

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

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

PAR
LOUIS CORRIVEAU

S'OCCUPER DE SA SANTÉ MENTALE : UN SPORT EXTRÊME POUR LES
ADOLESCENTS PRÉSENTANT UN TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE

DÉCEMBRE 2019

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.

Table des matières

1. PROBLÉMATIQUE	4
2. RECENSION DES ÉCRITS	6
2.1 Introduction.....	6
2.2 Trouble de personnalité limite (TPL)	6
2.3 Complexité du TPL à l'adolescence	6
2.3.1 Période de l'adolescence	6
2.3.2 Consentement et responsabilité parentale	7
2.3.3 Contexte familial difficile	8
2.4 Organisation des services en santé mentale	9
2.4.1 Services de première ligne	9
2.4.2 Services de deuxième ligne	9
2.4.3 Services de troisième ligne.....	10
2.5 Défis de l'intervention	10
2.6 Utilisation des services et abandon de traitement	11
2.7 Besoins non répondus et conséquences préoccupantes.....	12
2.8 Compréhension des trajectoires de services.....	13
2.9 Facteurs influençant l'expérience dans les services en santé mentale	14
3. CADRE CONCEPTUEL	16
3.1 Trajectoires de services.....	16
3.1.1 Trajectoires objectives	16
3.1.2 Trajectoires subjectives	16
4. MÉTHODE	18
4.1 Objectifs de recherche.....	18
4.2 Milieu de recherche.....	18
4.3 Devis de recherche.....	19
4.4 Méthode d'échantillonnage.....	19
4.5 Déroulement.....	20
4.6 Analyse des données	21
4.7 Considérations éthiques	21
5. RÉSULTATS	22
5.1 Caractéristiques des participants.....	22
5.2 L'expérience d'adolescents ayant un TPL	22
5.2.1 Facteurs environnementaux et organisationnels	23

5.2.1.1 Stabilité et continuité chez le personnel soignant.....	23
5.2.1.2 Relation avec le professionnel.....	24
5.2.1.3 Disponibilité et accessibilité.....	25
5.2.1.4 Confidentialité, responsabilité parentale et dispositif de soins.....	25
5.2.2 Facteurs personnels	26
5.2.2.1 Perception de la qualité des services	26
5.2.2.1 Expériences antérieures	27
5.2.2.2 Introspection et besoins	27
5.3 Conclusion	28
6. DISCUSSION	29
6.1 Résumé des résultats de comparaison avec la littérature	29
6.1.1 Une expérience multifactorielle	29
6.1.1.1 Stabilité et continuité chez le personnel soignant.....	29
6.1.1.2 Confidentialité, responsabilité parentale et dispositif de soins.....	30
6.1.1.3 Capacité d'introspection.....	32
6.2 Retombées.....	32
6.2.1 Au plan clinique	33
6.2.2 Au plan organisationnel	34
6.2.3 Au plan ergothérapeutique	34
6.3 Forces et limites	35
7. CONCLUSION	36

1. PROBLÉMATIQUE

Les fondements de la discipline de l'ergothérapie, selon des érudites comme Wilcock et Yerxa, décrivent l'être humain comme un être occupationnel qui se définit à travers des occupations qui lui sont significatives et qui donnent un sens à sa vie (Townsend, Polatajko & Cantin, 2013). Le concept d'occupation touche plusieurs dimensions, allant de la productivité, aux soins personnels et aux loisirs. En ce sens, « s'occuper de sa santé » est une occupation en soi. Elle nécessite la mobilisation de ressources humaines et environnementales. Cette occupation devrait être réalisée par tous et chacun afin de favoriser l'atteinte d'une vie satisfaisante. « S'occuper de sa santé » comporte une dimension physique, une dimension mentale et une dimension affective.

S'occuper de sa santé mentale, à l'adolescence, comporte toutefois son lot de particularités. À priori, l'écart entre les besoins de services spécialisés en santé mentale et l'utilisation de ceux-ci par les adolescents est un phénomène documenté dans la littérature (Andersson, 2004; Burns et al., 1995; Kurtz, Thornes & Wolkind, 1995). La recherche et la demande d'aide est également influencée par plusieurs facteurs, qui peuvent agir à titre de facilitateurs ou d'obstacles dans le contexte de vie de l'individu. Les caractéristiques psychologiques de l'adolescent, telles que le besoin d'autonomie, l'individuation, le développement de l'identité, le développement du contrôle pulsionnel et l'influence des pairs, influencent la recherche d'aide de l'adolescent. Les caractéristiques psychologiques du parent, comme la capacité à comprendre les difficultés de son jeune, les craintes de compromettre la relation parent-enfant ainsi que l'équilibre entre le fait de protéger le jeune et lui laisser de l'autonomie, influencent également la recherche d'aide. Enfin, des facteurs tels que la perception de la maladie mentale ainsi que le contexte de demande d'aide (expériences antérieures, autres activités jugées prioritaires) influencent le processus de recherche d'aide des adolescents (Desrosiers, Saint-Jean & Breton, 2012).

S'occuper de sa santé mentale et recourir à l'aide nécessaire est d'autant plus complexe pour les adolescents présentant une condition particulière, comme le trouble de personnalité limite. En effet, le trouble de personnalité limite (TPL) est caractérisé par une instabilité de l'identité (sentiment de vide, confusions), une instabilité de l'humeur, des relations interpersonnelles intenses et instables, une impulsivité liée à des difficultés de régulation

émotionnelle ainsi que par la présence, souvent, de comportements suicidaires et d'automutilation et ce, à différentes intensités (American Psychiatric Association, 2013). Les manifestations du TPL ont des répercussions importantes sur le fonctionnement quotidien des personnes atteintes (Falklof & Haglund, 2010).

En somme, s'occuper de sa santé représente, pour cette population, un phénomène complexe et potentiellement explosif. Une étude, actuellement en cours à l'Institut universitaire Jeunes en difficulté, porte sur les trajectoires de services en santé mentale des adolescents en protection de la jeunesse. Les résultats préliminaires montrent que les trajectoires de services d'adolescents ayant des TPL sont plus chaotiques que celles des adolescents présentant d'autres problématiques de santé mentale (Desrosiers & Laporte, 2018). Par ailleurs, cette dernière étude privilégie une analyse des trajectoires de services en santé mentale (diagnostic, données sociodémographiques, porte d'entrée dans le système, type et durée des services) à partir de données objectives. Or, cette méthode d'analyse des trajectoires de services ne permet pas de comprendre l'expérience vécue par ces adolescents, et de saisir les facteurs subjectifs qui modulent leur parcours dans les services soit leur trajectoire de service subjective (Dubar, 1998). Cette méthode ne permet pas non plus d'expliquer leurs trajectoires de soins chaotiques, comme les arrêts de services, les délais d'obtention et les nombreuses consultations. Il apparaît donc pertinent de mieux comprendre les facteurs subjectifs qui modulent l'expérience des adolescents TPL dans leurs trajectoires de services en santé mentale.

2. RECENSION DES ÉCRITS

2.1 Introduction

Cette section fait état de la littérature concernant la problématique du trouble de personnalité limite à l'adolescence. Il sera question du TPL et de ses manifestations, de la période de développement de l'adolescence et des enjeux que vivent les adolescents présentant ce trouble de santé mentale. Ensuite, l'état des données de la littérature exposera l'organisation des services en santé mentale, l'utilisation de ces services par les adolescents TPL ainsi que les facteurs qui peuvent perturber les trajectoires de soins de ces jeunes. Finalement, cette section permettra de conduire à la question de recherche et à ses objectifs.

2.2 Trouble de personnalité limite (TPL)

Le trouble de personnalité limite est l'un des dix troubles de la personnalité de la 5^e version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (American Psychiatric Association, 2013). La prévalence de ce trouble dans la population est estimée de 1 à 2% (Gunderson, 2006). Il est également à l'origine de 20% des hospitalisations psychiatriques. Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) identifie neuf critères diagnostique pour le TPL. Afin d'obtenir le diagnostic, cinq de ces neuf critères doivent être identifiés. Les manifestations du TPL ont des répercussions importantes sur le fonctionnement des personnes atteintes. En effet, selon Falklöf et Haglund, (2010), les personnes ayant un TPL présentent des difficultés au plan de l'organisation de leurs activités quotidiennes, de l'implantation et du respect de leur routine ainsi que du respect des exigences de leur environnement. Enfin, l'importance de ces divers symptômes fait en sorte que les personnes ayant un TPL vivent une grande souffrance et une détresse importante (Kaess, Fischer-Waldschmidt, Resch et Koenig, 2017) en plus d'affecter de façon marquée leur famille et leurs proches (Hoffman, Fruzzetti et Buteau, 2007).

2.3 Complexité du TPL à l'adolescence

2.3.1 Période de l'adolescence

L'adolescence est une période critique de développement dans laquelle les enfants dépendants deviennent des adultes indépendants. Elle peut s'étendre de 10 ans jusqu'au début de la vingtaine. Pendant cette période, le jeune subit d'importants changements aux plans physiques, intellectuels et émotionnels (Cannard, 2015; Casey, Getz & Galvan, 2008).

L'adolescence est caractérisée par une recherche d'identité et un éventuel choix d'orientation pour ses aspirations futures. À cette étape de leur développement, les jeunes accordent une grande importance aux relations avec les pairs, ce qui est accompagné d'une indépendance accrue vis-à-vis les parents (Casey, Getz & Galvan, 2008). En effet, ces derniers tentent de se détacher de leur modèle d'attachement (Delage, 2008). Au cours de cette période, l'adolescent développe son jugement moral et expérimente les premières relations sexuelles et amoureuses (Coslin, 2017; Dumas, 2002). De ce fait, les expérimentations entraînent souvent une prise de risques. Cette prise de risque se manifeste par des comportements, via lesquels, l'adolescent a besoin de tester, reconnaître et admettre les limites, internes ou externes, matérielles ou psychiques (Cannard, 2015). En quête de limites morales et sociales ainsi que de reconnaissance, l'adolescent poursuit donc des conduites d'essai et d'exploration.

Conséquemment, il n'est pas rare, qu'à l'adolescence, les symptômes ou les traits de personnalité soient confondus avec les comportements perturbateurs normaux des enfants et des adolescents et que ces symptômes soient minimisés, confondus avec la crise de l'adolescence ou niés par la famille et l'entourage. Or, cela peut empêcher l'adolescent d'avoir accès à l'aide appropriée pour ses difficultés (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015; National Collaborating Centre for Mental Health UK, 2009). En somme, il importe de considérer le développement psychologique et affectif de l'adolescent lorsqu'il est question de recherche d'aide pour s'occuper de sa santé mentale.

