

Université de Montréal

Adaptation d'une intervention pour les parents présentant un trouble de la personnalité
ayant un enfant de 0 à 3 ans

Par

Cassandra Préfontaine

Programme de sciences biomédicales, Faculté de médecine
en extension à l'Université du Québec à Trois-Rivières

Thèse présentée

en vue de l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor

(Ph.D.) en sciences biomédicales

Juillet 2024

© Cassandra Préfontaine, 2024

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou 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 ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

Université de Montréal

Programme de sciences biomédicales, Faculté de médecine
en extension à l'Université du Québec à Trois-Rivières

Cette thèse intitulée

**Adaptation d'une intervention pour les parents présentant un trouble de la personnalité
ayant un enfant de 0 à 3 ans**

Présenté par

Cassandra Préfontaine

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes

Nicolas Bethelot

Président-rapporteur

Lyne Desrosiers

Directrice de recherche

Brigitte Vachon

Codirectrice

Chantal Lavergne

Membre du jury

Nadine Larivière

Examineur externe

Résumé

Introduction : La période périnatale et la petite enfance est cruciale pour le développement des compétences du parent et le bien-être de l'enfant. De nombreux parents ayant un trouble de la personnalité limite (TPL) s'accomplissent dans leur rôle parental. Ils représentent toutefois un groupe particulièrement vulnérable à l'adoption de pratiques parentales sous-optimales, de par la symptomatologie, le vécu d'abus à l'enfance prévalent et leur risque élevé de vivre dans un contexte social instable. Le programme Mon enfant et moi (ME&M) se démarque par son potentiel à soutenir les parents ayant les caractéristiques du TPL et leurs intervenants. Il nécessite une adaptation pour répondre aux spécificités de la période périnatale et la petite enfance.

Objectifs : 1) Développer le modèle logique de ME&M, 2) Décrire les forces et les besoins des parents ayant un TPL durant la période périnatale et la petite enfance, 3) Décrire les besoins de formation de leurs intervenants, 4) Décrire les obstacles à l'implantation d'une telle intervention dans le contexte québécois

Méthode : Un groupe de consensus a été réalisé selon la méthode décrite par McLaughlin and Jordan (2010) pour élaborer le modèle logique (objectif 1). Des entrevues auprès de 8 parents, 13 intervenants et 5 gestionnaires ont été réalisées en utilisant un guide d'entrevue basé sur une revue de la littérature des forces et difficultés des parents ayant un TPL, les modèles *Parenting Occupation and Purpose* et *Consolidated Framework for Implementation Research*. Les verbatims ont été analysés selon la méthode d'analyse thématique décrite par Fryer (2022) (objectifs 2 à 4).

Résultat et discussion : Le modèle logique de l'intervention ME&M a été élaboré et les mécanismes d'action du programme ont été relevés. Quatre forces ont été identifiées pour les parents : 1) s'engager dans des actions favorables pour le bien-être de l'enfant, 2) capacité à être authentique et humble, 3) sensibilité au vécu de leur enfant et 4) capacité à se former une identité positive à travers la parentalité. Cinq besoins ont été identifiés pour les parents : 1) comprendre ses réactions et prendre soin de soi, 2) bien comprendre son enfant, 3) prendre soin de sa relation avec l'enfant, 4) entretenir des relations harmonieuses avec l'environnement social de l'enfant et 5) se projeter. Quatre thèmes ont été identifiés pour décrire les besoins de formation des

intervenants : 1) maîtriser les connaissances nécessaires pour accompagner les parents, 2) développer ses habiletés à mettre en place un cadre d'intervention adapté aux besoins des parents ayant un TPL, 3) adopter une attitude empathique, d'ouverture et empreinte d'espoir et 4) faire preuve de réflexivité face à ses interventions. Des enjeux organisationnels à l'implantation d'une telle intervention ont été notés au niveau : a) des caractéristiques de l'intervention telle le coût, b) du contexte externe tel que le faible arrimage avec le milieu communautaire, c) du contexte interne tel que les enjeux de ressources humaines et l'absence de lien entre les programmes de santé mentale adulte et de pédiatrie, d) de l'individu tel que des contraintes logistiques et e) du processus en lien avec la difficulté d'engager ces parents.

Mots-clés : Parentalité, Périnatalité, Trouble de personnalité limite, Formation professionnelle, Adaptation de programme

Abstract

Introduction: The perinatal period is crucial for the development of parenting skills and the well-being of the child. Many parents with borderline personality disorder (BPD) thrive in their parenting role. However, they represent a group that is particularly vulnerable to suboptimal parenting practices, due to their symptomatology, prevalence of childhood abuse and high risk of living in an unstable social context. The Mon enfant et moi (ME&M) program stands out for its potential to support parents with BPD characteristics and their case workers. It needs to be adapted to meet the specific needs of the perinatal period.

Objectives: 1) To develop the ME&M logic model, 2) To describe the strengths and needs of parents with BPD during the perinatal period, 3) To describe the training needs of their caregivers, 4) To describe the obstacles to implementing such an intervention in the Quebec context, and 5) To adapt ME&M to the perinatal period.

Method: A consensus group was conducted following the method described by McLaughlin and Jordan (2010) to develop the logic model (objective 1). Interviews with 8 parents, 13 caseworkers and 5 managers were conducted using an interview guide based on a literature review of the strengths and challenges of parents with BPD, the Parenting Occupation and Purpose model and the Consolidated Framework for Implementation Research. Verbatim were analyzed using the thematic analysis method described by Fryer (2022) (objectives 2–4).

Results and discussion: The logic model for the ME&M intervention was developed, and the program's action mechanisms were identified. Four strengths were identified for parents: 1) commitment to actions conducive to the child's well-being, 2) ability to be authentic and humble, 3) sensitivity to their child's experience and 4) ability to form a positive identity through parenting. Five needs were identified for parents: 1) understanding their reactions and taking care of themselves, 2) understanding their child, 3) taking care of their relationship with their child, 4) maintaining harmonious relations with their child's social environment and 5) projecting themselves. Four themes were identified to describe the training needs of caregivers: 1) mastering the knowledge required to accompany parents, 2) developing the ability to set up an intervention framework adapted to the needs of parents with BPD, 3) adopting an empathetic,

open and hopeful attitude, and 4) being reflective about their interventions. Organizational challenges to the implementation of such an intervention were noted at the level of: a) the characteristics of the intervention, such as cost, b) the external context, such as weak ties with the community, c) the internal context, such as human resources issues and the absence of a link between the adult mental health and pediatric programs, d) the individual, such as logistical constraints, and e) the process, linked to the difficulty of engaging these parents.

Keywords: Parenting, Perinatal care, Borderline personality disorder, Professional training, Program adaptation.

Table des matières

Résumé.....	3
Abstract.....	5
Liste des tableaux.....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
Liste des figures	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
Liste des sigles et abréviations.....	13
Remerciements	17
Introduction.....	18
Chapitre 1 — Problématique	21
1.1 La transition au rôle parental	21
1.1.2 Importance de la période périnatale et la petite enfance	22
1.1.3 Une vulnérabilité particulière pour les parents vivant avec un trouble de la personnalité limite... 24	
Forces et difficultés parentales des personnes ayant un TPL	32
1.1.4 Article 1: Functional Strengths and Difficulties of Parents with Borderline Personality Disorder: a Narrative Synthesis.....	32
1.1.5 Impacts du TPL du parent chez l'enfant.....	76
1.2 Contexte d'interventions pour les parents ayant un TPL.....	78
1.2.3 Les formations disponibles pour les intervenants œuvrant auprès de	80
1.2.4 Contexte des services périnataux québécois	80
1.3.4 L'accès aux services pour les parents ayant un TPL.....	84
1.3.6 Le programme Mon enfant et Moi	91
1.3 Objectifs de la thèse	93
Chapitre 2 — Cadré théorique	94
2.1 La parentalité	94
2.2 Consolidated framework for implementation research	96
Chapitre 3 — Cadre méthodologique	99
3.1 Réalisme critique.....	99
3.1.1 Ontologie du réalisme critique	100
3.1.2 Épistémologie.....	101
3.1.3 Rationalité du jugement	102
3.2 La recherche évaluative	102
3.3 Méthodologie de l'objectif A : Développer le modèle logique du	103
3.4 Méthodologie des objectifs B, C et D.....	105
3.4.1 Devis de recherche	105
3.4.2 Méthode de recrutement et échantillonnage.....	106
3.4.3 Participants	106
3.4.4 Collecte de données.....	107

3.4.5	Analyses	108
3.5	Critères de scientificité du réalisme critique	112
3.5.1	Transparence	112
3.5.3	Cohérence.....	113
3.5.4	Plausibilité.....	113
3.6	Considérations éthiques	114
3.6.1	Recrutement et consentement.....	114
3.6.2	Confidentialité.....	114
3.6.3	Conservation des données.....	114
3.6.4	Avantages pour les participants.....	123
3.6.5	Avantage pour les groupes visés, l'établissement et la société	123
3.6.6	Inconvénients et risques pour les participants	123
Chapitre 4 — Résultats.....		124
4.2	Article 2 : Development of the logic model for My Child and Me—a Program for Parents with Borderline Personality Disorder.....	126
	Abstract	126
	Introduction	127
	Method	131
	Results	133
	Discussion	155
	Conclusion	157
4.3	Article 3 : Besoins de soutien des personnes ayant un trouble de la personnalité limite durant la période périnatale et la petite enfance	165
	Résumé	165
	Introduction	166
	Méthode	168
	Résultats	173
	Discussion	198
	Conclusion	204
	Références	205
4.4	Article 4 : Besoin de formation des intervenants travaillant auprès de parents ayant un trouble de personnalité limite.....	208
	Résumé :	208
	Introduction	209
	Méthode	212
	Résultats	216
	Discussion	232
	Conclusion	239
	Références	240
4.5	Facilitateurs et obstacles à l'implantation.....	245
	Caractéristiques de l'intervention.....	245
	Contexte externe	248
	Contexte interne.....	249
	Caractéristiques de l'individu.....	250
	Processus	250
CHAPITRE 5 : DISCUSSION INTÉGRATIVE		253
5.1	Ce que la thèse a permis	253

5.2	Ce qui doit être conservé et adapté dans le programme ME&M	253
5.2.1	Volet parent	253
5.2.2	Volet intervenant	266
5.3	Des besoins au-delà des compétences parentales	275
5.4	Une stigmatisation encore présente	276
5.5	Le besoin de réorganisation des services actuels pour bien desservir les parents ayant un TPL 278	
5.6	Critiques et perspectives futures pour la recherche	281
5.6.1	Forces et aspects novateurs.....	281
5.6.2	Limites de la thèse	283
<i>Conclusion</i>		286
<i>Références bibliographiques.....</i>		287
<i>Annexe I : Certificat éthique</i>		317
<i>Annexe II : formulaires d'information et de consentement</i>		319
<i>Annexe III : formulaires de recrutement.....</i>		337
<i>Annexe IV : canevas d'entrevues.....</i>		339

Liste des tableaux

Tableau 1. –	Description of articles included in the narrative synthesis.....	39
Tableau 2. –	Difficulties associated with the domain of attending to the child’s basic needs.....	67
Tableau 3. –	Difficulties associated with the domain of Moving the child.....	68
Tableau 4. –	Difficulties associated with the domain of Providing materially for the child.....	68
Tableau 5. –	Difficulties associated with the domain of Managing the child’s health and protecting.....	69
Tableau 6. –	Difficulties associated with the domain of communicating with the child.....	70
Tableau 7. –	Difficulties associated with the domain of playing and engaging in child-focused leisure..	71
Tableau 8. –	Difficulties associated with the domain of providing the child with emotional support and stability	72
Tableau 9. –	Difficulties associated with the domain of teaching and facilitating the child’s learning....	74
Tableau 10. –	Difficulties associated with the domain of creating a supportive environment for the child	75
Tableau 11. –	Difficulties associated with the domain of managing the child’s social network	75
Tableau 12. –	Construits du CFIR.....	96
Tableau 13. –	Theme of each group session with parents	130
Tableau 14. –	Links between objectives, activities and modalities for the parent component	144
Tableau 15. –	Links between program objectives, activities and modalities for the case worker component	147
Tableau 16. –	Description des parents participants	174
Tableau 17. –	Description des intervenants participants	175
Tableau 18. –	Besoins des parents ayant les caractéristiques du TPL durant la période périnatale et la petite enfance	180
Tableau 19. –	Description des mères participantes	217
Tableau 20. –	Description des intervenants participants	218
Tableau 21. –	Présentation des thèmes et des sous-thèmes.....	219
Tableau 22. –	Adaptations nécessaires aux composantes du volet parent de l’intervention Mon enfant et moi original afin de répondre aux spécificités de la période périnatale et de la petite enfance.....	255
Tableau 23. –	Ajouts nécessaires au volet parent de l’intervention Mon enfant et moi original afin de répondre aux spécificités de la période périnatale et de la petite enfance.....	265
Tableau 24. –	Adaptations nécessaires aux composantes du volet intervenant de l’intervention Mon enfant et moi original afin de répondre aux spécificités de la période périnatale et de la petite enfance	267
Tableau 25. –	Ajouts nécessaires au volet intervenant de l’intervention Mon enfant et moi original afin de répondre aux spécificités de la période périnatale et de la petite enfance.....	272

Liste des figures

Figure 1. –	Flow diagram of studies included	47
Figure 2. –	The Parenting Occupation and Purpose Framework	95
Figure 3. –	Logic model of the parents component	153
Figure 4. –	Logic model of the caseworker component	154

Liste des sigles et abréviations

CFIR	Consolidated Framework for Implementation Research
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre locaux de soins et services
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
MEEM	Mon enfant et moi
MBT	<i>Mentalisation-Based Therapy</i>
POP	<i>Parenting Occupation and Purpose Framework</i>
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
TCD	Thérapie dialectique comportementale
TPL	Trouble de la personnalité limite

Remerciements

Je tiens à débiter ces remerciements en soulignant l'immense apport de mes co-directrices Lyne Desrosiers et Brigitte Vachon à cette thèse. Un merci particulier à Lyne pour sa grande disponibilité et les nombreuses heures qu'elle m'a consacrées au cours des dernières années. Je me compte particulièrement privilégiée des nombreuses opportunités qu'elle m'a généreusement offertes de même que de la place qu'elle m'a accordée dans ses projets forts inspirants. Je tiens également à la remercier de m'avoir transmis son amour pour cette clientèle de même que pour son soutien constant dans le développement de ma capacité d'analyse. Je souhaite également remercier Brigitte d'avoir cru en mon potentiel pour la recherche dès ma maîtrise et de m'avoir inspiré à m'embarquer dans cette belle aventure que fut le doctorat. Je souhaite également la remercier chaleureusement pour ses encouragements à chacune des phases de mon parcours. Finalement, je souhaite la remercier pour m'avoir appris la rigueur dans les méthodes d'évaluation et d'avoir poussé ma réflexion à chacune des étapes de mon projet.

Je tiens à remercier l'ensemble des participants qui ont pris part à la recherche. Je remercie sincèrement les parents et les intervenants qui ont pris avec générosité le temps dans leur vie chargée et parfois tumultueuse pour s'entretenir avec moi avec ouverture et vulnérabilité. Votre désir de vous impliquer pour aider d'autres parents et intervenants à obtenir un meilleur soutien m'a fortement inspiré et a été ma motivation dans ce parcours ardu que peut être le doctorat. Cette thèse n'existerait pas sans vos riches savoirs.

Un immense merci à ma famille pour tout le soutien émotionnel et logistique qu'ils ont su me fournir tout au long de ce long parcours doctoral. Je ne serais pas arrivée à compléter mon parcours sans leur apport précieux.

Finalement, je tiens à remercier l'Université du Québec à Trois-Rivières, l'Institut universitaire jeunes en difficulté, le Centre de recherche de l'Institut en santé mentale de Montréal et l'Ordre des ergothérapeutes du Québec pour leur soutien financier qui a permis la réalisation de cette thèse de même que des nombreuses opportunités de développement professionnel qu'ils m'ont offertes.

Introduction

La période périnatale est une période cruciale tant dans le développement des compétences et de l'identité du parent que pour la santé et le bien-être de l'enfant. Il s'agit également d'un moment d'une importance capitale pour intervenir sur les comportements parentaux, puisqu'ils représentent selon la société canadienne de pédiatrie (Williams et al., 2019) le déterminant modifiable ayant le plus grand impact sur le bien-être comportemental et émotionnel des enfants. Les comportements positifs parentaux seraient particulièrement importants durant les trois premières années de vie de l'enfant, considérant les processus neuronaux critiques qui s'y déroulent (Dawson et al., 2000). En effet, dans sa politique gouvernementale de prévention en santé, le ministère de la Santé et des Services sociaux affirme que le fait de s'occuper le plus tôt possible du développement d'un enfant est susceptible d'avoir une influence positive sur sa trajectoire de vie (Gouvernement du Québec, 2016b). De plus, il existe un large consensus scientifique selon lequel le fait d'intervenir précocement permettrait le meilleur rapport coût — efficacité pour les interventions (Heckman, 2008 ; Tanner et al., 2015).

Du soutien pendant les premières années de l'exercice de la parentalité est donc une ressource essentielle à mettre en place. Une seule intervention ne peut toutefois convenir à l'ensemble des parents. C'est pourquoi un des objectifs de la Politique gouvernementale de prévention en santé (Gouvernement du Québec, 2016b) est d'offrir un programme de soutien aux pratiques parentales adaptées aux besoins des différents groupes de la population, particulièrement les parents vivant dans une situation de vulnérabilité accrue.

De nombreux parents ayant un trouble de la personnalité limite (TPL) s'accomplissent dans leur rôle parental, en retirent de la fierté et ressentent un grand amour pour leurs enfants (Ackerson, 2003 a ; Bartsch et al., 2016). Ceux-ci représentent toutefois un groupe dans une situation particulièrement vulnérable à l'adoption de certaines pratiques parentales sous-optimales, de par la symptomatologie (Stepp et al., 2012b), mais également en raison du vécu d'abus à l'enfance

fort prévalent chez cette population (Le Nestour, 2004 ; Porter et al., 2020). Plus encore, ils sont nombreux à vivre dans un contexte social pauvre et instable (Seeger et al., 2022).

Les intervenants vivent régulièrement des difficultés dans l'accompagnement de cette clientèle (Aviram et al., 2006 ; Black et al., 2011 ; Bodner et al., 2011 ; Bourke & Grenyer, 2013 ; Richelieu, 2004 ; Treloar, 2009). Plusieurs estiment que les personnes ayant un TPL sont parmi les plus difficiles à aider (Cleary et al., 2002). Ces difficultés sont amplifiées quand la personne est également un parent et que la sécurité et le bien-être de l'enfant doivent être pris en compte (Grenier Gauvin et al., 2021).

Il n'existe pas à notre connaissance au moment de débiter cette thèse, d'intervention s'intéressant spécifiquement aux parents ayant un TPL durant la période périnatale. Bien qu'il y ait une abondance d'articles sur les conséquences d'avoir un parent ayant un TPL sur les enfants, on connaît peu leurs besoins de même que les meilleures façons de les soutenir. De plus, la littérature est peu abondante sur les bonnes pratiques de formation des intervenants qui les accompagnent.

Une intervention se démarque dans le soutien des parents ayant un TPL et offre également un accompagnement aux intervenants, il s'agit du programme Mon enfant et moi (Desrosiers et al., 2019). Toutefois, puisque ce programme a été conçu pour les parents d'enfants de 3 à 12 ans, il nécessite une adaptation afin de s'assurer de bien répondre aux besoins des parents ayant un TPL et de leurs intervenants durant la période périnatale, qui sera définie dans cette thèse comme la période de la conception aux 3 ans de l'enfant.

4. Organisation de la thèse chapitre par chapitre

Pour réaliser cette adaptation, cette thèse se décline en cinq chapitres pour démontrer le processus d'adaptation requis du programme Mon enfant et moi (ME&M) pour soutenir les parents ayant un TPL et leurs intervenants durant la période périnatale. Il s'agit d'une thèse par

article. Le premier est présenté dans le premier chapitre, tandis que les 3 autres se retrouvent dans les résultats.

Le premier chapitre expose la problématique entourant la transition à la parentalité des personnes présentant un TPL et du contexte de soins québécois de même que les objectifs de la recherche. Il présente l'état des connaissances actuelles sur l'intervention en soutien aux parents ayant un TPL durant la période périnatale. Le second chapitre décrit les cadres théoriques dans lesquels s'inscrit cette thèse. Plus précisément, les cadres de la parentalité et de la dialectique comportementale seront abordés. Le troisième chapitre détaille le cadre méthodologique de la thèse. Le paradigme de recherche ainsi que les descriptions du devis et des démarches d'analyses complémentaires au contenu des articles y sont présentés. Le quatrième chapitre présente les résultats. Le premier article porte sur le développement du modèle logique du programme ME&M original, le deuxième concerne les forces et les besoins des parents présentant les caractéristiques du TPL durant la période périnatale et le troisième présente les besoins de formation de leurs intervenants. Cette section comporte finalement les résultats des facilitateurs et obstacles organisationnels à l'implantation d'une telle intervention. Finalement, le dernier chapitre présente une discussion intégrative de l'ensemble des résultats de cette thèse. On y retrouve les recommandations pour l'adaptation de l'intervention issue des conclusions des quatre différents articles de la thèse, les constats convergents de ceux-ci de même que les forces, limites et implications de la thèse pour la recherche et la clinique.

Chapitre 1 — Problématique

1.1 La transition au rôle parental

1.1.1 La transition à la parentalité : une période de vulnérabilité ordinaire

Peu d'évènements dans la vie engendrent autant de changements que la transition au rôle parental (Cowan & Cowan, 1992 ; Katz-Wise et al., 2010 ; Ngai & Ngu, 2013). Malgré que la parentalité soit vue dans notre société comme instinctive et naturelle (Feeney et al., 2001 ; Miller, 2007), elle comporte des défis importants nécessitant la mobilisation des ressources et le développement rapide de compétences chez les parents. Plusieurs définitions de la période périnatale sont utilisées, dans le cadre de cette thèse nous délimiterons cette période comme s'échelonnant de la conception jusqu'aux 3 ans de l'enfant.

Durant cette période, marquée par l'incertitude et les premières fois, les parents se retrouvent dans une position de vulnérabilité ordinaire telle que décrite par Milot and Hamrouni (2020) découlant de la série de transformation adaptative à travers laquelle ils devront naviguer. Dès la grossesse, le parent doit redéfinir son identité en intégrant son nouveau rôle, ce processus l'amènera à reconsidérer ses propres expériences infantiles et d'attachement. Il doit préparer un espace physique et psychologique pour l'enfant et développer leur capacité à faire preuve d'abnégation (Baldwin et al., 2019 ; Santos et al., 2019). De plus, il doit renégocier les relations avec son conjoint, mais également avec les membres de la famille, puisque la venue d'un enfant modifie la dynamique familiale. Ces transitions surviennent dans un contexte de vulnérabilité émotionnelle plus grande pour l'ensemble des mères. Au plan physiologique, les nausées, les inconforts, la fatigue et les changements sensoriels et hormonaux engendrés par la grossesse résultent en une plus grande vulnérabilité émotionnelle (Aidane et al., 2009). De plus, l'anxiété face à l'accouchement et à l'arrivée de l'enfant en plus du changement de la représentation de soi notamment en lien avec les modifications corporelles importantes augmente cette

vulnérabilité (Feeney et al., 2001).

Une fois l'enfant venu, le parent doit également développer à un rythme très rapide leur sensibilité et leur compétence parentale en même temps que de s'adapter aux besoins et aux capacités de l'enfant constamment en évolution. Les facteurs augmentant la vulnérabilité émotionnelle s'accroissent à ce moment. La co-régulation nécessaire aux soins de l'enfant augmente grandement la sollicitation des habiletés de régulation émotionnelle du parent (Sved Williams & Apter, 2017). En effet, les parents rapportent fréquemment vivre des émotions d'une intensité qu'ils n'avaient jamais expérimentée avant la naissance de l'enfant (Feeney et al., 2001). De plus, l'abnégation et le délai de gratification de ses propres besoins qu'exigent les premiers stades de la parentalité, la modification du rapport au réseau social et la diminution des loisirs restreignent la possibilité pour le parent d'utiliser ses stratégies de régulation émotionnelle habituelle (Feeney et al., 2001). Le manque de sommeil (Baldwin et al., 2019 ; Martins, 2019) et le vécu fréquent de faible sentiment de compétences parental exacerbent ces vulnérabilités émotionnelles (Feeney et al., 2001). Les nouveaux parents doivent réorganiser leur routine et leurs occupations de façon à faire place aux soins de l'enfant, ce qui nécessite de faire des choix concernant leur travail et leurs loisirs (Slootjes et al., 2016).

