l'approche préconisée dans ce Guide de soutien soit trop généraliste et ne permette pas d'atteindre les résultats attendus concernant les jeunes filles hébergées présentant des caractéristiques du TPL. De plus, il semblerait que la majorité des éducateurs des unités d'hébergement n'ont pas le bagage professionnel nécessaire pour intervenir convenablement auprès de cette clientèle. Ces intervenants se disent peu outillés pour intervenir auprès de la clientèle reconnue comme étant l'une des plus difficiles à traiter (Beranek, 2015) alors qu'ils passent beaucoup de temps en intervention directe auprès de cette clientèle. Enfin, bien que la littérature abonde concernant les difficultés de l'intervention auprès de ce groupe d'individu, il reste que la réalité des intervenants travaillant dans les CJ auprès des adolescents hébergés présentant un TPL a été peu étudiée. Ainsi, l'objectif de cette étude est de comprendre davantage la réalité du travail de ces intervenants à l'aide du cadre conceptuel de l'ergologie. Dans une visée exploratoire, l'étude tentera donc de répondre aux questions suivantes : Quelles sont les attitudes des intervenants à l'endroit des adolescents hébergés présentant un TPL ? Quels sont les défis rencontrés au quotidien dans leur travail ? Quelles sont leurs stratégies de travail ? Quels sont leurs besoins pour faciliter leur travail ?

En premier lieu, il sera question de la problématique qui présentera une revue de la littérature sur les CJ, sur le TPL et sur les défis de l'intervention auprès de cette clientèle. En

deuxième lieu, le cadre conceptuel sélectionné pour la réalisation de ce projet de recherche sera décrit. En troisième lieu, la méthode utilisée sera détaillée, suivie de la présentation des résultats. Ces derniers feront par la suite l'objet d'une discussion approfondie. En dernier lieu, la conclusion permettra de mettre en relief les éléments clés de cet essai.

2. PROBLÉMATIQUE

Cette section fait l'état des données de la littérature concernant les CJ. Il sera question du mandat des CJ, de leur clientèle, leur approche clinique, le travail de l'éducateur, les enjeux de l'intervention et les pistes de solution en CJ et des problématiques de santé mentale présentent dans ce milieu. Ensuite, l'état des données de la littérature présentera le TPL et dressera le portrait des adolescents souffrant de cette pathologie en CJ. Enfin, il sera question des défis de l'intervention auprès des individus présentant un TPL et des défis de l'intervention auprès des adolescents présentant un TPL.

2.1 Centre jeunesse

2.1.1 Mandat

Les CJ sont des établissements publics se retrouvant dans chaque région du Québec. Leur mandat est de venir en aide aux jeunes âgés de moins de 18 ans présentant des difficultés familiales, sociales et/ou comportementales ainsi qu'auprès de leur famille (Centre jeunesse de Québec, 2016). Les CJ dispensent leurs services en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (Association des centres jeunesse du Québec, 2014). La mission fondamentale des CJ est de « permettre aux jeunes en difficulté ainsi qu'à leur famille de se reprendre en main afin de retrouver un mieux-être sur le plan personnel, familial ou social » (CJQ, 2016). Cette mission intègre également trois volets en lien avec la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) soit une mission de protection de l'enfance et de la jeunesse, une mission de réadaptation et une mission universitaire. Les CJ fournissent de l'aide spécialisé dans le secteur de la psychoéducation ainsi que dans la réadaptation. De plus, ils assument des responsabilités en ce qui a trait à l'adoption québécoise et internationale, des services de médiation et d'expertise auprès de la Cour supérieure (CJQ, 2016). L'aide offerte par les CJ peut être volontaire ou non.

2.1.2 Clientèle

Lorsqu'un besoin est identifié, les CJ interviennent auprès du jeune et de son entourage. Les jeunes peuvent présenter des problématiques provenant de leur environnement (violence physique ou psychologique, abus, négligence), mais peuvent aussi présenter des problématiques

liées à leurs propres comportements (fugue, dépendance, agressivité, tentative de suicide, etc.) ou liées à leur état de santé mentale (CJQ, 2016). Les CJ offrent des services de soutien à domicile, d'accompagnement dans le milieu de vie du jeune et des ateliers éducatifs ou thérapeutiques. En outre, lorsque la situation d'un jeune le nécessite, des ressources d'hébergement sont offertes (OPPQ, 2012). Ces services d'hébergement peuvent inclure un hébergement en centre de réadaptation, en foyer de groupe, en famille d'accueil ou en ressource intermédiaire (CJQ, 2016).

2.1.3 Approche clinique

L'approche clinique en CJ est décrite comme une intervention qui doit être « centrée sur le jeune et sa famille [...] qui favorise la participation parentale ainsi que celle du jeune qui doit être partie prenante. » (CJQ, 2016) Des principes généraux sous-tendent l'intervention de réadaptation en hébergement telles « accompagner quotidiennement un jeune permet à l'intervenant d'observer les comportements de ce dernier, de les évaluer et d'intervenir. » (CJQ, 2016) De plus, dans le cadre d'un vécu partagé, les éducateurs « animent des activités planifiées et organisées qui s'appuient sur les compétences du jeune et qui tiennent compte de ses besoins en lien avec son plan d'intervention ». (CJQ, 2016) Elle permet aussi « aux jeunes d'entrer en relation de façon appropriée avec des personnes, des objets et un milieu; d'expérimenter des projets communs; de s'engager dans une relation éducative qui pourra l'influencer et l'amener à changer ses comportements et ses attitudes. » (CJQ, 2016).

2.1.4 Le travail de l'éducateur

Les intervenants en CJ qui travaillent en hébergement sont principalement des éducateurs. Toutefois, ceux-ci peuvent provenir de différentes disciplines (éducation spécialisée, intervention en délinquance, travail social, psychoéducation, service social, criminologie, psychologie, sexologie, etc.) et de niveau de formation différente (collégiale ou universitaire) (OPP, 2012). Le code de déontologie de l'Association des éducateurs et éducatrices du Québec (AEESQ) (2013, p.4) définit l'éducateur comme

un professionnel qui intervient auprès de personnes ou de groupes de personnes de tout âge connaissant ou étant susceptibles de connaître des difficultés d'adaptation variées dans le domaine de la santé mentale, des services sociaux et de l'éducation.

En ce qui concerne les valeurs professionnelles des éducateurs, ceux-ci comprennent l'intégration sociale, l'éducation, l'épanouissement personnel et le développement psychosocial (AEESQ, 2013). Pour bien accomplir son travail, l'éducateur doit posséder un amalgame de compétences reliées au savoir, au savoir-faire ainsi qu'au savoir-être. Par exemple, il doit maîtriser les paramètres du modèle psychoéducatif ainsi que l'approche cognitivo comportementale, être capable de créer un lien avec les jeunes et son entourage, être à l'écoute, éviter les jugements de valeurs et savoir garder un certain détachement (Desjardins & Turcot, 2009). De plus, le code de l'AEESQ (2013, p.4) définit également le rôle de l'éducateur.

Celui-ci évalue et accompagne le client au travers des situations de la vie quotidienne, de la relation éducative, de la relation aidante ainsi que des techniques d'intervention et poursuit des objectifs d'intégration sociale et d'épanouissement personnel dans les domaines de la prévention, de l'éducation ou de la réadaptation. Il a pour rôle d'observer et évaluer les besoins, les capacités et les habitudes de vie et les comportements de personnes en difficulté d'adaptation psychosociale. Il peut aussi procéder au dépistage, à l'estimation, à la détection ainsi qu'à l'identification de troubles non diagnostiqués. Il doit aussi évaluer le risque suicidaire et la dangerosité que présente une personne en situation de crise. Il consigne les données au dossier et rédige les rapports d'évolution en employant la méthode désignée par son organisation. Il a également l'obligation de déterminer un plan d'intervention pour chaque client qui lui est confié dans le cadre d'un processus d'intervention planifié.

2.1.5 Enjeux de l'intervention et pistes de solution

L'intervention auprès des jeunes hébergés en CJ occasionne plusieurs difficultés dans le travail des éducateurs. Tout d'abord, la violence physique ou psychologique dans les unités de réadaptation est une réalité qui affecte considérablement les intervenants (Geoffrion et Ouellet, 2013). Parmi eux, 53,9% subiraient de la violence physique de la part des jeunes et la majorité subirait au moins une agression psychologique de façon hebdomadaire dans le cadre de leur travail. De plus, l'alliance entre l'adolescent et l'intervenant est parfois complexe à créer, surtout lorsque l'adolescent est contraint à recevoir des soins (Orsi, Lafortune et Brochu, 2010). Plusieurs dimensions seraient en jeu dans l'alliance entre ces deux acteurs, par exemple : les caractéristiques de l'intervenant, les caractéristiques de l'adolescent, le réseau social du jeune, l'interaction entre ces trois dimensions précédentes, l'environnement immédiat du jeune et le macrosystème. Dans certains cas, intervenir auprès de cette clientèle peut conduire à un

épuisement émotionnel chez l'intervenant. Dans ce sens, l'étude de Lizano et Barak (2015) rapporte que chez ces travailleurs, être détaché du travail, des patients et des collègues seraient positivement liés à l'épuisement émotionnel alors que la satisfaction au travail y serait inversement liée.

Certains auteurs se sont penchés sur des pistes de solution pour faciliter le travail de l'intervenant. Selon Chung et Chun (2015), la satisfaction de l'intervenant dans son travail serait facilitée lorsqu'il utilise des stratégies de résolution de problème et lorsqu'il adopte des comportements prosociaux tels que la considération de ses collègues. En plus, il s'avère qu'il serait bénéfique et nécessaire pour les éducateurs de discuter de leurs expériences avec leurs collègues (Mezzena et Stroumza, 2012).

2.1.6 Problématique de santé mentale

Selon le rapport du comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis dans les centres jeunesse (Goyette et Charest, 2007, p.14), près de la moitié des jeunes présenteraient un diagnostic de trouble mental.

Plus précisément, 14,26% auraient un trouble mental léger à modéré, 13,37% auraient un trouble mental grave avec comorbidité, 8,5 % présenteraient plusieurs troubles mentaux légers à modéré, 4,29 % présenteraient un trouble mental grave, 3,9% souffriraient de déficience intellectuelle ou d'un trouble envahissant du développement, et 0,56% auraient un diagnostic d'abus de substance.

Le rapport indique également que parmi les jeunes en CJ n'ayant pas de diagnostic, 107 d'entre eux prendraient au moins un médicament (stimulant du système nerveux central, antipsychotique, antidépresseur, clonidine, anxiolytique, anticonvulsivant, etc.) L'étude de Toupin et coll. (2004) montre que les adolescents en CJ manifestent de graves difficultés d'adaptation. Des troubles extériorisés s'observeraient chez 35-45% d'entre eux, 10 % présenteraient des troubles intériorisés et 25% consommeraient des substances psychoactives. De plus, 20% d'entre eux réaliseront une tentative de suicide. Ces difficultés sont de 3 à 10 fois plus courantes dans les Centres jeunesse que dans la population générale des adolescents. Selon l'étude de Pauzé et coll. (2004), le tiers de ces adolescents présentent des comportements autodestructeurs tels des comportements d'automutilation et des conduites suicidaires. Enfin, le tiers des adolescents québécois étant décédé suite à un suicide auraient reçu des services des CJ.

Ceux-ci seraient cinq fois plus à risque de compléter un suicide que la population adolescente générale du Québec (Farand, Chagnon, Renaud et Rivard, 2004).