2.3.2 Consentement et responsabilité parentale

L'adolescence, comme présenté précédemment, entraîne des besoins d'autonomie et d'individuation chez le jeune. Bien que les jeunes tentent de se détacher de leurs modèles d'attachement, veulent prendre leurs propres responsabilités et être un individu indépendant, ils sont toujours, pour la plupart, sous la responsabilité parentale selon la loi. En effet, la législation québécoise encadre la prestation de soins et de services chez les personnes d'âge mineure. Une de ces lois est la Loi sur la protection de la jeunesse du Québec (LPJ). Cette loi favorise la participation du parent dans l'ensemble des situations concernant la santé et la sécurité de son enfant. En effet, ce dernier doit se mobiliser rapidement dans la résolution de leurs difficultés familiales et dans la résolution d'une possible situation de compromission de

leur enfant (Leblanc, 2010). La Loi sur la protection de la jeunesse stipule que les parents ont la responsabilité de protéger leur enfant et d'assurer son bien-être, sa sécurité, son éducation et son développement (Loi sur la protection de la jeunesse, LQ 2019, c 4). Au Québec, les directeurs de la protection de la jeunesse (DPJ) sont responsables d'appliquer la Loi sur la protection de la jeunesse, c'est-à-dire d'assurer la sécurité et le bon développement des enfants sur leur territoire. Les centres jeunesse, qui offrent ces services aux jeunes et à leur famille, sont également sous la responsabilité des DPJ.

De plus, le titulaire de l'autorité parentale doit consentir aux soins et services de santé pour un mineur de moins de 14 ans. Le titulaire de l'autorité parentale doit agir dans l'intérêt de l'enfant dans cette prise de décision. En d'autres mots, il doit peser les pour et les contre et s'assurer que les soins proposés soient bénéfiques malgré leurs possibles effets). Le mineur de 14 ans ou plus peut, selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux, consentir seul à recevoir des soins et des services de santé. Toutefois, dans le cas où son état de santé exige qu'il demeure en établissement pour plus de 12 heures, le titulaire de l'autorité parentale doit en être informé (MSSS, 2009).

2.3.3 Contexte familial difficile

Chez les enfants et les adolescents, la famille représente un acteur clé pour la recherche d'aide et le traitement d'une condition de santé. L'environnement social a un rôle à jouer tout au long du processus clinique, allant de la prise en charge à l'engagement du jeune dans ses suivis (Desrosiers, Saint-Jean et Breton, 2012). C'est également le cas pour une clientèle présentant un TPL. Toutefois, les intervenants doivent souvent composer avec des familles présentant plusieurs difficultés psychosociales. Quelques écrits soulignent bien certains défis que doivent surmonter le personnel traitant qui travaille auprès d'une clientèle d'adolescents ayant des traits de personnalité limite. Bien que la littérature documente les meilleures pratiques et les interventions les plus efficaces appuyées par des écrits scientifiques auprès de cette population (Bateman & Fonagy, 2000; Biskin & Paris, 2012; Linehan et al., 2006), un défi important demeure. Laporte, Baillargeon, Sanchez et Desrosiers (2014) soulignent que parmi la multitude de problèmes psychosociaux rencontrés, les troubles mentaux chez les parents sont particulièrement prévalents. En effet, une étude québécoise menée par Laporte,

Paris et Zelkowitz (2017) rapporte que 34,3% des mères d'enfants pris en charge par la protection de la jeunesse auraient un trouble de personnalité limite diagnostiqué ou probable. Dans cet ordre d'idées, la prise en charge de ces adolescents et de ces familles pose plusieurs défis d'ordre clinique et organisationnel pour les intervenants et s'avère source importante de difficultés. Il est également possible que les manifestations du TPL chez les parents, telles que l'impulsivité et la mauvaise gestion des émotions, augmentent les probabilités que les besoins du jeune ne soient pas adressés convenablement (Laporte, 2007).

2.4 Organisation des services en santé mentale

Cette section de la recension des écrits présentera les différents services en santé mentale dans le réseau de la santé et de services sociaux québécois. Une brève description de chaque niveau de services sera présentée afin de mieux comprendre son organisation au Québec.

2.4.1 Services de première ligne

Les services de première ligne représentent la porte d'entrée dans le système pour les services en santé mentale et en santé physique. Les services de première ligne doivent, selon le Plan d'action en santé mentale, répondre à 70% des besoins de la population (MSSS, 2015a). Dans ces services, les professionnels évaluent le besoin de la personne et y répond directement ou l'orientent vers les services adaptés à sa condition. Les services de première ligne sont offerts notamment par les CLSC, les cliniques médicales, les groupes de médecine familiale, les cabinets privés, les organismes communautaires et les pharmacies (Gouvernement du Québec, 2019a).

Les services de première ligne en santé mentale offrent des traitements à une clientèle présentant une problématique de santé mentale légère à modérée ou une clientèle présentant un trouble grave mais dont la condition est stabilisée (Centre national d'excellence en santé mentale, 2017).

2.4.2 Services de deuxième ligne

Les services de deuxième ligne répondent aux problèmes qui demandent un examen approfondi, un traitement ou un service spécialisé. Les soins requièrent des interventions plus

complexes et des ressources particulières. Ces services spécialisés sont obtenus sur référence d'un professionnel de la première ligne (Gouvernement du Québec, 2019a).

En santé mentale, ces services sont offerts aux personnes présentant un trouble de santé mentale grave, qui seront pris en charge, généralement, par une équipe multidisciplinaire qui regroupe des intervenants de diverses professions. Les services de deuxième ligne sont disponibles dans différents établissements tels que : l'urgence psychiatrique, l'hôpital de jour, la clinique externe en psychiatrie, la pédopsychiatrie, les centres jeunesse et les centres hospitaliers de courte durée en psychiatrie (Gouvernement du Québec, 2019b).

2.4.3 Services de troisième ligne

Enfin, les services de troisième ligne s'adressent à des cas très complexes et graves ou très rares et dont les symptômes sont suffisamment graves pour entraîner un dysfonctionnement sévère. Ces services sont dits surspécialisés (Gouvernement du Québec, 2019d). Compte tenu de leurs caractéristiques particulières, ces services sont dispensés dans quatre centres hospitaliers à statut universitaire, soient l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (Robert Giffard), l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal (Louis-Hippolyte Lafontaine, l'Institut universitaire de santé mentale Douglas et l'Institut Philippe-Pinel (Ménard et Martin, 2019). Les services de troisième ligne en santé mentale répondent à 1% des demandes de la population (Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, 2013).

Les services de troisième ligne contribuent également à la supervision des services de première et deuxième ligne ainsi qu'à la formation universitaire. De ce fait, les services offerts en troisième ligne peuvent comporter des modalités expérimentales.

Il est à noter que les services diffèrent dans certains milieux et dans différentes régions, mais que les informations présentées proviennent principalement du Plan d'action en santé mentale 2015-2019 – Faire ensemble et autrement (2015a) du Ministère de la Santé et des Services sociaux, qui se veulent être des lignes directrices.

2.5 Défis de l'intervention

Considérant la complexité du TPL à l'adolescence et les aspects documentés ci-haut, il n'est pas surprenant que les jeunes, présentant différentes manifestations du TPL, étant en période de développement physique, psychologique et émotionnel, et vivant dans un environnement avec des problèmes psychosociaux, soient considérés comme une population difficile à traiter. La littérature est abondante en ce qui a trait à ces difficultés. Une étude québécoise de Paré-Miron (2010) réalisée auprès de thérapeutes de troisième ligne en pédopsychiatrie confirme la complexité de l'intervention auprès des adolescents présentant un TPL. En effet, selon cette étude, les difficultés du processus d'intervention peuvent être reliées à la symptomatologie, à l'instabilité émotionnelle, relationnelle et comportementale, au risque suicidaire élevé ainsi qu'au risque d'abandon prématuré. En outre, les personnes aux prises avec un TPL peuvent présenter une motivation qui fluctue dans le temps et varie significativement (Bouchard, 2010). Ces patients ont tendance à susciter des réactions émotives et de fortes réactions au plan relationnel, ce qui peut notamment conduire à des obstacles thérapeutiques et mener à la cessation de traitement par l'intervenant ou le patient lui-même (Bouchard, 2010; Crawford, Price, Gordon, Josson, Taylor, Bateman & Moran 2009).

2.6 Utilisation des services et abandon de traitement

La littérature est abondante en ce qui a trait à l'abandon de traitement chez l'adulte TPL. Or, la littérature est un peu moins vaste lorsqu'il est question de ce phénomène chez les adolescents. L'étude de Cailhol et ses collaborateurs (2013), soulignent toutefois que les adolescents ayant un TPL sont de grands utilisateurs des services en santé mentale. Toujours selon cette étude, les adolescents TPL consultent, en moyenne, un peu plus de 5 professionnels de la santé différents avant d'avoir 18 ans. La littérature fait également état du mode de consultation de cette population. En effet, les adolescents TPL ont souvent recours aux services de santé lorsqu'ils sont en situation de crise, ce qui se traduit généralement par des conduites suicidaires (Bongar, Peterson, Golann, & Hardiman, 1990). Leur symptomatologie et leur détresse importante les incitent à consulter, mais, lorsque les manifestations aiguës se sont résorbées, les adolescents ont tendance à se désengager du suivi proposé (Desrosiers, Saint-Jean et Breton, 2012). Ces derniers reviennent solliciter de l'aide lorsqu'une nouvelle situation

de crise fait surface (Chanen, Jackson, McCutcheon, Jovev, Dudgeon, Yuen & Clarkson, 2008; Desrosiers, Saint-Jean & Laporte, 2016). Dans cet ordre d'idées, les visites aux urgences en raison de symptômes associés au TPL ont connues une hausse particulièrement importante chez les 14-17 ans dans les dernières années au Canada (Santiago, Tunik, Foltin et Mojica, 2006). Toujours selon cette étude, ces mêmes adolescents qui ont visité l'urgence s'y sont présentés trois fois ou plus. Cette tendance à recourir aux services en cas de crise puis à se désengager des suivis proposés pourraient proposer que cette population a une difficulté à s'engager dans une démarche thérapeutique soutenue. En effet, près de 40% des adolescents ayant un TPL ne complètent pas leurs traitements (Chanen, Jackson, McCutcheon, Jovev, Dudgeon, Yuen et Clarkson, 2008).