1.1.2 Importance de la période périnatale et la petite enfance

Cette période est d'une importance cruciale tant pour le parent que l'enfant et représente une fenêtre critique pour l'intervention.

Pour le parent, c'est durant cette période que se consolide l'identité en tant que parent. Elle sera déterminante des attitudes et des pratiques parentales (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2019). Il s'agit également d'une grande période de vulnérabilité au niveau de la santé mentale des mères, puisque 15 à 25 % développeront des symptômes pendant cette période (National Collaborating Centre for Mental Health, 2014). L'enfant dépend particulièrement des états mentaux et des comportements de sa mère dans son développement intra-utérin. Plusieurs études épidémiologiques démontrent une association entre le stress vécu par la mère durant la grossesse et des risques plus élevés de maladie

métabolique causés par des différences significatives dans la composition corporelle et la métabolisation du glucose, les fonctions endocrines, les fonctions immunitaires et les fonctions cognitives, dont une réduction de la matière grise, dans plusieurs régions du cerveau de l'enfant (Entringer et al., 2015). Le stress maternel lors de la grossesse est également un facteur de risque préoccupant pour la santé mentale de l'enfant même lors de l'adolescence et de l'âge adulte (Ramborger et al., 2018). Les trois premières années de vie de l'enfant représentent une période de grande dépendance au parent et d'une de développement très intense au plan physique, social, affectif et cognitif et une période critique de la formation des connexions neuronales et synaptiques (Shah et al., 2016). En effet, cette période marque les bases du développement de la marche, du langage et de la régulation émotionnelle. C'est durant cette période que se crée l'attachement qui aura un impact sur la relation parent-enfant et sur les relations subséquentes de l'enfant, et ce même à l'âge adulte (Fonagy et al., 2014 ; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2016 ; Prior et al., 2006).

La période périnatale et la petite enfance représente également un moment clé pour l'intervention puisque le nouveau rôle de parent et le désir d'offrir le meilleur à son enfant peut être un puissant motivateur pour adopter des pratiques parentales plus adaptées (Bartsch et al., 2016 ; Diaz-Caneja & Johnson, 2004), mettre en place des stratégies pour éviter les rechutes (Diaz-Caneja & Johnson, 2004 ; Maddocks et al., 2010) et s'engager dans un suivi thérapeutique (Diaz-Caneja & Johnson, 2004). De plus, il existe un large consensus scientifique au fait qu'intervenir le plus tôt possible permettrait le meilleur rapport coût-efficacité (Heckman, 2008 ; Tanner et al., 2015), c'est-à-dire que cela aurait les impacts les plus grands tout en utilisant le moins de ressources possible.

Les personnes présentant un trouble mental grave sont particulièrement vulnérables durant la période périnatale. Les transitions majeures personnelles peuvent exacerber les manifestations des troubles de la personnalité (Berthelot et al., 2020). Au sein de cette vulnérabilité se trouvent des opportunités de croissance et de résilience. Plusieurs mères ayant un trouble de santé mentale grave décrivent leur rôle parental comme une expérience extrêmement riche de sens

(Ackerson, 2003a, 2003 b; Bartsch et al., 2016). Plusieurs décrivent également que leur parentalité est une source de joie et de fierté pour eux (Ackerson, 2003 a ; Bartsch et al., 2016), qu'ils prennent plaisir à passer du temps avec leur enfant et à le voir évoluer. La transition à la parentalité a permis à plusieurs l'adoption d'une identité plus positive, se détachant du rôle de la personne malade ou ayant un trouble mental et de s'identifier dans un rôle plus valorisé et normalisant (Ackerson, 2003 a ; Bartsch et al., 2016). Certains décrivent également que leur parentalité a été l'occasion d'utiliser les forces qu'ils ont développées en relation avec leur trouble de santé mentale, dont leur résilience et leur grande sensibilité à l'autre (Bartsch et al., 2016). Afin d'utiliser pleinement ces opportunités de croissance et de résilience pour ces parents et ces enfants durant cette période de défi, il est nécessaire de soutenir la transition au rôle parental des parents les plus vulnérables (Gouvernement du Québec, 2016b), dont font partie les parents ayant un trouble de personnalité limite (TPL).

1.1.3 Une vulnérabilité particulière pour les parents vivant avec un trouble de la personnalité limite

1.1.3.1 Le trouble de personnalité limite

Le TPL représente 0,7 à 5,9 % de la population (Hooley et al., 2012). Dans la population générale, le taux de femmes présentant un trouble ou des traits de la personnalité limite durant la période périnatale serait de 6,9 à 26,7 % (Prasad et al., 2022). Dans la population clinique, cette statistique monte à 9,7 à 34 % (Prasad et al., 2022). Il se définit selon le manuel diagnostique et statistique par : « un patron envahissant d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et de l'affect et une impulsivité marquée débutant au début de l'âge adulte et présent dans une variété de contexte » (American Psychiatric Association, 2013a, p. 862).

Dans la présente thèse, la conceptualisation biosociale du TPL selon la théorie dialectique comportementale (Linehan, 2018) sera retenue pour en raison de son utilité dans la compréhension clinique des personnes présentant ces caractéristiques, pour sa pertinence pour

identifier les mécanismes d'intervention efficace pour cette clientèle et pour faciliter l'adaptation de l'intervention originale Mon enfant et moi développées selon ce modèle.

Cette théorie définit le TPL selon 5 domaines d'instabilité : affective, identitaire, cognitive, interpersonnelle et comportementale. L'instabilité affective serait l'élément central. Les comportements associés au TPL seraient des tentatives de régulation des émotions ou la conséquence d'une dysrégulation émotionnelle. Au plan affectif, l'instabilité se manifesterait par des réactions plus vives et plus fréquentes de même qu'une réponse persistante dans le temps. Au plan identitaire, ces personnes expérimenteraient une grande variation dans leurs préférences, une image de soi non formée et inconstante, un sentiment de vide et une dépendance à l'autre pour déterminer ses préférences et ses opinions. Au plan cognitif, cette instabilité se traduirait par des épisodes dissociatifs et des idées paranoïdes et par un clivage de la pensée. Au plan interpersonnel, cette instabilité serait visible par de nombreux conflits et une grande oscillation entre proximité et distance avec les autres et des efforts frénétiques pour éviter l'abandon. Cela peut engendrer un réseau social effrité de même que des conflits fréquents. Finalement au plan comportemental, ces personnes seraient sujettes à une impulsivité marquée, des comportements suicidaires ou parasuicidaires, de la boulimie, des comportements sexuels impulsifs et une consommation excessive d'alcool et de drogue.

Les parents ayant un TPL présentent davantage de facteurs de risques vulnérabilité à une transition harmonieuse au rôle parental avant même la naissance de l'enfant. Ces facteurs de risque, définis comme des facteurs contribuant au développement ou à l'aggravation de conditions défavorables seront présentés en discutant d'abord les facteurs environnementaux et de l'individu qui prédisposent la personne ayant un TPL à vivre dans une situation de vulnérabilité, et ce, avant même les premières interactions avec l'enfant.

1.1.3.1 Facteurs de vulnérabilités observables au niveau de l'environnement lors de la grossesse et de l'accouchement

Plusieurs déterminants environnementaux influencent l'expérience de la parentalité, tels que décrits dans la théorie et cadre conceptuel écosystémique de la parentalité de Lacharité et al. (2015), dont l'histoire parentale, le soutien social et l'accès aux politiques publiques et aux programmes.

1.1.3.1.1 Histoire parentale

Selon la théorie biosociale du TPL (Linehan, 2018), évoluer dans un environnement invalidant prédispose au développement du TPL. Un environnement invalidant est un milieu où la communication de l'expérience personnelle reçoit une réponse erratique, inappropriée ou extrême. Il se caractérise par le rejet, la banalisation ou le mépris des pensées, émotions et comportements de la personne. Cela peut se traduire par une attention donnée uniquement aux manifestations émotionnelles extrêmes où l'expression modérée d'émotion est ignorée ou réprimée, une présentation des réponses aux problèmes de l'individu comme étant exagérément simple ou encore l'imposition d'interprétations erronées pour les émotions et les comportements de l'individu (Linehan, 2018). De ce type d'environnement découle fréquemment un vécu d'abus psychologique ou de négligence émotionnelle pour les enfants qui y vivent et sont tristement dans le cas des personnes ayant un TPL accompagnés d'autres formes d'abus. En effet, le TPL est associé avec un vécu de maltraitance à l'enfance, incluant l'abus et la négligence chez entre 30 % et 90 % de cette population (Battle et al., 2004 ; Yen et al., 2002 ; Zanarini et al., 2006). Plus spécifiquement, durant l'enfance ces personnes seraient 38 fois plus à risque d'avoir subi de l'abus émotionnel et 18 % plus à risque d'avoir vécu de la négligence que la population générale (Porter et al., 2020).

Le vécu d'invalidation et de trauma à l'enfance se répercute chez les parents ayant un TPL durant la grossesse, l'accouchement et les premières années de vie de l'enfant. La période prénatale engendre pour le parent une réminiscence de ses premières expériences infantiles et de ses relations avec ses premiers donneurs de soins (Newman, 2015b ; Van Doesum & Powrie, 2012). Lorsque ces souvenirs sont douloureux, marqués par le rejet ou la maltraitance, tel qu'il est généralement le cas dans le vécu dans des environnements très invalidants, la vulnérabilité émotionnelle du parent peut être grande durant cette période (Apter & Sved Williams, 2018;

Newman & Stevenson, 2008a). Les femmes ayant vécu des traumatismes interpersonnels à l'enfance sont davantage à risque de présenter un trouble de santé mentale durant la transition à la parentalité et d'avoir une vision plus négative de leurs enfants que les mères de la population générale (Christie et al., 2017). Chez les femmes ayant vécu des traumatismes interpersonnels, l'accouchement peut déclencher des souvenirs post-traumatiques et teinter la relation subséquente avec l'enfant (Le Nestour, 2004).

De même, les parents ayant un TPL ont davantage vécu d'abus ou de négligence dans leur enfance et peuvent revivre ces souvenirs quand ils voient l'enfant traverser les périodes où ils ont vécu le trauma, engendrant une augmentation des symptômes impactant le fonctionnement parental (Le Nestour, 2004). Les mères percevant avoir reçu moins de soins et des marques d'acceptation et d'affection de la part de leurs parents durant l'enfance sont plus à risque de vivre des difficultés d'ajustement durant la période post-partum (Fu et al., 2024). Puisque les parents ayant un TPL rapportent moins de modèles parentaux positifs, il peut être difficile pour eux de se projeter de façon positive dans la parentalité et peuvent vivre davantage d'anxiété sur leurs compétences parentales face à une absence de référent sur comment être parent (Apter & Sved Williams, 2018 ; Le Nestour et al., 2007).

1.1.3.1.2 Soutien social

Un soutien social perçu comme insuffisant est un facteur de vulnérabilité important dans la transition à la parentalité (Hamelin-Brabant et al., 2015). Pour les parents vivant un TPL, un bon soutien social représente un facteur de protection pour l'adoption de comportements parentaux adaptés (Seeger et al., 2022). Le soutien du conjoint est particulièrement important (Riggs et al., 2018), notamment au niveau du soutien dans les tâches ménagères et liées aux soins des enfants et du soutien émotionnel pour une transition harmonieuse et le bien-être parental. Les femmes ayant un TPL ont toutefois moins accès à un soutien de qualité. En effet, les femmes ayant un TPL vivent plus souvent des grossesses non planifiées et hors d'une relation conjugale stable que les femmes de la population générale (De Genna et al., 2012). De plus, ces femmes vivent fréquemment des relations marquées par les ruptures, la communication conflictuelle et un

attachement insécurisant à leurs partenaires (Bouchard et al., 2009).

Il est aussi documenté que les personnes ayant un TPL vivent plus fréquemment des relations marquées par la violence. Dans une population clinique de 108 personnes présentant un TPL, 78,7 % avaient commis de la violence psychologique et 68,5 % en avaient été victimes. De plus, 31,5 % ont perpétré des actes de violence physique et 22,2 % en ont subi. Le fait de vivre de la violence conjugale est un facteur de risque pour une pauvre santé mentale maternelle (Flanagan et al., 2015 ; McMahon et al., 2011) et les pratiques parentales problématiques telles que peu d'attitudes positives envers l'enfant, l'abus ou la négligence (Chiesa et al., 2018).

Le soutien social d'un groupe plus large (Lennon & Heaman, 2015 ; Young et al., 2019), les relations familiales et l'accès à un groupe partageant un vécu similaire, tel que les groupes de discussion entre mères sont également des facteurs facilitant la transition (Young et al., 2019), de même que d'avoir un sentiment élevé de cohésion sociale, c'est-à-dire d'avoir une forte perception d'appartenance et de solidarité envers une communauté (Young et al., 2019). Les personnes ayant un TPL n'y ont souvent pas accès en raison des conflits et des ruptures relationnelles avec les membres de la famille et avec les amis qui pourraient offrir un tel appui (Bartsch et al., 2015 a, 2016 ; Chelbowski, 2013 ; Desrosiers et al., 2018 ; Dunn et al., 2020 ; Netherton & Rohr, 2022).

1.1.3.1.3 Accès aux politiques publiques et aux programmes

Un accès facile à des services sociaux et de santé de qualité a été identifié comme un facteur protecteur durant la transition à la parentalité (Young et al., 2019). Toutefois, les parents ayant un TPL se confrontent à plusieurs obstacles afin d'obtenir des soins adéquats. Ces enjeux seront abordés plus en détail dans la section 2.3.2.

1.1.3.2 Facteurs de vulnérabilité observable au niveau de l'individu lors de la grossesse et de l'accouchement

1.1.3.2.1 Instabilité émotionnelle

Selon la théorie biosociale, une vulnérabilité biologique en combinaison avec un environnement invalidant prédispose certains individus à une instabilité émotionnelle. Cette vulnérabilité fait en sorte que ces individus ont une activation émotionnelle qui est plus fréquente, plus forte et plus prolongée que la moyenne des individus. La dysrégulation émotionnelle est un facteur de vulnérabilité majeur dans l'adaptation à la parentalité puisqu'il est prédictif des troubles de santé post-partum (Li et al., 2020). De plus, cette dysrégulation émotionnelle peut compromettre le développement intra-utérin de l'enfant (Paré-Miron et al., 2016) et est également identifiée comme une cause probable du haut taux de césarienne chez les mères ayant un TPL puisque la difficulté à se réguler durant l'accouchement et en anticipation à cet événement peut influencer le choix des équipes médicales d'avoir recours à cette opération (Pare-Miron et al., 2016), une pratique augmentant les risques comportant plus de risques pour la santé physique de la mère et de l'enfant, augmente le temps de récupération (Institut national de la santé publique du Québec, 2014) en plus d'être associée à un plus faible ajustement psychosocial suite à l'accouchement (Alderdice et al., 2019).

1.1.3.2.2 Facteurs identitaires

Les représentations mentales de soi comme donneur de soins sont un facteur important pour une transition harmonieuse au rôle parental. Celles-ci se construisent dès l'enfance et intègrent les représentations mentales que le nouveau parent s'est faites de son propre parent, les expériences de la personne lorsqu'elle est amenée à prendre soin des autres et par l'expérience vicariante de la parentalité (Fonseca et al., 2018 ; Mayselless, 2006). Ces représentations ont un impact direct sur l'exercice subséquent du rôle parental. En effet, elles sont de bons prédicteurs de la sensibilité maternelle et de l'attachement parent-enfant (Bornstein, 2005 ; Lederman & Weis, 2009 ; Scher et al., 2006 ; Solomon & George, 2006). Ces représentations sont aussi teintées de l'image de soi et du sentiment d'efficacité personnelle de la personne (Fonseca et al., 2018, Mayselless, 2006) qui sont également des prédicteurs de difficultés dans la transition (Lennon & Heaman, 2015 ; Young et al., 2019). Les personnes ayant un TPL ont une instabilité identitaire marquée (Linehan, 2018). Ils se percevaient fréquemment peu compétents (Eyden et al., 2024; Florange & Herpertz, 2019; Ramsauer et al., 2016; Renneberg & Rosenbach, 2016; Stepp et al.,

2012a). Le Nestour et al. (2007) rapportent une identité maternelle qui est clivée et changeante. Ils sont donc à risque de développer des représentations mentales de soi comme parent fragmentées et négatives.

1.1.3.2.3 Attentes et représentations des autres

Des attentes positives démesurées face à la parentalité sont associées à davantage de difficulté dans la transition parentale et de détresse postnatale (Devouche & Apter, 2012 ; Muscat et al., 2012 ; Riggs et al., 2018 ; Rossouw & Lazarus, 2015 ; Staneva & Wittkowski, 2013). De plus, des attentes non comblées sont associées à davantage de conflits conjugaux et une moins grande satisfaction conjugale durant la période périnatale (Belsky, 1985). Les parents ayant un TPL ayant des tendances à des visions idéalisées et clivées sont donc à risque de développer de telles attentes. De plus, leurs représentations cognitives de l'enfant peuvent être marquées par l'idéalisation ou le rejet et être instables, ce qui représente un risque de compromettre un attachement sécurisant (Newman, 2015a).

1.1.3.1.1 Dissociation

Les personnes ayant un TPL expérimentent également fréquemment des épisodes de dissociation (Linehan, 2018). La dissociation est associée à un faible ajustement maternel (Greene et al. 2020) et un facteur de risque pour un attachement désorganisé (Williams et al. 2022).

1.1.3.1.1 Facteurs interpersonnels

La présence de conflit de couple avant la grossesse représente un facteur de risque pour l'adaptation à la parentalité (Riggs et al., 2018). Les mères utilisant davantage des comportements d'évitement et d'agression dans leurs relations amoureuses étaient plus à risque de vivre une dépression post-partum (Parade et al., 2014). Ces comportements relationnels sont associés au TPL (Bouchard & Sabourin, 2009).

1.1.3.1.2 Facteurs comportementaux

Les personnes ayant un TPL adoptaient plus fréquemment des comportements auto-dommageables tels que l'utilisation de drogue (Newman & Stevenson, 2008 a ; Pare-Miron et al., 2016) ou des tentatives de suicide (Newman & Stevenson, 2008a) causant des risques pour la santé du fœtus. De plus, l'utilisation d'alcool durant la grossesse est associée à une plus faible capacité familiale de s'adapter aux défis en période périnatale (Lennon & Heaman, 2015). Les mères ayant un TPL présentent également souvent une faible adhésion aux soins prénataux (Wendland et al., 2014) ce qui met également à risque le fœtus.

Ainsi, en raison de caractéristiques environnementales et individuelles, les parents ayant un TPL doivent surmonter plusieurs défis supplémentaires afin de vivre une transition harmonieuse au rôle de parent. Ces défis exacerbent les difficultés fonctionnelles dans les pratiques parentales qui sont engendrées par les caractéristiques du trouble et qui seront présentées dans la section suivante.

Forces et difficultés parentales des personnes ayant un TPL

1.1.4 Article 1: Functional Strengths and Difficulties of Parents with Borderline Personality Disorder: A Narrative Synthesis

Auteurs : Cassandra Préfontaine¹⁻²⁻³, Brigitte Vachon³⁻⁴, Lyne Desrosiers¹⁻²

¹ Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, Canada

² Institut universitaire jeunes en difficulté, Montréal, Canada

³ Centre de recherche de l'Institut en santé mentale de Montréal, Montréal, Canada

⁴ Département d'ergothérapie, Université de Montréal, Montréal, Canada

À titre de premier auteur, Cassandra Préfontaine a réalisé la conceptualisation de l'étude, la recherche dans les bases de données, la sélection des articles en collaboration avec Lyne Desrosiers et l'ensemble des analyses, de même que la rédaction des versions initiales et finales de l'article. Brigitte Vachon et Lyne Desrosiers ont également été impliquées dans la conceptualisation des études et les analyses en plus de réviser et d'éditer chacune des versions des articles.

Abstract

Parenthood is a source of immense joy and pride, and a source of stress and challenge. For people with borderline personality disorders (BPD), the arrival of a child increase self-regulation demands which can lead to an important increase in BPD symptoms, to a breakdown in functioning and interfere with parenting activities. The literature on these parents' difficulties tends to focus on consequences for children's development or on symptomatology, rather than documenting the occupational challenges these parents face day-to-day to fulfill their role. We conducted a narrative synthesis to document the functional strengths and difficulties in parenting for individuals with BPD following the methods described by Popay et al. (2006). A

combined inductive and deductive thematic analysis approach was used to analyze the results based on the Parenting Occupations and Purposes framework (POP). Forty-one papers were included in the review. Results describe difficulties in all 10 areas of the POP framework, while parents' strengths were generally absent from study results. This article supports the need to develop specific interventions for parents with BPD to improve their availability, their self-regulation capacities to decrease their mood-driven behaviors and fear of abandonment, change common misperceptions and help them establish a positive and stable support network.

Introduction

Parenthood is frequently described as the most significant role in a person's lifetime and any parents with severe mental health disorders describe parenting as a positive and meaningful experience (Ackerson, 2003a; Bartsch et al., 2016). They often describe that this transition to parenthood enables them to adopt a more positive, normalizing identity, allowing them to detach themselves from the identity of a person with a mental disorder (Ackerson, 2003a; Bartsch et al., 2016). Some individuals also describe how parenthood highlights the strengths they have developed over the course of their recovery, such as their resilience and sensitivity to others (Bartsch et al., 2016). Many parents and caregivers report that the birth of a child is a powerful motivator for change for the parent, thus a favorable period for the adoption of healthier behaviors and a window of opportunity to engage in a therapeutic approach (Bartsch et al., 2016). It is therefore a promising time to offer these individuals appropriate intervention to support the actualization of their parenting role.

Parenting is particularly complex given the breadth and evolving nature of the tasks involved over the course of the child's development, as well as the implicit and invisible nature of many of these

tasks (Lim et al., 2022). Thus, transition to parenthood proves difficult for people with mental disorders and, particularly for people with borderline personality disorder (BPD). Borderline personality disorder, affecting 0.7-5.9% of the population (Hooley et al., 2012), manifests as intense and unstable relationships, frantic efforts to avoid abandonment, an unstable self-image, marked impulsivity, frequent mood swings, a sense of emptiness and paranoid thoughts or episodes of dissociation (American Psychiatric Association, 2013a). People with BPD suffers from difficulties in functioning in social domains activities (Javaras et al., 2017). Larivière et al. (2010) report that parenting is, in fact, one of the most difficult occupations for people with BPD. Even if some parents have been shown to maintain an adequate level of functioning throughout their lives, the increased demands of self-regulation associated with the arrival of a child may lead to a breakdown in their functioning, with BPD symptoms reappearing more significantly (Sved Williams & Apter, 2017).

Although many parents with BPD describe parenting as a source of pride and joy (Ackerson, 2003a; Bartsch et al., 2016), mothers with BPD report less satisfaction (Bartsch et al., 2016; Sved Williams & Apter, 2017) and more stress (Bartsch et al., 2016) in their parenting role. It is important to support them in this role, as this situation can have a major impact on the stability of parenting and child development. Studies have shown that children of parents with BPD are at greater risk of abuse and neglect (Dittrich et al., 2019). These children are also at greater risk of disorganized attachment, emotional regulation difficulties and deficits, and of experiencing a mental health disorder such as BPD or depression (Eyden et al., 2016).