2.2 Le trouble de personnalité limite (TPL)

Le trouble de personnalité limite se retrouve parmi l'un des dix troubles de personnalité dans la 5^e version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (American Psychological Association, 2013) et figure parmi les troubles de santé mentale graves. Selon les dernières données de l'American Psychological Association (APA) (2013), la prévalence du trouble de personnalité limite (TPL) est estimée à 1,6% et peut s'élever jusqu'à 5,9%. Dans les établissements de soins primaires, la prévalence du TPL serait d'environ 6%, de 10 % dans les cliniques ambulatoires de santé mentale et de 20% dans les services externes de psychiatrie. Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) identifie neuf critères diagnostic en lien avec le TPL et cinq d'entre eux doivent être identifiés afin qu'un individu reçoive le diagnostic (voir Annexe A). Le trouble se manifeste au quotidien de façon générale par de l'impulsivité, des relations interpersonnelles instables ainsi que par une image de soi et un affect variable (APA, 2013). En raison de la sévérité des symptômes, les personnes présentant un TPL vivent une grande souffrance et ceci affecte significativement leur famille et les personnes de l'entourage (Hoffman, Fruzzetti et Buteau, 2007). Outre les symptômes propres au TPL, ces individus seraient plus susceptibles de présenter d'autres pathologies en comorbidité (Zimmerman et Mattia, 1999; Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan et Bohus, 2004). En effet, 41-83% présenteraient un historique de dépression majeure et plus de la moitié présenteraient des problèmes d'abus de substance (46-56%).

La prévalence du TPL chez les jeunes âgés de 14 ans serait de 0,9%, de 1,4% à l'âge de 16 ans et de 3,2% à l'âge de 22 ans (Johnson, Cohen, Kasen, Skodol, et Oldham, 2008). À l'adolescence, il y aura dix fois plus de risque de mortalité chez ces jeunes que dans la population générale. Parmi les causes de mortalités chez ces jeunes se retrouvent le suicide, l'homicide, l'abus de substance et une mauvaise santé physique (Pompili, Girardi, Ruberto et Tatarelli, 2005). Or, le suicide sera la méthode privilégiée chez 8% de ceux-ci. Ainsi, en situation de crise, c'est à la suite de ce type de conduite que ces jeunes feront leur première entrée dans les services de santé (Bongar, Peterson, Golann, et Hardiman, 1990).

2.2.1 Portrait des adolescents souffrant d'un TPL en CJ

En 2014-2015, le nombre d'adolescents ayant reçu des services en CJ au Québec était de 11 944 (ACJQ, 2015). Parmi eux, 24,2 % de filles et 12,3 % de garçons présenteraient des traits ou un diagnostic de TPL (MSSS, 2007). Les symptômes en lien avec le TPL sont fréquents chez les adolescents suivis par les centres jeunesse (Chagnon et Laframboise, 2005). L'étude de Desrosiers et Laporte (2015) rapporte des informations intéressantes sur les jeunes ayant un TPL en CJ. Plus de la moitié d'entre eux sont retirés de leur famille et/ou sont en décrochage scolaire. De plus, 75% de ces jeunes présentent des comportements problématiques (fuguent, menaces et agressions envers l'entourage), 66% présentent des abus de substances et presque la moitié adoptent des comportements sexuels hâtifs, débridés ou se prostituent.

2.3 Les défis de l'intervention auprès des individus présentant un TPL

La littérature est abondante en ce qui a trait à l'intervention auprès des adultes présentant un TPL. D'ailleurs, il est reconnu qu'il peut être difficile, voire complexe d'intervenir auprès de ce groupe d'individus. Dans ce sens, plusieurs auteurs se sont intéressés à la perception des cliniciens quant à leur travail auprès de cette clientèle. Ces études rapportent que l'intervention auprès des individus présentant un TPL est généralement perçue négativement par les thérapeutes (Cleary, Siegfried et Walter, 2002; Newton-Howes, Weaver et Tyrer, 2008; Woollaston et Hixenbaugh, 2008; Markham, 2003; James et Cowman, 2007; Bourke et Grenyer, 2013; Imbeau, Bouchard, Terradas et Simard, 2014). Toutefois, les raisons de cette expérience négative à l'endroit de cette clientèle sont partagées selon les auteurs. D'une part, les cliniciens justifient leurs difficultés en raison des caractéristiques propres à la clientèle. En effet, certains considèrent cette clientèle comme manipulatrice et jugent qu'ils n'ont pas les compétences nécessaires pour travailler auprès de ceux-ci (Woollaston et Hixenbaugh, 2008; Deans & Meocevic, 2006). D'autres expliquent leur expérience négative en raison du fait que cette clientèle est hostile, qu'elle présente une dimension narcissique importante, est plus anxieuse et davantage hyper sexualisée (Bourke et Grenyer, 2013). D'autres auteurs s'intéressent à l'activation des attitudes et des sentiments contre-transférentiels négatifs chez les professionnels de la santé mentale résultant des caractéristiques propres à l'individu ayant un TPL (Betan, Heim, Zittel Conklin, & Westen, 2005). Dans ce sens, ces auteurs reconnaissent que la

psychothérapie individuelle à long terme avec la clientèle TPL implique de très grands défis de régulation affective pour le thérapeute. Par exemple, ceux-ci peuvent s'exprimer par des sentiments contrastés allant de la pitié jusqu'à la colère (Bouchard, 2010). D'après Aviram et coll. (2006) ces réactions contre-transférentielles viendraient exacerber un cercle vicieux. Cela s'explique dans un premier temps par le fait que les symptômes du TPL auraient des effets sur les intervenants. Ceci générerait des réactions négatives chez certains thérapeutes à l'endroit de leur patient, ce qui aurait à son tour des effets sur le patient, et ainsi de suite. D'autre part, certains thérapeutes associent leurs difficultés au fait que cette clientèle n'obtient pas les interventions adéquates (James et Cowman, 2007). Enfin, un besoin de supervision et de soutien dans leur travail est soulevé dans l'étude de Bourke et Grenyer (2013). Également, certains constatent la nécessité de mieux préparer les intervenants pour intervenir auprès de cette clientèle (Bessette, 2009), d'améliorer les connaissances et les compétences de ceux-ci au sujet du TPL ainsi que d'améliorer leur empathie (Bodner, Cohen-Fridel, et Iancu, 2011).

2.3.1 Les défis de l'intervention auprès des adolescents présentant un TPL

Peu d'écrits concernent le travail auprès des adolescents présentant un TPL. Toutefois, quelques études soulignent bien les défis que doivent surmonter les équipes qui travaillent avec cette clientèle. Tout d'abord, les intervenants sont peu préparés pour intervenir auprès des adolescents présentant un TPL et leur famille. Ainsi, un des défis des intervenants est de travailler avec une clientèle reconnue comme difficile sans avoir été formé pour cela. D'ailleurs, certains rapportent n'avoir jamais eu de formation en santé mentale dans le cadre de leurs études ou de leur emploi (Beranek, 2015). De plus, seulement 18% des employés en CJ mentionnent utiliser les connaissances scientifiques dans leur pratique (Chagnon, Pouliot, Malo, Gervais et Pigeon, 2010). L'étude de Paré-Miron (2010) réalisée au Québec auprès de thérapeutes de troisièmes lignes en pédopsychiatrie confirme la complexité de l'intervention auprès des jeunes présentant un TPL. Ainsi, des facteurs reliés à la symptomatologie, au risque suicidaire élevé, au risque d'abandons prématuré, à l'instabilité émotionnelle, relationnelle et comportementale expliqueraient les difficultés du processus d'intervention. Ceci aurait une influence sur le thérapeute dans son savoir-faire et son savoir-être. Or, il s'avère que les difficultés n'en sont pas moindres dans les CJ lorsqu'il est question d'intervenir auprès de l'environnement social du

jeune. Effectivement, les difficultés de traitement avec le jeune peuvent être exacerbées par le fait que les intervenants doivent souvent composer avec des familles aux prises avec des problèmes psychosociaux importants (Laporte, 2007). Dans ces familles, s’y trouvent souvent un parent présentant lui aussi un diagnostic de TPL. Des enjeux d’ordre organisationnel, personnel et clinique en lien avec le contexte de l’intervention auprès de parents ayant un TPL probable ou diagnostiqué en protection de la jeunesse sont soulevés par Laporte, Baillargeon, Sanchez et Desrosiers (2014). Effectivement, la prise en charge de ces familles « sollicite énormément les intervenants sur le plan affectif et cognitif et leur pose des défis cliniques quotidiens ». De façon générale, l’intervention auprès des jeunes présentant un TPL et leur famille s’avère source importante de difficultés. Or, les intervenants doivent posséder un amalgame étendu de compétences nécessaires pour travailler auprès de ces jeunes (Beranek, 2015). Par exemple, les compétences requises incluent de façon non exhaustive d’être patient et calme, de savoir juger de la bonne distance relationnelle, de savoir reconnaître les besoins, de démontrer un sens de l’humour, d’avoir une bonne capacité d’adaptation, de savoir lâcher-prise, d’être tolérant à l’imprévisibilité et à l’intensité, etc.

Bien que la littérature soit abondante lorsqu’il s’agit des adultes présentant un TPL, peu d’auteurs se sont concentrés sur les difficultés de l’intervention auprès de la clientèle adolescente. En ce qui a trait aux écrits sur cette réalité dans les centres jeunesse du Québec, ils sont quasi absents. Paré-Miron (2010) reconnaît le besoin de poursuivre des recherches sur les difficultés d’intervention auprès des adolescents ayant un TPL dans les milieux thérapeutiques tant en première, deuxième que troisième ligne. Il s’avère donc très pertinent de questionner les intervenants en Centre jeunesse sur la complexité des interventions auprès des adolescents afin de pouvoir mieux comprendre leur réalité et afin de pouvoir, ultérieurement, les outiller davantage dans leurs interventions tels que suggérés par Bourke et Grenyer (2013), Bessette, (2009), Bodner, Cohen-Fridel et Iancu (2011).

3. CADRE CONCEPTUEL

Dans cette section, il sera question du cadre conceptuel ayant été utilisé afin d'analyser les résultats obtenus en fonction de la pratique ergothérapique. Cela dit, une définition de l'ergologie, le lien avec l'ergothérapie et la posture épistémologique seront détaillés, suivis des concepts propres à l'ergologie soit l'environnement, la personne, les trous de normes, l'usage de soi et le processus de renormalisation.

Le choix de ce cadre repose sur le fait que l'ergothérapeute est un professionnel « habilité à utiliser ses connaissances sur l'occupation, le rendement occupationnel, la participation occupationnelle et autres processus appropriés, de même que des interventions fondées sur l'habilitation lors de la prestation de services centrés sur le client et fondés sur les faits scientifiques » (ACE, 2012, p.6). En d'autres mots, l'ergothérapeute possède les compétences pour analyser les tenants et aboutissants de l'occupation, soit le travail des éducateurs en CJ auprès des adolescents avec TPL dans le contexte de cette recherche. Le cadre conceptuel choisi se base sur la démarche d'analyse de l'ergologie.

3.1 L'ergologie : une définition

Selon Yves Schwartz dans Pibarot (2013), l'ergologie est l'étude de l'être humain en situation de travail et s'intéresse aux relations des personnes avec leur environnement. Deux axes sont distingués selon cet auteur; l'axe épistémologique et l'axe ergologique. Concernant le premier axe, il réfère au fait que l'ergologie se comprend d'une façon multidisciplinaire. Le deuxième axe réfère quant à lui au fait que l'ergologie est une « dramatique de l'activité » signifiant que l'activité implique constamment des micro-drames définis comme une prise de position et de décisions afin de prendre place dans l'activité (Usclat, 2011). Selon Durrive (2014), l'ergologie est une méthode dite originale puisque c'est un travail d'analyse des situations qui proviennent des personnes en activité et dans l'activité. L'objectif de cette démarche est d'approfondir la compréhension du processus interne qui se produit durant l'interaction dynamique entre la personne et son environnement. La démarche ergologique est celle qui appréhende l'expérimentation par les personnes en situation, non pas dans une visée explicative, mais dans le but de comprendre. Quant à l'activité, elle est un processus qui découle

d'une relation entre la personne et son environnement. Le modèle de l'ergologie (Desrosiers, 2016) est illustré à la Figure 1.