L'abandon de traitement chez la population TPL est un phénomène très documenté dans la littérature. Plusieurs écrits abordent les facteurs et les déterminants expliquant l'abandon prématuré de traitement. Bien qu'il existe un grand nombre de facteurs susceptibles d'être inhérents à l'arrêt de traitements des adolescents, il est possible de distinguer trois principales catégories (Gearing, Schwalbe & Short 2012; Abella & Manzano, 2000). Ces catégories de déterminants sont liées :

- Au jeune (variables démographiques, diagnostic, symptômes);
- À la famille (variables démographiques, troubles de santé mentale chez les parents, motivation);
- Au dispositif de soins (caractéristiques du thérapeute, type de traitement, alliance thérapeutique, phase du processus de réadaptation, pairage, organisation des services).

2.7 Besoins non répondus et conséquences préoccupantes

L'utilisation chaotique des services en santé mentale chez les adolescents TPL démontre que le dispositif de soins n'est pas adapté à leurs besoins, mais entraîne surtout des conséquences préoccupantes chez cette population (Chanen, Jackson, McCutcheon, Jovev, Dudgeon, Yuen et Clarkson, 2008). Les conséquences d'un abandon ou d'un arrêt de traitement chez les adolescents TPL peuvent être sérieuses. En effet, on retrouve, parmi les principaux symptômes de ce trouble, des comportements d'automutilation et de conduites suicidaires (Soloff et Chiapetta, 2012). De plus, Pompili, Girardi, Ruberto et Tatarelli (2005) signalent que le risque de suicide complété est plus élevé dans les premières phases de la maladie. Cette

conséquence potentielle est alarmante considérant que nous sommes en présence d'une population d'adolescents. Bien que les conduites suicidaires et d'automutilation soient utilisées pour réduire la souffrance interne que vivent les adolescents ayant un TPL (LaForge, 2007), les gestes suicidaires et parasuicidaires peuvent causer la mort et causer des dommages physiques irréversibles (Black, Blum, Pfohl, Hale, 2004). En somme, les conséquences d'un arrêt de traitement sont préoccupantes car cette population présente un risque élevé de suicide et est à risque d'avoir des atteintes importantes au niveau du fonctionnement psychosocial (Chanen, Jovev et Jackson, 2007) en plus de compromettre leur qualité de vie et leur cheminement clinique via leurs modes de consultation chaotique.

2.8 Compréhension des trajectoires de services

La littérature documente le phénomène d'abandon de traitement chez la population TPL de façon rigoureuse. Or, la grande majorité de ces recherches se sont attardées aux déterminants observables et quantifiables associés à l'abandon prématuré des traitements. L'analyse des données objectives des trajectoires de services en santé mentale comprend notamment les caractéristiques démographiques (Halaby, 2004), le diagnostic du jeune (Halaby, 2004), le diagnostic du parent (Burns, Cortell & Wagner, 2008) et les comportements suicidaires (Pelkonen, Marttunen, Laippala & Lönnqvist 2000). Les déterminants de l'abandon sont étroitement liés aux trajectoires de services. En effet, les déterminants pourraient être attribués à un ou plusieurs épisodes de services, ce qui permettrait d'expliquer certaines tendances observées dans les trajectoires. Cependant, ces recherches documentant les variables objectives ne présentent pas des associations précises ni de conclusions définitives. En ce sens, l'utilisation de l'expérience subjective des adolescents TPL et de leur perception s'avère être un angle à considérer, dans une littérature qui n'est pas abondante, afin de documenter ce phénomène. Effectivement, une étude de Gearing, Schwalbe et Short (2012) souligne l'importance des dimensions subjectives dans l'abandon de traitement psychosocial d'adolescents.

Une étude, actuellement en cours à l'Institut universitaire Jeunes en difficulté, porte sur les trajectoires de services en santé mentale des adolescents en protection de la jeunesse. Les résultats préliminaires montrent que les trajectoires de services d'adolescents ayant des TPL

sont plus chaotiques que celles des adolescents présentant d'autres problématiques de santé mentale (Desrosiers & Laporte, 2018). Par ailleurs, cette dernière étude privilégie une analyse des trajectoires de services en santé mentale (diagnostic, données sociodémographiques, porte d'entrée dans le système, type et durée des services) à partir de données objectives. La trajectoire comprend la séquence des épisodes de services pour laquelle sont décrits le point de services, le référent, la date, le motif de consultation, le motif de fin ainsi que les recommandations. Or, cette méthode d'analyse des trajectoires de services ne permet pas de comprendre l'expérience vécue par ces adolescents, et de saisir les facteurs subjectifs qui modulent leur parcours dans les services soit leur trajectoires de service subjective (Dubar, 1998). Cette méthode ne permet pas non plus d'expliquer leurs trajectoires de soins chaotiques, comme les arrêts de services, les délais d'obtention et les nombreuses consultations.

2.9 Facteurs influençant l'expérience dans les services en santé mentale

Plusieurs écrits scientifiques documentent l'expérience d'adolescents dans les services en santé mentale. Bien que la majorité de ces écrits ne soient pas spécifiques à la clientèle TPL, ils relatent l'expérience d'adolescents présentant des troubles de santé mentale variés. Il importe de noter que ces études proviennent, pour la majorité, du Royaume-Uni et de l'Europe. L'expérience des adolescents ayant participé à ces études peut donc varier avec celle des adolescents québécois puisque les systèmes de santé et de services sociaux ne sont pas similaires dans ces deux régions. L'étude de Buston (2002) suggère que l'expérience des adolescents dans les services en santé mentale peut être positive comme négative et serait principalement influencée par les facteurs suivants :

- La relation « professionnel de la santé et patient » (écoute, compréhension);
- Le traitement (efficacité, recommandations en lien avec les besoins);
- Le dispositif de soins (accessibilité, temps de consultation, continuité et familiarité avec le personnel);
- L'environnement hospitalier (location, intimité, autres patients, routines, scolarité, etc.).

Certains de ces facteurs sont également documentés dans l'étude britannique de Harper, Dickson et Bramwell (2014), dans l'étude de Persson, Hagquist et Michelson (2017) et dans celle de Jones, Hassett et Sclare (2017). En plus de souligner que les interactions entre

l'intervenant et le jeune, que la continuité des relations thérapeutiques et que la qualité des services influencent l'expérience des adolescents, elles soulignent que l'engagement parental et que la possibilité de développer son affirmation de soi influencent également leur vécu.

Considérant les différents éléments présentés, documenter l'expérience subjective de soins des adolescents TPL en utilisant une vision d'ensemble de leurs trajectoires de services semble s'avérer une avenue pertinente de recherche. De ce fait, il sera possible de saisir les facteurs subjectifs qui modulent leur parcours. La perception de cette population en regard des services en santé mentale doit être pris en compte afin de favoriser leur adhésion aux services et d'améliorer leur fonctionnement psychosocial, tel que suggéré par Buston (2002).

3. CADRE CONCEPTUEL

La présente section aborde le cadre conceptuel utilisé pour analyser les résultats. Il est utile pour orienter les chercheurs selon une perspective déterminée lors des analyses. Il sera donc question de la conceptualisation d'une trajectoire de services ainsi que du processus d'analyse choisi dans cette étude : la trajectoire subjective (Dubar, 1998).

3.1 Trajectoires de services

Il n'existe pas de consensus quant à la définition d'une trajectoire de soins et de services, mais la littérature propose différentes définitions selon le contexte. De plus, la littérature propose l'utilisation de d'autres termes comme « continuum », « cheminement clinique » et « parcours des usagers ». Or, le concept de trajectoire de services retenu dans ce projet s'appuiera sur la définition du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'île-de-Montréal selon laquelle une trajectoire de services est un processus complexe qui permet d'illustrer l'ensemble du parcours clinique d'un usager qui présente une condition clinique donnée (CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal, 2019). Elle vise plusieurs prestataires de soins et de services à des endroits et à des moments différents. Lorsque réalisée, la cartographie de la trajectoire permet notamment de documenter les épisodes de services reçus, les délais rencontrés et les bris de services (CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal, 2019).

3.1.1 Trajectoires objectives

La trajectoire objective est définie comme étant une suite de positions occupées durant la vie dans un ou plusieurs champs de la pratique sociale. Elle est mesurée au moyen de catégories statistiques et condensée selon une allure générale, qui peut être ascendante, descendante ou stable (Dubar, 1998). Avec ces suites de positions, il est possible de dresser des systèmes ou des dispositions plus typiques via des analyses statistiques. Dans ce projet, les trajectoires objectives de services comprennent les épisodes de services pour lesquelles sont décrits le point de service, le référent, la date, le motif de consultation, le motif de fin ainsi que les recommandations.

3.2.2 Trajectoires subjectives

La trajectoire subjective, un concept tiré de la sociologie, applicable dans un contexte de santé et de services sociaux et qui sera utilisée dans cette étude, est quant à elle définie par Dubar (1998), comme étant le récit de son « parcours » par un individu dans un entretien de recherche. Le raisonnement derrière cette analyse est que la mise en mots de ce parcours, lors de l'entretien où le dialogue est centré sur un sujet, permet d'organiser le discours biographique et de lui donner une signification sociale (Sacks, 1992). La trajectoire est construite par le biais des paroles sur soi d'un sujet, sujet qui est sollicité à se raconter dans un « récit de vie » (Bertaux, 1997). Cette approche, provenant de la sociologie, est pertinente dans le cadre de cette étude puisqu'elle permet de documenter l'argumentaire narratif derrière la suite des séquences et les interventions des acteurs. En d'autres mots, c'est l'individu lui-même qui, via son discours, effectue une organisation personnelle de catégories et de procédés interprétatifs (Cicourel, 1972) en fonction de ses croyances et de ses valeurs.

L'utilisation de ce cadre conceptuel est pertinente pour répondre aux questions de recherche puisqu'il permettra d'avoir une perspective plus globale des différents épisodes de services des participants. Il permettra d'analyser et de comprendre chaque épisode de services en plus d'avoir une perspective générale de l'entièreté de la trajectoire. En ayant cette lunette, des tendances pourraient être observées en fonction des différents services, des différents motifs de consultation et tout autres caractéristiques liées à la personne ou au dispositif de soins.