Occupational therapy can play a great role in supporting parents with BPD. Occupational therapists are competent professionals trained to assess functional difficulties and analyze tasks and activities to support occupational parental performance and satisfaction in parenting (McGrath et al., 2024). They also consider the interinfluence and the dynamics between the parent's and the child's occupations, what Pierce (2009) described as co-occupations, in interaction with the characteristics and resources of the environment Pierce (2009).

To date, research conducted on the functional strengths and difficulties of people with BPD in

parenting-related occupations is scarce. Although the literature on parents with BPD' difficulties has increased over the last decade, it tends to focus primarily on the impact on the children or on symptomatology, rather than on challenges associated with day-to-day parenting tasks. While symptomatology tends to stabilize with age and may be alleviated by therapy, studies show that occupational performance can remain significantly impaired (Gunderson et al., 2011). Furthermore, a systematic review, conducted by Ng et al. in 2016, showed that the dimensions of recovery worth acting upon are poorly described in the scientific literature on BPD. This finding contrasts with the recovery paradigm that currently predominates in mental health and highlights the importance of better understanding how improved functioning and quality of life can be achieved in the future (Whitley & Drake, 2010).

Given that parenthood represents a major occupational challenge with high demands of adaptation, self-regulation, complex social interactions with the child, as well as the importance of the parental role in identity and its driving force for inciting personal change, it is important to explore functioning in parents with BPD. A better understanding of the strengths and challenges faced by parents with BPD will allow to inform the development of parental programs well—adapted to the specific needs of this clientele.

Thus, the aim of the present study is to provide a synthesis of the current state of knowledge concerning the functional strengths and difficulties of individuals with BPD in parenting occupations.

Method

A narrative synthesis of functional strengths and difficulties in parenting for individuals with BPD was performed (Popay et al., 2006). This method was used because it enables us to present a wide perspective of a subject, integrate qualitative and quantitative data, and present a detailed synthesis incorporating several theoretical perspectives rigorously using a systematic search strategy and quality appraisal of the literature (Popay et al., 2006). The following four steps were

carried out: 1) identifying relevant studies, 2) selecting studies, 3) charting the data, 4) thematic analysis of the data.

1) Identifying relevant Studies

Search strategies was elaborated with a health sciences research librarian. Literature was searched in Medline, CINAHL and PsychInfo databases using the keywords (parent* OR father* OR mother* or matern*or patern*) AND (borderline personality disorder or BPD). Functional and skill-related keywords were not included, as they led to the exclusion of relevant articles. The search strategy was conducted in and update on October 25th, 2023, by the first author.

2) Selecting Studies

In a first sorting step, the title and abstract were read. In a second sorting step, the full-length article was accessed and read. Reference lists of included articles were also reviewed to identify other relevant scientific papers by snowball technique. The first and last authors of this paper sorted individually 10% of the total articles and reached an inter-rater agreement of 97%. Discussion on divergent decisions led to the clarification of inclusion criteria and all articles were then sorted by first author.

To be included in the review, papers had to meet the following inclusion criteria: a) present results concerning the functional skills of parents with borderline personality disorder regardless of the child's age, b) describe a functional strength or difficulty in parenting occupations, and c) be written in French or English for issues of feasibility. Articles discussing BPD were included regardless of how its presence was determined. While some studies used a list of symptoms, others self-administered tests, and some research relied on DSM-III, DSM-IV, DSM-IVR and DSM-5 criteria to confirm the disorder. In addition, articles reporting the perspective of parents, clinicians and researchers' observations were included to obtain a variety of viewpoints and a more complete picture of the parents' difficulties.

3) Charting the data:

Characteristics of included studies were extracted and compiled in a table: year of publication, country, population and study design of each study. Using NVivo software, text excerpts mentioning a parent's functional strength or difficulty were extracted from the articles.

Methodological quality of included studies was assessed by the first author using the Mixed Methods Appraisal Tool (Hong et al., 2018). This tool was chosen for its ability to evaluate studies of various designs using criteria derived from the study of 18 critical appraisal tools (Hong et al., 2018). Articles were first screened to see if there was a clear research question and data collected in order to answer the questions. If not, they were assigned the score of 0/2, but were still included in the synthesis. If they pass the screening questions, articles were then assessed based on 5 different criteria depending if they were qualitative or quantitative and assigned a score on a 5—point scale.

4) Thematic analysis of the data

A combined inductive and deductive thematic analysis approach (Braun & Clarke, 2012) was used to analyze the extracts using the *Parenting Occupations and Purposes (POP)* model (Lim et al., 2022). To define the multiple tasks involved in parent that are often implicit and invisible, the *Parenting Occupation and Purpose (POP)* conceptual framework was developed based on a literature review of parenting occupations in individuals with a variety of conditions and in a variety of contexts (Lim et al., 2022). The POP model is composed 10 interconnected domains of parental occupations, encompassing over a hundred tasks performed to meet the child's basic, developmental and social needs. It is suitable for children of all ages. These 10 domains of occupation are : attending to the child's basic needs, moving the child, providing materially for the child, managing the child's health and protecting from harm, playing and engaging in child-focused leisure, managing the child's social networks, creating a supportive environment for the child, teaching and facilitating the child's learning, providing the child with emotional support and stability and communicating with the child.

Parenting occupations are frequently interdependent and achieved simultaneously. Authors of the POP model describes that, through each of the occupations, the parent must “look in” on the child to understand the child’s internal states, and “look out” to assess and react to the environment. Each parental occupation is carried out with a temporal perspective, such that the parent attempts to orient his or her actions according to the child’s present and future needs.

After being familiarized with the content of each paper, the first author segmented the texts into units of meaning for each relevant segment dealing with a parenting occupation. The segments were coded and then grouped deductively according to the model’s 10 parental occupation domains. For each domain, sub-domains were identified inductively.

Results

Out of the 3598 studies identified, 1748 duplicates were eliminated, and 1681 articles were subsequently rejected after reading the title/abstract, as they did not meet the inclusion criteria. The remaining 48 articles were included in the review as well as 3 additional retrieved from snowball technique (see Figure 1). The methodological quality of these studies varied widely. In fact, 21 studies had no described methodology and were assigned a score of 0/2 on the MMAT. Twenty-two studies were descriptive quantitative studies, 6 were qualitative descriptive studies and 2 were qualitative phenomenological studies. For these 22 studies, 19 obtained an MMAT score of 3 or higher. These articles report on a variety of parental functional difficulties which were related to the 10 domains of occupation of the POP model. Included studies characteristics are presented in Table 2.

Only three studies included fathers in their samples. One included only fathers and, in the two other papers, fathers represented a small proportion of the sample (less than 17%). In addition, although the term BPD was used consistently across studies, the level of severity of the disorder varied. Some studies included parents receiving specialized services for BPD, while others included participants with some borderline personality traits recruited from the general population (n=5).

Tableau 1. – Description of articles included in the narrative synthesis

<u>Title</u>	<u>Author</u>	<u>Year</u>	<u>Population</u>	<u>Study design</u>
1. Un suivi thérapeutique atypique : co-constructions thérapeutiques de la relation précoce d'une mère borderline et son bébé	Aidane, É. Wendland, J. Rabain, D. Marie, P.	2019	1 mother with BPD	Clinical case and expert opinion
2. A challenge for perinatal psychiatry: Therapeutic management of maternal borderline personality disorder and their very young infants	Apter-Danon, G. Candilis-Huisman, D.	2005	Mothers with BPD	Unsystematic review and expert opinion
3. Infants of emotionally dysregulated or borderline personality disordered mothers: Issues and management in primary care	Apter-Danon, G. Sved-Williams, A.	2018	Mothers with BPD	Unsystematic review and expert opinion
4. Parental attitudes of mothers with a borderline personality disorder	Arnold, F. L.	1985	20 mothers with BPD and a child aged 1 to 7 years	Quantitative comparative descriptive study
5. Borderline personality disorder and parenting: Clinician perspectives	Bartsch, D. R. Roberts, R. M. Davies, M. Proeve, M.	2015	Parents with BPD	Qualitative descriptive study
6. Understanding the experience of parents with a diagnosis of borderline personality disorder	Bartsch, D. R. Roberts, R. M. Davies, M.	2016	12 parents with BPD and a child aged 0 to 34 years	Qualitative descriptive study

7. The borderline mother and her child: a couple at risk	Chlebowski, M.	S.	2013	2 mothers with BPD	Clinical case and expert opinion
8. "Still-face" interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-month-old infants	Crandell, L. E. Patrick, M. P. Hobson, R. P.		2003	8 mothers with BPD and a 2-month child	Quantitative comparative descriptive study
9. Phrasing and fragmented time in "pathological" mother-infant vocal interaction	Delavenne, A. Gratier, M. Devouche, E. Apter, G.		2008	34 mothers with BPD and a 3 month child	Quantitative comparative descriptive study
10. Défis occupationnels des mères présentant un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse	Desrosiers, L. Laporte, L. Lacombre, J.		2018	15 mothers with a child aged 3 to 16 in youth protection care	Qualitative descriptive study
11. Alterations of empathy in mothers with a history of early life maltreatment, depression, and borderline personality disorder and their effects on child psychopathology	Dittrich, K. Berpohl, F. Kluczniok, D. Attar, C.H. Jaite, C. Fuchs, A. Neukel, C. Herpetz, S.C. Brunner, R. Winter, S.M. Lehmkuhl, U. Roepke, S. Kaess, M. Heim, C. Boedeker, K.		2019	33 mothers with BPD and a child aged 5 to 12 years	Quantitative comparative descriptive study

12. Le suivi précoce d'une mère borderline et déprimée et de son bébé. L'interaction sous les regards croisés du clinicien et du chercheur.	Dominguez, S. Apter, G. Devouche, E.	2014	1 mother with BPD and a child aged 0 to 2 years	Clinical case and expert opinion
13. The Parenting Experience of Those With Borderline Personality Disorder Traits: Practitioner and Parent Perspectives	Dunn, A. Cartwright-Hatton, S. Startup, H. Papamichail, A.	2020	10 mothers and 2 fathers with BPD traits with children aged 0 to 34 years 21 clinicians	Qualitative descriptive study
14. When I look into my baby's eyes . . . infant emotion recognition by mothers with borderline personality disorder	Elliot, R. L. Campbell, L. Hunter, M. Cooper, G. Melville, J. McCabe, K.	2014	13 mothers with BPD and a child aged 3 to 14 months	Quantitative comparative descriptive study
15. A comparison of the families of mothers with borderline and nonborderline personality disorders	Feldman, R. B. Zelkowitz, P. Weiss, M. Vogel, J. Heyman, M. Paris, J.	1995	9 mothers with BPD	Quantitative comparative descriptive study
16. Impact of infant crying on mothers with a diagnosis of borderline personality disorder: A qualitative study	Geerling, I. Roberts, R. Sved-Williams, A.	2019	6 mothers with BPD and a child aged 3 to 12 months	Phenomenological study
17. Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder	Hobson, R. P. Patrick, M. Crandell, L. Garcia-Pérez, R. Lee, A.	2005	10 mothers with BPD and a child aged 47 to 57 weeks	Quantitative comparative descriptive study

18. How mothers with borderline personality disorder relate to their year-old infants	Hobson, R. P. Patrick, M. P. Hobson, J. A. Crandell, L. Bronfman, E. Lyons-Ruth, K.	2009	10 mothers with BPD and a child aged 12 to 18 months	Quantitative descriptive study
19. Maternal personality disorder symptoms in primary health care: associations with mother—toddler interactions at one-year follow-up	Hoivik, M. S. Lydersen, S. Ranoyen, I.	2018	112 mothers with varying levels of BPD symptoms and a child aged 0–24 months	Predictive correlational study
20. The Impact of Borderline Personality Pathology on Mothers' Responses to Infant Distress	Kiel, E. J. Gratz, K. L. Moore, S. A. Latzman, R. Tull, M. T.	2011	22 mothers with high BPD traits and one child aged 12 to 23 months	Quantitative comparative descriptive study
21. Emotion Socialization Strategies of Mothers With Borderline Personality Disorder Symptoms: The Role of Maternal Emotion Regulation and Interactions With Infant Temperament	Kiel, E. J. Viana, A. G. Tull, M. T. Gratz, K. L.	2016	Borderline Mothers with child aged 12 to 23 months	Quantitative comparative descriptive study
22. Emotional availability in mothers with borderline personality disorder and mothers with remitted major depression is differently associated with psychopathology among school-aged children	Kluczniok, D Boedeker, K. Attar, C. H. Jaite, C Bierbaum, A-L. Fuehrer, D Paetz, L. Dittrich, K Herpetz, S.C Brunner, R Winter, S Heinz, A.	2018	36 mothers with BPD and a child aged 5 to 12	Quantitative comparative descriptive study

	Roepke, S. Heim, C » Berpohl, F.			
23. Family matters: infants, toddlers and preschoolers of parents affected by mental illness	Kowalenko, N. M. Mares, S. P. Newman, L. K. Sved Williams, A. E. Powrie, R. M. van Doesum, K.T	2013	Mothers with BPD	Unsystematic review and expert opinion
24. Un défi de taille pour les centres jeunesse. Intervenir auprès des parents ayant un trouble de personnalité limite	Laporte, L.	2007	Mothers with BPD	Unsystematic review and expert opinion
25. Une intimité à créer. Psychothérapie d'une parentalité limite dans la période périnatale	Le Nestour, A.	2004	Mothers with BPD	Clinical case and expert opinion
26. The experience of maltreatment in young children whose mothers have borderline personality disorder: reflections in their narrative representations	Macfie, J. Kurdziel, G.	2019	1 mother with BPD and a child aged 0 to 7 months	Clinical case and expert opinion
27. How do mothers with borderline personality disorder mentalize when interacting with their infants?	Marcoux, A. A. Bernier, A. Seguin, J. R. Armerding, J. Lyons-Ruth, K.	2017	10 mothers with BPD and a 12 months child	Quantitative comparative descriptive study
28. Quels soins pour les enfants dont un parent souffre d'un trouble de personnalité borderline ?	Nanzer, N.	2019	Mothers with BPD	Unsystematic review and expert opinion

29. Motherhood and the 4 Symptom Domains of Borderline Personality Disorder	Netherton, E. Rohr, J.	2022	Mothers with BPD	Unsystematic review and expert opinion
30. Parenting and borderline personality disorder: Ghosts in the nursery	Newman, L. Stevenson, C.	2005	1 mother with BPD and a 3 years old child	Clinical case and expert opinion
31. Borderline personality disorder, mother infant ~ interaction and parenting perceptions: preliminary findings	Newman, L. K. Stevenson, C.S. Bergman, L. R. Boyce, P.	2007	17 mothers with BPD and a child aged 3 to 36 months	Quantitative comparative descriptive study
32. Issues in infant-parent psychotherapy for mothers with borderline personality disorder	Newman, L. Stevenson, C.	2008	1 mother with BPD and a child aged 2 years	Clinical case and expert opinion
33. Parenting and borderline personality disorder	Newman, L. O'Shaughnessy, R.	2015	1 mother with BPD and a child aged 1 year	Clinical case and expert opinion
34. Parents with Borderline Personality Disorder – approaches to early intervention	Newman, L.	2015	Mothers with BPD	Unsystematic review and expert opinion
35. The Relation between Mindmindedness in Mothers with Borderline Personality Disorder and Mental State Understanding in their Children	Schacht, R. Hammond, L. Marks, M. Wood, B. Conroy, S.	2012	20 mothers with BPD and a child aged between 39 to 61 months	Quantitative comparative descriptive study

36. Children of mothers with borderline personality disorder: identifying parenting behaviors as potential targets for intervention	Stepp, S. D. Whalen, D. J. Pilkonis, P. A. Hipwell, A. E. Levine, M. D.	2012	Mothers with BPD	Unsystematic review and expert opinion
37. Helping mothers with the emotional dysregulation of borderline personality disorder and their infants in primary care settings	Sved Williams, A. Apter, G.	2017	Mothers with BPD	Unsystematic review and expert opinion
38. Mothers with borderline personality disorder: Transition to parenthood, parent—infant interaction, and preventive/therapeutic approach	Wendland, J. Brisson, J. Medeiros, M. Camon-Senechal, L. Aidane, E. David, M. Serres, J. Cohen, D. Rabain, D	2014	1 mother with BPD and a child aged 0 to 3 years	Clinical case and expert opinion
39. Maternal Borderline Personality Disorder Symptoms and Convergence Between Observed and Reported Infant Negative Emotional Expressions	Whalen, D. J. Kiel, E. J. Tull, M. T. Latzman, R. D. Gratz, K. L.	2015	101 mothers with a continuum of BPD trait severity and a child aged 12 to 23 months	Quantitative comparative descriptive study
40. Mother—infant interactions in women with borderline personality disorder, major depressive disorder, their co-occurrence, and healthy controls	White, H. Flanagan, T.J. Martin, A. Silvermann, D.	2011	37 mothers with BPD and a 3 months child	Quantitative comparative descriptive study

41. A Qualitative Assessment of the Parenting Challenges and Treatment Needs of Mothers With Borderline Personality Disorder	Zalewski, M. Stepp, S. D. Whalen, D. J. Scott, L. N.	2015	23 mothers with BPD and one child aged 9 months to 45 years	Phenomenological study
--	---	------	---	------------------------

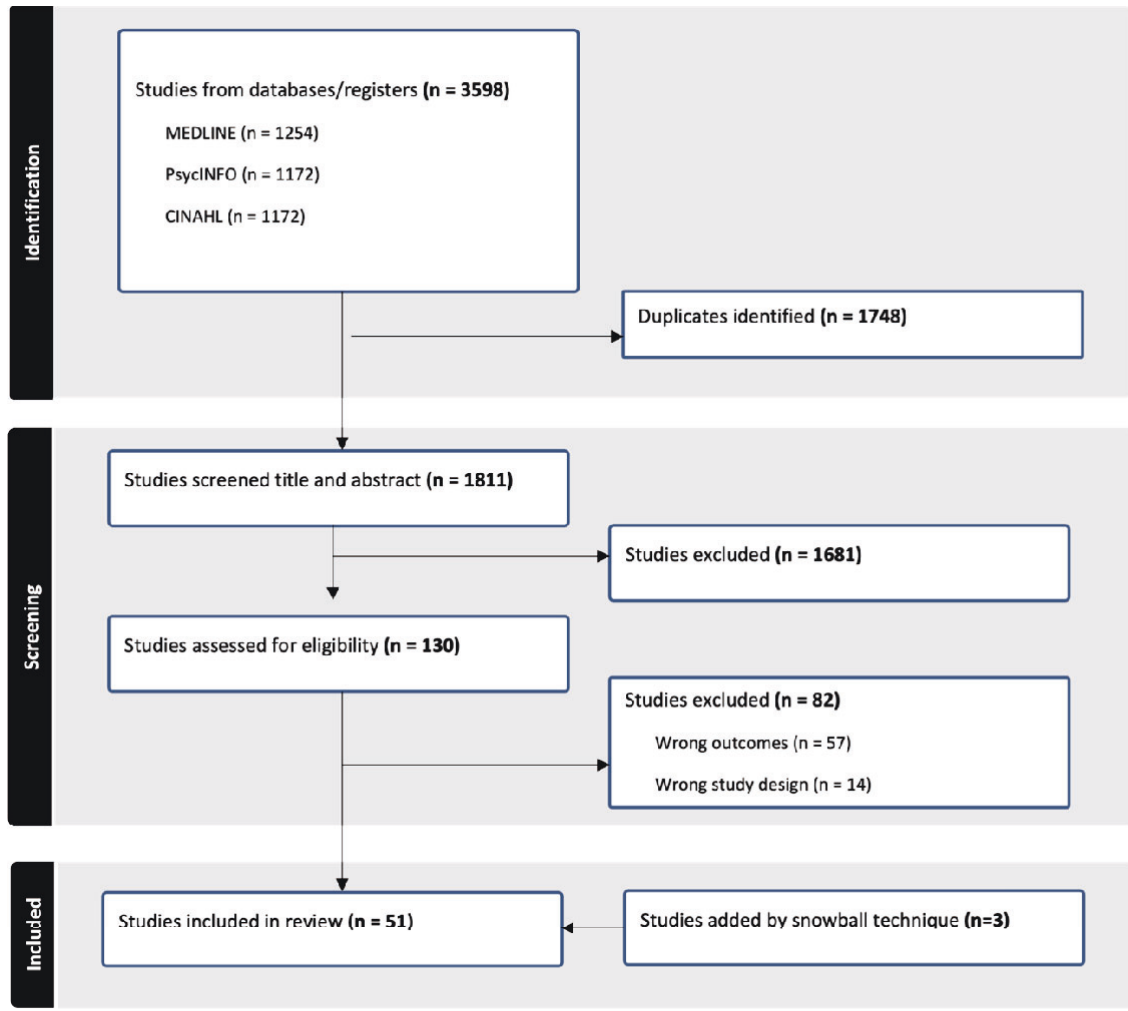


Figure 1. – Flow diagram of studies included

Strengths in functional abilities

No mention of strengths relating to a specific functional skill was found in any of the reviewed studies. However, some studies mentioned the parents' motivation to care for their children and their love for them (Bartsch et al., 2015a, 2016; Lumsden et al., 2018).

Difficulties in functional abilities

Attending to the child's basic needs

The studies frequently refer to parents' difficulty in *attending to the child's basic needs*. They report, for example, that parents with BPD find it difficult to prioritize meeting the need of their children before their own, or that care is provided without adequately consideration of the child's rhythm. These difficulties are generalized to all basic needs, such as feeding, sleeping or hygiene. The table 3 in appendix report the difficulties in this domain and the studies where the data was extracted.

Research shows that a parent's inability to meet needs can be defined as a physical or emotional absence. For example, periods of hospitalization and substance abuse (Desrosiers et al., 2018; Lumsden et al., 2018), likely to occur in people with BPD, can prevent parents from being physically present for the child. Furthermore, some BPD symptoms may lead the parent to perceive him/herself as a bad parent due to a split self-image or to experience the child's needs as a persecutory (Aidane et al., 2009; Wendland et al., 2014) or invasive (Newman, 2015b; Wendland et al., 2014). These perceptions may lead the parent to withdraw emotionally from the relationship and to neglect the child's needs. Several studies point out that difficulties in meeting needs are also explained by impulsivity, and the difficulty in adequately picking up on and identifying the child's signals when the parent is invaded by his/her own affects (Apter- Danon & Candilis-Huisman, 2005; Lumsden et al., 2018).

Moving the Child

Only one article presenting a case study of a mother and her 1-year-old child mentioned the parent's difficulties in *moving the child*, i.e positioning, handling, lifting, and carrying the child. This article mentions a mother's atypical and dangerous way of holding her child (See Table 4 in appendix).

Providing Materially for the Child

Several studies mention the difficulty some parents with BPD have to provide materially for the child (see Table 5 in appendix) It was reported that impulsivity makes it difficult to plan a long—term budget (Desrosiers et al., 2018) and to adhere to it and that impulsive purchases are sometimes the result of emotional distress (Desrosiers et al., 2018). These parents' difficulties can also hinder long-term job retention (Bartsch et al., 2015a), placing them in a precarious financial situation. Moreover, substance use habits of some parents may result in high costs, making it difficult for them to meet their children's basic needs (Bartsch et al., 2015a)

Managing the Child's health and protecting from harm

Several articles mention the parents' difficulty to provide the child a safe environment, both physically and socially, and to ensure their children obtain proper health care (see Table 6 in appendix). Among the explanations frequently reported, parents with BPD find it especially difficult to adequately assess the level of danger of a situation in relation to the child's development (Bartsch et al., 2015a; Desrosiers et al., 2018; Dunn et al., 2020). Similarly, the child's prolonged physical and relational proximity may be experienced as invasive (Aidane et al., 2009) and could explain periods of disengagement from monitoring. Excessive consumption (Desrosiers et al., 2018) and dissociative episodes (Apter-Danon & Candilis-Huisman, 2005) impair the parent's ability to monitor the child and to react appropriately. Protecting children and managing their health requires consistency, which can be affected by challenges related to emotional regulation, as well as impulsivity (Laporte, 2007; Netherton & Rohr, 2022; Newman & O'Shaughnessy, 2015). As a result, the level of supervision and house rules in place can be extremely unstable. Difficulties in following a routine or schedule can pose a major obstacle to the child's ability to obtain medical care (Desrosiers et al., 2018; Wendland et al., 2014), including regular treatment and showing up to appointments at expected times.