Figure 1. Modèle de l'ergologie¹

3.2 Posture épistémologique

En regard à la posture épistémologique de l'ergologie, l'activité est comprise à travers la perspective de la personne. De plus, cette compréhension de l'activité ne s'arrête pas seulement à une personne, mais bien à travers une pluralité de perspectives (Schwartz, 2011). De ce fait, le travail à titre d'activité dans cette recherche sera compris à travers la perspective des intervenants en CJ.

3.3 L'environnement

Au sens de l'ergologie, l'environnement régit et encadre le travail à l'aide des lois, des prescriptions, des procédures, des savoirs collectifs et des normes antécédentes (Schwartz, 2011). Ce dernier terme réfère au fait que l'individu doit agir dans un environnement qu'il n'a pas créé, ce qui fait en sorte qu'il doit composer avec des normes préexistantes. Les normes antécédentes

¹ Permission obtenue pour reproduction du modèle de l'ergologie par Desrosiers (2016)

existent puisque le travail, tel qu'expliqué par Durrive (2014), implique un ensemble de contraintes. Deux sortes de contraintes sont distinguées par cet auteur, soit les contraintes exercées par le monde physique (lois physiques entraînant des réactions physiques) et par le monde social (normes sociales qui structurent et organisent les comportements des individus).

3.4 La personne

D'après la perspective de l'ergologie, la personne est caractérisée par son histoire, ses valeurs, ses caractéristiques biologiques, ses normes individuelles et par ses savoirs d'expérience. Ce dernier concept réfère au principe que le savoir peut être acquis seulement à travers l'expérience (Schwartz, 2011). Les normes individuelles existent puisque le travail implique l'initiative (Durrive, 2014). Comme l'être humain réside dans un monde incluant des normes physiques et sociales, il est toujours « plus ou moins en évaluation » puisque pour agir dans la conformité de ces normes, il doit faire une multitude de choix pour réaliser ce qui lui a été demandé. Ces choix s'exécutent généralement en fonction de ce qui est important pour lui et donc en fonction de ses propres valeurs, de ses capacités physiques et psychologiques, de ses savoirs d'expérience, etc. Par exemple, même s'il existe un protocole ou des procédures pour une tâche de travail, il est possible pour le travailleur de se référer à ses propres expériences et valeurs pour réaliser celle-ci.

De plus, la façon de réaliser un travail chez un individu réside dans le concept du « corps-soi ». Lorsque l'individu réalise un travail, il implique son corps en entier. En effet, le travail pour un individu peut solliciter une portion physique et psychique, peut solliciter son histoire et ses expériences ainsi que sa personnalité. C'est cet engagement du corps entier d'un individu dans un travail que Schwartz appelle « corps soi ». Par exemple, réaliser une tâche n'implique pas seulement les facultés cognitives du travailleur, mais aussi ses expériences et sa personnalité.

3.5 Les trous de normes et la renormalisation

Selon Schwartz (2011), il existe toujours un écart entre le travail réel et le travail prescrit soit un « trou de normes ». De ce fait, une situation de travail ne comprend jamais toutes les normes, ni tout pour la réaliser (Usclat, Lainey, Lapointe & Sirois, 2011). Par exemple, Schwartz

donne l'exemple du travail à la chaîne où les opérations et les gestes du travailleur sont prescrits de façon pointue par l'environnement de travail. Il explique que même dans un travail très prescrit, le travailleur se réorganise à sa façon et n'exécute donc jamais totalement à la lettre ce qui est demandé. En d'autres mots, bien qu'il puisse exister des normes précises dans un travail, elles ne sont jamais suffisantes et ce n'est qu'à partir de cette insuffisance que l'être humain peut apprendre. C'est ainsi que l'individu comble ces trous de normes par un processus nommé la « renormalisation ». La renormalisation est utilisée pour combler les trous de normes rencontrés dans un travail (Usclat, Lainey, Lapointe & Sirois, 2011). Être au travail signifie de constamment « renormaliser », c'est-à-dire que le travailleur doit faire des choix notamment en fonction de ses normes individuelles. Selon Durrive (2014), il existe une infinité de manières de faire, mais lorsque la personne est en action, celle-ci doit adopter une seule manière de faire. C'est donc dire que le travail humain implique constamment un arbitrage, un débat entre les normes antécédentes et les normes individuelles afin de trancher et de choisir. C'est ce que l'ergologie considère comme le processus de « renormalisation ». Renormaliser implique pour l'individu de vivre constamment des micro-drames, d'où le concept de la « dramatique d'usage de soi ». Effectivement, tout travail nécessite de faire un choix de modalité d'usage de soi (par soi ou par les autres) (Schwartz, 2011). Par exemple, le travailleur doit constamment décider de quelle façon effectuer les tâches propres à son travail. Il se pourrait qu'il doive trouver un arbitrage entre les normes antécédentes de son milieu de travail qui exigent une description de tâche précise ou de réaliser son travail à sa façon, selon ses préférences et son expérience. Sa façon de réaliser ses tâches au travail sera le résultat de son processus de renormalisation.

3.6 L'usage de soi

Le terme « usage de soi » est autre concept de l'ergologie. Il réfère au fait que même si une personne en situation de travail doit constamment répondre à une demande provenant de son environnement, c'est tout de même l'individu qui désirera de réaliser son travail de sa propre façon. (Schwartz, 2011). En effet, ceci réfère à l'« usage de soi par soi ». En d'autres mots, une manière de faire, de réaliser ce qui est demandé dans un travail, implique « l'usage que la personne fait d'elle-même » (Durrive, 2014). Par exemple, le travailleur pourrait décider de réaliser une tâche de travail selon ses propres connaissances. Toutefois, se trouve le terme

« usage de soi par les autres » qui signifie de répondre par exemple aux normes industrielles, aux lois et au travail prescrit par l'environnement de travail. Comme le travail implique de répondre à des normes antécédentes et implique de travailler avec des collègues, il arrive que le travailleur fasse usage de soi par les autres. Par exemple, le travailleur pourrait faire usage de soi par les autres en adoptant une façon de travailler que ses collègues préconisent.

4. MÉTHODE

Cette section abordera la méthode qui sera utilisée pour répondre aux questions de recherche. Il sera ainsi question de l'objectif de la recherche, du milieu de recherche, du devis utilisé, des participants, du déroulement de l'étude, de l'analyse des données et des considérations éthiques.

Tout d'abord, il est primordial de mentionner que cette présente étude a été réalisée à partir d'une portion des données recueillies dans le cadre d'une première étude toujours en cours ayant pour titre *Adolescentes avec TPL en Centre jeunesse : une technologie d'intervention adaptée* réalisée par Lyne Desrosiers Ph.D et ses collaborateurs. L'objectif de ce projet est d'améliorer la santé mentale des adolescentes présentant un TPL hébergées en CJ en outillant les intervenants par l'entremise de la formation Projet TANGO. Cette formation s'inspire de la thérapie comportementale dialectique TCD (Linehan, 2000a) et du Modèle d'engagement des adolescents avec TPL (Desrosiers, 2013). Les effets de cette formation seront ainsi évalués par rapport à la santé mentale des adolescents et aux habiletés des éducateurs spécialisés qui en ont la charge.

En ce qui concerne la présente étude, des analyses secondaires ont été effectuées à partir de certaines données quantitatives et qualitatives provenant de la première étude. Plus précisément, la présente étude s'intéressera aux données démographiques, à l'EA-TPL et aux groupes de discussion focalisée réalisés avec les éducateurs.

4.1 Objectif de recherche

L'objectif principal était de comprendre la réalité des intervenants qui travaillent auprès des adolescentes hébergées présentant un TPL en CJ via une perspective ergologique. L'étude a donc tenté de répondre aux questions suivantes 1) Quelles sont les attitudes des intervenants à l'endroit des adolescents hébergés présentant un TPL ? 2) Quels sont les défis rencontrés au quotidien dans leur travail ? 3) Quelles sont leurs stratégies de travail ? 4) Quels sont leurs besoins pour faciliter leur travail ?

4.2 Milieu de recherche

L'étude s'est déroulée dans deux unités d'hébergement d'adolescentes du centre jeunesse de Montréal Institut universitaire (CJM-IU) et dans une unité d'hébergement du Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CJMCQ). Chaque unité accueille entre 6 et 12 adolescentes âgées entre 13 à 17 ans présentant des problématiques mixtes de trouble de comportement ainsi que de santé mentale. Celles-ci sont orientées dans ces unités lorsqu'elles ne peuvent trouver des réponses adaptées à leurs besoins dans leur famille, dans une famille d'accueil ou dans un foyer de groupe. Parmi ces unités, deux sont dédiées aux jeunes aux prises avec des problématiques de santé mentale sévère (Centre jeunesse de Montréal Institut universitaire, 2016). Les intervenants dans ces unités sont principalement des éducateurs spécialisés. La thérapie comprend entre autres l'accompagnement individuel, la thérapie de milieu et des activités en groupe.

4.3 Devis de recherche

Le devis de cette recherche est de type mixte simultanée imbriquée (Fortin, 2010, p.376). Dans ce devis, la cueillette de données qualitatives et quantitatives se fait de façon simultanée. De plus, l'une des deux méthodes prédomine pour guider l'étude alors que l'autre méthode permet d'obtenir une plus grande perspective. Dans le cas de cette étude, la portion qualitative a servi de guide. Comme la question de recherche présente plusieurs facettes, ce devis a offert une perspective plus large pour comprendre la réalité du travail des intervenants. D'une part, les analyses qualitatives ont permis de saisir la perception du travail des éducateurs en CJ quant à leur travail auprès des adolescentes hébergées présentant un TPL via une étude phénoménologique. D'autre part, les analyses quantitatives ont permis de documenter l'attitude des éducateurs à l'endroit des adolescents présentant un TPL à partir des résultats d'un questionnaire.

4.4 Participants

Les participants sont les éducateurs spécialisés travaillant dans les unités du CJM-IU et du CJMCQ auprès des jeunes hébergées qui présentent des problématiques variées, dont le trouble de personnalité limite. Ainsi, trois unités d'hébergement d'adolescentes des centres jeunesse du CJM-IU et du CJMCQ ont participé au projet. Ce sont les chefs de service des unités

qui ont sélectionné les unités admissibles à l'étude en fonction de leurs disponibilités. De plus, un critère d'inclusion a permis de peaufiner la sélection des participants. En effet, seuls les éducateurs étant affectés à l'unité durant les 6 prochains mois suivant le début de l'étude ont été inclus dans l'étude.

4.5 Déroulement

Tout d'abord, les données qualitatives de cette recherche ont été recueillies à l'intérieur d'une rencontre et proviennent d'un groupe de discussion focalisée. Trois groupes de discussion ont été réalisés auprès des intervenants des unités du CJM-IU et du CJMCQ. Ce type de groupe est défini par une discussion entre les membres d'une équipe animée par un modérateur afin d'examiner de façon détaillée leurs opinions et leurs réactions par rapport à un sujet précis (Fortin, 2010). C'est un type d'entrevue utile lorsque l'objectif est d'explorer des idées auprès d'un groupe de participants. (Goodman & Evan, 2006). Le groupe de discussion focalisée est utile pour la recherche puisque son objectif est entre autres d'explorer les idées des intervenants en CJ au sujet de leur travail auprès des adolescents hébergés ayant un TPL. Ainsi, les participants ont été invités à décrire leurs expériences avec la clientèle adolescente, leur quotidien avec les adolescents présentant un TPL, les aspects stimulants de leur travail, les interventions apparaissant plus difficiles et à commenter cette affirmation : « la prise en charge des personnes ayant un TPL est reconnue pour être émotionnellement exigeante et difficile pour les cliniciens ». Il a été également suggéré aux participants d'expliquer qu'est-ce qui favoriserait leurs interventions auprès des adolescents selon trois aspects (cliniques, infrastructures, organisationnelles). Enfin, ils ont été invités à énoncer en une phrase leur perception du travail avec la clientèle des adolescents avec TPL.