Ce cadre conceptuel sera également un élément essentiel dans le processus méthodologique de la recherche. En effet, une des étapes de l'étude consistera à utiliser la trajectoire objective décrite précédemment afin de documenter la trajectoire subjective de soins lors des entrevues auprès des participants. Les différents concepts du cadre conceptuels sont donc interreliés et suivent un processus défini.

4. MÉTHODE

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

4.1 Objectif de recherche

Ce projet de recherche a comme objectif d'approfondir les connaissances sur les trajectoires de services en santé mentale d'adolescents ayant des TPL via une perspective subjective. Il sera possible de comprendre l'expérience vécue des adolescents en documentant leur perception des services qu'ils ont reçus dans les dernières années. L'étude a donc tenté de répondre aux questions de recherche suivantes :

- 1) Quelle est l'expérience vécue d'adolescents ayant des TPL dans leurs trajectoires de services en santé mentale? Quelle est leur perception? Comment vivent-ils leurs difficultés?
- 2) Quels sont les facilitateurs et les obstacles à l'obtention d'une expérience positive de services en santé mentale chez les adolescents ayant des TPL?

4.2 Milieu de recherche

L'étude s'est déroulée au centre jeunesse de Montréal (CJM), qui est affilié à l'Institut universitaire Jeunes en Difficulté (IUJD). Ce centre jeunesse fait parti du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-sud-de-l'Île-de-Montréal. Des unités d'hébergement et de réadaptation accueillent des jeunes entre 13 et 17 ans présentant des problématiques de comportement et de santé mentale. Ces centres jeunesse ont plusieurs missions, telles que d'assurer la protection et le bien-être des jeunes, de favoriser leur développement et d'établir un équilibre de vie viable dans son milieu (Gouvernement du Québec, 2019c). Sur ces unités, les jeunes sont encadrés par différents intervenants psychosociaux et prennent part à différentes thérapies, comme l'accompagnement individuel et les activités de groupe.

4.3 Devis de recherche

Un devis de recherche qualitatif phénoménologique a été utilisé puisqu'il représentait la méthodologie la plus appropriée pour atteindre l'objectif de cette étude et répondre aux questions de recherche. Cette étude, réalisée sous l'angle de la phénoménologie, a visé la compréhension de l'expérience de soins des adolescents ayant un TPL tout au long de leur trajectoire. Ce devis a permis de décrire et de comprendre l'expérience sous l'angle des personnes qui la vivent, en dégagant le sens que les participants leur accordent (Fortin et Gagnon, 2016). Ce choix de devis est cohérent avec les objectifs et les questions de recherche l'approche inductive visés par cette étude. Dans cette étude, ce devis permet de comprendre et d'interpréter le vécu des adolescents ayant un TPL dans leur trajectoire de services en santé mentale.

4.4 Méthode d'échantillonnage

Les participants de cette étude sont des adolescents de 14 à 17 ans qui présentent des traits de personnalité limite. Ces adolescents étaient hébergés en centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation. Afin d'être sélectionné pour l'étude, les adolescents devaient répondre aux critères d'inclusion suivants :

- Être âgé entre 14 et 17 ans;
- Présenter 3 symptômes ou plus du TPL;
- Avoir eu recours à différents services en santé mentale dans les dernières années;
- Être encore suivis dans les centres jeunesse.

La stratégie d'échantillonnage utilisée est donc l'échantillonnage intentionnel (Fortin et Gagnon, 2016). Cette stratégie consiste à sélectionner les participants en fonction de leurs caractéristiques, leur accessibilité et du contexte de la recherche.

Il est à noter que le recrutement de participants présentant un seuil sub-clinique du TPL est motivé par le fait que certains cliniciens sont réticents à poser le diagnostic de TPL à l'adolescence pour une multitude de raisons telles que la validité des troubles de personnalité

dans ce groupe d'âge, la période critique de développement qu'est l'adolescence ainsi que les possibles conséquences négatives venant avec l'étiquette TPL (National Collaborating Centre for Mental Health UK, 2009; Chanen, 2015; Kaess, Brunner et Chanen, 2014) De plus, l'étude de Kaess et collaborateurs (2017) démontre que les adolescents présentant un seuil sub-clinique du TPL ont, tout comme les adolescents ayant un diagnostic du TPL, une qualité de vie diminuée et une détresse psychologique importante. Les difficultés importantes vécues par les adolescents présentant un seuil sub-clinique du TPL (minimum de trois critères sur neuf du DSM-V) démontre la pertinence de les recruter pour cette étude (Kaess, Fischer-Waldschmidt, Resch et Koenig, 2017).

4.5 Déroulement

Les chefs de services d'unité ont été informés de la recherche et ont ciblé les jeunes admissibles en fonction des critères d'inclusion et de leurs disponibilités. Une fois le consentement des participants obtenu, les trajectoires de services des participants retenus ont été réalisées et en consultant les dossiers des usagers. Pour ce faire, l'étudiant-chercheur a consulté les dossiers physiques des participants choisis et via la lecture et l'analyse des dossiers, a pu extraire des informations sur chaque épisode de services. Si possible, c'est-à-dire lorsque les informations se trouvent au dossier, chaque épisode de services est accompagné de la durée, du motif de consultation, des recommandations et du motif de fin.

Ensuite, des entrevues individuelles ont été conduites avec chacun des participants. Ces entrevues, d'une durée d'environ 60 minutes, ont été réalisées par l'étudiant-chercheur. Ces entrevues portaient sur l'expérience de l'adolescent à l'égard des services reçus en santé mentale, des obstacles et des facilitateurs rencontrés ainsi que des besoins en matière de services. Lors de l'entrevue, l'étudiant-chercheur présentait d'abord à l'adolescent la trajectoire objective de services réalisée à partir de son dossier du centre jeunesse pour lui remémorer les services reçus dans le passé. Des questions ont été posées sur chacun des contacts dans les services en santé mentale. Ces entrevues ont été enregistrées audio-numériquement dans le but d'en faire la transcription et l'analyse. Elles ont permis de comprendre l'expérience vécue des adolescents dans leur trajectoire de services afin d'obtenir leur perception.

4.6 Analyse des données

Les entrevues ont d'abord été retranscrites par l'étudiant-chercheur. Ces retranscriptions ont été faites sous format Word. Ensuite, les données ont été analysées selon une analyse phénoménologique de Giorgi (Fortin et Gagnon, 2016). Cette méthode d'analyse requiert une première lecture des verbatims dans le but de se familiariser avec ceux-ci et d'en saisir l'essence même. Puis, les lectures subséquentes permettent d'identifier des unités de sens, qui seront regroupées en thèmes puis en catégories. Ces catégories et ces thèmes ont permis, dans cette étude, de documenter et comprendre les facteurs qui influençaient l'expérience d'adolescents ayant un TPL dans leurs trajectoires de services en santé mentale.

4.7 Considérations éthiques

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire Jeunes en difficulté du CIUSSS Centre-sud-de-l'Île-de-Montréal. Une certification éthique a également été émise par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Un formulaire de consentement a été remis à chaque participant de l'étude. Celui-ci présentait le but du projet de recherche, les implications pour les participants, les avantages et inconvénients de l'étude ainsi les mesures de confidentialité. De ce fait, les participants pouvaient consentir de façon libre et éclairée au projet en plus de poser des questions avant d'y participer.

5. RÉSULTATS

Cette section exposera les caractéristiques des participants de l'étude ainsi que les résultats obtenus suite à l'analyse des entrevues réalisées. Les résultats de l'analyse phénoménologique feront état de l'expérience vécue par les adolescents dans leur trajectoire de services en santé mentale et des facteurs influençant leur expérience.

5.1 Caractéristiques des participants

Tableau 1 – Description des participants de l'étude

	Sexe	Âge	Reçoit des services en SM depuis	Hébergé(e) depuis	Caractéristiques de la trajectoire de services
Participant 1	F	17 ans	3 ans	≈ 3 ans	<ul style="list-style-type: none"> - 4 visites à l'urgence; - 3 suivis psychologiques - 1 évaluation et suivi en pédopsychiatrie; - 1 suivi psychosocial.
Participant 2	F	15 ans	2 ans	> 2 ans	<ul style="list-style-type: none"> - 1 visite à l'urgence suivie d'une hospitalisation - 1 suivi psychologique - 1 évaluation et suivi en pédopsychiatrie; - 2 suivis psychosocial.
Participant 3	F	17 ans	≈ 3 ans	> 1 an	Données manquantes

*À noter que les données recueillies peuvent présenter certaines imprécisions

5.2 L'expérience d'adolescents ayant un TPL

Suite aux analyses effectuées, l'expérience des adolescents ayant un TPL dans les services en santé mentale dépend de plusieurs facteurs. Bien que l'expérience vécue des adolescents soit multifactorielle, les facteurs soulevés par les participants peuvent être regroupés en deux grandes catégories : les facteurs environnementaux et organisationnels et les facteurs personnels. Ces deux catégories regroupent plusieurs sous-thèmes qui seront présentés dans la section suivante.