In addition, parents with BPD may be more likely to expose their children to adults who could compromise their safety. Experiences of abuse and trauma (Chelbowski, 2013; Kowalenko et al.,

2013; Newman, 2015b; Newman & Stevenson, 2005) and a high sensitivity to rejection may affect their assessment of inappropriate behaviors in relationships. Sexually promiscuous behavior (Aidane et al., 2009) and relationships associated with addiction (Bartsch et al., 2015a; Laporte, 2007) increase the frequency of potentially unsafe relationships for children.

Communicating With the Child

Several articles described that miscommunication frequently happened between parents with BPD and their child (see Table 7 in appendix). According to Geerling and colleagues (2019), individuals with BPD may have communication difficulties with their children as a result of cognitive invasion of their thoughts (Geerling et al., 2019). Interactions can also be destabilizing for the child; they are described as marked by more pauses and discontinuous silence, leading to confusion in their interactions, which are also less frequent. Some studies have shown that the prosodic elements of parents with BPD's interactions are unpredictable (Delavenne et al., 2008; Dominguez et al., 2014; Geerling et al., 2019; Hobson et al., 2009), with their volume alternating from very low to very loud, and their tone ranging from crooning to hostile within the same interaction.

Communication can be even more difficult when the child is not yet able to speak. Some parents with BPD do not know how to connect with their child at this early stage of development. These parents' understanding of their children's emotional communication may also be impaired (Kowalenko et al., 2013; Newman & Stevenson, 2005).

Playing and engaging in Child-focused leisure

Several studies report the difficulties that parents with BPD have in playing with their children (see table 8 in appendix). Many mothers reported that they had not learned to play themselves, and therefore, had no positive role models for how to play with their child (Dominguez et al., 2014; Newman & Stevenson, 2008a). Having to play with the child also seems to trigger a strong sense of injustice in parents who didn't experience having a parent with whom to play (Newman

& Stevenson, 2008a).

Letting a child play involves letting them explore their environment and tolerating not being the object of the child's attention for some time (Dominguez et al., 2014). This individuation process has been observed to trigger fears of abandonment in parents with BPD. Difficulty in mentalizing thoughts and emotions, and in interpreting the child's non-verbal messages, can limit the parent's ability to adjust play to the child's rhythm, interests and abilities (Aidane et al., 2009; Desrosiers et al., 2018; Dominguez et al., 2014; Wendland et al., 2014).

Providing the Child With emotional support and stability

Parents with BPD struggle with being a positive emotional support for the child, especially when the child is experiencing strong emotions (see table 9 in appendix). Many parents have difficulty fully understanding their children's emotions (Aidane et al., 2009; Bartsch et al., 2015a; Dunn et al., 2020; Elliot et al., 2014; Newman & Stevenson, 2005) and may attribute false intentions (Aidane et al., 2009; Dominguez et al., 2014), which can prevent them from responding appropriately and sensitively. In addition, parents with BPD may be so preoccupied with the intensity of their own emotions (Bartsch et al., 2016; Dunn et al., 2020; Jaimee L Francis et al., 2023; Geerling et al., 2019; Genet et al., 2014; Kiel et al., 2017; Newman & Stevenson, 2005), particularly anger (Kowalenko et al., 2013), that they become mentally unavailable to others. To support a child emotionally, the parent must be stable. High levels of affective instability (Dominguez et al., 2014), difficulties in forming a stable image of the child (Newman & O'Shaughnessy, 2015) and splitting in their self-image (Apter-Danon & Candilis-Huisman, 2005) of prevent parents from offering this stability. Many parents experience the child's close proximity as demanding and intrusive (Newman, 2015b; Newman & Stevenson, 2008a; Zalewski et al., 2015). It can be difficult for parents with BPD to tolerate the child's affect (Newman & O'Shaughnessy, 2015). These parents may identify with the child's emotion and experience it intensely themselves (Newman & O'Shaughnessy, 2015). They may also interpret their children's anger as a rejection that triggers their high sensitivity to abandonment, leading to an excessive response on their part (Newman, 2015a; Newman & Stevenson, 2005).

Consequently, as the parent fails to establish sufficient emotional stability, we may observe a role reversal, i.e., the child begins adopting behaviors to protect or control the parent or the parent's more or less explicitly conscious behaviour, asking the child to take care of him or her (Aidane et al., 2009; Bartsch et al., 2015a, 2016; Kowalenko et al., 2013; Macfie et al., 2017; Newman & O'Shaughnessy, 2015; Wendland et al., 2014; Zalewski et al., 2015).

Teaching and facilitating the child's learning

Supporting the child's development, being a positive role model and facilitating the child's schooling can be challenging tasks for parents with BPD (see Table 10 in appendix). Parents with BPD may believe that a good parent does not experience any confrontation with their child and aims to avoid it. This manifests itself in difficulties in setting and maintaining limits despite the child's frustration (Desrosiers et al., 2018). The lack of appropriate parental role models may also explain parents' struggle with setting appropriate limits (Bartsch et al., 2015a). In addition, parents with BPD are very sensitive to rejection, and may interpret any attempt at autonomy by the child as rejection (Apter-Danon & Candilis-Huisman, 2005; Bartsch et al., 2015a; Chelbowski, 2013; Desrosiers et al., 2018; Dunn et al., 2020; Netherton & Rohr, 2022; Wendland et al., 2014). These parents may therefore unintentionally inhibit any attempt at autonomy, or at least not encourage it.

These parents may also be limited in their ability to understand their child's developmental stages and may have unrealistic developmental expectations (Aidane et al., 2009; Bartsch et al., 2015a; Desrosiers et al., 2018). Mentally representing the child's subjectivity (Wendland et al., 2014) can also be a challenge, preventing parents from understanding the motives behind their child's behaviors. Without a clear understanding of their motive, the parent's response to the child's behavior may be inadequate.

Parents with BPD may themselves have difficulty maintaining a routine and healthy lifestyle habits. They may, therefore, find it difficult to teach their children (Desrosiers et al., 2018). As previously mentioned, parents with BPD may struggle with tolerating the delay in gratification of their needs (Desrosiers et al., 2018). This can also result in a lack of educational consistency and neglect of the child's educational needs. High emotional variability also undermines consistency (Bartsch et al., 2016). As a result, difficulties in managing their own emotions and maintaining healthy habits (Bartsch et al., 2015a, 2016) limit their ability to model appropriate behaviors. Difficulties communicating and expressing emotions cause some parents to struggle with expressing affection to their child (Desrosiers et al., 2018).

Parents may show little interest in stimulating the child (Desrosiers et al., 2018) and therefore fail to perform this task. Excessive drinking can also make the parent physically and emotionally unavailable (Dominguez et al., 2014).

Creating a supportive environment for the Child

Parents with BPD sometimes find it difficult to provide a stable, developmentally supportive environment and secure routines for the child (see Table 11 in appendix). Managing routines was frequently reported as difficulty since parents with BPD often have few routines for themselves (Aidane et al., 2009) and demonstrate behavioral instability (Bartsch et al., 2015a; Desrosiers et al., 2018). In the study by Dunn et al. (2020), clinicians reported that some parents relied on a strategy of overplanning routines and could find themselves completely unprepared for the unexpected, unable to demonstrate flexibility. The physical exhaustion sometimes described by parents with BPD, as well as drug and alcohol abuse (Desrosiers et al., 2018) could also partly explain their struggle with carrying out household chores. Difficulties in paying the rent and in tolerating long stays in the same place result in changing homes often, requiring the frequent adaptation of the child (Desrosiers et al., 2018).

Managing the Child's social networks

The child's social network can serve as a safety net for the child. For children of parents with BPD, this network is frequently lacking (see Table 12 in appendix). These parents may tend to socialize little with other parents, and therefore can struggle to provide their child outside socialization and play sessions with other children. The rivalry and jealousy they experience in relationships is highlighted as an important reason for terminating relationships (Aidane et al., 2009), as is social anxiety (Bartsch et al., 2016) and frequent interpersonal conflict (Bartsch et al., 2015a; Desrosiers et al., 2018; Netherton & Rohr, 2022).

Discussion

The present study reviewed current knowledge about functional strengths and difficulties in parenting occupations for individuals with BPD.

Although studies sometimes mention the parents' motivation and their positive feelings towards their children, the studies reviewed to date have unfortunately not documented the specific strengths in parenting skills of this clientele since the focus of these studies were to document parents' difficulties. This also reflects a broader issue in research on people with BPD. Indeed, Masland et al. (2022) describes how many articles adopt a negative and stigmatizing view of this population. In order for research to adhere to the philosophy of recovery, it is necessary for the literature to also address the strengths of parents with BPD that can be capitalized on to reflect the foundation of the recovery approach: emphasizing human potential over disorder or deficits and promoting a culture and language of hope and optimism (Commission de la santé mentale du Canada, 2015), which represents the first dimension of recovery. Without proper documentation of these strengths in research, it can be more difficult for occupational therapists to assess and capitalize on them during their interventions.

Difficulties were identified in the 10 domains of occupation of the POP model. In interpreting these results, it is important to bear in mind that, within the BPD population, there is a diversity

of clinical presentations in terms of symptomatology and severity. Thus, not all parents with BPD will present all the difficulties described, nor will they be affected with the same intensity. A wide spectrum of symptom severity was included in the articles reviewed. While some parents lost custody of their children due to significant difficulties, others maintained custody while pursuing therapy for several years. Other studies recruited participants from the general population with several traits associated with BPD. Difficulty in providing the child emotional support and stability was the most frequently reported difficulty among parents with BPD. This finding is consistent with the theory of BPD developed by Linehan (2018), which describes BPD as a difficulty primarily involving emotional regulation. In this vein, it makes sense that a parent who has difficulty regulating his or her own emotions would have difficulty offering emotional support to the child. The frequency of this difficulty is also not surprising, considering the provenance of the articles included in this review; 90% were journal articles published in the field of psychology or psychiatry, which explains their focus on the impact of BPD symptoms and their interest in emotional processes.

Interestingly, the articles reviewed do not describe parents' inability to perform tasks per se, but rather to perform them at the right time and in response to the child's needs. Parental competence is therefore not assessed in terms of a circumscribed moment of performance, but rather in terms of being able to meet the child's needs over an extended period (Aidane et al., 2009; Desrosiers et al., 2018; Wendland et al., 2014). Intervention aimed at supporting the development of parenting skills should therefore not be aimed at improving knowledge or task performance in a controlled context.

Our results support the needs to develop interventions to help parents: improve their cognitive and emotional availability, to reduce their mood-driven behaviors, to balance their need for closeness with their fear of abandonment, to modify certain misperceptions, and to build a supportive social network to be able to respond consistently to their child's needs on a daily basis and in their living environment.

Being sufficiently available cognitively and emotionally

Emotional dysregulation is defined as affecting all domains of the POP model, except for *moving the child*. To respond to the child's needs, the parent must have the cognitive capacity and availability to adequately identify the needs and implement the appropriate response. From a neurophysiological standpoint, high emotional activation limits the performance of executive functions (Cohen et al., 2016). Parental strengths could be masked by their emotional and cognitive unavailability. Thus, learning to regulate one's emotional responses provides greater access to cognitive functions to appropriately recognize, process and respond to the child's needs.

Reducing mood-driven behaviors

The reviewed studies highlight the need for a parent to have and respect a long-term vision, as conceptualized in the POP model, which argues that meeting the child's present needs must be accompanied by consideration of the future (Lim et al., 2022). Impulsivity in parents with BPD, however, is reported as the cause of their difficulties in all areas of the POP framework. This is not surprising, given that behavioral instability is a central feature of BPD (Linehan, 2018). These difficulties reflect a phenomenon frequently observed in this clientele; their mood-driven behaviors (Linehan, 2018). Linehan (2018) explains how ineffective attempts to regulate emotions result in great behavioral instability in parents with BPD, due to their difficulty in directing their behaviors towards a long-term goal. As described in the results, impulsivity can have direct consequences for the child's safety, such as causing financial difficulties and interfering with the child's material needs (Bartsch et al., 2015a; Desrosiers et al., 2018). Another manifestation of this problem reported in the articles is that parents alternately do either too much or too little (Aidane et al., 2009; Bartsch et al., 2015a, 2016; Desrosiers et al., 2018; Laporte, 2007). In any given situation, they may have completely opposite reactions from one moment to the next—a parent may impose much stricter limits when upset, but no longer impose them when experiencing a pleasant emotion. This may explain children's unstable mental representation of their parent, as evidenced by their insecure attachment patterns (Eyden et al., 2016).

Encouraging autonomy and tolerating dependence

Fear of abandonment also pervades 8 of the 10 domains in the model, i.e., all domains except *providing materially for the child* and *communicating with the child*. Learning goes hand in hand with gradual emancipation from one's parent. Thus, each new skill acquired can be experienced by the parent as a threat of abandonment, leading them to discourage the child's attempts at autonomy (Stepp et al., 2012b). On the other hand, parents with BPD may quickly feel overwhelmed by the physical and emotional proximity of the child (Aidane et al., 2009) and may become cognitively and emotionally unavailable to the child, detaching themselves from the relationship. Parents then face a dilemma between maintaining dependence or encouraging independence too quickly.

Conflicts or disagreements, while normal in all parent-child relationships, may be perceived by parents with BPD as rejection or a threat of abandonment. This interpretation is consistent with the fears of abandonment characteristic of the disorder (American Psychiatric Association, 2013b), as well as with their frequent experience of breaking significant ties (Clifton et al., 2007). These parents may have difficulty differentiating between normal and pathological behaviors in their children and may fail to recognize that phases of opposition and individuation are part of a child's healthy development (Aidane et al., 2009; Chelbowski, 2013).

Modifying misperceptions

Misperceptions of danger could be explained by their own experiences of trauma and abuse. Childhood maltreatment generates biases in the processing of social information (St-Laurent et al., 2022). In addition, the repeated invalidation experienced by parents with BPD results in difficulties trusting these perceptions (Linehan, 2018). Parents with BPD may therefore find it difficult to confidently apply limits based on their interpretation of the situation and may struggle to strike a balance between excessive permissiveness and authoritarian control (Aidane et al., 2009; Bartsch et al., 2015a, 2016; Desrosiers et al., 2018; Laporte, 2007).

Inappropriate behaviors can be modified by helping parents modify erroneous beliefs about their

children's emotions and needs. Given that parents with BPD have difficulty perceiving their own emotions, it is not surprising that it is difficult for them to identify them in others. Moreover, to develop the cognitive ability to interpret the causes of other people's behaviors (i.e., to mentalize), we need to have had our own needs mentalized and met by others. Many parents with BPD have not experienced a caregiver who consistently and appropriately mentalized their needs (Fonagy et al., 2015). Several authors hypothesize that difficulties in sustaining emotional regulation and validating their children is a central mechanism in the intergenerational transmission of the disorder that can be modified (Stepp et al., 2012a).

Building a supportive social network

Our review describes parental isolation, characterized by a poor social network, frequent conflicts and a rapid breakdown of relationships (Bartsch et al., 2015a, 2016; Chelbowski, 2013; Dunn et al., 2020; Netherton & Rohr, 2022). Interacting with children and adults beyond the family is essential for the development of a child's social skills. Building a social network is all the more important in the context of family vulnerabilities (Hamelin-Brabant et al., 2015). It provides the child with role models other than the parent and builds a social safety net that ensures continuity of care for the child in the event of a breakdown in the parent's functioning. The members of this social net can act as resilience tutors, i.e., a trusted person who helps the child learn about and use internal and external resources, acting as a basis of stability (Cyrulnik & Jorland, 2012).

The interactional nature of difficulties

The reviewed articles highlight the dyadic nature of parents' difficulties, which can generate deficits in the child, thus further increasing the demands on the parents. Furthermore, when basic needs are not adequately met, the child's ability to regulate emotionally, play and learn is restricted (Tyng et al., 2017). This makes it harder for the parent to help the child regulate and develop. This situation also arises when the parent's communication is hostile, unpredictable and discontinuous; the child then withdraws from the interaction and may present communication disorders, making the challenge of understanding them even greater. This can create a vicious

circle as described by the transactional model (Kiel et al., 2011).

What the Included Studies did not mention

The included studies did not, however, testify to parents with BPD's *playfulness* in daily tasks, i.e., their ability to integrate playful aspects and a positive, creative attitude into daily tasks and interactions with their children. However, the data show that parental playfulness reduces children's emotional distress and promotes children's ability to adapt (Shorer et al., 2021), while also fostering the development of the parent-child relationship.

It is surprising that previous research did not mention the difficulties involved in shared custody, although a high proportion of these families are separated (Skodol et al., 2002), and shared custody is extremely complex, emotionally charged and challenging even for people with good interpersonal and emotional skills. These difficulties merit further investigation, given the known impact of separation conflicts on children (McIntosh, 2003).

Methodological limitations and strengths of the study

This review highlights methodological limitations of studies examining the functional abilities of parents with BPD. Firstly, men and fathers are largely underrepresented. Although, to our knowledge, there are no precise statistics on the proportion of fathers with BPD, the prevalence of BPD in the community is expected to be equivalent for men and women (Lenzenweger et al., 2007). However, research on BPD is generally characterized by a large over-representation of white women (Masland et al., 2022). This sampling bias therefore limits the application of the results to all parents with BPD.

Secondly, this review highlights the need for studies with greater ecological validity, given that no articles used structured observation outside therapy or laboratory setting. However, considering the context sensitivity of parenting tasks, it is reasonable to believe that their performance could

be significantly different in the actual parenting context. Moreover, a large proportion of the studies reviewed do not describe any methodology and are solely based on clinical cases or expert opinion. It is therefore not possible to determine whether their findings are comprehensive and free from bias, which limits their credibility. It is therefore necessary for future research to conduct studies that are more inclusive in terms of their sample, conducted in a real-life context, and based on a rigorous methodology.

In addition, paper selection process was validated by a second reviewer but was mostly carried out by a single author, representing a risk of bias in selection. Moreover, this review includes studies of highly variable quality, twenty-one of which have no described methodology. There are also significant variations across studies in the criteria used to confirm BPD or to determine the level of BPD symptom. As a result, participants' levels of functioning may be difficult to compare across studies.

The present review has a number of strengths, including the use of several databases and an unrestricted search strategy that enabled us to identify a large number of articles. This strategy was particularly relevant given that the articles did not clearly identify that they dealt with functional abilities in their abstracts or keywords. Thus, a search strategy that was too restrictive in its keywords would have failed to detect all relevant articles. In addition, articles reporting the perspective of parents, clinicians and researchers' observations were included to obtain a variety of viewpoints and a more complete picture of the parents' difficulties.

Implication for occupational practice

The majority of occupational therapy studies on parenting target empowering the parent to meet the needs of the child (Graham F et al., 2013; Jaffe E & Johnson JA, 2014; Koscinski C, 2016), or concerns the rehabilitation of parents with physical disabilities (Lampe A. et al., 2019 ; Wint AJ et al., 2016). This article's results supports the relevance of the occupational therapist's role with this clientele. Indeed, important and diversified functional difficulties reported can be targeted by occupational therapists and be directly part of the parent's intervention plan.

However, interventions with parents affected by mental health disorder are not yet supported by scientific evidence (College of Occupational Therapists, 2006; Hackett & Cook, 2016). A study on OTs' perception of their role with parents with mental health disorders reveals that they consider parenting a meaningful occupation (Hackett & Cook, 2016). They report limited interventions beyond emotional support to help these clients in fulfilling their role as a parent (Hackett & Cook, 2016). They recognize that parenting occupations were rarely targeted in their treatment plans. Lack of guidelines or training in this area were perceived as barriers explaining their uncertainty about either their current role or the potential for occupational therapists to do more in this area (Hackett & Cook, 2016). This review can serve as a basis for developing interventions for parents with BPD, since it describes the relevant skills and occupations that should be targeted by occupational therapists to support parents with BPD.

Conclusion

In sum, the present narrative synthesis identified difficulties experienced by parents with BPD in all areas of the POP framework. This study highlights the need to improve the methodological quality of studies in this field of research and that future studies should ensure the recruitment of both mothers and fathers and consider the real-life context of parents with BPD. This article also supports the development of specific interventions based on improving parent's availability, reducing mood-driven behaviors, managing fear of abandonment, modifying common misperception and developing a positive and stable network.

REFERENCES

- Ackerson, B. J. (2003). Coping with the dual demands of severe mental illness and parenting: The parents' perspective. *Families in Society, 84*(1), 109–118.
- Aidane, É., Wendland, J., Rabain, D., & Marie, P. (2009). Un suivi thérapeutique atypique : co-constructions thérapeutiques de la relation précoce d'une mère borderline et son bébé. *La Psychiatrie de l'Enfant, 52* (1), 131-166.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®*. American Psychiatric Pub.
- Apter-Danon, G., & Candilis-Huisman, D. [2005]. A challenge for perinatal psychiatry: Therapeutic management of maternal borderline personality disorder and their very young infants. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation, 2*[5], 302–314.
- Bartsch, D. R., Roberts, R. M., Davies, M., & Proeve, M. [2015]. Borderline personality disorder and parenting: Clinician perspectives. *Advances in Mental Health, 13* [2], 113–126. <https://doi.org/10.1080/18387357.2015.1065554>
- Bartsch, D. R., Roberts, R. M., Davies, M., & Proeve, M. [2016]. Understanding the experience of parents with a diagnosis of borderline personality disorder. *Australian Psychologist, 51* [6], 472–480. <https://doi.org/10.1111/ap.12174>
- Braun, V. et Clarke, V. [2012]. Thematic analysis. Dans APA handbook of research methods in psychology, Vol 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological. [p. 57–71]. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13620-004>
- Chelbowski, S. M. [2013]. The borderline mother and her child: a couple at risk. *American Journal of Psychotherapy, 67*[2], 153–164.
- Clifton, A., Pilkonis, P. A., & McCarty, C. [2007]. Social networks in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 21*[4], 434–441.
- Cohen, A. O., Dellarco, D. V., Breiner, K., Helion, C., Heller, A. S., Rahdar, A., Pedersen, G., Chein, J., Dyke, J. P., & Galvan, A. (2016). The impact of emotional states on cognitive control circuitry and function. *Journal of cognitive neuroscience, 28*[3], 446–459.
- College of Occupational Therapists. (2006). Recovering ordinary lives: the strategy of occupational therapy in mental health services 2007–2017, results from service user and carer focus groups. College of Occupational Therapists.
- Cyrułnik, B., & Jorland, G. (2012). *Résilience connaissances de base*. Odile Jacob.
- Delavenne, A., Gratier, M., Devouche, E., & Apter, G. (2008). Phrasing and fragmented time in “pathological” mother-infant vocal interaction. *Musicae Scientiae, Special Issue, 47-70*. <https://doi.org/10.1177/1029864908012001031>
- Desrosiers, L., Laporte, L., & Lacombe, J. (2018). Défis occupationnels des mères présentant un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse. *Recueil annuel en ergothérapie, 10*.
- Dittrich, K., Bempohl, F., Kluczniok, D., Hindi Attar, C., Jaite, C., Fuchs, A., Neukel, C., Herpertz, S. C., Brunner, R., Winter, S. M., Lehmkuhl, U., Roepke, S., Kaess, M., Heim, C., & Boedeker, K. (2019). Alterations of empathy in mothers with a history of early life maltreatment, depression, and borderline personality disorder and their effects on child psychopathology. *Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1017/S0033291719001107>