Ensuite, les données quantitatives proviennent d'un questionnaire démographique ainsi que de l'EA-TPL. Les participants ont complété le questionnaire en ligne ou en version papier. Le questionnaire démographique devant être complété par les intervenants comprenait les questions suivantes : âge, sexe, niveau de formation et années d'expérience. Concernant l'EA-TPL, les questions se retrouvent à l'Annexe A. Ce questionnaire comprend 20 items conçus à partir d'une recension d'écrits ainsi qu'à partir de l'expérience clinique de l'auteur de l'instrument auprès de patients présentant un TPL dans le domaine de la santé mentale

(Bouchard, 2001). Le questionnaire comprend deux sous-scores indépendants (Facteur 1 : Aisance à interagir avec les personnes présentant un TPL; facteur 2 : La perception positive du TPL). Les réponses sont organisées en neuf points, à l'aide d'une échelle de Likert. Ensuite, les scores de chaque question sont additionnés afin d'obtenir le score final (maximum 180 et minimum 9). Plus le score total est élevé, plus les attitudes envers les personnes présentant un TPL sont positives. Le EA-TPL présente une cohérence interne généralement satisfaisante (Alpha de Cronbach : 0,79) (Imbeau, Bouchard, Terradas & Villeneuve, 2013). De ce fait, cet instrument permettra, dans le cadre de cette recherche, de documenter les attitudes et les perceptions des participants au sujet des adolescents présentant un TPL.

4.6 Analyse des données

4.6.1 Données qualitatives

En ce qui concerne les données qualitatives, une analyse phénoménologique selon la méthode proposée par Fortin (2010) a été effectuée. D'abord, les verbatim des différents groupes de discussion ont été transcrits. Les descriptions des participants ont été lues attentivement, puis la signification de chaque énoncé a été dégagée. Les segments comprenant des significations similaires ont été regroupés, permettant ainsi de faire ressortir les thèmes importants. Ce processus d'analyse a permis de décrire de façon approfondie l'essence de l'expérience des intervenants dans leur travail en CJ auprès de la clientèle présentant un TPL. Le logiciel de transcription ATLAS.ti a été employé pour dégager la signification des énoncés, pour regrouper les significations similaires puis pour faire ressortir les thèmes principaux.

4.6.2 Données quantitatives

En ce qui concerne les données quantitatives, une analyse des données descriptives a été réalisée par rapport aux caractéristiques démographiques (âge, sexe, niveau de formation et années d'expérience) à l'aide du logiciel d'analyse statistique SPSS. L'utilisation de ce logiciel a permis d'effectuer des distributions de fréquences avec ces variables. Enfin, les résultats du questionnaire EA-TPL qui comporte les variables de « l'aisance à interagir avec les personnes présentant un TPL », « la perception positive du TPL » et le « score total » ont été intégrés à la discussion.

4.7 Considérations éthiques

Un certificat éthique a été émis par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Le consentement de chaque participant a été obtenu lors de leur participation à la première étude, faisant en sorte qu'un consentement spécifique pour la présente étude n'a pas été requis.

5. RÉSULTATS

Cette section abordera les résultats obtenus par l'analyse des données. Tout d'abord, il sera question des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon. Ensuite, les résultats du questionnaire EA-TPL seront présentés suivis des résultats de l'analyse phénoménologique issus des groupes de discussions.

5.1 Caractéristiques des participants

Un total de 28 intervenants ont participé au projet. Parmi eux, 22 intervenants provenaient du CJM-IU alors que 9 intervenants provenaient du CJMCQ. Seuls 19 intervenants provenant du CJM-IU ont complété le questionnaire EA-TPL. Concernant les groupes de discussion, 24 intervenants provenant du CJM-IU et du CJMCQ ont participé. Les intervenants de l'échantillon ont une moyenne d'âge de 37,14 ans (écart type= 7,67 ans) et sont majoritairement des femmes (92,9%). Les trois quarts ont un niveau de formation universitaire. De plus, ceux-ci ont en moyenne 14 ans d'expérience en tant qu'éducateurs spécialisés. Le Tableau 1 regroupe les informations relatives à l'âge, le sexe, le niveau de formation et les années d'expérience des participants.

Tableau 1 - *Description des participants de l'étude*

Caractéristiques	Pourcentage (n=28)
Âge	
20 à 30 ans	25% (n=7)
31 à 40 ans	42,9% (n=12)
41 à 50 ans	28,6% (n=8)
51 et plus	3,6% (n=1)
Sexe	
Homme	7,1% (n=2)
Femme	92,9% (n=26)
Niveau de formation	
Collégiale	32,1% (n=9)
Universitaire	67,9% (n=19)
Années d'expérience	
0 à 5 ans	17,8% (n=5)
6 à 10 ans	28,5% (n=8)
11 à 15 ans	16,2% (n=4)
16 à 20 ans	14,3% (n=4)
Plus de 20 ans	25% (n=7)

5.2 Résultats du questionnaire EA-TPL

5.2.1 Attitude des intervenants envers les adolescents présentant un TPL

Tout d'abord, le score total moyen du EA-TPL des intervenants est de $122,52 \pm 19,23$ (max : 180 et min : 9). La Figure 2 représente la droite du score total moyen du EA-TPL. La droite a été séparée en trois sections égales afin de situer le score total moyen des intervenants au EA-TPL. Les résultats indiquent que la moyenne des scores totaux au EA-TPL se situe dans la partie supérieure de la deuxième portion de la droite. Les intervenants présenteraient ainsi généralement une attitude plutôt positive envers les adolescents ayant un TPL. Le score total le plus bas a été de 72,00, ce qui désigne qu'un intervenant aurait une attitude relativement négative à l'endroit des adolescents présentant un TPL. Malgré cet écart, plusieurs intervenants ont obtenu un score supérieur à 123, ce qui réfère à la portion supérieure de la droite de la Figure 2. Le plus grand nombre d'intervenants ($n=6$) auraient eu un score se situant dans cette portion supérieure, plus précisément un score se situant entre 130 à 140. La Figure 3 permet de représenter la dispersion des scores totaux des intervenants à l'aide d'un histogramme.



Figure 2. Droite du score total moyen du EA-TPL

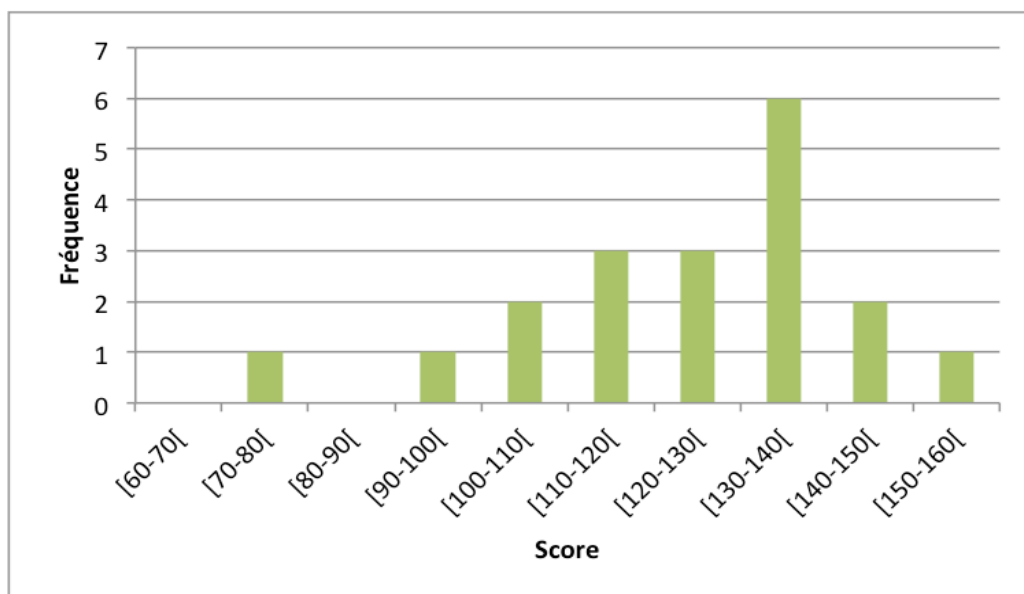


Figure 3. Dispersion des scores totaux des intervenants

En ce qui a trait au facteur 1 (aisance à interagir avec les TPL), le sous-score total moyen est inférieur à celui du facteur 2 (les perceptions positives du TPL). Le Tableau 2 regroupe les résultats des scores totaux ainsi que des deux facteurs en fonction des tendances centrales et des mesures de dispersion.

Tableau 2 - *Tendance centrale et mesure de dispersions au EA-TPL*

	Moyenne	Écart type	Minimum	Maximum
Facteur 1				
Aisance à interagir avec les TPL	53,94	8,55	36,00	65,00
Facteur 2				
Perceptions positives du TPL	68,58	12,28	36,00	87,00
Score total	122,52	19,22	72,00	151,00

5.3 Résultats de l'analyse phénoménologique

Cette section abordera les résultats provenant de l'analyse phénoménologique des groupes de discussion des participants des trois unités de l'échantillon (n=24). Il sera donc question des défis des intervenants rencontrés au quotidien dans leur travail, de leurs stratégies et de leurs besoins pour faciliter leur travail auprès des adolescentes hébergées présentant un TPL. Ces concepts seront présentés sous la forme des grands thèmes ayant émergé suite aux propos des intervenants soient : la réalité terrain des intervenants, se retrouver dans l'impasse puis surmonter l'impasse. De plus, comme les données ont été analysées à partir du cadre théorique de l'ergologie, un tableau des thèmes ayant émergé en lien avec ce cadre se retrouve à l'Annexe B.

5.3.1 La réalité terrain des intervenants

5.3.1.1 Une mission presque impossible : la réadaptation

Chez les jeunes hébergés, plusieurs situations peuvent prendre une grande importance et devenir une urgence. Les intervenants rapportent que cela implique de répondre à plusieurs demandes et de gérer plusieurs situations à la fois. Ils mentionnent ainsi avoir l'impression de ne pas réaliser leur travail de réadaptation puisqu'ils doivent sans cesse s'assurer que les jeunes

retrouvent un état de disponibilité. Cet état de disponibilité ou de retour au calme du jeune est indispensable pour que celui-ci puisse adhérer aux interventions selon les intervenants. L'extrait suivant illustre cette réalité vécue par un intervenant :

Je sors de mon quart de travail et j'ai l'impression de n'avoir rien fait du travail que je suis censé faire dans la réadaptation parce que je suis tellement occupé à *patcher* et à éteindre des feux, qu'un moment donné, je finis par me dire : qu'est-ce que j'ai fait dans l'éducation aujourd'hui?

5.3.1.2 Être contaminé par ce que le jeune vit

Les résultats suggèrent qu'en situation de crise, les jeunes hébergés peuvent parfois être impulsifs, hostiles et agressifs envers eux-mêmes, leurs pairs ou à l'endroit des éducateurs. Les comportements autodestructeurs tels l'automutilation est un exemple d'hostilité du jeune envers lui-même. Il n'est pas rare de voir des agressions verbales ou physiques entre les jeunes ou à l'endroit des intervenants. D'après ceux-ci, peu importe vers qui cette agressivité est dirigée, elle leur fait vivre des situations surprenantes, voire hors du commun, nécessitant d'être constamment à l'affût et créant un stress important. Dans de telles situations, les intervenants ont l'impression de porter sur leurs épaules cette charge émotionnelle occasionnée par l'agressivité. Certains auront même de la difficulté à s'en départir à l'extérieur du travail. Un intervenant en témoigne :

Ce qui m'envahit moi en dehors d'ici c'est l'agressivité. Moi c'est ça que je porte chez nous et qui me fait dire qu'on a un travail de fou et que ça n'a pas de sens. Parfois, ça perd de son sens faire ce travail-là à cause de ça.