5.2.1 Facteurs environnementaux et organisationnels

5.2.1.1 Stabilité et continuité chez le personnel soignant

Les jeunes rapportent que les multiples changements de professionnels (psychiatre, psychologue, travailleur social) et d'intervenants (éducateur en CJ) ont un impact sur leur expérience dans les services en santé mentale. Ils ressentent notamment un stress de ne pas avoir le support nécessaire pour répondre à leurs besoins. Ils ont également l'impression de devoir recommencer à zéro avec les nouveaux intervenants, au niveau relationnel, au niveau de leur histoire de vie et au niveau de la compréhension de leurs symptômes. Les changements d'intervenants peuvent avoir lieu au niveau des centres jeunesse mais également au niveau médical et psychosocial. Les changements d'intervenants en centre jeunesse ont un impact sur l'expérience des jeunes dans les services en santé mentale puisque ces derniers ont une grande confiance envers les éducateurs. En effet, les éducateurs représentent des figures d'autorité en qui les jeunes accordent une grande importance. Les éducateurs guident notamment les adolescents dans plusieurs sphères de leur quotidien (école, milieu de vie, relations interpersonnelles) ce qui fait en sorte qu'ils orientent parfois le jeune au travers des services en santé mentale qu'il peut recevoir. Les changements d'intervenants fréquents d'éducateur peuvent donc rendre difficile ces mécanismes. Les résultats suggèrent que les sentiments de stress et d'inquiétude par rapport à leur suivi sont présents chez les jeunes lorsqu'il est question de changement d'éducateurs, de travailleurs sociaux et également de psychiatre. L'extrait suivant illustre la perception des adolescents :

« L'an dernier, ma psychiatre est tombée malade alors je n'ai pas eu de psychiatre pendant neuf mois... Il fallait que je coure les cliniques sans rendez-vous, parce que je n'avais plus personne pour me prescrire, c'était comme moyen... »

Corolairement, les analyses suggèrent que la stabilité et la continuité chez le personnel soignant sont favorables à l'obtention d'une expérience de services positive. Le fait d'avoir un suivi à long terme avec un intervenant permet aux adolescents d'être plus transparents dans leur discours, de dévoiler véritablement leurs faits et gestes et de faire preuve d'une plus grande ouverture. Ces extraits illustrent ce que le jeune vit lorsqu'il y a davantage de stabilité :

« Ma pédopsychiatre, je l'ai depuis que je suis toute petite. Elle me prend toute seule sans les autres. Comme ça, ça me permet, tsé, de jaser sans avoir peur de dire quelque chose. »

« Je l'ai connu pendant un bon 5 ans et demi, car c'était la TS de la famille. Ça l'a vraiment été aidant. »

5.2.1.2 Relation avec le professionnel

Les résultats suggèrent que la relation qu'entretiennent les jeunes avec les professionnels influencent positivement ou négativement leur expérience dans leur trajectoire de services. Les analyses suggèrent aussi que l'engagement du jeune dans ses suivis en santé mentale est influencé par la perception de sa relation avec le professionnel. Lorsque les adolescents entretiennent des relations basées sur l'écoute, la compréhension et une approche adaptée à leur niveau de maturité, ils ont plus tendance à suivre les recommandations et professionnels et à retourner les voir. L'extrait suivant illustre une approche considérée comme facilitante par un jeune :

« [...] elle sacrait avec moi, elle comprenait mes problèmes, c'était comme naturelle et c'était parfait pour une ado comme moi. »

Toutefois, lorsque le jeune perçoit qu'il existe une certaine distance relationnelle entre lui et son intervenant, il a tendance à vivre une expérience plus négative. Lorsqu'il ne se sent pas compris et lorsqu'il ne se sent pas totalement intégré dans le traitement, le jeune a tendance à moins s'engager dans le processus thérapeutique. Cet extrait témoigne d'un jeune qui ne sentait pas considérer lors des interventions :

« Elle était froide, elle écoutait plus mon père parce que c'était un adulte. »

5.2.1.3 Disponibilité et accessibilité

Les résultats suggèrent que la disponibilité et l'accessibilité des professionnels sont des facteurs influençant également l'expérience des adolescents TPL. En effet, nombre d'entre eux soulignent l'importance d'avoir accès à l'aide appropriée dans un délai relativement court. Ils avaient l'impression d'avoir de l'aide à portée de main lorsque le professionnel demeurait disponible pour le jeune, que ce soit en personne ou via une communication téléphonique ou électronique. Les jeunes rapportaient que d'avoir accès à un professionnel rapidement était facilitant lorsqu'ils sont en situation de crise par exemple. De plus, la proximité physique avec les professionnels permettait aux jeunes de ne pas se sentir laissés à eux-mêmes et de se sentir impliqués dans leurs suivis et dans la prise en charge de leur condition. Cet extrait relate une expérience positive vécue par un adolescent en lien avec l'accessibilité :

« Ça a duré 3 ans et j'y allais chaque semaine. Elle était directement à l'école, c'était facile. »

Cet autre témoignage souligne l'importance, pour ce jeune, d'être suivi par des professionnels disponibles et engagés :

« Moi il faut qu'il y ait une bonne fréquence, se parler souvent et savoir qu'elle est disponible. Que je puisse envoyer des courriels, l'appeler... Sinon... »

5.2.1.4 Confidentialité, responsabilité parentale et dispositif de soins

Suite aux analyses effectuées, l'expérience des adolescents TPL dans les services en santé mentale est également influencée par le dispositif de soins et la législation encadrant les services. Un certain nombre de jeunes rapportent avoir de la difficulté à comprendre, mais surtout à naviguer à travers les notions de confidentialité et de communication de l'information dans la prestation de services. En ce sens, les résultats suggèrent qu'une méconnaissance des canaux de communication entre les intervenants, l'autorité parentale et le jeune ne permet pas une pleine ouverture de l'adolescent, ce qui ne favorise pas l'obtention d'une expérience positive dans les services. Les jeunes ont tendance à ne pas dévoiler l'entièreté de leurs pensées, de leurs sentiments et de leurs gestes puisqu'ils ont la crainte que leurs parents en soient avisés. Cela engendre notamment de la méfiance chez les adolescents.

« Je trouve que ça ne laisse pas tant place à la totale transparence, parce que c'est sûr que des fois je vais cacher des choses que j'ai fait ou que je vais faire, parce que je sais que [ça va sortir d'ici]. »

Ce sentiment de méfiance et d'insécurité envers les intervenants et le dispositif de soins peut également exacerber le clivage des adolescents. Ce discours entre un intervenant et une adolescente en témoigne :

« - Mais Catherine*, j'aimerais ça te dire oui, mais il faut que tu demandes à ta mère. »

« - Fack, tsé, moi, j'arrête ici là. »

Cet extrait témoigne d'une mauvaise interprétation des notions de consentement aux soins et de confidentialité :

« Pour la confidentialité, je trouve ça extrêmement difficile de ne jamais être à l'aise, parce que ça va être dit ou pas à mes parents genre. Ça, je trouve ça poche, parce que, tsé, dans ma tête, moi, à partir de quatorze ans, c'est confidentiel, mais apparemment que non. »

5.2.2 Facteurs personnels

Les analyses suggèrent que certains facteurs liés aux caractéristiques personnelles des adolescents et à leurs expériences antérieures ont un impact sur leur vécu dans les services en santé mentale. Des facteurs tels que l'affirmation de soi, la confiance en soi, la confiance en l'autre, la reconnaissance de ses émotions, l'introspection et la connaissance des dispositifs de soins influencent positivement ou négativement leur expérience.

5.2.2.1 Perception de la qualité des services

Les jeunes expriment que leur expérience dans les services en santé mentale est influencée par leur perception de la qualité des services qu'ils reçoivent. Nombre d'entre eux rapportent recevoir des services de qualité, ce qui influence positivement leur expérience. Ils perçoivent notamment l'approche des professionnels comme étant soutenante et adaptée à leurs besoins. En effet, les analyses démontrent que les compétences des professionnels ainsi que leur personnalité sont des facteurs influençant grandement le vécu des adolescents dans les

*Prénom fictif

services en santé mentale. Bon nombre de jeunes rapportent que l'écoute, la compréhension, la validation ainsi que la confrontation (au moment opportun, avec un but précis) sont des éléments clés pour vivre une expérience positive et de qualité. Ce participant exprime que l'approche de sa travailleuse sociale convenait à ses besoins en plus de l'outiller pour sa vie quotidienne :

« On faisait des jeux et des mises en scènes pour bien comprendre et m'aider à réagir. On ne faisait pas juste jaser, c'était bien. »

Cet autre participant soulève, quant à lui, une expérience avec un psychologue qui ne tenait pas compte des besoins du jeune dans son intervention. Cela a mené à l'abandon du suivi avec ce psychologue :

« J'avais un psy et ce n'était pas le meilleur. Il me faisait dessiner comme si j'étais un enfant de 5 ans. Il aurait pu changer ses méthodes avec une grande fille de 16 ans... »

5.2.2.2 Expériences antérieures

Les analyses suggèrent que l'expérience des jeunes dans leur trajectoire de services en santé mentale est grandement influencée par leurs expériences antérieures dans différents épisodes de services. Concrètement, les jeunes rapportaient que s'ils avaient vécu une expérience positive, par le passé, avec un psychologue par exemple, ils voyaient positivement le fait d'avoir recours à de nouveaux services psychologiques. À l'inverse, s'ils avaient vécu une expérience négative ou s'ils avaient une perception négative d'un épisode de services actuel ou passé, ils étaient portés à ne pas vouloir s'engager dans d'autres services. Cet extrait témoigne d'une expérience négative qu'un jeune a vécue et qui influence sa perception d'une demande de suivi actuellement en attente :

« Ça m'donnait pas trop le goût parce que les autres [professionnels que j'ai eus avant] m'écoutaient *fuckall*, ne me proposaient pas de solutions et me retournaient en classe. »

5.2.2.3 Introspection et besoins

Les analyses suggèrent que la capacité d'introspection et la reconnaissance de ses besoins sont des facteurs qui influencent grandement l'expérience des adolescents TPL dans les services en santé mentale.

D'une part, les jeunes qui perçoivent leurs besoins, qui présentent une vision d'ensemble, une vision plus globale de leur cheminement et qui constatent leurs progrès vivent une expérience plus positive dans leurs trajectoires de services en santé mentale. En effet, les analyses démontrent qu'une meilleure compréhension de leurs difficultés et de leurs besoins, qu'une meilleure perception des bénéfices que le système de santé et de services sociaux peut leur apporter ainsi qu'une vision plus réaliste de leur avenir procurent aux jeunes une motivation supplémentaire à suivre les recommandations des professionnels et une confiance accrue en les services. Voici deux témoignages de jeunes à cet effet :

« Tout ça, ça l'a été un processus. Je réalise des choses et je le fais encore et je vais le faire encore longtemps là, tsé d'apprendre et de prendre conscience des choses. [Même] si des fois c'est dur le système de santé, les centres jeunesse et nanana et que ce n'est pas toujours bien fait, à la base, c'est là pour quelque chose. Dans ma *marde*, il y a quand même du beau qui en est ressorti genre. »

« L'hôpital c'était pour pas que ça s'écroule, les fondations... Là [au CJ], c'est pour bâtir quelque chose, on fait des rénos si on peut dire... »

5.3 Conclusion

Enfin, l'analyse phénoménologique a permis de mettre en lumière quelques facteurs influençant l'expérience vécue des adolescents présentant des traits de personnalité limite dans leurs trajectoires de services en santé mentale. Ces facteurs sont notamment liés à l'environnement, à l'organisation des services ainsi qu'aux caractéristiques personnelles des jeunes.

6. DISCUSSION

La présente section fera l'objet d'une discussion des résultats en lien avec les analyses effectuées et la littérature recensée. Elle permettra également de soulever de possibles retombées pour le milieu de recherche et la pratique clinique. Enfin, les forces et les limites de l'étude seront présentées de façon critique.