- Dominguez, S., Apter, G., & Devouche, E. (2014). Le suivi précoce d'une mère borderline et déprimée et de son bébé. L'interaction sous les regards croisés du clinicien et du chercheur. [Follow-up of a borderline and depressed mother with her infant: Looking at the interaction with both eyes of research and clinics.]. *Devenir*, 26 (2), 81-103. <https://doi.org/10.3917/dev.142.0081>
- Dunn, A., Cartwright-Hatton, S., Startup, H., & Papamichail, A. (2020). The parenting experience of those with borderline personality disorder traits: Practitioner and parent perspectives. *Frontiers in Psychology*, 11, 1913.
- Elliot, R. L., Campbell, L., Hunter, M., Cooper, G., Melville, J., McCabe, K., Newman, L., & Loughland, C. (2014, Jan-Feb). When I look into my baby's eyes . . . infant emotion recognition by mothers with borderline personality disorder. *Infant Mental Health Journal*, 35(1), 21–32. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1002/imhj.21426>
- Eyden, J., Winsper, C., Wolke, D., Broome, M. R., & MacCallum, F. (2016). A systematic review of the parenting and outcomes experienced by offspring of mothers with borderline personality pathology: Potential mechanisms and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 47, 85–105.
- Fonagy, P., Luyten, P., & Bateman, A. (2015). Translation: Mentalizing as treatment target in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(4), 380.
- Francis, J. L., Sawyer, A., Roberts, R., Yelland, C., Drioli-Phillips, P., & Sved Williams, A. E. (2023). Mothers with borderline personality disorders' experiences of mother—infant dialectical behavior therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 79(5), 1245–1260.
- Geerling, I., Roberts, R. M., & Sved Williams, A. (2019, 05). Impact of infant crying on mothers with a diagnosis of borderline personality disorder: A qualitative study. *Infant Mental Health Journal*, 40(3), 405–421. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1002/imhj.21776>
- Genet, M.-C., Golse, B., Devouche, E., & Apter, G. (2014). Psychopathologie, attachement et devenir des enfants de mères présentant un trouble de personnalité borderline/état — limite : Une revue de la littérature. [Psychopathology, attachment and outcomes of children whose mothers present borderline personality disorder: A review of the literature.]. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 57 (1), 259-329. <https://doi.org/10.3917/psye.571.0259>
- Graham F, Rodger S, & Ziviani J. (2013). Effectiveness of occupational performance coaching in improving children's and mothers' performance and mothers' self-competence. (Report). *AJOT: American Journal of Occupational Therapy*. , 67(1), 10.
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Markowitz, J. C., Sanislow, C., Ansell, E., Pinto, A., & Skodol, A. E. (2011). Ten-Year Course of Borderline Personality Disorder: Psychopathology and Function From the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 827–837. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>
- Hackett E, & Cook S. (2016). Occupational Therapists' Perceptions of How They Support the Parenting Role of Mental Health Service Users Who Have Children. *Occupational Therapy in Mental Health*, 32(1), 32–49.
- Hamelin-Brabant, L., de Montigny, F., Roch, G., Deshaies, M.-H., Mbourou-Azizah, G., Borgès Da Silva, R., Comeau, Y., & Fournier, C. (2015). Vulnérabilité périnatale et soutien social en

- période postnatale : une revue de la littérature. *Santé publique* (1), 27-37.
- Hobson, R. P., Patrick, M. P., Hobson, J. A., Crandell, L., Bronfman, E., & Lyons-Ruth, K. (2009). How mothers with borderline personality disorder relate to their year-old infants. *British Journal of Psychiatry*, 195 (4), 325–330.
- Hong, Q. N., Pluye, P., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M.-P., Griffiths, F., & Nicolau, B. (2018). Mixed methods appraisal tool (MMAT) *Registration of copyright*, 1148552 (10).
- Jaffe E, & Johnson JA. (2014). Health Promotion for Babies and Their Parents: Starting a Developmental Enrichment Clinic. *Models of Occupational Therapy Practice*. In Johnson (Ed.), *Health Promotion and Preventive Programs* (pp. 27–38). Routledge.
- Javaras, K. N., Zanarini, M. C., Hudson, J. I., Greenfield, S. F., & Gunderson, J. G. (2017, 06). Functional outcomes in community-based adults with borderline personality disorder [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Journal of Psychiatric Research*, 89, 105–114. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.01.010>
- Kiel, E. J., Gratz, K. L., Moore, S. A., Latzman, R. D., Tull, M. T., Kiel, E. J., Gratz, K. L., Moore, S. A., Latzman, R. D., & Tull, M. T. (2011). The impact of borderline personality pathology on mothers' responses to infant distress. *Journal of Family Psychology*, 25(6), 907–918. <https://doi.org/10.1037/a0025474>
- Kiel, E. J., Viana, A. G., Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2017). Emotion Socialization Strategies of Mothers With Borderline Personality Disorder Symptoms: The Role of Maternal Emotion Regulation and Interactions With Infant Temperament. *Journal of Personality Disorders*, 31(3), 399–416.
- Koscinski C. (2016). *The parent's guide to occupational therapy for autism and other special needs: practical strategies for motor skills, sensory integration, toilet training, and more*. (2nd ed.). Jessica Kingsley Publishers.
- Kowalenko, N. M., Mares, S. P., Newman, L. K., Sved Williams, A. E., Powrie, R. M., & van Doesum, K. T. M. (2013, 01 Jan). Family matters: Infants, toddlers and preschoolers of parents affected by mental illness. *Medical Journal of Australia*, 199 (3 Supplement 1), 14–17. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5694/mja11.11285>
- Lampe A., Gabriel L., & Blanchard S. (2019). Practice, Knowledge and Needs of Occupational Therapy Practitioners Providing Services to Parents with Physical Impairments: A Pilot Study. *Occupational Therapy In Health Care*, 33(3), 233–246.
- Laporte, L. (2007). A serious challenge for youth protection services: intervening with parents suffering from borderline personality disorder (BPD). [French] [Un défi de taille pour les centres jeunesse. Intervenir auprès des parents ayant un trouble de personnalité limitée.]. *Santé Mentale au Québec*, 32 (2), 97-114.
- Larivière, N., Desrosiers, J., Tousignant, M., & Boyer, R. (2010). Exploring social participation of people with cluster B personality disorders. *Occupational Therapy in Mental Health*, 26(4), 375–386.
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62(6), 553–564.
- Lim, Y. Z. G., Honey, A., & McGrath, M. (2022). The parenting occupations and purposes conceptual framework: A scoping review of 'doing' parenting. *Australian Occupational*

- Therapy Journal*, 69(1), 98–111.
- Linehan, M. M. (2018). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Publications.
- Lumsden, V., Kerr, S., & Feigenbaum, J. (2018). “It makes me not worthy to be a father from time to time”: the experiences of fathers with a diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Family Studies*, 24(2), 109–125.
- Macfie, J., Kurdziel, G., Mahan, R. M., & Kors, S. (2017, 12). A Mother’s Borderline Personality Disorder and Her Sensitivity, Autonomy Support, Hostility, Fearful/Disoriented Behavior, and Role Reversal With Her Young Child [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Journal of Personality Disorders*, 31(6), 721–737. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1521/pedi.2017.31.275>
- Masland, S. R., Victor, S. E., Peters, J. R., Fitzpatrick, S., Dixon-Gordon, K. L., Bettis, A. H., Navarre, K. M., & Rizvi, S. L. (2022). Destigmatizing Borderline Personality Disorder: A Call to Action for Psychological Science. *Perspectives on Psychological Science*, 17456916221100464.
- McGrath, M., Honey, A., Codd, Y., Rider, J. V., Morrison, R., Abizeid, C. M., Zein, H., Tan, H. L., Sim, S. S. et Wan Yunus, F. (2024). Every parent matters: The value of a parent-centric approach to supporting parenting occupations and roles. SAGE Publications Sage UK: London, England
- McIntosh, J. (2003). Enduring conflict in parental separation: Pathways of impact on child development. *Journal of Family Studies*, 9(1), 63–80.
- Netherton, E., & Rohr, J. (2022). Motherhood and the 4 Symptom Domains of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Times*, 39(6), 18–19.
- Newman, L. (2015a, Dec). Parents with Borderline Personality Disorder—approaches to early intervention. *Australasian Psychiatry*, 23(6), 696–698. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1177/1039856215614988>
- Newman, L. (2015b). Parents with borderline personality disorder—Approaches to early intervention. *Australasian Psychiatry*, 23(6), 696–698.
- Newman, L., & O’Shaughnessy, R. (2015). Parenting and borderline personality disorder. In *Parental psychiatric disorder: Distressed parents and their families*, 3rd ed. (pp. 163–173). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107707559.017>
- Newman, L., & Stevenson, C. (2005). Parenting and borderline personality disorder: Ghosts in the nursery [Review]. *Clinical child psychology and psychiatry*, 10(3), 385–394. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1177/1359104505053756>
- Newman, L., & Stevenson, C. (2008). Issues in infant—parent psychotherapy for mothers with borderline personality disorder. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 13(4), 505–514. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1177/1359104508096766>
- Pierce, D. (2009). Co-occupation: The challenges of defining concepts original to occupational science. *Journal of Occupational Science*, 16(3), 203–207.
- Popay, J., Roberts, H., Sowden, A., Petticrew, M., Arai, L., Rodgers, M., Britten, N., Roen, K., & Duffy, S. (2006). Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews. A product from the ESRC methods programme Version, 1(1), b92.
- Shorer, M., Swissa, O., Levavi, P., & Swissa, A. (2021). Parental playfulness and children’s emotional regulation: the mediating role of parents’ emotional regulation and the

- parent—child relationship. *Early Child Development and Care*, 191 (2), 210–220.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Dyck, I. R., Stout, R. L., Bender, D. S., Grilo, C. M., Shea, M. T., Zanarini, M. C., & Morey, L. C. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159 (2), 276–283.
- St-Laurent, D., Dubois-Comtois, K., Milot, T., & Cantinotti, M. (2022). La maltraitance : perspective développementale et écologique. In D. St-Laurent, K. Dubois-Comtois, & C. Cyr (Eds.), *La maltraitance : perspective développementale et écologique*. Presses de l'Université du Québec.
- Stepp, S. D., Whalen, D. J., Pilkonis, P. A., Hipwell, A. E., & Levine, M. D. (2012a). Children of mothers with borderline personality disorder: identifying parenting behaviors as potential targets for intervention. *Personality Disorders: Theory, Research, & Treatment*, 3(1), 76–91. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1037/a0023081>
- Stepp, S. D., Whalen, D. J., Pilkonis, P. A., Hipwell, A. E., & Levine, M. D. (2012b). Parenting behaviors of mothers with borderline personality disorder: A call to action. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(1), 104–106. <https://doi.org/10.1037/a0026086>
- Sved Williams, A., & Apter, G. (2017). Helping mothers with the emotional dysregulation of borderline personality disorder and their infants in primary care settings. *Australian Family Physician*, 46(9), 669–672.
- Tyng, C. M., Amin, H. U., Saad, M. N., & Malik, A. S. (2017). The influences of emotion on learning and memory. *Frontiers in Psychology*, 1454.
- Wendland, J., Brisson, J., Medeiros, M., Camon-Sénéchal, L., Serres, J., Cohen, D., & Rabain, D. (2014). Mothers with borderline personality disorder: Transition to parenthood, parent—infant interaction, and preventive/therapeutic approach. 21, 139–153. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12066>
- Whitley, R., & Drake, R. E. (2010). Recovery: a dimensional approach. *Psychiatric Services*, 61(12), 1248–1250.
- Wint AJ, Smith DL, & Iezzoni LI. (2016). Mothers With Physical Disability: Child Care Adaptations at Home: Official Publication of the American Occupational Therapy Association. *The American journal of occupational therapy*, 70(6).
- Zalewski, M., Stepp, S. D., Whalen, D. J., & Scott, L. N. (2015, 01 Jun). A Qualitative assessment of the parenting challenges and treatment needs of mothers with borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25(2), 71–89. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/a0038877>

Annexe

Tableau 2. – Difficulties associated with the domain of attending to the child’s basic needs

Attending to the child’s basic needs
Being physically present for the child (Bartsch et al., 2015a, 2016)
Checking the child’s condition regularly (Chelbowski, 2013; Desrosiers et al., 2018)
Putting the child to bed at times that respect his/her need for sleep (Desrosiers et al., 2018; Newman & Stevenson, 2008a; Wendland et al., 2014)
Letting the child sleep (Aidane et al., 2009; Desrosiers et al., 2018)
Managing the child’s personal hygiene (Desrosiers et al., 2018)
Changing the child’s diapers (Wendland et al., 2014)
Dressing the child (Bartsch et al., 2015a; Desrosiers et al., 2018)
Feeding the child when he/she is hungry (Wendland et al., 2014)
Providing sufficient quantities of nutritious food (Bartsch et al., 2016 ; Desrosiers et al., 2018)
Preparing meals (Desrosiers et al., 2018)
Breastfeeding the child (Arnold, 1985; Newman & Stevenson, 2008a)

Tableau 3. – Difficulties associated with the domain of Moving the child

Moving the child
Carrying the child safely (Wendland et al., 2014)

Tableau 4. – Difficulties associated with the domain of Providing materially for the child

Providing materially for the child
Providing food for the child (Bartsch et al., 2015a, 2016; Desrosiers et al., 2018)
Providing school supplies (Bartsch et al., 2015a; Desrosiers et al., 2018)
Providing adequate housing (Bartsch et al., 2016)

Tableau 5. – Difficulties associated with the domain of Managing the child’s health and protecting from harm

<u>Managing the child’s health and protecting from harm</u>
Monitoring the child adequately (Aidane et al., 2009; Desrosiers et al., 2018)
Intervening when a child behaves dangerously (Newman & O’Shaughnessy, 2015)
Allowing the child to be independent when it is safe to do so (Dunn et al., 2020)
Creating a hazard-free environment (Aidane et al., 2009)
Identifying suitable adults to whom the child can be exposed (Bartsch et al., 2015a; Feldman et al., 1995; Macfie & Kurdziel, 2020; Newman, 2015b; Newman & O’Shaughnessy, 2015)
Not exposing child to sexual behavior (Aidane et al., 2009)
Not exposing child to physical abuse (Bartsch et al., 2015a, 2016; Feldman et al., 1995; Kowalenko et al., 2013; Macfie & Kurdziel, 2020; Newman, 2015b; Newman & Stevenson, 2005)
Seeking medical attention for the child (Desrosiers et al., 2018)
Administering the child’s medication properly (Desrosiers et al., 2018)
Carrying out medical check-ups with diligence (Desrosiers et al., 2018)
Carrying out prenatal care (Apter & Sved Williams, 2018; Wendland et al., 2014)
Adopting healthy lifestyle habits to promote healthy fetal development (Netherton & Rohr, 2022)

Tableau 6. – Difficulties associated with the domain of communicating with the child

<u>Communicating with the child</u>
Adopting a tone of voice consistent with the situation (Dominguez et al., 2014)
Communicating an appropriate vocal rhythm (Delavenne et al., 2008; Dominguez et al., 2014; Hobson et al., 2009)
Engaging in rich verbal exchanges (Dominguez et al., 2014)
Interpreting the child's signals correctly (Kowalenko et al., 2013; Newman & Stevenson, 2005)
Engaging in mutual gazing (Newman & Stevenson, 2008a; Wendland et al., 2014)
Smiling at the child (White et al., 2011)
Getting the child's attention (Chelbowski, 2013)

Tableau 7. – Difficulties associated with the domain of playing and engaging in child-focused leisure

<u>Playing and engaging in child-focused leisure</u>
Matching play to child development (Aidane et al., 2009; Dominguez et al., 2014; Wendland et al., 2014)
Tolerating physical proximity to the child (Dominguez et al., 2014)
Accepting to share the child’s attention (Dominguez et al., 2014)
Understanding the child’s intentions in play (Aidane et al., 2009; Newman & Stevenson, 2008a)
Engaging regularly in play (Aidane et al., 2009; Dominguez et al., 2014; Dunn et al., 2020; Newman & Stevenson, 2008a; White et al., 2011)
Letting the child lead play (Bartsch et al., 2016; Dominguez et al., 2014)
Using behaviors that help children feel secure and valued (Wendland et al., 2014)
Respecting interpersonal boundaries during play (Hobson et al., 2005; Newman & O’Shaughnessy, 2015)

Tableau 8. – Difficulties associated with the domain of providing the child with emotional support and stability

<u>Providing the Child With emotional support and stability</u>
Having positive interactions with child (non-hostile) (Aidane et al., 2009; Bartsch et al., 2015a; Danti et al., 1985; Dominguez et al., 2014; Elliot et al., 2014; Feldman et al., 1995; Hoivik et al., 2018; Horsley, 2013; Kluczniok et al., 2018; Newman, 2015b; Newman & Stevenson, 2008a; Newman et al., 2007; Sved Williams & Apter, 2017; Wendland et al., 2014; Whalen et al., 2015)
Being consistent and predictable in interactions (Apter-Danon & Candilis-Huisman, 2005; Bartsch et al., 2016; Dominguez et al., 2014; Newman, 2015b; Newman & Stevenson, 2005; Wendland et al., 2014; Zalewski et al., 2015)
Establishing positive physical contact (without intrusion) (Dominguez et al., 2014)
Tolerating physical proximity to the child (Dominguez et al., 2014)
Soothing the child (Aidane et al., 2009; Apter & Sved Williams, 2018; Geerling et al., 2019; Kiel et al., 2022; Sved Williams & Apter, 2017)
Identifying the child’s emotions correctly (Bartsch et al., 2015a; Dittrich et al., 2019; Dominguez et al., 2014; Dunn et al., 2020; Elliot et al., 2014; Le Nestour, 2004 ; Marcoux et al., 2017; Newman, 2015b; Newman & O’Shaughnessy, 2015; Newman & Stevenson, 2005; Newman & Stevenson, 2008a; Schacht et al., 2013 ; Whalen et al., 2015)
Communicating love and esteem (Dunn et al., 2020; Kiel et al., 2022; Wendland et al., 2014)
Showing interest in the child and his/her activities (Dominguez et al., 2014; Wendland et al., 2014)

Tolerating the child's prolonged presence (Newman & Stevenson, 2008a; Sved Williams & Apter, 2017)
Demonstrating emotional sensitivity (Crandell et al., 2003; Dominguez et al., 2014; Hobson et al., 2005; Hobson et al., 2009; Kiel et al., 2011; Nanzer, 2019; Newman et al., 2007; Wendland et al., 2014)
Using healthy emotional socialization strategies (Kiel et al., 2017)
Imitating the child's expressions (White et al., 2011)

Tableau 9. – Difficulties associated with the domain of teaching and facilitating the child’s learning

<u>Teaching and facilitating the child’s learning</u>
Staying consistent with rules and limits (Aidane et al., 2009; Bartsch et al., 2015a, 2016; Desrosiers et al., 2018; Laporte, 2007)
Supporting the learning of emotion regulation strategies (Stepp et al., 2012a)
Monitoring and supporting schooling (Desrosiers et al., 2018; Dominguez et al., 2014)
Helping with homework (Desrosiers et al., 2018)
Facilitating the child’s exploration of the environment (Apter & Sved Williams, 2018; Apter—Danon & Candilis-Huisman, 2005 ; Desrosiers et al., 2018 ; Le Nestour et al., 2007 ; Wendland et al., 2014)
Matching demands and communication to development (Aidane et al., 2009 ; Bartsch et al., 2015a ; Desrosiers et al., 2018)
Facilitating autonomy (Apter-Danon & Candilis-Huisman, 2005 ; Bartsch et al., 2015a ; Chelbowski, 2013 ; Dunn et al., 2020 ; Le Nestour et al., 2007 ; Netherton & Rohr, 2022 ; Wendland et al., 2014)
Being a role model for the child (Bartsch et al., 2015a, 2016; Stepp et al., 2012a)
Disciplining the child (Bartsch et al., 2016)
Tolerating periods of opposition (Aidane et al., 2009; Chelbowski, 2013)
Managing problematic behavior (Newman & Stevenson, 2008a)
Encouraging the child (Desrosiers et al., 2018)

Tableau 10. – Difficulties associated with the domain of creating a supportive environment for the child

<u>Creating a supportive environment for the child</u>
Providing a stable home (Bartsch et al., 2015a, 2016; Desrosiers et al., 2018)
Carrying out household tasks (Desrosiers et al., 2018 ; Le Nestour et al., 2007)
Implementing and maintaining routines (Aidane et al., 2009; Bartsch et al., 2015a, 2016; Dunn et al., 2020; Newman & Stevenson, 2008a)
Creating a space to play (Aidane et al., 2009)

Tableau 11. – Difficulties associated with the domain of managing the child’s social network

<u>Managing the child’s social networks</u>
Providing outside socialization (Bartsch et al., 2016; Desrosiers et al., 2018)
Maintaining harmonious relationships with the adults in the child’s life (Aidane et al., 2009; Bartsch et al., 2015a)
Building a positive social network (Bartsch et al., 2015a, 2016; Chelbowski, 2013; Dunn et al., 2020; Netherton & Rohr, 2022)

1.1.5 Impacts du TPL du parent chez l'enfant

Les enfants des parents présentant un TPL présentent des risques accrus au niveau de la santé fœtale, du développement des relations sociales, des difficultés émotionnelles internalisées et externalisées, des fonctions cognitives, de la santé mentale et sont plus à risque de vivre de l'abus ou de la négligence.

1.1.5.1 Risque accru pour la santé fœtale

Dès la grossesse et durant l'accouchement, le fait d'avoir une mère ayant un TPL augmente les risques pour la santé et le développement de l'enfant. En effet, les femmes ayant un TPL présentent davantage de risque de diabète de grossesse, de ruptures prématurées des membranes, de chorioamnionite, de thromboembolie veineuse et de naissance prématurée, augmentant les menaces pour la santé de l'enfant que la population générale (De Genna et al., 2012 ; Pare-Miron et al., 2016). Cela pourrait s'expliquer notamment par l'utilisation de tabac (Pare-Miron et al., 2016) et de drogue (Newman & Stevenson, 2008 b ; Pare-Miron et al., 2016) plus marqués chez cette population que dans la population générale, un stress élevé durant la grossesse (Pare-Miron et al., 2016) et une assiduité dans les soins prénataux variables (De Genna et al., 2012 ; Wendland et al., 2014). Ces mères sont à risque de poser des gestes physiquement autodestructeurs causant des risques pour le fœtus (Newman & Stevenson, 2008 a ; Pollock & Percy, 1999). De plus, la difficulté de régulation émotionnelle et l'impulsivité durant l'accouchement peuvent mener la mère et l'équipe médicale à choisir la césarienne (Pare-Miron et al., 2016), augmentant les risques de complication à la naissance (Słabuszewska-Józwiak et al., 2020).

1.1.5.2 Risque accru pour le développement des habiletés cognitives et sociales et l'attachement

Les enfants dont un parent présente un TPL démontrent davantage de symptômes cognitifs tels que des pensées clivées, des distorsions cognitives, de l'hypervigilance, de la dissociation, de la paranoïa et seraient plus à risque de présenter de faibles performances scolaires que les enfants des parents sans trouble de la personnalité (Bartsch et al., 2015b). Les enfants des parents ayant

un TPL présentent davantage de signes d'attachement désorganisés (Abela et al., 2005 ; Herr et al., 2008 ; Hobson et al., 2005 ; Macfie, 2009 ; Newman & Stevenson, 2005 ; Newman et al., 2007), et ce dès l'âge de 12 mois que les enfants dont les parents n'ont pas ces traits (Apter & Sved Williams, 2018). Dans les études réalisées, les enfants de mères ayant un TPL avaient des comportements d'attachement plus désinhibés envers des étrangers que les enfants de mères sans diagnostic ou avec un diagnostic de dépression (Lyons — Ruth et al., 2019). Ils avaient des attentes plus négatives envers leur relation avec leurs parents que lorsque le parent n'avait pas de TPL (Petfield et al., 2015). Les difficultés dans les habiletés sociales étaient plus grandes (Wichstrøm et al., 2023) chez les adolescents ayant un parent avec un TPL, la difficulté à se faire des amis était significative (Herr et al., 2008)

1.1.5.3 Risque accru pour les difficultés émotionnelles internalisées et externalisées

Les enfants dont un parent présentait un TPL manifestent davantage de difficultés de régulation émotionnelle que la population générale (Bartsch et al., 2015b ; Gratz et al., 2014 ; Johnson & Brennan, 2022 ; Macfie, 2009 ; Whalen et al., 2015). Ils décrivent fréquemment un sentiment de vide et une faible estime de soi (Bartsch et al., 2015b). Leur entourage rapporte également fréquemment l'utilisation d'actes autodestructeurs dès un jeune âge (Danti et al., 1985). De plus, ces enfants présentent davantage de difficulté de à nommer leurs émotions et à réfléchir sur leurs déclencheurs potentiels, deux habiletés clés du développement des capacités de mentalisation (Schacht et al., 2013). Les enfants de parent ayant un TPL présentent davantage de symptômes de TPL (Feldman et al., 1995 ; Johnson & Brennan, 2022 ; Kurdziel et al., 2018 ; Weiss et al., 1996) et de dépression (Abela et al., 2005) à l'âge adulte.