Dans certains cas, les intervenants rapportent que l'agressivité présente chez ces jeunes influencera leurs réactions, ce qui interfèrera avec leur aptitude à intervenir. À l'extrême, ceci fera en sorte qu'ils atteindront leur propre limite. Un intervenant témoigne de l'impact de ces particularités sur ses propres émotions :

Avoir travaillé avec une fille comme ça, même si elle était vraiment en colère, ça me mettait moi aussi en colère. Je ressortais de mes rencontres et j'étais vraiment fâchée. Pas pour les mêmes raisons qu'elle, mais elle m'avait vraiment mises fâché [...] moi aussi j'étais fâché, moi aussi j'avais de la peine et je vivais les mêmes émotions qu'elle.

Un autre intervenant fait part de l'impact de cette particularité sur l'intervention:

C'est certain que l'agressivité a des répercussions sur nos interventions et sur notre travail parce qu'on devient irritable, on a moins de patience avec le jeune.

5.3.1.3 Composer avec la dangerosité

Également, les intervenants mentionnent que lorsqu'il est question d'agressivité, ceci peut compromettre leur propre sécurité. Que ce soit pour protéger un jeune contre un geste autodestructeur, le groupe de jeunes vivant un conflit, un collègue de travail ou soi-même lors d'une intervention avec un jeune en crise, l'intervenant se soumet à des risques importants lorsqu'il doit désamorcer de telles situations. Les risques auxquels s'exposent les intervenants sont exacerbés puisque ces situations sont souvent imprévisibles ce qui nécessite d'intervenir rapidement et spontanément. Un intervenant témoigne de cette dangerosité à laquelle ils sont confrontés :

Une fille avait des lames et des ciseaux dans les mains et moi, je ne me suis même pas questionné et j'ai pris ses mains. Après coup, je me suis dit que j'aurais pu me faire mal, j'aurais pu être en danger, je n'étais pas dans la bonne position, j'aurais dû être dos à la porte et je pense à tout ce qui aurait pu arriver...

De plus, ils soulèvent le fait qu'ils sont la plupart du temps en nombre insuffisant sur le plancher pour intervenir auprès des jeunes. Lorsqu'un jeune nécessite plus d'accompagnement, l'éducateur s'expose à un niveau de dangerosité plus élevé lorsqu'il se retrouve seul avec le groupe de jeunes. Un intervenant en donne un exemple :

Par exemple notre jeune qui a besoin d'encadrement avec 11 filles. Ma collègue s'occupe d'une et toi t'es toute seule avec 10 filles. S'il se passe quelque chose, tu es dans le trouble. Quand on parle de dangerosité, d'agressivité, ce n'est pas normal de laisser une personne seule avec 11 jeunes.

5.3.1.4 Composer avec ce qui est socialement hors-norme

Les intervenants rapportent que leur travail implique de tolérer certaines situations qui sont normalement sanctionnées au sein d'une société. En effet, compte tenu des agressions verbales et physiques récurrentes, ils doivent néanmoins poursuivre leur travail et maintenir une relation d'aide. Des intervenants en témoignent :

[...] dans la vie, si quelqu'un m'agresse, il n'aura pas le droit d'être en contact avec moi. Si je me fais agresser par une jeune, elle reste là même si c'est une grosse affaire. Ça fait partie de la job, mais quand tu te fais charger par une jeune ou tu te fais lancer des objets dans la vie, dans le monde extérieur, cette personne n'aurait plus le droit d'être en contact avec toi.

5.3.2 Se retrouver dans l'impasse

5.3.2.1 Durée de l'intervention en unité de réadaptation: une contrainte

Certains intervenants considèrent que la durée d'hébergement ajoute une difficulté à leur intervention. D'un côté, le temps de placement en hébergement est parfois très long ce qui fait en sorte que la réinsertion sociale de ces jeunes est très difficile. Les progrès y sont parfois très lents, ce qui apporte un sentiment de découragement chez les intervenants. Un intervenant en donne l'exemple :

On tombe avec des jeunes filles qui sont très confortables avec nous et avec le fonctionnement de l'unité. Quand on vise la réinsertion, on se rend compte qu'elles ne veulent plus partir et ça amène une difficulté au niveau de la réinsertion. Oui, elles restent longtemps en hébergement, mais elles n'ont pas nécessairement de vouloir en fin de compte. On leur apporte quelque chose qu'elles n'ont jamais eu et ça amène une difficulté dans l'accompagnement.

D'autres intervenants considèrent que le temps de placement des jeunes peut parfois être très court. Ceci fait en sorte que l'établissement d'un lien de confiance avec le jeune, l'obtention de sa collaboration et les interventions auprès de celui-ci doivent se faire rapidement. Les intervenants mentionnent que cela n'est pas toujours réaliste. Un autre intervenant en témoigne :

[...] il y a l'étape d'acceptation du placement, il y a l'ouverture à l'aide, parfois on a 6 mois, mais on a peut-être perdu 3-4 mois et il nous reste 2 mois pour la guérir.

5.3.2.2 *L'incompréhension*

Les jeunes présentant un TPL ont des émotions parfois intenses, pouvant sembler disproportionnées et très labiles selon les intervenants. Ainsi, ces derniers rapportent que le fait de se retrouver dans l'incompréhension vis-à-vis ces émotions explosives et ne pas en connaître l'élément déclencheur survient couramment dans leur quart de travail. Or, n'intervenir que pour apaiser constamment, donne l'impression d'être contre-productif et intervenir sans comprendre la source de ces émotions intenses, donne l'impression d'avoir des interventions inefficaces et fait en sorte que l'intervenant se retrouve souvent à ne plus savoir quoi faire. Ceci peut donner lieu à un certain épuisement, un sentiment d'impuissance, de découragement et parfois même à un sentiment d'incompétence chez l'éducateur.

Éteindre constamment des feux, ça crée aussi parfois un sentiment d'incompétence, d'impuissance. Tu as l'impression que tu dis des choses, tu essaies de l'écouter, de parler, de faire résonner certaines choses [...] et finalement, ça ne donne rien. Tu te dis, de quelle autre façon je pourrais reprendre ça ?

5.3.2.3 *Un manque de formation et de support*

Les intervenants rapportent un manque de connaissances concernant les problématiques de santé mentale des jeunes et encore plus concernant le trouble de personnalité limite. Ceux-ci comprennent mal les symptomatologies des jeunes et se retrouvent souvent démunis face au peu d'outils qu'ils possèdent. Ceci les pousse souvent à adopter une stratégie d'essai et d'erreur auprès des jeunes. Ils aimeraient pouvoir éduquer le jeune par rapport à sa pathologie pour l'aider à se comprendre. Ils aimeraient également savoir comment gérer des situations de crises et savoir comment diminuer les comportements nocifs du jeune puisqu'elles sont récurrentes dans les milieux de vie des CJ. Par exemple :

90% de notre clientèle fille hébergée sont TPL et parfois sont sur la limite, mais pas diagnostiquée TPL. On n'est pas du tout formées pour ça. Moi, à l'école j'ai fait une infime partie, j'ai eu un 45-60 heures de cours en santé mentale [...] on n'est pas outillé pour les aider.

Un besoin de support est également soulevé par les intervenants. Ceux-ci aimeraient pouvoir verbaliser davantage par rapport à qu'ils vivent dans leur travail et être davantage validé dans leurs interventions auprès d'un expert. Par exemple :

Parfois on fait quelque chose, on fait des interventions et on se valide entre nous et on se dit ouais ça bien du bon sens. Mais c'est selon ce que nous on fait, donc on pense que ça a bien du bon sens et parfois un psychiatre pourrait peut-être juste nous dire la même affaire qu'on vient de se dire là.

5.3.2.4 Un manque de dispositifs pour prendre soin de soi au travail

Lorsque les intervenants vivent des interventions difficiles dans le cadre de leur travail, ils considèrent qu'il est indispensable de parler avec leurs collègues de ce qu'ils ont vécu ou même de se changer les idées de différentes façons. De ce fait, les intervenants soulèvent le besoin d'installer des dispositifs sur les lieux du travail favorisant leur équilibre en tant que travailleur. Certains mentionnent que d'avoir des lieux de détente ou de décharge émotionnelle à l'extérieur des murs des unités de vie favoriserait la prise des pauses et leur permettrait donc d'être plus disposés pour les jeunes. Voici un témoignage d'un intervenant à cet effet :

Il faut sortir du milieu du travail. Moi, si je reste à l'unité même si je parle 5 minutes avec ma collègue, pour moi, ce n'est pas une pause, je suis quand même dans ma structure physique. On a parlé beaucoup de situations où est-ce qu'on ventile avec nos collègues, c'est bien, mais on reste dans les murs, dans la même structure. Ça serait bien de pouvoir décrocher parce que même quand on vit des situations, il faut qu'on continue notre quart de travail malgré tout...

5.3.3 Surmonter l'impasse

5.3.3.1 Savoir lâcher-prise

Souvent, les intervenants se trouvent démunis face aux progressions lentes des jeunes et face à l'impression de tourner en rond avec cette clientèle. De ce fait, ils rapportent qu'il s'avère impératif de lâcher-prise et de diminuer leurs attentes dans certaines situations. Par exemple : « Mon truc pour l'accompagner et pour avoir survécu pendant 4 ans, c'était le lâcher-prise. »

D'autres parts, pour être mieux disposés au travail, les intervenants soulèvent qu'ils doivent être capables de décrocher lorsqu'ils sortent du travail. Ils considèrent ainsi qu'il est nécessaire qu'ils aient une activité extérieure au travail et qu'il est indispensable qu'ils prennent du temps pour eux afin d'être ressourcés et afin de se décharger de ce qu'ils ont pu vivre pendant leur quart de travail. Un intervenant en témoigne :

En général, je trouve que c'est un travail où il faut dans ta vie que tu es quelque chose, une activité, un sport, une recharge de batterie pour être bien dans ton cerveau. Ça donne le goût de prendre du temps pour soi. C'est un besoin que j'ai beaucoup. C'est bien d'arriver chez nous, j'ai une vie de famille, mais je me rends compte que ça me prend une sorte d'énergie pour me ressourcer. Il faut que je tombe avec moi-même et que je fasse quelque chose que j'aime.

5.3.3.2 Collaborer pour survivre

Les résultats suggèrent que ce travail occasionne une grande charge émotionnelle pour les intervenants et nécessite de s'autoréguler constamment. Ainsi, les intervenants se déchargent de leurs émotions de différentes façons avec leurs collègues pour minimiser l'impact de cette charge émotionnelle sur leur travail et pour éviter que cela ne transparaisse dans leurs interventions. En effet, ils considèrent que le fait de discuter avec des collègues et/ou à l'intérieur des supervisions avec les chefs d'unité est essentiel. Par exemple : « Quand des situations m'atteignent au travail, j'ai tendance à le liquider dans le travail d'équipe avec mes collègues ou à l'intérieur de nos supervisions avec nos chefs. »

De plus, comme ce travail implique de parfois atteindre sa limite, les intervenants mentionnent que de déléguer au membre de l'équipe se trouvant dans une meilleure disposition pour intervenir peut être nécessaire. Dans ce sens, le travail d'équipe est indispensable sur plusieurs aspects selon les propos des intervenants: que ce soit pour demander conseil, se sentir supporté, se distancer de certaines situations, pour conserver l'espoir, pour assurer une constance et/ou pour faire cheminer le jeune. Un intervenant témoigne de l'importance de l'équipe dans son travail :

L'équipe c'est le support qu'on a besoin pour passer à travers ça parce que, sans l'équipe je ne ferais pas ce métier-là. S'il n'y avait pas l'équipe, je ne ferais jamais ce travail-là tout seul.