6.1 Résumé des résultats et comparaison avec la littérature

Cette étude avait pour objectif de comprendre l'expérience vécue d'adolescents ayant des traits de personnalité limite dans leurs trajectoires de services en santé mentale.

6.1.1 Une expérience multifactorielle

La première question de recherche était de décrire et de comprendre, selon une perspective phénoménologique, ce qui influençait l'expérience des adolescents ayant un TPL dans leurs épisodes de services en santé mentale.

À la lumière des analyses effectuées, le vécu des adolescents ayant un TPL dans les services en santé mentale relève d'une multitude de facteurs. Plus précisément, le sens que les participants accordent à leur trajectoire de services est influencé par des facteurs divers qui sont propres à chacun. Ces facteurs semblent, pour la majorité, congruents avec la littérature.

6.1.1.1 Stabilité et continuité chez le personnel soignant

Tout d'abord, les analyses suggèrent l'importance de la stabilité et de la continuité au niveau du personnel soignant pour l'obtention d'une expérience de soins positive. Ce résultat n'est pas surprenant puisque la littérature est claire à ce sujet : un bon lien thérapeutique se développe graduellement (Taylor, 2008). Or, le changement fréquent de psychologue, de travailleur social ou de psychiatre permet difficilement aux adolescents de construire ces relations qui sont essentielles à la gestion de leur condition. Ce facteur est également susceptible d'être exacerbé par les symptômes du TPL, notamment l'instabilité de l'identité et des relations interpersonnelles, et par la période de développement de l'adolescence. En d'autres mots, l'adolescent, avec sa condition particulière de santé mentale, est en quête identitaire et a besoin de se faire valider, ce qui n'est pas toujours possible avec le roulement de personnel dans son environnement.

De plus, le mode de consultation des adolescents TPL, par leurs visites fréquentes à l'urgence et leur recours aux services de soins lorsqu'ils sont en situation de crise, ne permet pas la création d'un lien thérapeutique fort entre les acteurs impliqués. Qui plus est, les consultations fréquentes et les défis que représentent l'intervention auprès des individus présentant un TPL (Beranek, 2015) peuvent diminuer l'envie de s'investir dans la relation chez l'intervenant. Dans cet ordre d'idées, l'étude de Betan et collaborateurs (2005) soulignent même que l'intervention auprès d'individus ayant des traits de personnalité limite peut activer des sentiments de contre-transfert ainsi que des attitudes négatives chez les professionnels de la santé. Les professionnels, dans leurs fonctions, sont impliqués dans un processus de relation d'aide auprès des usagers. Ils font notamment preuve d'écoute et d'empathie. Or, ces derniers, étant eux aussi des êtres humains, vivent également des émotions. Tel que soulevé dans la littérature, l'intervention auprès d'une population TPL peut faire vivre une importante charge émotionnelle chez les professionnels ce qui représente un défi dans la prise en charge.

Bien que la littérature souligne l'importance de la relation thérapeutique pour faciliter la réadaptation (Green, 2006; Garcia & Weisz, 2002), l'établissement d'une relation thérapeutique auprès de cette population n'est pas une tâche facile. La symptomatologie des TPL (relations interpersonnelles intenses et instable, difficulté de régulation émotionnelle), les difficultés d'intervention auprès de cette clientèle et le mode d'utilisation des services par cette population sont des éléments qui peuvent mettre en lumière et nuancer l'instabilité chez le personnel soignant, qui n'est pas seulement attribuable aux politiques gouvernementales.

6.1.1.2 Confidentialité, responsabilité parentale et dispositif de soins

La confidentialité et la responsabilité parentale sont des facteurs à considérer lorsqu'il est question de services en santé mentale chez les adolescents. Il n'est pas surprenant que les analyses fassent ressortir ces éléments, qui ont une grande influence sur le déroulement des services en santé mentale jeunesse. En effet, l'adolescent présente des besoins d'individuation ce qui fait en sorte que ce dernier peut présenter une réticence à ce que son parent soit significativement engagé dans les suivis. L'adolescent peut, à certains moments, souhaiter être soutenu par son parent alors qu'à d'autres moments il souhaite que son parent prenne une distance.

D'une part, l'engagement parental a un grand impact sur l'expérience du jeune dans la prestation de soins (Atger, 2007; Day, Carey & Surgenor, 2006; Harper, Dickson & Bramwell; 2014). Cette affirmation est logique compte tenu de la littérature abondante sur le sujet de l'attachement à l'adolescence. Toutefois, il semble y avoir une distinction à faire entre le niveau d'implication parentale lors de la prestation de services et l'autorité parentale selon les mesures législatives. En effet, les analyses démontrent que l'expérience des jeunes recevant des services selon la Loi sur la santé et les services sociaux (LSSSS) diffèrent de celle des jeunes recevant des services sous la Direction de la protection de la jeunesse. Cette distinction importante se traduit notamment au niveau de la confidentialité et de la communication des informations entre les intervenants et l'environnement familial. Il semble que la réticence de quelques participants, pour qui la prestation de services est liée à la LSSSS, à divulguer certaines informations à leurs intervenants soit expliquée par la peur que ces dites informations soient transmises à leurs parents. À l'inverse, des participants recevant des services sous la LPJ semblent être plus transparents lors de la communication de renseignements personnels avec les intervenants. On remarque une tendance, via les résultats de cette présente étude, selon laquelle la transparence et l'engagement des adolescents envers leurs intervenants pourrait être liée à la législation qui régit leur prestation de services. Les résultats ne permettent toutefois pas d'établir des conclusions définitives.

D'autre part, la méconnaissance, par les adolescents, des canaux de communication et des règles qui les régissent semble être un facteur influençant négativement leur expérience dans les trajectoires de services. Cette thématique est étroitement liée à la responsabilité parentale soulevée précédemment. En effet, il semble que les participants vivent avec une constante incertitude au niveau de la transmission des informations. Ceci peut s'expliquer, d'abord, par la législation qui assure la prestation de services au jeune (LSSSS ou LPJ). Cela peut également s'expliquer par l'instabilité du personnel soignant. En effet, il est possible que les jeunes soient réticents à faire confiance à de nouveaux intervenants, mais également de réitérer des périodes difficiles de leur vie par peur de revivre les chocs et les émotions négatives qui lui sont associés. Ce mécanisme a notamment été démontré par l'étude de Coulborn-Faller (2005).

6.1.1.3 Capacité d'introspection

Enfin, un facteur qui semble avoir une portée sur l'expérience du jeune dans les services s'avère être la capacité d'introspection. En effet, les résultats semblent suggérer qu'un jeune avec une bonne perception de ses besoins et une auto-critique juste verra les services en santé mentale plus positivement. La mise en lumière de cet élément n'est pas surprenante puisqu'avec l'âge et le temps passé dans les services, le jeune est susceptible de cheminer au niveau personnel. Les participants avec un processus d'introspection plus développé semblent avoir une expérience plus positive dans les services. Ceci peut notamment être explicable par une meilleure compréhension de leurs besoins, une meilleure affirmation de soi et une meilleure recherche de solutions adaptée à leurs besoins. Suite aux analyses, une tendance est observée entre le temps passé dans les différents services en santé mentale et la capacité d'introspection. Plus concrètement, les participants bénéficiant de services depuis plusieurs années semblent présenter une meilleure compréhension de leurs besoins, et donc une expérience plus positive et enrichissante.

À la lumière des résultats et des analyses effectuées, il est possible de remarquer une autre tendance à propos du concept de capacité d'introspection. En effet, bien que cette observation n'ait pas été approfondie dans le cadre de cette étude, Les participants qui, dans leur discours, font preuve d'une bonne perception de leurs besoins et d'une bonne compréhension de leur cheminement ont tendance à énumérer des facteurs personnels pour décrire leur expérience vécue dans les services en santé mentale. En d'autres mots, ils sont eux-mêmes les acteurs clés qui dictent leur vécu et qui influencent leur perception de leur trajectoire. À l'inverse, les participants ayant une capacité d'introspection moins développée se limitent aux facteurs environnement et organisationnels pour décrire leur expérience. Cette tendance suscite la réflexion et pourrait être une avenue intéressante à explorer.

6.2 Retombées

Cette étude amène une connaissance plus approfondie des facteurs influençant l'expérience d'adolescents ayant un TPL dans les services en santé mentale. Considérant que cette étude est une première exploration du concept de trajectoires subjectives dans les services

en santé mentale, elle permet de dégager des tendances et de faire émerger des réflexions. En effet, les résultats suggèrent que les adolescents présentent un besoin d'individuation et que cela a un impact sur la prestation de services. Or, bien que leur besoin d'autonomie est perceptible, ces derniers présentent également un besoin d'autorité. Ils rapportent avoir besoin d'une figure d'autorité, d'un pilier en qui se référer pour naviguer dans leurs difficultés quotidiennes. Dans cette étude, une tendance marquée a été observée dans le discours des jeunes en ce qui a trait à la place qu'occupe leur éducateur dans leur vie. Lorsque questionnés sur leur trajectoire de services et sur les différents professionnels rencontrés, les jeunes comparaient fréquemment l'approche des professionnels avec l'approche des intervenants de leur unité d'hébergement. Ces comparaisons ont permis de faire ressortir que les jeunes faisaient davantage confiance aux intervenants de leur unité plutôt qu'aux autres professionnels. Bien que les éducateurs occupent des rôles pivots auprès des jeunes, ces derniers travaillant en centre jeunesse n'ont pas le mandat d'offrir des interventions en santé mentale. Considérant que les éducateurs bénéficient de la confiance des jeunes, sont présents au quotidien, touchent à toutes les activités de la vie quotidienne et domestique, en plus de revendiquer pour un meilleur support au niveau de leur travail au quotidien, ne serait-il pas pertinent qu'un professionnel ayant une expertise en analyse d'activité puisse former, superviser ou encadrer ces intervenants? Un tel partenariat pourrait être bénéfique pour favoriser le fonctionnement psychosocial des adolescents présentant un TPL.