1.1.5.4 Risque de vivre de l'abus ou de la négligence

Les enfants ayant un parent ayant un TPL vivent davantage d'abus et de négligence (Bartsch et al., 2015 a, 2016 ; Horsley, 2013 ; Kurdziel et al., 2018 ; Laporte, 2007 ; Le Nestour et al., 2007 ;

Schittek et al., 2023) que les enfants de la population générale, que ce soit perpétré par un parent ou par une personne autre. Ils sont surreprésentés dans les services de protection de la jeunesse au Québec. En effet, il est estimé que les mères de 34 % des enfants suivis par la protection de la jeunesse répondraient aux critères diagnostics du TPL (Laporte et al., 2018).

1.2 Contexte d'interventions pour les parents ayant un TPL

1.2.1 Les enjeux de l'intervention auprès des personnes présentant un TPL

L'intervention auprès de parents ayant un TPL représente des défis cliniques importants. En effet, ils sont souvent considérés par les professionnels de la santé comme étant les plus difficiles à aider (Cleary et al., 2002 ; Cousineau, 1997 ; Koekkoek et al., 2006 ; Sulzer, 2015). Les professionnels associent les personnes ayant un TPL à des expériences plus négatives en thérapie et à des prédictions plus négatives de succès de la thérapie (McKenzie et al., 2022). Les intervenants rapportent avoir de la difficulté à suivre un plan d'intervention clair, car ils ressentent constamment le besoin d'intervenir sur les nouvelles urgences (Grenier Gauvin et al., 2021).

Dans plusieurs études, les professionnels rapportent vivre des expériences plus fortes et plus négatives de contre-transfert lors des rencontres avec les personnes ayant un TPL (Bessette, 2010 ; Betan et al., 2005 ; Bouchard, 2010 ; Cousineau, 1997 ; McKenzie et al., 2022 ; Normandin & Ensink, 2007) et rapportent se sentir plus inconfortables, frustrés, manipulés et moins engagés (Sansone & Sansone, 2013). Parmi les réactions contre-transférentielles fréquemment citées, on retrouve la peur, l'anxiété, la colère (Laporte et al., 2014), le doute de ses compétences, le désespoir, le sentiment d'échec et de culpabilité (Laporte & Baillargeon, 2005 ; Laporte et al., 2014). Pour plusieurs, cela peut se traduire en détresse émotionnelle dans le cadre de leurs interventions (Bourke & Grenyer, 2013 ; Laporte et al., 2014) se décrivant même comme étant

près de l'épuisement professionnel (Dawson, 1988 ; Denis, 1990 ; Fonagy & Bateman, 2006 ; Lafleur et al., 2004 ; Laporte et al., 2014 ; Le Nestour et al., 2007 ; Villeneuve, 2006).

Ces réactions peuvent nuire de façon importante aux interventions (Dawson, 1988 ; Denis, 1990 ; Fonagy & Bateman, 2006 ; Lafleur et al., 2004 ; Le Nestour et al., 2007 ; Villeneuve, 2006). En effet, les professionnels de la santé seraient plus rejetant et méprisant avec les personnes présentant un TPL (McKenzie et al., 2022), auraient davantage de réactions défensives et exprimeraient moins d'empathie (Sansone & Sansone, 2013). Des tensions dans l'équipe peuvent survenir et les intervenants peuvent être tentés d'abandonner (Laporte, 2007 ; Laporte et al., 2014 ; Sansone & Sansone, 2013) ou de surinvestir le suivi (Laporte et al., 2014). Les intervenants se sentent souvent mal équipés face à cette clientèle, ayant fréquemment bénéficié d'aucune formation spécifique ou d'une formation minimale et disposent de peu de soutien clinique s'appuyant sur des pratiques reconnues en matière de TPL (Laporte, 2007).

1.2.2 Les enjeux de l'intervention auprès des parents présentant un TPL

Ces enjeux sont d'autant plus marqués lorsque la personne ayant un TPL est un parent. Les intervenants ayant un mandat jeunesse travaillant avec ces parents se retrouvent face à un double mandat : pour aider l'enfant, ils doivent d'abord aider le parent à développer ses compétences parentales et le soutenir dans sa régulation émotionnelle avant de pouvoir intervenir efficacement (Grenier Gauvin et al., 2021 ; Laporte et al., 2014). Ces tâches ne sont toutefois pas toujours reconnues dans l'évaluation de leur charge professionnelle et n'ont pas nécessairement les outils et les formations nécessaires. En plus de cela, il peut être difficile pour les intervenants d'être confrontés aux conséquences des comportements problématiques de ces parents sur leurs enfants (Grenier Gauvin et al., 2021) et très anxiogène de devoir se prononcer sur les risques actuels et futurs pour ces enfants (Laporte et al., 2014).

1.2.3 Les formations disponibles pour les intervenants œuvrant auprès de parents ayant un TPL

Dans le cadre d'une revue de portée réalisée par Shah en 2023 en 18 formations sur le TPL offertes aux professionnels ont été recensées. Ces formations se basaient sur une vaste étendue de modèles théoriques dont la thérapie dialectique comportementale, la thérapie basée sur la mentalisation, le Good Psychiatric Management, le System Training for Emotional Predictability and Problem Solving, le programme Clinicians Connections, la théorie cognitive — comportementale, la théorie psychoanalytique ou sans décrire leurs inspirations théoriques (Shah, 2023). Parmi ces programmes de formation recensés, les objectifs incluaient l'amélioration des attitudes, des perceptions et la réduction du stigma, la modification des intentions comportementales, le développement des connaissances et des habiletés et la réduction du stress et de la dépression du professionnel (Shah, 2023). Aucune ne s'intéressait au soutien au rôle parental.

1.2.4 Contexte des services périnataux québécois

Afin de bien comprendre les résultats, il importe d'avoir une compréhension du contexte des services périnataux québécois. La période périnatale et la petite enfance est généralement une période de plus grande intensité de services (Gouvernement du Québec, 2024b). Ainsi de nombreuses opportunités de dépistage au niveau des vulnérabilités dans les compétences parentales sont présentes (Gouvernement du Québec, 2024b). Toutefois, les services aux enfants et les services au niveau de la santé mentale des parents sont souvent peu intégrés (Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, 2021). Bien que les services périnataux incluent également les services associés à l'aide à la conception, l'interruption volontaire de grossesse et les services de soutien au deuil périnatal, seuls les services post-conception et où un enfant est présent seront décrits considérant l'objet de la thèse.

Il est à noter que la présente thèse est rédigée dans un contexte de changement important dans

l'organisation des services périnataux au Québec. En premier lieu, le 14 avril 2023, le ministre responsable des services sociaux a aboli les protocoles bébés à naître puisqu'il a été jugé qu'ils étaient utilisés de façon discriminatoire envers certains groupes surreprésentés par la protection de la jeunesse (Cabinet du ministre responsable des Services sociaux, 2023). Ce mécanisme permettait aux DPJ de suivre un enfant avant sa naissance et d'informer les centres accoucheurs des actions à mettre en place (Cabinet du ministre responsable des Services sociaux, 2023). Le ministre a affirmé que ce protocole serait remplacé par des mesures de prévention et de promotion. Au moment d'effectuer les analyses de cette thèse, ces mesures n'ont pas été annoncées. Dans un deuxième lieu, en février 2022, le ministère de la Santé et des Services sociaux a mis en place l'Avis de grossesse provincial informatisé (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2022). Les mères sont invitées à déclarer elles-mêmes sur cette plateforme leur grossesse et à répondre à quelques brèves questions notamment concernant les difficultés financières et la sous-scolarisation afin « d'identifier les femmes enceintes le plus tôt possible au cours de leur grossesse afin de mieux cibler leurs besoins et leur offrir les services appropriés. » (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2022). Suite à la réception de cet avis, le CLSC local communique avec la femme pour approfondir les informations recueillies et l'orienter vers les services pertinents. Cette plateforme est une réponse partielle à la critique formulée dans le cadre de la commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse au fait

qu'il n'existe pas de repérage systématique pour un bon nombre des situations où les futurs parents présentent des facteurs de risque qui peuvent poser des entraves importantes à l'exercice de la parentalité (problèmes de santé mentale ou physique, dépendance, déficience intellectuelle) (Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, 2021).

En raison de sa nouveauté, nous ne connaissons pas la capacité de cette plateforme à rejoindre les femmes vulnérables ni son efficacité à identifier les facteurs de vulnérabilité.

1.2.4.1 Les suivis de grossesse

La vaste majorité des femmes québécoises reçoivent un suivi de grossesse de la part d'un groupe de médecine familiale, d'une sage-femme ou d'un gynécologue-obstétricien, pour la majorité dès leur premier trimestre. (Doré & Le Hénaff, 2024) Les suivis varient en fréquence et en durée. Alors que certains suivis ne durent que quelques minutes, certains professionnels offrent des suivis de 1 heure. Dans les dernières semaines de grossesse, il est fréquent que ces professionnels soient rencontrés toutes les semaines (Doré & Le Hénaff, 2024).

Selon la politique périnatale québécoise (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008), l'ensemble des CISSS ont la responsabilité de fournir de l'information durant la grossesse aux personnes enceintes et leurs conjoints. Cette offre peut toutefois être faite en personne, en groupe, en virtuel ou par la remise de documentation. Ce soutien peut donc être très variable selon le territoire. Toutefois, ce ne sont pas tous les parents qui profitent de ces services. En 2015, 40,2 % des parents de 0 à 5 ans n'avaient suivi aucun cours prénatal (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008).

1.2.4.2 Le suivi post-accouchement

Le séjour typique à l'hôpital est de 24 à 48 heures, selon l'état de la mère et du bébé (Doré & Le Hénaff, 2024). Un suivi dans les 72 heures au maximum suivant le retour à la maison est généralement organisé par une infirmière du CLSC ou une sage-femme est réalisé (Gamache & Poisant, 2016). Cette visite se fait au domicile de la famille. Il est ensuite recommandé que l'enfant soit par la suite rencontré par son médecin à 2 semaines, à 1 mois, à 2 mois, à 4 mois, à 6 mois, à 9 mois, à 12 mois et à 18 mois et 24 mois (Naître et grandir, 2024)

1.2.4.3 Services du CLSC

1.2.4.3.1 Équipes de services intégrées en périnatalité et pour la petite enfance

Des équipes de services intégrées en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) sont déployées dans l'ensemble des CISSS pour offrir des services débutants entre la 12^e semaine de grossesse et les 12 mois de l'enfant (Gouvernement du Québec, 2021). Ces services de haute intensité allient un volet de santé de l'enfant et un volet social pour la famille. Toutefois, les critères d'admission à ce programme ne permettent pas de desservir l'ensemble de la population présentant un TPL. En effet, les parents doivent être sous le seuil de faible revenu et présenter une faible scolarisation et un isolement social (Gouvernement du Québec, 2021).

1.2.4.3.2 Équipes Agir-tôt

Le programme Agir tôt s'adresse aux enfants de 0 à 5 ans et à leur famille (Gouvernement du Québec, 2024a). Il comporte trois missions : la surveillance de la population générale notamment par un questionnaire lors de la vaccination de 18 mois, un dépistage plus approfondi s'il y a des indices de difficultés et des interventions de divers professionnels pour soutenir le développement de l'enfant (Gouvernement du Québec, 2024a).

1.2.4.3.3 Équipes jeunes en difficulté

Les équipes jeunes en difficulté des CLSC visent quant à elles spécifiquement les enfants dont des problèmes développementaux, comportementaux ou d'adaptation sociale ont été observés ou qui présentent des risques de compromission de leur développement (Gouvernement du Québec, 2017). Ces services peuvent également viser les familles de ces jeunes et offrent les interventions suivantes : suivi psychosocial, réadaptation, programme d'intervention en négligence, programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu (Gouvernement du Québec, 2017).

1.2.4.4 Réseau communautaire

Un vaste réseau d'organismes communautaires a également pour mission de soutenir les familles durant la période périnatale et la petite enfance. Ces services comprennent la fondation OLO offrant une aide nutritionnelle aux familles, les maisons de la famille, les centres de pédiatrie sociale et les relevailles. Ces services sont généralement accessibles à la population générale sur une base volontaire et ont une intensité et une durée très variable. Ils comprennent fréquemment des groupes d'échange, des services d'écoute, de l'aide dans des tâches domestiques et des ateliers d'information. Toutefois, nous n'avons pu recenser d'organismes communautaires visant spécifiquement à soutenir les parents présentant un trouble de santé mentale.

1.2.4.5 Protection de la jeunesse

Les services de protection de la jeunesse, généralement utilisés comme service de dernier recours, permettent une évaluation des facteurs pouvant menacer le développement et la sécurité de l'enfant. Ils peuvent être offerts sur une base volontaire ou judiciairisée (Gouvernement du Québec, 2023). Ces services peuvent inclure des interventions individuelles ou de groupe aux parents, l'imposition de mesures légales au parent et le retrait complet ou partiel de la garde de l'enfant (Gouvernement du Québec, 2023)

1.3.4 L'accès aux services pour les parents ayant un TPL

1.3.4.1 Facteurs individuels

Les personnes ayant un TPL font face à des barrières supplémentaires à l'accès aux services. Le manque de confiance envers les intervenants et la faible estime de soi pourrait limiter la recherche d'aide (Apter-Danon & Candilis-Huisman, 2005) de même que le manque de connaissance sur les ressources disponibles (Boenisch-Alert et al., 2011) et la peur de la stigmatisation (Boenisch-Alert et al., 2011 ; Buist & Bilszta, 2011 ; Diaz-Caneja & Johnson, 2004). Pour les parents ayant une problématique de santé mentale, l'angoisse de perdre la garde de

leurs enfants est un souci majeur qui peut affecter leur disposition à obtenir de l'aide et à s'ouvrir à leurs intervenants (Bassett, 1999 ; Dolman et al., 2013 ; Khalifeh et al., 2009 ; McConachie & Whitford, 2009 ; Montgomery et al., 2006).

1.3.4.2 Facteurs organisationnels

1.3.4.2.1 Organisation des services

La difficulté du système à rejoindre les familles vulnérables est déplorée dans le rapport de la commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse sous la présidence de madame Régine Laurent (Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, 2021) qui énonce à la page 97 :

L'un des défis dans le domaine de la périnatalité et de la périnatalité consiste à rejoindre les femmes et les familles qui vivent dans des conditions qui les mènent à une situation de vulnérabilité. Les CISSS — CIUSSS rejoignent difficilement les femmes enceintes précocement. Elles consultent un médecin tardivement durant leur grossesse ou ne font pas appel aux services psychosociaux.

En effet, il n'existe pas de repérage systématique pour les situations à risque lors de la grossesse, dont la santé mentale (Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, 2021). Même lorsque rejointes, ces familles ne reçoivent pas nécessairement l'intensité des services dont ils auraient besoin en raison de difficultés organisationnelles dont les ressources humaines et la pression mis sur les intervenants et le sous financement des milieux communautaires (Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, 2021). De plus, des critères rigides de certains programmes dont le programme de Soutien intégré en périnatalité et à la petite enfance, excluent des parents qui ont de grands besoins, sans que ces parents puissent être redirigés vers des programmes équivalents (Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, 2021). Les services sociaux et de santé sont

divisés en programmes-clientèle qui identifient un bénéficiaire clair des services : l'enfant ou le parent. Très peu de services considèrent à la fois la parentalité et la santé mentale du parent (Nicholson et al. 2001) et le fait d'être parent n'est pas retenu comme critère de priorisation pour les services de santé mentale (Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, 2021). Ces parents peuvent donc se retrouver rapidement dans un vide de service.

1.3.4.2.2 Stigmatisation dans les organisations

Plusieurs personnes ayant un TPL décrivent être victimes de stigmatisation de la part des professionnels de la santé (Aguirre, 2016 ; Ferguson, 2016 ; Knaak et al., 2015 ; Ring & Lawn, 2019 ; Rogers & Dunne, 2011 ; Ungar et al., 2016). La présente section décrira le vécu de stigmatisation dans les soins des personnes ayant un TPL, ses origines et ses conséquences.

Lewis and Appleby (1988), résume le phénomène de responsabilisation découlant de la stigmatisation des personnes ayant un TPL ainsi : « les personnes étiquetées comme souffrant de troubles de la personnalité semblent se voir refuser les avantages d'être considérées comme malades, mais aussi le privilège d'être considérées comme normales. » Les professionnels ont tendance à interpréter que les comportements des personnes ayant un trouble de personnalité résultent d'un choix plutôt que de symptômes (Aviram et al., 2006 ; Ferguson, 2016 ; Lewis & Appleby, 1988 ; Ring & Lawn, 2019). De plus, l'idée que les personnes ayant un TPL sont manipulateurs était largement répandue à travers les cliniciens (Aviram et al., 2006 ; Greiner et al., 2023 ; Lewis & Appleby, 1988 ; Sansone & Sansone, 2013). Les tentatives de suicide étaient jugées chez le groupe ayant un trouble de la personnalité comme étant une recherche d'attention et non comme une réelle détresse.

Une étude de Lewis and Appleby (1988) a évalué la réaction de psychiatre à des vignettes identiques dont une comportait la mention d'un diagnostic de trouble de la personnalité. Les

psychiatres avaient davantage d'attitudes péjoratives et de jugement lorsque des cas fictifs qui leur étaient présentés contenaient le diagnostic de trouble de la personnalité. Ils les décrivaient alors comme étant manipulateur, difficiles à gérer, comme générant peu de sympathie, dérangeant et ne méritant pas les ressources. De plus, au sein même de leur éducation, les professionnels sont mis en contact avec des stigmas au travers les enseignements reçus et certains livres de référence d'auteurs respectés utilisant des termes connotés péjorativement tels que « manipulative », « needy », « clingy » et « attention seeking » (Aguirre, 2016). Les mères ayant de problèmes de santé mentale perçoivent qu'elles sont victimes de préjugés par leur entourage et les professionnels, les considérant par défaut comme des mères inadéquates (Ackerson, 2003 a ; Bournell, 2007 ; Diaz-Caneja & Johnson, 2004 ; Montgomery et al., 2011) à haut risque d'abuser leurs enfants (Nicholson et al., 1998).

La stigmatisation que vivent les personnes ayant un TPL de la part des professionnels de la santé peut résulter d'un manque de connaissance et d'habiletés cliniques (Aviram et al., 2006 ; Ring & Lawn, 2019 ; Ungar et al., 2016). La difficulté des cliniciens à comprendre les difficultés des personnes ayant un TPL, particulièrement à saisir l'intensité des leurs ressentis émotionnel, mène à une minimisation de leur souffrance (Aguirre, 2016). Cette stigmatisation peut être également être associée à un mécanisme de défense des cliniciens aux difficultés qu'ils expérimentent avec cette clientèle en thérapie, leur permettant de ne pas reconnaître les déficits dans leurs habiletés interpersonnelles (Aviram et al., 2006 ; Ring & Lawn, 2019).

Cette situation agit comme une barrière importante à l'accessibilité des soins et services tant pour elles que pour leurs enfants. En effet, plusieurs mères présentant des troubles de santé mentale rapportent avoir été victimes de préjugés dans les soins périnataux et pédiatriques (Ackerson, 2003 a ; Dolman et al., 2013 ; Krumm & Becker, 2006 ; Nicholson et al., 1998). Elles craignent que leur diagnostic ne soit utilisé contre elles par les professionnels pour justifier le retrait de la garde de leurs enfants (Ackerson, 2003a). De plus, au sein de ces services, les mères rapportaient avoir davantage de difficultés à recevoir des évaluations objectives et les services répondant à leurs

besoins (Treloar, 2009), à ce que leurs enfants reçoivent des services sous- optimaux, car les besoins et difficultés nommés par les mères n'étaient pas crus (Davies & Allen, 2007) et qu'elles soient rapidement tenues responsable des défis de leurs enfants (Nicholson et al., 1998).

Plusieurs cliniciens entretiennent à l'idée que les personnes ayant un TPL sont intraitables (Greiner et al., 2023 ; Ring & Lawn, 2019). Cela contribue également à la pauvreté des services qui leur sont offerts (Ring & Lawn, 2019) de même qu'un motif pour une fin rapide des services (Lewis & Appleby, 1988). Leurs plaintes concernant les services de santé reçus sont moins considérées (Rogers & Dunne, 2011), ce qui nuit au développement de services de qualité. Cette stigmatisation peut mener une distanciation du thérapeute face au client, ce qui peut être particulièrement nocif considérant la sensibilité au rejet des personnes qui ont un TPL (Aviram et al., 2006).

Malgré la possibilité pour les parents ayant un TPL d'accéder aux interventions générales pour les parents, les parents ayant un trouble de santé mentale bénéficieraient moins que les autres parents d'interventions traditionnelles visant le développement des compétences parentales (Maliken & Katz, 2013 ; Martin et al., 2017). Parmi les hypothèses explicatives se trouve l'association entre un trouble de santé mentale et un abandon de traitement, l'impact du trouble de santé mentale sur la capacité à assimiler les notions enseignées ou encore en impactant la capacité du parent à appliquer ces apprentissages en contexte réel de stress (Maliken & Katz, 2013).

1.3.5 Les interventions en parentalité pour les parents présentant un TPL

Parmi les interventions parentales développées pour les personnes ayant un TPL deux modèles d'intervention se dégagent ; la thérapie basée sur la mentalisation (MBT) et la thérapie comportementale dialectique (TCD).

La MBT est une approche d'orientation psychodynamique intégrant la théorie de l'attachement. Elle postule que les individus ayant un TPL éprouvent des difficultés significatives à mentaliser, c'est-à-dire à interpréter et comprendre les causes psychologiques de leur propre comportement et de celui des autres, de même que les pensées, les sentiments, les souhaits et les intentions sous-jacents. Les programmes s'appuyant sur la MBT offerts aux parents ciblent un plus grand recours à la mentalisation chez celui-ci. Les interventions visent à développer la capacité à comprendre et à interpréter adéquatement les états internes qui sous-tendent ses propres comportements et ceux de l'enfant afin ultimement de favoriser un attachement parent-enfant sécurisant (Bateman & Fonagy, 2003). Cinq interventions ont été élaborées à partir de cette théorie soit : *Minding the Baby* (Sadler et al., 2006), *Mentalization-based treatment for parents* (L. Nijssens et al., 2013 ; Liesbet Nijssens et al., 2013), *the Lighthouse Program* (Byrne et al., 2019), le *Cercle de sécurité parental* (Marvin et al., 2002), le projet Air (McCarthy et al., 2016) et le *Watch, Wait and Wonder* (Cohen et al., 1999). Ces interventions s'échelonnent sur des durées de plus de 5 mois à plusieurs années ce qui représente un défi de taille considérant la mobilisation des ressources nécessaires de même que les difficultés et les réticences de ces parents à s'engager à long terme (Maliken & Katz, 2013).