5.3.3.3 *S'en tenir à ce qui est demandé*

Toutefois, dans des situations plus extrêmes lorsqu'un jeune génère un sentiment négatif chez l'intervenant, faire le minimum et s'en tenir à la tâche qui est demandé peut être une stratégie utilisée pour survivre pour certains. Un intervenant en donne l'exemple :

J'ai repensé à toutes les jeunes comme traits TPL et que c'est plus qu'évident et c'est gros. Moi ça fait une lumière rouge dans mon cerveau ; *don't go there*, fait la base, il faut que tu manges, tu t'habilles, merci bonsoir.

Enfin, l'analyse phénoménologique a permis de mettre en lumière quelques aspects de la réalité terrain des intervenants. De plus, elle a permis d'illustrer des situations où ces derniers se retrouvent devant l'impasse et d'exposer certaines stratégies qu'ils utilisent pour surmonter les difficultés, c'est-à-dire les impasses qu'ils rencontrent au travail lorsqu'il est question d'intervenir auprès des jeunes hébergés présentant un TPL.

6. DISCUSSION

Cette étude avait pour objectif de mieux comprendre la réalité des intervenants travaillant en CJ avec des adolescents hébergés présentant un TPL, selon la perspective des éducateurs. Elle visait à explorer (1) les attitudes des intervenants à l'endroit des adolescents hébergés présentant un TPL (2) les défis rencontrés au quotidien dans leur travail (3) les stratégies de travail des intervenants (4) leurs besoins pour faciliter leur travail. Cette section fera ainsi l'objet d'une discussion des résultats en lien avec les concepts ergologiques.

6.1 Les normes individuelles de l'intervenant

La première question de recherche était d'explorer quelles sont les attitudes des intervenants à l'endroit des adolescents présentant un TPL. D'une part, les analyses qualitatives issues des groupes de discussion ont démontré que lorsque l'éducateur parle d'une jeune présentant un TPL, il en fait une description plutôt péjorative (émotions disproportionnées, imprévisibilité, agressivité, etc.). D'autre part, les analyses des données quantitatives issues du EA-TPL suggèrent que l'attitude des intervenants envers les jeunes présentant un TPL est plutôt positive. Plus précisément, il semblerait que leur perception à l'égard de cette clientèle est elle aussi plutôt positive, mais que leur aisance à interagir auprès de ceux-ci en n'est pas autant élevée. Ces résultats contradictoires pourraient être attribuables au fait que les groupes de discussion permettent aux intervenants d'avoir des interactions favorisant un processus de réflexion plus approfondie et une pratique réflexive. Il est aussi possible que l'avis des intervenants à ce sujet ait été teinté par leurs collègues à l'intérieur des discussions.

6.2 Le travail réel de l'intervenant

L'une des questions de recherche était d'explorer quels sont les défis que peuvent rencontrer quotidiennement les intervenants dans leur travail. En lien avec l'ergologie, cette question fait référence au travail réel de l'intervenant. Tout d'abord, il est important de situer le travail prescrit de l'intervenant en ce qui a trait aux cibles d'interventions auprès des jeunes hébergés. Selon l'AEESQ (2013), les intervenants doivent avoir des objectifs d'intégration sociale et d'épanouissement personnel pour les jeunes dans le domaine de la réadaptation. Toutefois, les résultats mettent en lumière que la réadaptation du jeune est un objectif difficile à atteindre. En réalité, les crises chez les jeunes sont tellement récurrentes, que les intervenants

sont sans cesse en train « d'éteindre des feux », ne laissant pas autant de place à la réadaptation qu'ils le voudraient.

Une autre partie du travail prescrit chez l'intervenant est d'évaluer la dangerosité que présente un jeune en situation de crise (AEESQ, 2013). Ceci indique que les intervenants doivent savoir prévenir ces situations. Toutefois, les intervenants s'exposent tout de même à des situations de dangerosité. En effet, ils rapportent se mettre à risque, car les situations sont souvent imprévisibles et ils doivent agir rapidement. L'exposition à ces risques pourrait s'expliquer par des difficultés des intervenants à prévenir les crises et à intervenir dans des situations de dangerosité chez le jeune hébergé. Cette complexité à prévenir les crises pour les intervenants pourrait provenir entre autres du fait que leurs outils d'évaluation du risque de dangerosité ne possèdent pas des qualités métrologiques suffisantes, par le fait qu'ils n'ont pas les outils pour évaluer ce risque ou encore parce que les particularités des jeunes présentant un TPL rendent difficilement prévisibles les situations de dangerosité. Quant aux difficultés d'intervention, celles-ci pourraient être attribuables à un manque au niveau du travail prescrit (ex. : protocole d'intervention pour les intervenants en cas de situation à risque de dangerosité chez le jeune) ou même à un manque au niveau de la formation de l'intervenant dans de telles situations. De plus, le fait que les intervenants se retrouvent souvent en nombre insuffisant de personnels au travail peut aussi expliquer cette exposition plus élevée au risque de dangerosité. Enfin, le travail prescrit implique que les intervenants doivent prévenir ces situations, mais il semble que la réalité terrain des intervenants est que le « comment » le faire est difficilement réalisable, que le « comment » intervenir dans ces situations est peu déterminé et que l'environnement (social) ne favorise par leur sécurité.

L'une des compétences demandée à l'intervenant est de savoir garder un certain détachement auprès des jeunes hébergés (AEESQ, 2013). Toutefois, une des particularités du travail réel de l'intervenant comporte souvent l'usage de soi par l'autre. En d'autres mots, l'intervenant est souvent « contaminé » par ce que le jeune (l'autre) vit. Des exemples d'usage de soi par le jeune pourraient être que les émotions, voir les interventions de l'intervenant soient influencées par le jeune. Ce dernier concept est bien décrit par Aviram et coll. (2006) lorsqu'il s'agit pour un thérapeute d'intervenir auprès des individus présentant un TPL. Effectivement, les symptômes du TPL auraient des effets sur les intervenants, ce qui, à leur tour, générerait des

réactions négatives chez l'intervenant à l'endroit du jeune, ce qui générerait des réactions négatives chez le jeune, et ainsi de suite.

À l'exception des compétences exigées chez les intervenants, il existe aussi des valeurs qui sont propres à leur profession. Elles comprennent entre autres l'intégration sociale, l'éducation, l'épanouissement personnel et le développement psychosocial (AEESQ, 2013). Toutefois, le travail réel de l'intervenant implique de composer avec des normes antécédentes qui sont incompatibles avec les normes individuelles voire les valeurs de l'intervenant. En d'autres mots, l'intervenant doit composer avec ce qui est socialement hors-norme, soit socialement inacceptable, dans d'autres contextes relationnels, hors des murs des CJ. Effectivement, l'organisation des services des CJ fait en sorte que l'intervenant doit souvent continuer à intervenir auprès d'un jeune qui commet des actes inacceptables. Dans ces cas, l'intervenant doit délaissé ses valeurs, ses standards, ses propres normes et les moduler à la baisse pour assurer un certain fonctionnement dans le groupe de jeunes. Il doit parfois même accepter d'intervenir auprès d'un jeune qui a commis une agression envers lui. Travailler à l'encontre de ses propres normes individuelles pourrait donner lieu à un épuisement au travail.

En résumé, les résultats de cette étude ont permis de mettre en relief le travail réel des intervenants travaillant en CJ auprès des jeunes hébergés avec TPL en regard à l'applicabilité des objectifs thérapeutiques, des évaluations, des valeurs et des compétences qui sont vécues comme des défis pour les intervenants.

6.3 Les trous de norme

Précédemment, le travail réel des intervenants a fait l'objet d'une discussion. Ici, il sera question de l'écart entre le travail réel et le travail prescrit, c'est-à-dire les situations dans le travail de l'intervenant où il y a des trous de norme. Les besoins des intervenants, l'une des questions de recherche seront ainsi discutés en lien avec les trous de norme.

Tout d'abord, la durée de placement du jeune est une contrainte pour l'intervenant. En d'autres mots, les intervenants se retrouvent devant une durée de placement auxquels ils n'ont pas de pouvoir et donc devant des jeunes pour lesquels l'intervention est difficilement applicable.

D'un côté, des unités interviennent auprès de jeunes qui sont hébergées durant une longue période de temps ce qui rend leur réinsertion sociale difficile. D'un autre côté, des unités travaillent auprès de jeunes qui ont une durée de placement très courte, ce qui leur laisse peu de temps pour créer une alliance et intervenir auprès du jeune. D'un côté ou de l'autre, ceci témoigne d'une situation où les normes antécédentes exercent une grande contrainte créant une impasse pour l'intervenant. Ceci soulève un besoin d'ajustement individualisé concernant la durée de placement chez les jeunes hébergés en CJ afin de faciliter le travail des intervenants.

Les intervenants accusent des manques en ce qui a trait à leur formation que ce soit par rapport à la connaissance des problématiques de santé mentale, du TPL et des outils d'interventions. L'étude de Bourke et Grenyer (2013) présente des résultats similaires. Les intervenants comprennent mal d'où proviennent certaines émotions des jeunes hébergés et quel est l'élément déclencheur de certaines crises chez ces derniers. Être dans l'incompréhension est ainsi chose courante dans le travail de l'intervenant. Or, il s'avère que l'intervenant se définit par un professionnel qui intervient auprès de personnes ayant des difficultés d'adaptation variées notamment dans le domaine de la santé mentale (AEESQ, 2013). Ceci illustre bien l'écart entre le travail prescrit et le travail réel chez l'intervenant : il lui est demandé d'intervenir auprès de clientèles présentant des problématiques de santé mentale alors qu'il n'est pas outillé pour intervenir auprès de ceux-ci. Également, selon Desjardins et Turcot (2009), les intervenants devraient être capables de créer un lien avec les jeunes et leur entourage, être à l'écoute, éviter les jugements de valeur et savoir garder un certain détachement. Ceci implique pour l'intervenant d'être dans de bonnes dispositions pour intervenir auprès des jeunes hébergés. Or, les résultats suggèrent que les intervenants ne sont pas toujours disposés à intervenir. Ils rapportent le besoin de verbaliser davantage avec leurs collègues et même parfois de se changer les idées dans un autre endroit qu'à l'intérieur des murs de leur milieu de travail. Ceci fait l'objet encore une fois d'un écart entre le travail prescrit et le travail réel : il est demandé aux intervenants d'être disposés à intervenir auprès des jeunes hébergés, mais les dispositifs de l'environnement ne sont pas suffisants pour le permettre. Ces manques s'observent également à travers le besoin de soutien que les intervenants soulèvent. En effet, ils rapportent avoir besoin de verbaliser et d'être validés dans leurs interventions. Également, ils désirent que des dispositifs soient installés dans

leur milieu de travail afin de leur permettre d'être davantage disposés à intervenir lors de situations de crises tel que le soulève l'étude de Bourke et Grenyer (2013).

6.4 Le processus de renormalisation

Tel qu'il a été vu précédemment, il arrive que dans le cadre de son travail, l'intervenant se retrouve devant une impasse. Ainsi, il sera question ici de la renormalisation de l'intervenant c'est-à-dire des procédés qu'il utilise afin de combler ces trous de norme, soit surmonter l'impasse. Les stratégies utilisées par les intervenants rencontrés lors des groupes de discussion feront l'objet d'une discussion.