6.2.1 Au plan clinique

Dans un premier temps, ces résultats pourront, sur le plan clinique, permettre de soulever des facteurs considérés comme facilitants par les jeunes pour vivre une expérience positive de soins. Cela pourrait, par la bande, favoriser l'adhésion au traitement de ces adolescents. En effet, en s'engageant dans une démarche thérapeutique dès le premier épisode de crise, ces jeunes pourraient diminuer leur risque de récurrences suicidaires. Vivre une expérience positive de traitement en début de suivi pourrait également avoir une incidence sur l'évolution clinique de ces jeunes à travers leurs trajectoires de soins. Des modalités d'intervention favorisant l'engagement thérapeutique de cette clientèle permettrait aussi de prévenir, dans une certaine limite, la chronicisation de leur condition et de limiter les atteintes fonctionnelles induites par leurs symptômes ou leur trouble.

6.2.2 Au plan organisationnel

Cette étude, documentant « l'expérience-client » d'adolescents recevant des services en santé mentale pourrait appuyer d'autres recherches qui s'intéressent à un sujet d'actualité, soit la rareté des ressources ou l'élaboration de programmes spécialisés. Dans ce contexte actuel, l'utilisation du temps professionnel pourrait ainsi être optimisée par des mesures qui considèrent la réalité de ces adolescents afin de favoriser une plus grande assiduité des patients à leurs rendez-vous. Toujours en lien avec l'élaboration de programmes mieux adaptés aux besoins des jeunes, les résultats de cette étude pourraient inspirer l'implantation de services comme le projet « Aire Ouverte », qui mise sur une approche repensée d'intervention auprès des jeunes (2018).

6.2.3 Au plan ergothérapique

Ces retombées s'avèrent être particulièrement intéressantes d'un point de vue ergothérapique. En effet, l'occupation « s'occuper de sa santé » ou « s'engager dans un processus thérapeutique » est une occupation difficile pour cette population. Or, leurs symptômes et leur trouble perturbent grandement leur fonctionnement au quotidien. Cette étude, s'intéressant aux facteurs influençant une occupation importante pour ces adolescents peut permettre de cerner des points d'action ou des cibles d'intervention pour les ergothérapeutes cliniciens ou gestionnaires. De plus, les professionnels de la santé ont un devoir de compétence et ont des responsabilités en ce qui a trait à la formation continue. En ce sens, on se préoccupe beaucoup, dans le domaine de la santé et des services sociaux, d'user des meilleures pratiques et d'avoir une expertise à jour selon les données probantes. Or, les meilleurs traitements et les meilleures interventions ne sont-elles pas lorsque le patient est présent?

Enfin, les retombées de cette étude pourraient susciter des réflexions dans différents milieux de pratique. Il est notamment possible de penser aux services externes en santé mentale mais également aux centres jeunesse. Des interventions mieux adaptées, et ce dans tous les milieux, réduiraient la stigmatisation des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale mais permettraient surtout d'améliorer la santé psychologique de ces adolescents, d'améliorer leur fonctionnement psychosocial et leur qualité de vie.

6.3 Forces et limites

L'étude comporte des forces mais également de limites, qui sont importantes à considérer. Le devis de recherche qualitatif phénoménologique a permis de comprendre un phénomène selon l'angle des personnes qui le vivent et a permis d'approfondir la compréhension des trajectoires de services de cette clientèle. En documentant la perception et l'expérience vécue par les jeunes, il a été possible d'avoir une perspective plus juste, plus concrète de leur réalité, en ne se limitant pas qu'aux épisodes de services documentées dans leurs dossiers.

Toutefois, de par son ampleur, l'étude n'a pas permis pas l'obtention de la saturation théorique. L'échantillon d'adolescents ayant participé à l'étude reste de petite taille, ce qui fait en sorte qu'il est difficile de tirer des conclusions et surtout de considérer les résultats à l'ensemble des adolescents ayant un TPL. Bien que l'échantillon fût de petite taille, les adolescents présentaient des profils variés. La transférabilité des connaissances est donc limitée au niveau terrain, dans les centres jeunesse par exemple. Il importe également de considérer que la présente étude a été réalisée dans la grande région de Montréal. Un grand centre comme celui-ci peut notamment posséder un dispositif de soins différent ainsi que plus de ressources communautaires que d'autres régions du Québec. En outre, l'ensemble des étapes de la recherche, allant de la collecte de données aux analyses a été réalisée par une seule personne ce qui n'a pas permis d'analyser le contenu des entrevues en profondeur ou de faire ressortir d'autres perceptions.

7. CONCLUSION

Pour conclure, la présente étude a permis de répondre à l'objectif et aux questions de recherche. Il a été possible, dans une certaine mesure, de comprendre l'expérience d'adolescents ayant un TPL dans les services en santé mentale et d'y donner un sens. L'étude a permis de faire ressortir certaines thématiques influençant le vécu des adolescents dans le système de santé et de services sociaux ainsi que certains facilitateurs et obstacles à l'obtention d'une expérience de soins positive. Bien qu'il soit difficile d'établir des conclusions définitives avec les résultats, de par l'envergure de la recherche, elle a permis de fournir des pistes de réflexion et d'approfondir les connaissances quant aux enjeux qui expliquent l'instabilité de l'utilisation des services des adolescents ayant un TPL. Somme toute, il sera important de considérer la réalité de cette population afin de leur assurer une prestation de services répondant à leurs besoins et ce dans le but d'améliorer leur fonctionnement psychosocial.

RÉFÉRENCES

- Abella, A., & Manzano, J. (2000). Les ruptures de traitement (drop-out) en pédopsychiatrie: une revue. *Schweizer Archives Für Neurologie und Psychiatry*, 151, 86-92.
- Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides. (2013). Plan d'organisation : programme de santé mentale. Se développer ensemble. Repéré à <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/Laurentides/9782895472209.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Andersson, H. W. (2004). Factors associated with waiting time for access to mental health services for children and adolescents in Norway. *Child Care in Practice*, 10(1), 47-56.
- Atger, F. (2007). L'attachement à l'adolescence. *Dialogue*, (1), 73-86.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 138- 143.
- Beraneck, N. (2015) 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).
- Bertaux, D. (1997). *Les récits de vie*. Paris : Nathan Université
- 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.
- Biskin, R., & Paris, J. (2012). Evaluating treatments of borderline personality disorder. *Clinical Practice*, 9, 425-437
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of personality disorders*, 18(3: Special issue), 226-239.
- 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. *Annals of Clinical Psychiatry*, 2(3), 217-222.
- 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.
- Burns, C. D., Cortell, R., & Wagner, B. M. (2008). Treatment compliance in adolescents after attempted suicide: a 2-year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47(8), 948-957

- Burns, B. J., Coostello, E. J., Angold, A., Tweed, D., Stangl, D., Farmer, E. M. Z., & Erkanli, A. (1995). Children's mental health services use across service sectors. *Health Affairs*, 14, 147-159.
- Buston, K. (2002). Adolescents with mental health problems: what do they say about health services?. *Journal of adolescence*, 25(2), 231-242.
- Cailhol, L., Jeannot, M., Rodgers, R., Guelfi, J. D., Perez-Diaz, F., Pham-Scottez, A., ... & Speranza, M. (2013). Borderline personality disorder and mental healthcare service use among adolescents. *Journal of personality disorders*, 27(2), 252-259.
- Cannard, C. (2015). *Le développement de l'adolescent: l'adolescent à la recherche de son identité*. De Boeck Supérieur.
- Casey, B. J., Getz, S., & Galvan, A. (2008). The adolescent brain. *Developmental review*, 28(1), 62-77.
- Centre national d'excellence en santé mentale. (2017). Guide d'accompagnement pour le déploiement d'une offre de service de 1^{re} ligne en santé mentale adulte (SMA). Repéré à : http://www.douglas.qc.ca/uploads/File/Guide_accompagnement_Premiere_ligne.pdf
- CICOUREL, A. (1972). *Cognitive Sociology. Language and Meaning in Social Interaction*, trad. PUF, 1979.
- CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal. (2019). La gestion par trajectoire de soins et de services : Guide théorique et pratique. Repéré à : https://ciusss-nordmtl.gouv.qc.ca/fileadmin/ciusss_nim/Menu/Votre_CIUSSS/Documentation/Gestion_clinique/La_gestion_par_trajectoire_de_soins_et_de_services_guide_theorique_et_pratique.pdf
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McCutcheon, L. K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H. P., ... & Clarkson, V. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 193(6), 477-484.
- Chanen, A. M., Jovev, M., & Jackson, H. J. (2007). Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Chanen, A. M. (2015). Borderline personality disorder in young people: are we there yet?. *Journal of Clinical Psychology*, 71(8), 778-791.
- Communiqué - Cabinet du ministre de la Santé et des Services sociaux. (2018). Repéré à : [Santé mentale chez les jeunes de 12 à 25 ans – Le Gouvernement du Québec lance le projet Aire ouverte](#)
- Coslin, P. G. (2017). *Psychologie de l'adolescent-5e éd.* Armand Colin.

- Coulborn-Faller, K. (2005). Number of child interviews. In K. Coulborn-Faller (Ed.), *Interviewing children about sexual abuse: controversies and best practice* (pp. 50–58). New York: OUP USA.
- Crawford, M. J., Price, K., Gordon, F., Jossion, M., Taylor, B., Bateman, A., ... & Moran, P. (2009). Engagement and retention in specialist services for people with personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *119*(4), 304-311.
- Day, C., Carey, M., & Surgenor, T. (2006). Children's key concerns: Piloting a qualitative approach to understanding their experience of mental health care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *11*, 139–155.
- Delage, M. (2008). L'attachement à l'adolescence. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, (1), 79-97.
- Desrosiers, L., Saint-Jean, M., & Breton, J. J. (2012). Modèle de l'engagement et de l'abandon de traitement de l'adolescent avec trouble de personnalité limite. Université de Montréal.
- Desrosiers, L., Saint-Jean, M., & Laporte, L. (2016). Modèle de l'engagement et de l'abandon de traitement de l'adolescent avec trouble de personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, *41*(1), 267-290.
- Desrosiers, L., Laporte, L. (2018). *Mental Health Concerns and Mental Health Services Use among Children and Youth Followed by Youth Protection Services: An ACCESS Open Minds Project*. Projet en cours.
- Dubar, C. (1998). Trajectoires sociales et formes identitaires. Clarifications conceptuelles et méthodologiques. *Sociétés contemporaines*, *29*(1), 73-85.
- Dumas, J. E. (2002). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (2e éd.). Bruxelles: De Boeck Université.
- Falklof, I., & Haglund, L. (2010). Daily Occupations and Adaptation to Daily Life Described by Women Suffering from Borderline Personality Disorder. *Occupational Therapy in Mental Health*, *26*(4), 354-374. doi:10.1080/0164212X.2010.518306
- Garcia, J.A., & Weisz, J.R. (2002). When youth mental health care stops: Therapeutic relationship problems and other reasons for ending youth outpatient treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*, 439– 443.
- Gearing, R. E., Schwalbe, C. S., & Short, K. D. (2012). Adolescent adherence to psychosocial treatment: mental health clinicians' perspectives on barriers and promoters. *Psychother Res*, *22*(3), 317-326. doi: 10.1080/10503307.2011.653996
- Gouvernement du Québec. (2019a). Centre intégré de services sociaux de Chaudière-Appalaches : Accès aux services généraux et spécialisés. Repéré à : <https://www.cisss->

ca.gouv.qc.ca/services-offerts/services-medicaux/acces-aux-services-generaux-et-specialises/