S'inscrivant dans un cadre théorique cognitif comportemental de troisième vague, la TCD est une approche soutenue par plusieurs auteurs pour le développement d'interventions destinées au parent ayant un TPL (Apter & Sved Williams, 2018 ; Bartsch et al., 2016 ; Ben-Porath, 2010 ; Martin et al., 2017 ; Zalewski et al., 2018). Une revue de portée réalisée en 2023 sur l'implantation d'intervention de DBT en contexte périnatal soutient que bien que les résultats soient peu nombreux, cette thérapie est adaptée pour répondre aux enjeux périnataux de la clientèle ayant un TPL (Hellberg et al., 2023). Dans ce modèle le TPL est considéré comme un trouble de la régulation. De nombreuses études ont démontré l'efficacité de la TCD auprès de la clientèle ayant un TPL pour augmenter la qualité de vie (Carter et al., 2010) et diminuer les symptômes (Carter et al., 2010 ; McMain et al., 2009 ; Soler et al., 2009). Cette approche postule que les enjeux vécus par les personnes ayant un TPL sont déterminés par des difficultés sévères de régulation émotionnelle lesquelles engendrent des réponses comportementales inefficaces (Lynch et al.,

2006). La théorie de l'intervention stipule que l'apprentissage d'habiletés spécifiques conduit à des réponses comportementales plus adaptées. Ces habiletés se déclinent en cinq groupes : la pleine conscience, l'efficacité interpersonnelle, la régulation des émotions, la tolérance à la détresse et la pensée dialectique. Un des postulats de cette approche est que l'ensemble des habiletés doivent être apprises dans tous les contextes pertinents. Il est donc important de permettre aux personnes ayant un TPL de bénéficier d'une intervention visant à développer ces habiletés pour les situations spécifiques liées au rôle parental. Six interventions basées sur la TCD ciblant les compétences parentales de personnes ayant un TPL ont été recensées (Desrosiers et al., 2019 ; J. L. Francis et al., 2023 ; Martin et al., 2017 ; Renneberg & Rosenbach, 2016 ; Sved Williams et al., 2021 ; Williams et al., 2021 ; Wilson & Donachie, 2018).

Martin et coll. (2017) ont développé une intervention de groupe de 2,5 heures/semaines en plus d'appels téléphoniques au besoin pour les parents ayant un TPL. Celle-ci s'échelonne sur 22 semaines et présente les 4 modules de la TCD (pleine conscience, efficacité interpersonnelle, régulation des émotions et tolérance à la détresse). Toutefois, le contenu n'a pas fait l'objet d'adaptation spécifique à la parentalité à l'exception de certains exemples donnés par les animateurs. Williams et al. (2021) ont développé également une intervention de groupe de 2,5 heures par semaine d'une durée de 25 semaines. Ce groupe inclut des habiletés des 4 mêmes modules de la TCD en plus d'une activité parent-enfant pour intégrer les habiletés apprises à chaque rencontre. L'étude de Wilson and Donachie (2018) a utilisé la TCD pour offrir une intervention de groupe de 12 semaines pour mère ayant des difficultés significatives de régulation émotionnelle, il ne cible donc pas spécifiquement les mères ayant un TPL. L'intervention développée par Renneberg and Rosenbach (2016) est un groupe se déroulant sur 12 semaines. Il cible les mères d'enfant de 0 à 6 ans. Il peut être offert selon différentes modalités soit en contexte d'hospitalisation en externe ou en contexte d'hébergement. L'étude de Francis et al. (2023) se démarque en ciblant spécifiquement les parents d'enfant de 0 à 3 ans. S'étalant sur 24 semaines, il inclut un service de garde durant le temps du groupe de même qu'une période de 15 minutes parent-enfant pour mettre en pratique les compétences acquises durant la rencontre.

Ainsi, plusieurs des programmes mentionnés ci-haut s'échelonnent sur de longues durées ce qui peut nuire à leur faisabilité considérant les ressources limitées dans le contexte de santé québécois et la difficulté de rétention des parents ayant un TPL. Au moment de débiter cette thèse, aucune d'entre elles ne ciblait spécifiquement la période périnatale, ce qui pouvait complexifier la généralisation des acquis de ces parents au contexte de leur parentalité et aucune à ce jour n'inclut la période prénatale. De plus, aucun n'inclut une modalité de soutien aux intervenants qui accompagnent les parents à l'extérieur des groupes, malgré les difficultés majeures recensées et la nécessité de continuité et de cohérence dans les interventions. Ces interventions rapportent des résultats préliminaires positifs pour les parents et les enfants, mais les évaluations ont été faites auprès de petits échantillons de parents et peu de données sur la relation parent-enfant ou les compétences parentales sont présentées. Certains auteurs soulèvent un écart entre les objectifs de la thérapie basée sur la théorie de l'attachement et les demandes de services des parents qui cherchent de l'aide pour améliorer leurs habiletés à répondre aux besoins de base de l'enfant au quotidien (Stepp et al., 2012a). Il est également postulé que la thérapie dialectique comportementale permettrait elle aussi de développer les habiletés de mentalisation du parent (Allen & Fonagy, 2006). Puisque la thérapie dialectique comporte plusieurs stratégies favorisant l'engagement des personnes ayant un TPL et qu'elle mise sur l'apprentissage d'habiletés pratiques et permet le développement de la mentalisation, la thérapie dialectique comportementale (TCD) sera utilisée pour ce projet.

1.3.6 Le programme Mon enfant et Moi

Le programme « Mon enfant et moi » a été développé pour les parents ayant un TPL et un enfant de 3 à 12 ans et répond à plusieurs de ces limites (Desrosiers et al., 2019). D'une durée de 10 semaines, il a pour but d'améliorer les interactions parent-enfant en se basant sur les meilleures évidences de la TCD. Le programme comporte 8 séances de thérapie de groupe d'une durée de 2 heures chacune où les parents apprennent des stratégies de chacun des 4 modules de la TCD et expérimentent par le biais d'exercices et de devoirs avec leurs enfants comment les

appliquer dans leur rôle parental. Les parents apprennent notamment à valider les émotions de leurs enfants, à s'arrêter avant de réagir et à identifier leurs émotions. Le programme comporte également 9 heures de formation aux intervenants afin de les aider à adopter des savoir-faire et savoir-être appropriés pour intervenir auprès de cette clientèle.

Une évaluation de ce programme a été réalisée auprès de 118 parents et 187 intervenants dans une variété de services, dont la première ligne à l'enfance, la protection de la jeunesse, la réadaptation adulte en dépendance et les services spécialisés en santé mentale adulte. Chez le parent, le programme a permis une amélioration significative de la capacité à mettre des limites à l'enfant et des habiletés à contrôler ses émotions et ses réactions face aux comportements difficiles de l'enfant, une plus grande acceptation et moins de jugements des comportements de l'enfant, de meilleures stratégies pour réguler ses émotions lors des interactions avec l'enfant, une amélioration significative de la réceptivité à recevoir de l'aide et une diminution significative de l'intensité des caractéristiques du TPL. Pour les intervenants, le programme a permis une amélioration des habiletés à réguler ses émotions en contexte d'intervention difficile, plus d'aisance à interagir avec les personnes présentant les caractéristiques du TPL et une meilleure alliance avec le parent présentant les caractéristiques du TPL (Desrosiers, 2023).

Toutefois, ce programme n'est pas adapté à la période périnatale et la petite enfance. En raison des spécificités de la période périnatale et la petite enfance, une adaptation est nécessaire. De plus, considérant la complexité de l'intervention et de la clientèle, de même que le peu de connaissances disponibles sur les besoins des parents ayant un TPL et de leurs intervenants durant la période périnatale et la petite enfance, une simple adaptation de contenu n'est pas suffisante.

1.3 Objectifs de la thèse

Ainsi cette thèse a pour objectif d'adapter le programme Mon enfant et moi à la période périnatale et la petite enfance. Afin de réaliser une adaptation rigoureuse et pertinente, il sera nécessaire de rendre explicites les composantes du modèle logique de l'intervention originale de même que les enjeux distincts qui devront être pris en considération pour l'adaptation du programme relatif à la période périnatale et la petite enfance.

Les objectifs spécifiques de la thèse se déclinent donc en quatre volets :

- A. Développer le modèle logique du programme original Mon enfant et moi ;
- B. Évaluer les forces et les besoins spécifiques des parents ayant un TPL durant la période périnatale et la petite enfance ;
- C. Évaluer les besoins de formation spécifiques des intervenants travaillant auprès des parents ayant un TPL durant la période périnatale et la petite enfance ;
- D. Décrire les obstacles à l'implantation d'une intervention des parents ayant un TPL durant la période périnatale et la petite enfance dans le contexte québécois.

Chapitre 2 — Cadré théorique

2.1 La parentalité

Lacharité et al. (2015) décline le concept de parentalité en trois axes : l'expérience parentale, la pratique parentale et la responsabilité parentale. L'expérience parentale comprend les attitudes, les croyances et les valeurs parentales, la satisfaction parentale, le sentiment d'efficacité parentale, le stress parental et la détresse parentale. Elle inclut également le vécu de collaboration face aux différents acteurs entourant le parent, dont le co-parent et les services éducatifs. Elle inclut donc les dimensions cognitives et affectives du rôle parental. La pratique parentale quant à elle représente l'axe comportemental de la parentalité. Elle comprend tant les actions directes que indirectes qui sont posées pour prendre soin de l'enfant de même que la disponibilité physique et psychologique du parent. Finalement la responsabilité parentale fait référence aux droits et devoirs d'un parent, de même que le statut socioculturel accordé par le fait d'être parent. Ainsi, la focale de cette thèse portera sur l'aspect de la pratique parentale de la parentalité. Toutefois, considérant l'interdépendance des trois axes, les deux autres axes de la parentalité seront également abordés comme influençant l'axe de la pratique parentale. En anglais, le terme de parentalité est décliné entre *parenthood* qui représente le statut de parent ou *parenting* qui représente l'exercice du rôle de parent (Lacharité et al., 2015). Cette thèse utilisera donc en anglais le terme de *parenting* qui traduit mieux l'objet de recherche qui est de s'intéresser aux comportements et attitudes des parents.

Afin d'explicitier davantage le concept de pratique parentale ou *parenting*, nous utiliserons le modèle conceptuel des occupations du *Parenting Occupation and Purpose (POP)* (Lim et al., 2022). Ce modèle, issu d'une recension de la littérature sur les occupations parentales présente dix domaines interreliés d'occupation parentale qui sont réalisés pour répondre aux besoins de l'enfant où plus d'une centaine de tâches parentales ont été regroupées. Ce cadre conceptuel conceptualise également la complexité associée aux occupations parentales, puisque pour effectuer chacune de ces tâches, le parent doit pouvoir « regarder à l'intérieur » de l'enfant, c'est

— à-dire de comprendre ses états internes, ses intentions et ses besoins de même que « regarder à l'extérieur » de l'enfant pour évaluer et réagir à l'environnement tant physique que social. De plus, ce cadre décrit comment dans chacune de ces actions, le parent doit être capable de se projeter pour faire des choix qui répondent aux besoins présents, mais également aux besoins futurs de l'enfant.

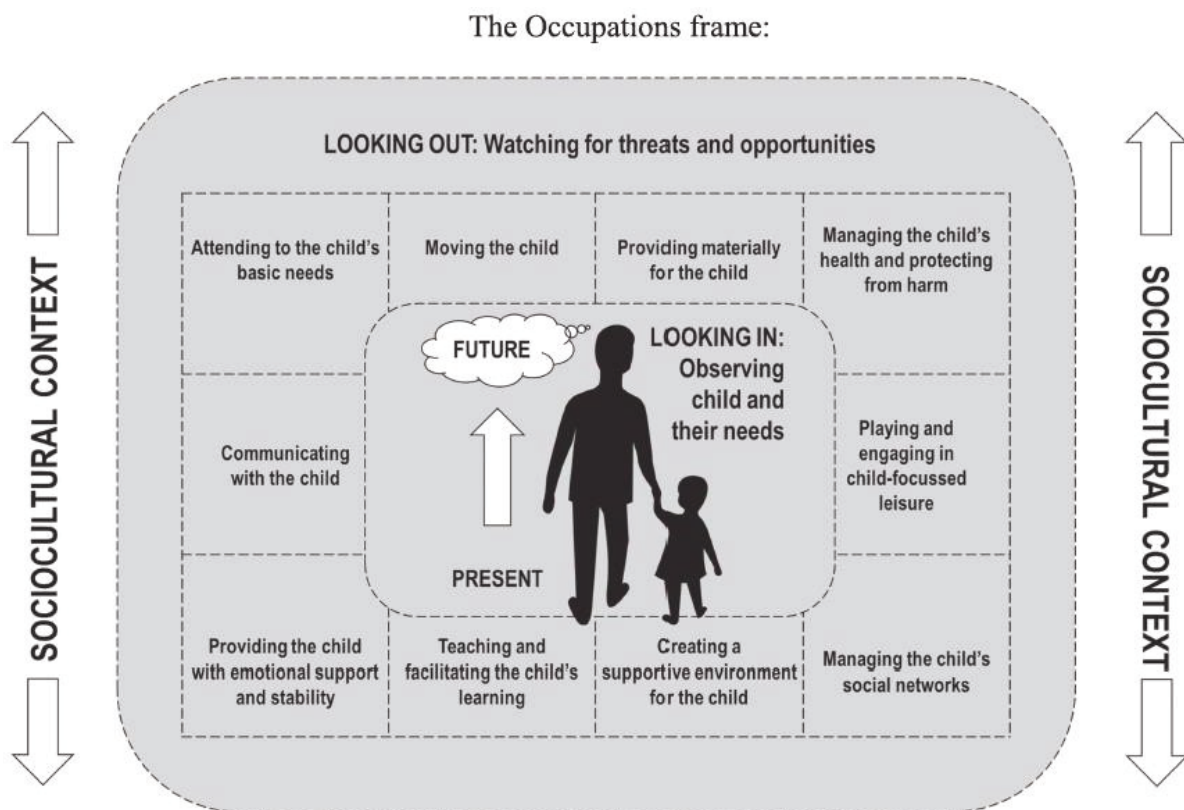


Figure 2. – The Parenting Occupation and Purpose Framework

2.2 Consolidated framework for implementation research

Le Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) est un cadre conceptuel qui vise à expliquer les barrières et les facilitateurs à une implantation efficace d'une intervention (Damschroder et al., 2022) au travers 39 construits répartis dans 5 domaines : les caractéristiques de l'intervention, le contexte externe, le contexte interne, les caractéristiques des individus et les processus (Damschroder et al., 2022), tel que présenté au tableau 12. Ce cadre est reconnu pour son exhaustivité (Damschroder et al., 2022), il s'agit en effet, d'une métathéorie qui a intégré les concepts de 19 autres théories d'implantation (Damschroder et al., 2009).

Tableau 12. – Construits du CFIR

Caractéristiques de l'intervention	A. Origine de l'intervention
	B. Qualité et force des preuves
	C. Avantages relatifs
	D. Adaptabilité
	E. Testée
	F. Complexité
	G. Qualité et présentation du modèle d'intervention
	H. Coûts
Contexte externe	A. Besoin des patients et ressources
	B. Réseau
	C. Pression des pairs

	D. Incitatifs ou politiques externes	
Contexte interne	A. Caractéristiques structurelles	
	B. Réseaux et communications	
	C. Culture	
	D. Climat d'implantation	1. Tension pour le changement
		2. Compatibilité
		3. Priorité relative
		4. Incitations et récompenses organisationnelles
		5. Objectifs et rétroactions
		6. Climat d'apprentissage
	E. Préparation à la mise en œuvre	1. Engagement des dirigeants
2. Ressources disponibles		
3. Accès aux connaissances et à l'information		
Caractéristiques des individus	A. Connaissances et croyances concernant l'intervention	
	B. L'auto-efficacité	
	C. Étape individuelle du changement	
	D. Identification individuelle avec l'organisation	
	E. Autres attributs personnels	

Processus	A. Planification	
	B. Implication	1. Leaders d'opinion
		2. Leaders internes formellement nommés pour la mise en œuvre
		3. Champions
		4. Agents de changement externes
		5. Participants à l'intervention
	C. Exécution	
D. Réflexion et évaluation		
E. Évolution		

Ce cadre permettra donc de mieux comprendre les facteurs facilitateurs et faisant obstacle à l'implantation d'une intervention pour les parents ayant un TPL durant la période périnatale et la petite enfance dans le contexte des services québécois. Cela permettra de les prendre en considération dans l'adaptation de l'intervention afin de mettre en place en amont des dispositifs permettant de favoriser sa faisabilité en contexte réel.

Chapitre 3 — Cadre méthodologique

La présente thèse s'inscrit dans le paradigme du réalisme critique et utilisera l'approche de l'évaluation réaliste faisant partie du courant de la 5^e génération de recherche-évaluation.

3.1 Réalisme critique

Le réalisme critique est issu d'une perspective critique de Roy Bhaskar, philosophe britannique, des deux paradigmes prédominants : le post-positivisme et le constructivisme (Clark et al., 2008 ; Sturgiss & Clark, 2020). Bhaskar défendait alors que la réalité ne pouvait ni être conçue comme uniforme et réduite à notre connaissance de cette réalité et ne pouvait pas être assimilée aux perceptions humaines que nous en avons (Archer et al., 2013). Le développement d'un nouveau paradigme s'imposait.

Le réalisme critique est dorénavant de plus en plus utilisé dans des domaines variés, notamment la recherche organisationnelle, les services sociaux et les soins de santé. Il est tout indiqué pour comprendre et adapter des interventions (Clark et al., 2008) et ce particulièrement lorsque ces interventions sont complexes et multifactorielles et que les cibles de changement sont des comportements (Clark et al., 2008), tel qu'il est le cas pour l'intervention *Mon enfant et moi*.

Le réalisme critique se démarque par sa conception des deux dimensions de la science très distinctes : le transitif et l'intransitif (Archer et al., 2013 ; Zachariadis et al., 2013). Il existe un monde réel qui est intransitif et l'humain en construit une représentation transitive qui est sujette à comporter plusieurs distorsions, notamment en raison du langage, du contexte social et du processus de création de sens (Craig & Bigby, 2015). Un autre fondement important du réalisme critique est le caractère distinct entre la structure et l'agentivité (*human agency*). L'agentivité se définit comme l'ensemble des choix, intentions, actions, pensées et perceptions des êtres humains (Houston, 2010). La structure quant à elle, représente l'organisation sociale dans

laquelle l'individu évolue incluant les patrons de comportement et les règles et les normes sociales (Houston, 2010). Ces structures sont considérées durables et difficilement mutables (Houston, 2010). Ces deux phénomènes interagissent pour former la réalité sociale.

3.1.1 Ontologie du réalisme critique

Le paradigme du réalisme critique se distingue dans sa conception du réel. Contrairement au paradigme positiviste, les réalistes critiques ne croient pas que la réalité puisse être complètement comprise et mesurée (Bhaskar, 1975). De plus, le réalisme critique ne considère pas comme dans le constructivisme que la perception que les sujets ont de la réalité et la réalité soit équivalente (Collier, 1994 ; Sturgiss & Clark, 2020). Dans le paradigme de réalisme critique, la réalité existe de façon indépendante de la perception humaine, tant dans le monde physique que dans les réalités sociales et culturelles (Archer, 1995 ; Bhaskar, 1975). Plus nos théories et nos analyses s'affinent, plus la perception du monde s'approche de la réalité, mais ne l'atteindra jamais (Houston, 2010).

Les réalistes critiques adoptent la conception d'une **ontologie stratifiée** en 3 niveaux : (1) le niveau empirique consiste aux événements vécus (2) le niveau actuel correspond aux événements qu'ils soient vécus ou non et (3) le niveau causal qui comprend les mécanismes non visibles qui génèrent les événements (Houston, 2010). C'est ce 3^e niveau qui intéresse particulièrement les chercheurs adhérant au réalisme critique. Bien qu'ils ne puissent être observés directement, ces mécanismes produisent des effets qui sont eux perceptibles et qui peuvent donc être étudiés.

Le réalisme critique emploie la vision d'une **ontologie émergente** (Clark et al., 2008). Ainsi, les différentes composantes de la réalité peuvent être hiérarchisées dans des structures allant de micro à macro. Bien que les structures macro découlent des structures micro, elles sont distinctes ne peuvent être réduites à une somme de structures micro (Byrne, 1998). Les réalistes critiques

acceptent donc une **ontologie de la complexité**. Ils considèrent la réalité comme un système ouvert et complexe qui est sujette à des influences multiples et cumulatives (Zachariadis et al., 2013).

Les réalistes critiques délaissent donc la causalité successive pour adopter une causalité générative (Pawson & Tilley, 1997). Ainsi, dans le réalisme critique contrairement à la causalité successive, les liens causaux ne sont pas un phénomène linéaire où une variable indépendante influence une variable dépendante. Il s'agit plutôt de mécanismes émergents (Clark, 2013), c'est — à-dire d'une synergie de facteurs dont le résultat est différent de la somme de l'influence individuelle de ces facteurs (Clark, 2013 ; Houston, 2010). Les réalistes critiques ne sont donc pas à la recherche de certitudes ni de règles universelles, mais plutôt de tendances ou de demi — régularités, c'est-à-dire un effet qui déclenche régulièrement un ou plusieurs mécanismes dans un contexte précis (Bhaskar, 1975 ; Rutzou, 2018).

3.1.2 Épistémologie

Les réalistes critiques adoptent l'épistémologie relativiste. Un de ces fondements est que les connaissances acquises ne peuvent être assimilées à la réalité. La réalité ne peut être comprise pleinement par les individus, car la connaissance que nous avons demeurera faillible, socialement construite et subjective (Bhaskar, 1975 ; Sturgiss & Clark, 2020). L'affinement des théories et des analyses permet toutefois de s'en approcher. Puisque les connaissances sont construites par des individus pour un but précis et dans un contexte spécifique, leurs véracités ne peuvent être qu'évaluées en fonction de leur contexte de construction (Brousselle & Buregeya, 2018). Les connaissances sont donc dites objective trans-positionnelles, c'est-à-dire qu'elles se situent dans le continuum entre objectivité et subjectivité qui comprend les perceptions, les valeurs et les jugements sur la réalité (Sen, 1993).

3.1.3 Rationalité du jugement

La troisième pierre angulaire du réalisme critique est la rationalité du jugement. Bien que les réalistes critiques adhèrent au pluralisme, c'est-à-dire que les opinions de chacun méritent ouverture et respect, ils n'adhèrent pas au relativisme absolu qui stipule que toutes les perceptions sont justes de façon équivalente. Une évaluation rigoureuse des différentes perceptions acquises et des différentes sources de données doit être effectuée afin de développer une théorie qui s'approche vraisemblablement le plus possible du réel (Al-Amoudi & Willmott, 2011). Une théorie peut être jugée plus favorablement en fonction des connaissances existantes, de sa capacité à décrire les phénomènes, sa cohérence ou son exhaustivité (Bhaskar, 1975 ; Scott, 2013). L'utilisation d'une méthodologie rigoureuse, l'intégration de multiples points de vue d'acteurs ayant un contexte et un point de vue différents sont à favoriser.

3.2 La recherche évaluative

Selon Champagne, Contandriopoulos, et al. (2011) à la page 63, : « la recherche évaluative vise à analyser, par des méthodes scientifiques valides et reconnues, le degré d'« adéquation » (la justesse des liens) entre les différentes composantes d'une intervention. Plus spécifiquement, elle vise à analyser la pertinence, la logique, la productivité, les effets et l'efficacité d'une intervention, ainsi que les relations existantes entre l'intervention et le contexte dans lequel elle se déroule. »

Cette thèse s'inscrit dans un paradigme de recherche-évaluation de 5^e génération, soit l'évaluation basée sur la théorie. Dans ce paradigme, l'efficacité n'est pas comprise en terme dichotomique ou comme un concept unique, mais plutôt comme une interaction complexe entre des personnes, un programme et un contexte (Clark et al., 2008). Ainsi, l'importance n'est pas accordée à l'évaluation de l'efficacité en soi, mais plutôt aux mécanismes et conditions qui rendent l'atteinte de ces résultats possibles ou non. Plutôt que de tenter de répondre à la question « Est-ce que l'intervention fonctionne ? » l'évaluation de 5^e génération permet de comprendre : « Qu'est-ce qui marche pour qui, quand et pourquoi ? » (Clark et al., 2008 ; Pawson

& Tilley, 1997). Ce nouveau paradigme vise donc à renforcer le pouvoir explicatif des évaluations. Elle met l'accent sur la nécessité du développement d'une théorie de programme afin de mener une évaluation rigoureuse d'une intervention complexe (Brousselle & Buregeya, 2018 ; Coryn et al., 2011). La recherche évaluative se décline en six types d'analyses : l'analyse stratégique, l'analyse logique, l'analyse de la production, l'analyse des effets ; l'analyse de l'efficience et l'analyse de l'implantation (Champagne, Contandriopoulos, et al., 2011). Cette thèse réalisera une analyse stratégique et une analyse logique de l'intervention, elle s'intéressera donc à l'élaboration d'une théorie du problème et son adéquation avec les objectifs du programme et à la validité théorique et opérationnelle du programme (Champagne, Contandriopoulos, et al., 2011).