Les analyses ont permis de constater que dans certaines situations, l'intervenant renormalise, alors que dans d'autres, il ne le fait pas. Parfois, les intervenants utilisent une stratégie de lâcher-prise tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du travail. Ce processus de renormalisation implique pour l'intervenant de diminuer ses attentes et ses objectifs auprès du jeune hébergé. Il se pourrait qu'en lâchant prise, ceci maintienne l'espoir de l'intervenant à l'égard du jeune et laisse davantage la place au jeune de choisir son rythme dans la réadaptation. D'un autre côté, ce processus de renormalisation pourrait générer des effets négatifs pour l'intervenant et le jeune. En effet, dépendamment du niveau de lâcher-prise, il se pourrait que les intervenants soient désengagés auprès des jeunes. Les intervenants ont aussi rapporté que le lâcher-prise était indispensable à l'extérieur du travail afin d'être disposé à intervenir lors de leur quart de travail.

Les intervenants ont rapporté que la collaboration au sein de l'équipe de travail était une stratégie indispensable pour travailler auprès des jeunes hébergés. Ainsi, verbaliser permettrait aux intervenants de se décharger des émotions qu'ils peuvent vivre, orienterait et donnerait une cohérence à leurs interventions ce qui serait aussi bénéfique pour le cheminement des jeunes hébergés. Ce processus de renormalisation met en relief l'importance du travail d'équipe pour les intervenants tels que le démontrent les résultats des études de Chung & Chun (2015) et Mezzena & Stroumza (2012).

Dans un autre ordre d'idée, il arrive que l'intervenant ne renormalise pas dans son travail. Comme les normes antécédentes du milieu de travail stipulent entre autres que l'intervenant doit intervenir auprès du jeune afin de le maintenir dans le milieu de vie, il arrive que l'intervenant ne fasse que s'en tenir à ce qui lui ait demandé et qu'il fasse le minimum. Cette stratégie laisse place à plusieurs questionnements concernant son efficacité. Ceci pourrait faire en sorte que l'intervenant travaille à l'encontre de ses propres valeurs, des valeurs de sa profession et qu'il se désengage auprès du jeune. À long terme, ceci pourrait donner lieu à un épuisement au travail, même si cette stratégie est utilisée pour s'adapter.

Enfin, les processus de renormalisation laissent place à plusieurs questionnements concernant leurs bénéfices tant auprès de l'intervenant que du jeune. Ainsi, un lien est possiblement à faire entre ces processus de renormalisation et les trous de norme discutés précédemment. Le fait de pallier au manque de formation, de support et de dispositifs pour prendre soin du travailleur en CJ auprès des jeunes hébergés pourrait sans doute favoriser la renormalisation chez l'intervenant.

6.5 Forces et limites de l'étude

L'étude présente des forces, mais aussi des limites qui se doivent d'être soulignées. Tout d'abord, cette étude est innovatrice puisqu'elle est la première à mettre de l'avant les concepts de l'ergologie en lien avec la réalité des intervenants qui travaillent en CJ auprès des adolescentes hébergées avec TPL. Par ailleurs, les participants sont des intervenants possédant des expériences variées en terme de clientèle et en terme d'année de pratique et l'utilisation des volets qualitatifs et quantitatifs a permis d'avoir une perspective plus large de leur réalité au travail. D'un autre côté, l'échantillon total des intervenants reste de faible taille ce qui fait en sorte qu'il est difficile de généraliser les résultats à l'ensemble des intervenants travaillant en CJ auprès de cette clientèle au Québec. De plus, le type de devis de cette étude fait en sorte que les résultats sont difficilement généralisables auprès d'autres types de populations. Une autre limite est que l'échelle EA-TPL utilisée pour les données quantitatives ne donne pas des résultats précis concernant l'attitude des intervenants à l'endroit des jeunes présentant un TPL. Enfin, le fait que les intervenants travaillent auprès de jeunes avec différentes problématiques et non seulement

avec des jeunes présentant un TPL ne permet pas de tirer des conclusions uniquement auprès de cette clientèle.

6.6 Retombées

Cette étude constitue un premier pas vers une meilleure compréhension de la réalité du travail des intervenants en CJ auprès des adolescentes présentant un TPL. En effet, elle expose des premières données concernant le travail réel des intervenants en CJ, les trous de norme et les processus de renormalisation dans ce contexte. Les résultats démontrent qu'il y a un besoin de conscientisation vis-à-vis la dangerosité, le stress et le risque d'épuisement au travail auquel s'exposent les intervenants des CJ. Cette étude fournit l'hypothèse que la mise en place de formations et de support, tel qu'exprimé par les intervenants, pourrait pallier à leurs difficultés, améliorer leurs interventions et favoriser leur équilibre occupationnel. De plus, elle met en relief la pratique de l'ergothérapie puisque l'analyse du travail des intervenants s'est fait à partir du modèle de l'ergologie dans une perspective ergothérapique. Cette recherche met d'avant la place de l'ergothérapie en prévention de l'épuisement au travail des intervenants. Elle sollicite l'ergothérapeute à intervenir directement auprès de ces travailleurs afin de favoriser leur équilibre occupationnel en modifiant leur environnement de travail tant au niveau clinique, infrastructurel qu'organisationnel. Finalement, il reste que des recherches plus approfondies sur les besoins des intervenants, les formations et les possibilités de modifications environnementales doivent être faites préalablement avant d'instaurer des changements.

7. CONCLUSION

Pour conclure, il est possible d'affirmer que cette recherche a permis de répondre à l'objectif et aux questions de recherche. Il a été effectivement possible de décrire dans une certaine mesure la réalité des intervenants travaillant auprès des jeunes hébergés avec TPL en centre jeunesse. En effet, les analyses ont permis de faire ressortir certains défis rencontrés par les intervenants dans leur travail au quotidien, certaines de leurs stratégies et certains de leurs besoins. Concernant les attitudes des intervenants à l'endroit des adolescents hébergés présentant un TPL, la présente étude n'a pas permis de tirer de conclusion à ce sujet. Somme toute, les résultats permettent de mettre en lumière le besoin de conscientisation vis-à-vis la dangerosité, le stress et le risque d'épuisement au travail auquel s'exposent les intervenants des CJ et la pertinence de l'implication de l'ergothérapeute dans la prévention et l'intervention auprès de ces travailleurs.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub
- Association canadienne des ergothérapeutes (2012). *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada*. Ottawa : CAOT Publications ACE. Repéré à <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=36>
- Association des centres jeunesse du Québec. Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/ directeurs provinciaux 2014. Montréal: 2014.
- Association des Éducatrices et Éducateurs Spécialisés du Québec (2015). *Code de déontologie de l'éducation spécialisée*. Québec : AEESQ. Repéré à : <http://aeesq.ca>
- Therriault, P-Y, Desrosiers, L, Aubin, G.,, Drolet, M-J., Lord., M-M., Lecours, A., et Maclure, J. (2016, April). *Can ergology contribute to the evolution of our profession ?* Communication présentée au Congrès annuel de l'Association Canadienne des ergothérapeutes, Banff, Alberta, Canada.
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., et Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry*, 14(5), 249-256.
- Beraneck, N. (2015, mai) Accompagner un adolescent ayant un trouble de la personnalité limite dans une unité de réadaptation : enjeux et réflexions. Dans *Le trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse* (p. 25-27). *Défi-Jeunesse*, 22(1).
- Berger, S. K. (2011). *Psychologie du développement*, 2e édition. Montréal, Québec : Groupe Modulo inc.
- Bessette, M. (2009). Psychotherapy in borderline personality disorders: when the impasse is not on the client's side. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 87-116.
- Betan, E., Heim, A. K., Zittel Conklin, C., & Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 890-898.
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., & Iancu, I. (2011). Staff attitudes toward patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 52(5), 548-555.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.10.004>
- Bongar, B., Peterson, L. G., Golann, S., & Hardiman, J. J. (1990). Self-mutilation and the chronically suicidal patient: An examination of the frequent visitor to the psychiatric emergency room. (3), 217-222.

- Bouchard, S. (2001). *Questionnaire d'attitudes à l'égard du trouble de personnalité limite (QATPL)*. Manuscrit non publié, Institut universitaire en santé mentale de Québec, Québec, Canada.
- Bouchard, S. (2010). Impasses et opportunités dans le traitement des personnes souffrant d'un trouble sévère de la personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 61-85.
- Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. S. (2013). Therapists' Accounts of Psychotherapy Process Associated With Treating Patients With Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27(6), 735-745 711p. https://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_108
- Brent, D. A., Johnson, B., Bartle, S., Bridge, J., Rather, C., Matta, J., . . . Constantine, D. (1993). Personality disorder, tendency to impulsive violence, and suicidal behavior in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(1), 69-75. <http://doi.org/10.1097/00004583-199301000-00010>
- Centre jeunesse de Montréal Institut universitaire (2016). *Les services à l'adolescence : L'intervention de réadaptation avec hébergement*. [en ligne]. Québec : CJMIU. Consulté le 28 juin 2016, tiré de http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/adolescence_readapt.htm
- Centre jeunesse de Québec (2016). *Le centre jeunesse : La mission*. [en ligne]. Québec : CJMIU. Consulté le 28 juin 2016, tiré de <http://www.centrejeunessedequébec.qc.ca/lecentrejeunesse/Fondation/Pages/Mission.aspx>
- Chagnon, F et Laframboise, J. (2005). *État de situation sur la santé mentale des adolescents 12-17 ans au CJM-IU*, Montréal, CJM-IU, 2005.
- Chagnon, F., Pouliot, L., Malo, C., Gervais, M.-J., & Pigeon, M.-È. (2010). Comparison of determinants of research knowledge utilization by practitioners and administrators in the field of child and family social services. *Implementation Science : IS*, 5, 41. <http://doi.org/10.1186/1748-5908-5-41>
- Chanen, A. M., Jovev, M., & Jackson, H. J. (2007). Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(2), 297.
- Chung, Y., & Chun, J. (2015). Workplace stress and job satisfaction among child protective service workers in South Korea: Focusing on the buffering effects of protective factors. *Children and Youth Services Review*, 57, 134-140

- Cleary, M., Siegfried, N., & Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(3), 186-191. doi:10.1046/j.1440-0979.2002.00246.x
- Deans, C., & Meocevic, E. (2006). Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder. *Contemporary Nurse*, 21(1), 43-49.
- Desjardins, S., et Turcot, P. J. (2009, 9 mars). *Guide de soutien à la pratique: la réadaptation avec hébergement continu*. Centre jeunesse de Montréal Institut universitaire. Repéré à : http://www.unipsed.net/wp-content/uploads/2014/09/guide_la_readaptation_hebergement_continu_lsipa.pdf
- Desrosiers, L. (2016). *L'activité en thérapie : arbitrage entre usage de soi par soi et usage de soi par l'autre*. 84^e Congrès de l'ACFAS de Montréal.
- Desrosiers, L., Saint-Jean, M. et Breton, J.-J. (2013). *Modèle de l'engagement et de l'abandon de traitement de l'adolescent avec trouble de personnalité limite*. Repéré à : <http://hdl.handle.net/1866/10106>
- Desrosiers L., & Laporte, L. (2015). *Who are the Adolescents with Borderline Personality Disorder in Youth Protection and What Services Do they Get?* Paper presented at the Personality Disorders Across the Lifespan : XIVth Conference of the International Society for the study of personality disorders, Montréal.
- Durrive, L. (2014, mai). *La démarche ergologique : pour un dialogue entre normes et renormalisations*. Recueil inédit, IIe congrès de la Société internationale d'Ergologie de Sierre, Suisse. Résumé repéré à http://www.ergologia.org/uploads/1/1/4/6/11469955/expos_sierre_ldurrive.pdf
- Farand, L., Chagnon, F., Renaud, J., & Rivard, M. (2004). Completed suicides among Quebec adolescents involved with juvenile justice and child welfare services. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(1), 24-35.
- Gaumont, C. (2010). Prévalence des problématiques de santé mentale chez la clientèle du Centre jeunesse de la Montérégie. *Longueuil: Centre jeunesse de la Montérégie, Direction des services professionnels*. Repéré à : http://observatoiremaltraitance.ca/Documents/Prevalence_problematiques_sante_mentale_CJ_Montérégie_2010.pdf
- Geoffrion, S., et Ouellet, F. (2013). Quand la réadaptation blesse? Éducateurs victimes de violence. *Criminologie*, 46(2), 263.
- Goodman, C., & Evan, C. (2006). Using focus groups. Dans K. Gerrish & A. Lacey, *The research process in nursing* (5^e éd., p. 353-366). Londres: Blackwell Publishing

- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., & Buteau, E. (2007). Understanding and engaging families: An education, skills and support program for relatives impacted by borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 2007, Vol.16(1), p.69-82, 16(1), 69-82. doi:10.1080/09638230601182052
- Imbeau, D., Bouchard, S., Terradas, M. M., & Simard, V. (2014). Attitudes des médecins omnipraticiens et des résidents en médecine familiale à l'endroit des personnes souffrant d'un trouble de personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 273-289
- Imbeau, D., Bouchard, S., Terradas, M. M., & Villeneuve, E. (2013). Échelle d'attitudes à l'égard des personnes présentant un trouble de personnalité limite : structure factorielle et validation préliminaire. *Annales médico-psychologiques*, 172(6), 479-485. doi:10.1016/j.amp.2012.10.017
- James, P. D., & Cowman, S. (2007). Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(7), 670-678.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Skodol, A. E., & Oldham, J. M. (2008). Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(5), 410-413. doi:10.1111/j.1600-0447.2008.01231.x
- Laporte, L. (2007). Un défi de taille pour les centres jeunesse. Intervenir auprès des parents ayant un trouble de personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 32(2), 97-114.
- Laporte, L., Baillargeon, L., Sanchez, I., & Desrosiers, L. (2014). Être intervenant auprès des parents ayant un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse : quand la souffrance de l'un se conjugue au désarroi de l'autre. *Revue de psychoéducation*, 43(2).
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461.
- Linehan, M. M. (2000a). Manuel d'entraînement aux compétences pour traiter le trouble de personnalité état-limite. *The Guilford Press, New York, 1993*. Traduction française par Page, M. & Wehrle, P., Editions Médecine & Hygiène, Genève.
- Lizano, E. L., & Barak, M. M. (2015). Job burnout and affective wellbeing: A longitudinal study of burnout and job satisfaction among public child welfare workers. *Children and Youth Services Review*, 55, 18-28
- Markham, D. (2003). Attitudes towards patients with a diagnosis of 'borderline personality disorder': Social rejection and dangerousness. *Journal of Mental Health*, 12(6), 595-612.

- Masse D. (2010, 5 octobre). Guide de soutien à la pratique en santé mentale pour les jeunes de 12-18 ans. Repéré à <http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/infolettre/fevrier2011/guide-soutien-sante-mentale.pdf>
- Mezzena, S., et Stroumza, K. (2012). Des idées agissantes dans l'activité: analyse d'enquêtes dans l'activité réelle d'éducateurs spécialisés. *DIRE-DIversité REcherches et terrains*, (2).
- Goyette, C et Charest, P. (2007). *Propositions d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les centres jeunesse du Québec*. Québec : MSSS. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-914-10W.pdf>
- MSSSQ (2006). Prévalence des troubles mentaux chez les jeunes hébergés dans les centres de réadaptation, les foyers de groupes et les ressources intermédiaires sous la responsabilité des centres jeunesse du Québec.
- Newton-Howes, G., Weaver, T., et Tyrer, P. (2008). Attitudes of staff towards patients with personality disorder in community mental health teams. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(7), 572-577.
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2012) Psychoéducateur en centre jeunesse : Un rôle renouvelé. *Le magazine des psychoéducateur*. (no, 3) Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. Repéré à: <http://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Publication/MagazineLapratiqueenmouvementno3.ashx?la=fr>
- Orsi, M. M., Lafortune, D., et Brochu, S. (2010). Care and Control: Working Alliance among Adolescents in Authoritarian Settings. *Residential Treatment for Children & Youth*, 27(4), 277-303.
- Pibarot, I. (2013). *Une ergologie : des enjeux de la dimension subjective de l'activité humaine* (1re édition. ed.). Paris: De Boeck-Solal.
- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., et Tatarelli, R. (2005). Suicide in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(5), 319–324.
- Schwartz, Y. (2011). *Pourquoi le concept de corps-soi? Corps-soi, activité, expérience*. Travail et apprentissage (no. 7, pp. 148-175). Tiré de http://sites.univ-provence.fr/ergolog/Bibliotheque/Schwartz/Article_YS_Travail_et_apprentissage.pdf

Schwartz, Y., et Mencacci, N. (2008). Trajectoire ergologique et genèse du concept d'usage de soi. *Informática na educação: teoria & prática*, 11(1), 9-13.

Usclat, P. (2011). De la dramatique d'usage de soi à l'usage dramatique de soi : une approche ergologique de la réussite et de l'échec dans l'apprentissage au travers de la question du corps-soi. *Éducation et francophonie*, 39(1), 218-231.

Woollaston, K., et Hixenbaugh, P. (2008). 'Destructive Whirlwind': nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(9), 703-709.

ANNEXE A
CRITERE DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DE PERSONNALITE LIMITE DU
DSM-5

Selon l'APA (2013), le trouble de personnalité est décrit comme « un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui est présent au début de l'âge adulte et dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes:

1. efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés
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 (ex. retournements brutaux et dramatiques de l'image de soi, avec des bouleversements des objectifs, des valeurs et des désirs professionnels; des changements soudains de d'idées et de projets concernant la carrière, l'identité sexuelle, le type de fréquentations)
4. impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (ex.: dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie).
5. répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations
6. instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (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 (ex.: fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées)
9. survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères. »

ANNEXE B
QUESTIONNAIRE DES ATTITUDES FACE AUX PERSONNES PRESENTANT UN
TROUBLE DE PERSONNALITE LIMITE (EA-TPL)

**Attitudes face aux personnes présentant
un trouble de personnalité limite (TPL)**

Utilisez cette échelle pour répondre à chacune des questions suivantes :

	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	
	totalement en désaccord				indécis(e)				totalement en accord	
1.	Les TPL ne sont pas capables de prendre des décisions pour eux mêmes.									_____
2.	J'aimerais que l'on me réfère plus souvent des cas de TPL.									_____
3.	Le TPL est une pathologie qui ne se traite pas, très peu peut être fait pour eux.									_____
4.	Les TPL manquent de volonté et ne veulent généralement pas s'aider.									_____
5.	En général, les TPL sont égoïstes et ne pensent qu'à eux.									_____
6.	Je préfère éviter d'intervenir auprès des personnes présentant un TPL.									_____
7.	La plupart des TPL ont besoin d'un certain degré de prise en charge de la part des intervenants en santé mentale (ex. : téléphones, références, conseils).									_____
8.	Les TPL sont en général des personnes très manipulatrices.									_____
9.	J'ai de la difficulté à être à l'aise avec une personne que je sais être un TPL.									_____
10.	Même après des années de traitement, les TPL n'arrivent jamais à un niveau de fonctionnement normal.									_____

Par Sébastien Bouchard, M. Ps. ; Clinique du Faubourg St-Jean

Utilisez cette échelle pour répondre à chacune des questions suivantes :

- 4	- 3	- 2	- 1	0	1	2	3	4
totalement en désaccord			indécis(e)			totalement en accord		

(Suite)

11. Les personnes présentant un TPL me font peur et m'intimident. _____
12. J'aime intervenir auprès des personnes ayant un diagnostic de TPL. _____
13. Je préfère contacter moi-même les tiers d'un TPL (médecin, centre de crise, hospitalisation, hébergement) plutôt que de lui en confier la tâche et de le voir saboter tous mes efforts. _____
14. Il est agréable de travailler auprès des personnes présentant un TPL. _____
15. Je me sens compétent(e) et bien outillé(e) lorsque je travaille avec des TPL. _____
16. Les TPL ont des comportements complètement incompréhensibles. _____
17. Vu la sévérité de leur pathologie, les TPL ont un très faible potentiel d'autonomie et par conséquent ont grand besoin de nous, les intervenant(e)s. _____
18. J'ai tendance à me sentir découragé(e) ou frustré(e) lorsqu'on me réfère un TPL. _____
19. J'aime avoir à interagir avec des clients ayant un diagnostic de TPL. _____
20. Les TPL sont comme des enfants, il faut souvent prendre des décisions à leur place. _____

ANNEXE C

TABLEAU DES CONCEPTS ERGOLOGIQUES EN LIEN AVEC LES THÈMES ASSOCIÉS

Concepts ergologiques	Thèmes associés	Exemples
Travail réel	<ul style="list-style-type: none"> La réalité terrain des intervenants Une mission presque impossible : la réadaptation Composer avec la dangerosité 	<ul style="list-style-type: none"> « éteindre des feux » « progrès du jeune parfois très lents » « l'éducateur s'expose à un niveau de dangerosité élevé »
➤ Usage de soi par l'autre	<ul style="list-style-type: none"> Être influencé par ce que le jeune vit 	<ul style="list-style-type: none"> « ressentir les mêmes émotions que le jeune » « ces particularités influencent les aptitudes de l'éducateur à intervenir »
➤ Normes antécédentes du milieu	<ul style="list-style-type: none"> Composer avec ce qui est socialement hors-norme 	<ul style="list-style-type: none"> « l'intervenant reste en contact avec le jeune fautif »
Trou de norme	<ul style="list-style-type: none"> Se retrouver dans l'impasse 	
➤ Normes individuelles	<ul style="list-style-type: none"> L'incompréhension Un manque de formation et de support 	<ul style="list-style-type: none"> « se retrouver dans l'incompréhension vis-à-vis ces émotions explosives et ne pas en connaître l'élément déclencheur » « se retrouver souvent démunis face au peu d'outils qu'ils possèdent afin d'intervenir de façon efficace » « besoin de verbaliser et d'être validé dans leurs interventions »
➤ Normes antécédentes	<ul style="list-style-type: none"> Le temps de placement du jeune : une contrainte Un manque de dispositifs pour prendre soin de soi au travail 	<ul style="list-style-type: none"> « réinsertion sociale difficile ou manque de temps pour établir un lien, obtenir la collaboration du jeune et réaliser des interventions » « besoin d'installer des

		dispositifs sur les lieux du travail favorisant leur équilibre en tant que travailleur »
La renormalisation	Surmonter l'impasse	
	<ul style="list-style-type: none"> • Savoir lâcher-prise • Collaborer pour survivre 	<ul style="list-style-type: none"> • « lâcher prise, diminuer les attentes et se décharger du travail avec une activité à l'extérieur du travail » • « ventiler avec les collègues ou à l'extérieur du travail » • « Collaborer pour demander conseil, être supporté, se distancer de certaines situations, pour conserver l'espoir, pour assurer une constance et/ou pour faire cheminer le jeune »
Ne pas renormaliser	<ul style="list-style-type: none"> • S'en tenir à ce qui est demandé 	<ul style="list-style-type: none"> • « faire le minimum et s'en tenir à la tâche qui est demandée »

ANNEXE D CERTIFICAT ÉTHIQUE

UQTR



Savoir,
Surprendre.

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : **Adolescents avec trouble de personnalité limite en Centre jeunesse : une intervention adaptée**

Chercheurs : Lyne Desrosiers
Département d'ergothérapie

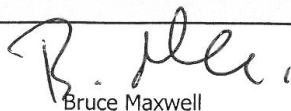
Organismes : Fonds Institutionnel de recherche des Universités du Québec, UQTR

N° DU CERTIFICAT : **CER-15-217-10.02**

PÉRIODE DE VALIDITÉ : **Du 14 octobre 2016 au 14 octobre 2017**

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage :

- à aviser le CER par écrit de tout changement apporté à leur protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- à procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- à aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématuré de la recherche;
- à faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.


Bruce Maxwell

Président du comité


Fanny Longpré

Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 29 septembre 2016