Gouvernement du Québec. (2019b). Centre intégré de services sociaux de Chaudière-Appalaches : Santé mentale. Repéré à : <https://www.ciiss-ca.gouv.qc.ca/services-offerts/sante-mentale/>

Gouvernement du Québec. (2019c). Soins et Services : Protection de la jeunesse. Repéré à : <https://santemonteregie.qc.ca/services/protection-de-la-jeunesse/plus-dinformation-sur-la-protection-de-la-jeunesse#toc-services-d-h-bergement>

Gouvernement du Québec. (2019d). Santé et services sociaux : Répertoire des indicateurs de gestion en santé et services sociaux. Repéré à : <http://www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/indicateur000024/?&date=DESC&prog=sante-mentale&critere=prog>

Green, J. (2006). Annotation: The therapeutic alliance—a significant but neglected variable in child mental health treatment studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(5), 425-435.

Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry*, 10(1), 113.

Gunderson, J. (2006). *Le TPL... En bref! Introduction au trouble de la personnalité limite*. Repéré à http://on-bpd.ca/sites/default/files/tpl_en_bref.pdf

Halaby, K. S. (2004). *Variables predicting noncompliance with short-term dialectical behavior therapy for suicidal and parasuicidal adolescents* (Doctoral dissertation, Rutgers The State University of New Jersey, Graduate School of Applied and Professional Psychology). Repéré à : <https://search.proquest.com/openview/a0fb2a18901b1cd0087e8d002533ae20/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>

Harper, B., Dickson, J. M., & Bramwell, R. (2014). Experiences of young people in a 16–18 Mental Health Service. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(2), 90-96.

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

Hummelen, B., Wilberg, T., & Karterud, S. (2007). Interviews of female patients with borderline personality disorder who dropped out of group psychotherapy. *International journal of group psychotherapy*, 57(1), 67-92.

- Institut universitaire en santé mentale Douglas. (2019). Trouble de la personnalité limite (TPL) : causes, symptômes et traitements. Repéré à : <http://www.douglas.qc.ca/info/trouble-personnalite-limite>
- Jones, S., Hassett, A., & Sclare, I. (2017). Experiences of engaging with mental health services in 16-to 18-year-olds: an interpretative phenomenological analysis. *Sage Open*, 7(3), 2158244017719113.
- Kaess, M., Brunner, R., & Chanen, A. (2014). Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*, 134(4), 782-793.
- Kaess, M., Fischer-Waldschmidt, G., Resch, F., & Koenig, J. (2017). Health related quality of life and psychopathological distress in risk taking and self-harming adolescents with full-syndrome, subthreshold and without borderline personality disorder: rethinking the clinical cut-off?. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 4(1), 7.
- Kurtz, T., Thornes, R., & Wolkind, S. (1995). Services for the mental health of children and young people in England: Assessment of need and unmet need. London: South West Thames RHA.
- LaForge, M. P. A. S. (2007). The patient with borderline personality disorder. *Journal of the American Academy of PAs*, 20(4), 46-50.
- Lalonde, P. & Lesage, A. (n.d.). Contours des 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} lignes de services en santé mentale. Repéré à: http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/download.php?f=ced7777cfd8352c002825d3ffee9a01a
- Laporte, L. (2007). Un défi de taille pour les centres jeunesse. Intervenir auprès des parents ayant un trouble de personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 32(2), 97-114.
- Laporte, L., Baillargeon, L., Sanchez, I., & Desrosiers, L. (2014). Être intervenant auprès de parents ayant un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse: quand la souffrance de l'un se conjugue au désarroi de l'autre. *R Psychoéd*, 43(2), 323-47
- Laporte, L., Paris, J., & Zelkowitz, P. (2017). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in mothers involved in youth protection services. *Personal Ment Health*. doi:10.1002/pmh.1398
- LeBlanc, C. (2010). *La mobilisation au changement dans un contexte d'intervention sous contrainte en protection de la jeunesse: enjeux, pièges et outils*. Centre jeunesse de Montréal, Institut universitaire.
- Lim, S. W., Chhabra, R., Rosen, A., Racine, A. D., & Alderman, E. M. (2012). Adolescents' views on barriers to health care: a pilot study. *Journal of primary care & community health*, 3(2), 99-103.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., . . . Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and followup of

dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757- 766.

Loi sur la protection de la jeunesse, LQ 2019, c 4

Marcelli, D., Braconnier, A., & Tandonnet, L. (2018). *Adolescence et psychopathologie*. Elsevier Health Sciences.

Ménard, J.P. & Martin, D. (2019). Vos droits en santé : L'organisation des soins en santé mentale. Repéré à : <http://www.vosdroitsensante.com/1810/l-organisation-des-soins-en-sante-mentale#formulaire>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015a). Plan d'action en santé mentale 2015-2020. Faire ensemble et autrement. Montréal : Gouvernement du Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009b). Guide pratique sur les droits en santé mentale. Montréal : Gouvernement du Québec. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-914-05F.pdf>

National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2009). Borderline personality disorder: treatment and management. British Psychological Society.

Organisation Mondiale de la Santé. (2018). Développement des adolescents. Repéré à : https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/

Paré-Miron, V. (2010). La perception des thérapeutes sur les difficultés d'intervenir auprès des adolescents atteints d'un trouble de personnalité limite (TPL) avec conduites suicidaires.

Pelkonen, M., Marttunen, M., Laippala, P., & Lönnqvist, J. (2000). Factors associated with early dropout from adolescent psychiatric outpatient treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(3), 329-336.

Persson, S., Hagquist, C., & Michelson, D. (2017). Young voices in mental health care: Exploring children's and adolescents' service experiences and preferences. *Clinical child psychology and psychiatry*, 22(1), 140-151.

Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2005). Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nordic journal of psychiatry*, 59(5), 319-324.

Sacks, H. (1992). Lectures on conversation. Edited by G. Jefferson.

Santiago, L. I., Tunik, M. G., Foltin, G. L., & Mojica, M. A. (2006). Children requiring psychiatric consultation in the pediatric emergency department: epidemiology, resource utilization, and complications. *Pediatric Emergency Care*, 22(2), 85-89

- Soloff, P. H., & Chiappetta, L. (2012). Prospective predictors of suicidal behavior in borderline personality disorder at 6-year follow-up. *American Journal of psychiatry*, 169(5), 484-490.
- Taylor, R. R. (2008). *The intentional relationship: Outpatient therapy and use of self*. FA Davis.
- Townsend, E. A., Polatajko, H. J., & Cantin, N. (2013). Habiliter à l'occupation: faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation. *Neuvièmes lignes directrices canadiennes en ergothérapie*.

ANNEXE A
Critères diagnostiques du TPL (American Psychiatric Association, 2013)

Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. Efforts effrénés pour éviter les abandons, réels ou imaginaires (ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérées dans le critère 5).
2. Mode de relations interpersonnelles instable et intense, caractérisé par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.
3. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi.
4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet par exemple dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse ou crise de boulimie. (Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérées dans le critère 5).
5. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilation.
6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p.ex., irritabilité ou anxiété durant, habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).
7. Sentiments chroniques de vide.
8. Colères intenses et inappropriées ou difficultés à contrôler sa colère (p. ex., fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées).
9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

ANNEXE B CANEVAS D'ENTREVUE

Trajectoires de services en santé mentale d'adolescents ayant des traits de personnalité limite

L'étude à laquelle tu as acceptée de participer vise à comprendre comment les adolescents vivent leur expérience des services de santé mentale lorsqu'ils en bénéficient et comprendre comment ils vivent leurs difficultés dans le système de soins.

Comme nous en avons discutés lors de la dernière rencontre, je vais te poser des questions sur ton expérience dans les services de santé. Ensemble, nous allons regarder ta trajectoire de services, que j'ai documentée depuis la dernière fois qu'on s'est vus. Nous allons maintenant en discuter ensemble. Tu m'expliqueras comment tu as trouvé les différents services, ce que tu te souviens, ce qui a été facile, difficile...

Le chercheur montre la trajectoire de services en santé mentale à l'adolescent

Voici une représentation des contacts avec les services en santé mentale que nous savons que tu as eu à partir des informations disponibles au centre jeunesse.

Il se peut que ces informations ne soient pas tout-à-fait exactes ou incomplètes.

Nous allons examiner ensemble chacun des contacts que tu as eus avec les services en santé mentale.

J'aimerais tu me racontes comment ça s'est passé lors chacun de ces contacts, ce que tu as apprécié, ce qui s'est moins bien déroulé.

Tu pourras aussi m'indiquer s'il y a des informations qui sont inexactes.

J'aimerais que tu me dises ce qui aurait pu être facilitant pour toi ou au contraire les obstacles que tu as rencontrés lors de chacun de ces contacts.

Présentation du premier contact

- Te souviens-tu de cet épisode de service?
- Comment ça s'est passé?
- Qu'est-ce que tu as apprécié? Qu'est-ce qui s'est moins bien déroulé?
- C'est écrit ici que c'est XX qui t'a référé ici...Peux-tu me parler des circonstances qui ont conduit à cette demande de service?
- Comment as-tu trouvé la durée? XX temps c'est exact? Peux-tu me parler des circonstances qui ont conduit à la fin de service?

Les mêmes questions seront reprises pour chaque épisode de services.

ANNEXE C CERTIFICAT ÉTHIQUE



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 : Trajectoires de services en santé mentale d'adolescents ayant des traits de personnalité limite

Chercheur(s) : Louis Corriveau
Département d'ergothérapie

Organisme(s) : Aucun financement

N° DU CERTIFICAT : CER-19-258-10.01

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 31 mai 2019 au 31 mai 2020

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

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- 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 : 31 mai 2019