3.3 Méthodologie de l'objectif A : Développer le modèle logique du programme Mon enfant et moi

Considérant le positionnement dans l'évaluation basée sur la théorie, il fait sens de débiter l'adaptation du programme par l'explicitation de la théorie du programme par le développement du modèle logique de l'intervention originale. En effet, puisque l'évaluation de 5^e génération s'intéresse aux mécanismes et conditions qui rendent l'atteinte de ces résultats possibles, l'élaboration du modèle logique était une méthode de choix puisqu'elle permet cette explicitation des mécanismes d'action et des conditions dans lesquelles ils peuvent se déployer (Rossi et al., 2004). Cette recherche des mécanismes d'action est également cohérente avec l'ontologie stratifiée du réalisme critique puisqu'elle permet d'atteindre le niveau causal en traduisant des demi-régularités. De plus, le modèle logique mène à une description détaillée de la théorie du problème et de la cohérence logique entre les objectifs, les activités du programme et ces ressources, ce qui est l'objectif de l'analyse stratégique et logique (Champagne, Brousselle, et al., 2011).

L'élaboration du modèle logique a suivi la méthode décrite par McLaughlin and Jordan (2010).

Cette méthodologie a été choisie puisqu'elle utilise une approche systématique, permet l'implication d'une variété de parties prenantes et se fait de façon itérative dans un va-et-vient entre les données et l'expertise des parties prenantes de façon cohérente avec la rationalité du jugement prôné par le réalisme critique. Cette méthode utilise les cinq étapes suivantes : 1) Collecte des informations pertinentes sur le programme, 2) Définition claire du problème ciblé par le programme, 3) Définition des éléments du modèle logique, 4) Élaboration du modèle logique et 5) Vérification du modèle logique avec les parties prenantes.

Étape 1. Collecter et analyser des informations pertinentes sur le programme : L'ensemble de la documentation écrite sur le programme et les théories pertinentes à la compréhension de la problématique et des modèles théoriques ont été recensés.

Étape 2. Définir clairement le problème : Une synthèse narrative des forces et des difficultés fonctionnelles liées à l'exercice du rôle parental chez les personnes souffrant de TPL a été réalisé afin de synthétiser les connaissances existantes sur le problème ciblé par le programme Mon enfant et moi. Cette revue permet de documenter les difficultés parentales associées au TPL mais également de nuancer les résultats en fonction de la qualité méthodologique des études ayant mené à l'élaboration de ces connaissances afin la théorie du programme s'approche et tienne compte le plus possible du réel et de la complexité du problème.

Étape 3. Définition des composantes du modèle logique : Pour soutenir le développement du modèle logique, tous les documents rassemblés à l'étape 1 ont été analysés. Une grille d'extraction a été élaborée et les informations pertinentes contenues dans la littérature et le matériel du programme ont été classées dans les différentes catégories suivantes : le groupe cible du programme, la théorie du problème du programme, les objectifs, les activités, les ressources et le contexte. La grille a été élaborée de cette façon afin de considérer tant l'agence du programme que la structure dans le respect de la philosophie du réalisme critique.

Étapes 4 et 5. Dessiner le modèle logique et le vérifier avec des experts : Des boucles de rétroaction itératives ont été utilisées pour modéliser et vérifier le modèle logique avec les parties prenantes. Le modèle logique a été construit en collaboration avec un groupe d'experts choisis selon un échantillonnage raisonné. Il était composé de cinq membres spécialisés dans l'évaluation de programmes, l'application des connaissances, la pratique clinique et la facilitation de programmes, ainsi que dans l'expertise théorique et empirique de la DBT et des questions liées au rôle parental. Le groupe comprenait les deux concepteurs du programme et l'animateur qui avait mis en œuvre le programme la plupart du temps. Les boucles de rétroactions itératives avec les parties prenantes ont utilisé la rationalité du jugement prôné dans le réalisme critique afin d'établir ses consensus. En effet, une variété de points de vue a été recherchée par la formation d'un comité ayant des expertises variées et complémentaires. La cohérence de la théorie a été évaluée dans ces boucles itératives.

3.4 Méthodologie des objectifs B, C et D

L'analyse stratégique et logique nécessite de s'assurer d'une évaluation rigoureuse des besoins de la population cible de même qu'une compréhension théorique de la problématique vécue par cette clientèle (Champagne, Contandriopoulos, et al., 2011). C'est pourquoi une évaluation des besoins des parents et de formation des intervenants a été effectuée. De façon cohérente avec le réalisme critique, l'agentivité humaine doit être considérée en tenant compte de la structure (Houston, 2010), le contexte organisationnel entourant une telle intervention a également été exploré au cours de ces entrevues.

3.4.1 Devis de recherche

Cette étude utilise un devis qualitatif descriptif qui permet d'offrir une description riche d'un phénomène (Sandelowski, 2010). Une méthode inductive a été utilisée afin de faire émerger les thèmes directement des données afin de s'assurer que les thèmes soient directement liés aux

données (Fryer, 2022).. Utilisée dans un paradigme réaliste, cette méthode permet de dégager l'expérience des participants et le sens qu'ils en font (Braun & Clarke, 2012 ; Fryer, 2022).

3.4.2 Méthode de recrutement et échantillonnage

Les participants ont été recrutés dans deux services offrant des services aux enfants durant la période périnatale et la petite enfance : le CLSC et la protection de la jeunesse. Ces deux services se situent en milieu urbain québécois. Nous avons utilisé une méthode d'échantillonnage à variation maximale (Patton, 2002, p.235) afin de recruter des personnes ayant des profils variés et de tenir compte que chaque personne a sa propre perception de sa réalité et que de multiples points de vue doivent être considérés pour résulter en une théorie exhaustive. Ainsi, nous avons cherché à recruter des parents de genre différent, ayant un nombre varié d'enfants, vivant dans des contextes familiaux différents et ayant reçu des services dans des milieux cliniques différents.

3.4.3 Participants

Les participants ont été recrutés au sein d'un groupe de parents ayant participé au programme Mon enfant et moi destiné aux parents présentant des traits de personnalité limite et ayant un enfant âgé entre 3 et 12 ans (Desrosiers, 2023). Ce programme est offert au sein des services de première ligne (CLSC) en périnatalité et à l'enfance de même que dans les services de protection de la jeunesse. Ce choix a été fait afin de recruter des parents ayant un savoir expérientiel de la périnatalité et de la petite enfance avec au moins un enfant et qui a pu développer, grâce au programme, un regard critique sur leurs compétences parentales pendant cette période de développement de leur enfant.

Pour être inclus, les parents devaient avoir un enfant de 3 ans et moins et avoir été identifiés par leurs intervenants comme ayant des difficultés correspondant aux traits du trouble de personnalité limite. Le choix méthodologique de ne pas inclure uniquement des personnes ayant un diagnostic officiel s'est fait en considérant la difficulté d'accéder à des services spécialisés en

santé mentale et la réticence de plusieurs personnes à obtenir ou à reconnaître avoir ce diagnostic.

Pour être inclus, les intervenants devaient avoir accompagné dans le cadre de leur travail des parents ayant les caractéristiques du trouble de personnalité limite dans la période périnatale et la petite enfance. Les gestionnaires devaient superviser des équipes desservant des parents ayant les caractéristiques du TPL. Ces intervenants et gestionnaires ont été recrutés dans des équipes offrant le programme Mon enfant et moi.

3.4.4 Collecte de données

Des données sociodémographiques ont été colligées sur les participants. Pour les parents, le nombre d'enfants, l'âge des enfants, la relation actuelle avec le père de l'enfant, la situation de garde de l'enfant et le lieu de réception des services ont été notés. Pour les intervenants, la profession de même que le programme dans lequel ils travaillent ont été documentés. Finalement, pour les gestionnaires des informations sur leur poste et le programme dans lequel ils travaillent ont été recueillies.

Les entrevues ont été réalisées en ligne via les plateformes Zoom ou TEAMS, à l'exception de la première entrevue qui a été réalisée en personne au centre de recherche. Seuls le participant et l'interviewer étaient présents. Nous souhaitions réaliser des entrevues de groupe. En raison des disponibilités restreintes des mères, de la crainte de certaines de parler en groupe et de la difficulté de certaines à respecter les heures établies pour les rencontres, il a été impossible de réaliser des entrevues de groupe et toutes les rencontres se sont faites individuellement sauf pour 2 rencontres de 3 intervenants.

Le guide d'entrevue comportait trois sections : 1) les besoins des parents, 2) les besoins de formation des intervenants et 3) le contexte organisationnel entourant une telle intervention. Les gestionnaires étaient questionnés uniquement sur les deux dernières sections. La première section du guide d'entrevue a été élaborée à partir des résultats de la revue narrative (Préfontaine et al., 2024a) réalisé sur les forces et les difficultés des parents ayant un TPL, de même que le cadre théorique *Parenting Occupation and Purpose* (Lim et al., 2022). Ce guide était constitué de question ouverte a été développé par l'étudiante-chercheur et validée par l'équipe de direction. De façon cohérente avec l'analyse stratégique et logique, les questions portaient sur les défis et les besoins perçus par les parents aux différents stades de la période périnatale et de la petite enfance de même que sur leurs forces en tant que parent. Les parents étaient questionnés sur leur expérience personnelle tandis que les intervenants étaient questionnés sur la perspective qu'ils avaient des parents ayant des traits du TPL qu'ils avaient accompagné. La deuxième section du guide d'entrevue abordait les besoins de formation des intervenants. Ces questions portaient sur les défis et les bonnes pratiques des intervenants. Les parents étaient questionnés sur les interventions de leurs intervenants, alors que les intervenants étaient questionnés sur leurs propres pratiques et sur celles de leur collègue. Pour leur part, les gestionnaires étaient questionnés sur les pratiques des intervenants de leurs équipes. La troisième section du guide d'entrevue a été inspirée par le cadre théorique du Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) et permettait s'explorer les facilitateurs et les obstacles anticipés à l'implantation d'une intervention similaire à Mon enfant et moi originale dans le contexte périnatal et à la petite enfance. Les guides d'entrevue complets sont présentés à l'annexe IV.

3.4.5 Analyses

Des statistiques descriptives (fréquences et pourcentages) ont été utilisées pour analyser les données recueillies sur les caractéristiques des participants.

Fryer (2022) propose une approche d'analyse thématique qui adapte la méthode proposée par Braun & Clarke, (2012) au paradigme du réalisme critique, c'est-à-dire qui est adaptée aux projets de recherche exploratoires qualitatifs qui cherchent ultimement à développer des explications causales entre des facteurs. La méthode est donc adaptée pour les projets qui cherchent comment sont produits des événements et des expériences en décrivant les mécanismes causaux de ceux — ci. Puisque la présente étude vise à décrire quelles sont les difficultés fonctionnelles vécues par les parents à la phase prénatale qui ont une influence sur leur rôle parental et quels sont les compétences qui permettent à un intervenant d'accompagner adéquatement un parent ayant un TPL lors de la phase prénatale, cette méthode est particulièrement appropriée.

La démarche d'analyse proposée par Fryer (2022) se compose de cinq étapes : 1) s'assurer de formuler des questions de recherche causales ; 2) se familiariser avec les données, 3) appliquer, développer et réviser les codes ; 4) développer et réviser les thèmes et 5) formuler des conclusions.

3.4.5.1 Opération d'analyse 1 : Identifier la question de recherche

Afin de s'assurer de la pertinence de la méthode d'analyse choisie, comme proposé par Fryer (2022), nous nous sommes assurées que les questions de recherche avaient pour but de fournir une explication causale aux événements et aux expériences vécues par les participants de l'étude. Les quatre questions suivantes ont été identifiées : 1) Quelles sont les forces des parents ayant les caractéristiques du TPL ? 2) Quels sont les besoins des parents ayant les caractéristiques du TPL durant la période périnatale et la petite enfance ? 3) Quels sont les besoins de formation des intervenants travaillant auprès de parents ayant les caractéristiques du TPL durant la période périnatale et la petite enfance ? et 4) Quels sont les facilitateurs et les obstacles à l'implantation d'une intervention auprès des parents ayant un TPL durant la période périnatale et la petite enfance dans le contexte des services québécois.

3.4.5.2 Opération d'analyse 2 : Se familiariser avec les données

La deuxième étape décrite par Fryer (2022) a pour but de permettre de chercheur de préparer et de se familiariser avec les données. Lors de cette étape, nous avons regroupé l'ensemble des données collectées et avons effectué une première lecture en notant nos premières pensées et questionnements analytiques dans un journal d'analyse (Fryer, 2022). Cette étape permet de s'assurer de respecter l'épistémologie relativiste qui stipule que l'on ne peut dissocier la connaissance du contexte dans lequel elle a été élaborée (Brousselle & Buregeya, 2018). Ce journal d'analyse permet d'identifier ce qui confirme ou remet en question les présupposés du chercheur de façon à rendre plus explicite son positionnement. Pour ce faire, tous les verbatims des entrevues ont été retranscrits et consignés dans le logiciel NVivo 14. Nous avons ensuite attribué des attributs à chacun des verbatims pour décrire le contexte d'obtention des données de même que les données sociodémographiques de la personne interviewée afin de tenir également compte de la transpositionnalité dans nos analyses. Une entrée pour chaque verbatim a été réalisée dans le journal d'analyse du chercheur pour noter au fur et à mesure les questionnements qui émergeaient suite à la première lecture des verbatims.

3.4.5.3 Opération d'analyse 3 : Appliquer, développer et réviser les codes

3.4.5.3.1 Appliquer les codes

Cette étape utilise une approche descriptive pour apposer une étiquette sur les données. Elle permet de mettre en lumière de quoi parle cet extrait et de faire ressortir les nuances des verbatims. Utiliser une approche descriptive en restant près des données permet de faire ressortir les données telles qu'elles le sont plutôt que de les classer d'emblée dans des théories existantes, ce qui resterait d'exclure d'emblée certaines données ou nuances qui ne sont pas représentées dans les théories préexistantes connues par le chercheur (Fryer, 2022).

3.4.5.3.2 Développer les codes

À chaque fois que deux entrevues étaient codées, la liste des codes était examinée et deux étapes

étaient entreprises : la standardisation des codes, c'est-à-dire de vérifier si plusieurs codes distincts représentaient une même réalité et choisir qu'un seul code traduisant le mieux cette idée et la consolidation c'est-à-dire de chercher si un terme plus général ou théorique pourrait être utilisé pour représenter cette idée (Fryer, 2022). En termes d'avancée analytique, ces procédés permettent de découvrir les similarités et les nuances entre les différents extraits de verbatims. De plus, cette première montée en abstraction de l'analyse permet de refléter les tendances, ou demi-régularités, présente dans l'expérience des participants (Fryer, 2022).

3.4.5.3.3 Réviser les codes

Cette opération consiste à vérifier la validité descriptive et interprétative, c'est-à-dire est-ce que les concepts mobilisés reflètent bien l'expérience des participants (Fryer, 2022). Ainsi, suite à chaque étape de standardisation et de consolidation des codes, un lexique était élaboré avec le nom du code et sa description. La dénomination et la définition évoluaient à chaque boucle de standardisation et de consolidation. Puis, chaque extrait de verbatim était repassé afin de s'assurer qu'il corresponde toujours à la nouvelle dénomination et définition. Dans le cas contraire, la dénomination et la définition étaient modifiées, le code était scindé pour représenter les réalités distinctes ou encore l'extrait était reclassé dans un code décrivant plus justement les données.

3.4.5.3.4 Opération d'analyse 4 : Développer et réviser les thèmes

Cette opération de thématization consiste en prendre les codes initiaux et les regrouper et les contraster de façon à effectuer une montée en abstraction vers une explication causale par un processus de rétroduction. Les thèmes deviennent alors les mécanismes causaux pour l'élaboration de la théorie (Fryer, 2022). Ainsi, pour l'objectif B des thèmes ont été formulés pour exprimer les besoins expliquant les forces et les difficultés parentales dont témoignent les entrevues, pour l'objectif C les thèmes ont été formulés pour décrire des besoins de formation des intervenants et pour l'objectif D les thèmes ont été choisis pour décrire un facilitateur ou un obstacle organisationnel. Le même processus de systématisation et de consolidation fait à

l'étape 3 a été réalisé pour les codes. Une étape de révision supplémentaire à consister en la consultation de 50 % des participants afin de valider avec eux la cohérence et la pertinence des thèmes choisis. Les participants ont été rencontrés de façon individuelle et la première thématique leur a été présentée. Nous leur avons posé par la suite deux questions : quels thèmes sont similaires et lesquels sont distincts et est-ce que certains thèmes sont manquants pour refléter votre expérience ? Cela a permis de nourrir les réflexions du chercheur sur l'exhaustivité de la théorie développée par les thèmes et la cohérence des thèmes. Les modifications aux thèmes ont ensuite été réalisées.

3.5 Critères de scientificité du réalisme critique

Selon Wong (2018), quatre critères de scientificité devraient être considérés dans l'évaluation de la création d'une théorie de programme dans un paradigme de réalisme critique : la transparence, la fiabilité, la cohérence et la plausibilité. La présente section décrira les mesures mises en place dans cette thèse pour atteindre ces quatre critères.

3.5.1 Transparence

Afin d'augmenter la transparence de la théorie de programme de cette thèse, trois méthodes ont été employées. Premièrement, le positionnement du chercheur a été décrit dans le journal d'analyse afin de rendre le plus explicites possible les présupposés du chercheur. Deuxièmement, une description détaillée des articles recensés et des participants et du contexte d'entrevue a été réalisée dans les quatre articles afin de respecter l'épistémologie relativiste qui stipule que la construction des connaissances se déroule dans un contexte et que ces connaissances ne peuvent être par la suite dissociées du contexte et de permettre l'évaluation de la qualité des données collectées. Finalement, des traces du processus de codification et de thématique détaillée ont été conservées et un lexique des codes avec des extraits attachés à chacun des codes ont été développés et ont été présentés à la direction de recherche pour une validation de la logique d'analyse, afin de permettre de retracer facilement le lien entre les données brutes et les thèmes qui en découlent.

3.5.2 Fiabilité (*trustworthiness*)

Afin d'augmenter la fiabilité de la théorie de programme de cette thèse, trois méthodes ont été employées. Premièrement, chaque article contient une explicitation détaillée du processus empirique derrière l'obtention des données, de même que la démonstration du respect des critères de scientificité spécifiques à la méthodologie de chacun des articles. Deuxièmement, les trois articles des résultats démontrent une triangulation des données d'acteurs ayant des expertises et des points de vue variés, ce qui permet de témoigner de la rationalité du jugement. Finalement, la discussion intégrative de cette thèse démontre une synthèse méthodique des résultats des quatre articles menant à l'élaboration de la théorie de programme.

3.5.3 Cohérence

Afin d'augmenter la cohérence de la théorie de programme de cette thèse, deux méthodes ont été employées. Le processus de standardisation et de consolidation des codes a été utilisé de façon systématique pour chacune des questions répondues par l'analyse thématique. Également, une comparaison de la théorie de programme avec les théories substantielles concernant les modèles explicatifs du TPL et la dialectique comportementale afin de vérifier son analogie (Wong, 2018).

3.5.4 Plausibilité

Afin d'augmenter la cohérence de la théorie de programme de cette thèse, trois méthodes suivantes ont été employées. Pour l'article 2, plusieurs boucles de rétroaction avec les experts ont été réalisées, ce qui a permis de tester la valeur des interprétations du chercheur. Pour les articles 3 et 4, un retour des données a été effectué aux participants qui ont également été questionnés sur ce qui était non-pertinent et ce qui était manquant. Finalement, l'ensemble des analyses ont été vérifiées avec la direction de recherche pour s'assurer de leur plausibilité.

3.6 Considérations éthiques

3.6.1 Recrutement et consentement

Les parents et les intervenants intéressés ont été contactés par un membre de l'équipe de recherche par téléphone. Le projet, de même que les implications de leur participation leur ont été alors décrits. Un membre de l'équipe de recherche a convenu avec le participant d'un moment pour présenter le formulaire de consentement. Lorsque la rencontre avait lieu en personne, le participant a signé une version papier du formulaire de consentement et une copie lui fut remise. Lorsque la rencontre avait lieu virtuellement, le formulaire a été envoyé au participant par courriel et un membre de l'équipe de recherche a lu avec le participant le formulaire de consentement. Le consentement verbal du participant a été recueilli.

3.6.2 Confidentialité

Les données personnelles des participants ont été codées en leur attribuant un numéro de participant. Une liste de correspondance entre le nom et le numéro des participants est conservée dans un document verrouillé par un mot de passe dans l'ordinateur également verrouillé par un mot de passe de l'Institut Universitaire Jeunes en difficulté. Seuls les membres de l'équipe de recherche ont ces mots de passe.

3.6.3 Conservation des données

Les données papier sont conservées dans un classeur verrouillé et les données numériques sont dans des documents verrouillés par un mot de passe dans un ordinateur également verrouillé par un mot de passe à l'Institut Universitaire Jeunes en difficulté. Seuls les chercheurs de l'équipe connaissent le mot de passe. Elles seront conservées 7 ans, puis les données papier seront déchetées et les données numériques seront supprimées.

3.6.4 Avantages pour les participants

Les participants ne retireront pas d'avantages directs de leur participation au projet outre le fait de contribuer au développement des connaissances sur cette problématique et à la création d'une intervention. Les parents recevront 50 \$ à la première rencontre de collecte de données afin de les dédommager pour le temps investi dans la recherche et 25 \$ à la deuxième. Une collation sera servie lors des groupes de discussion focalisés si ces groupes se déroulent en présentiel et que les consignes de santé publique le permettent.

3.6.5 Avantage pour les groupes visés, l'établissement et la société

Le projet permettra de développer des services spécifiques à la clientèle tenant compte de leurs besoins. Pour l'établissement, ce projet permettra de bonifier l'offre de services basée sur les données probantes. De plus ce projet permettra d'augmenter les connaissances sur une clientèle très présente en protection de la jeunesse. Pour la société, la création de l'intervention a le potentiel de diminuer les risques pour le développement des enfants des parents ayant un TPL. De plus, cela pourra soutenir les parents dans l'accomplissement dans un rôle très significatif. Finalement, cela permettra de contribuer aux connaissances sur les interventions efficaces pour cette clientèle.

3.6.6 Inconvénients et risques pour les participants

Le temps nécessaire pour la réalisation de l'entrevue et du déplacement de même que les émotions négatives que peut susciter la remémoration de souvenirs plus difficiles constituent les principaux inconvénients. Afin de minimiser les inconvénients d'ordre émotionnel, les collectes de données seront réalisées par des membres de l'équipe expérimentés en relation d'aide. Ceux — ci pourront moduler la collecte au rythme des participants et pourront cesser ou reporter la participation d'un participant au besoin. Le participant pourra être référé à son intervenant ou à une ressource.

Chapitre 4 — Résultats

Le chapitre Résultats prend forme de trois articles qui seront soumis dans des revues scientifiques de même qu'un texte décrivant une partie des résultats n'ayant pas encore fait l'objet d'une publication. Ces quatre sections mèneront à l'adaptation du programme ME&M pour la période périnatale et la petite enfance. Les trois articles ont été écrits par Cassandra Préfontaine, Brigitte Vachon et Lyne Desrosiers. À titre de première auteur pour les trois articles, Cassandra Préfontaine a réalisé la conceptualisation de l'étude, la collecte de données et l'ensemble des analyses, de même que la rédaction des versions initiales et finales de l'article. Brigitte Vachon et Lyne Desrosiers ont également été impliquées dans la conceptualisation des études et les analyses en plus de réviser et d'éditer chacune des versions des articles.

L'article *Development of the Logic Model for My Child and Me—a Program for Parents with Borderline Personality Disorder* sera soumis à la revue *International Journal of Mental Health*. Il permet de justifier la logique de l'intervention initiale et d'explicitier ses objectifs. Il identifiera les activités et les processus de l'intervention nécessaire à l'atteinte de chacun des objectifs du programme. Cela permettra de s'assurer que les éléments clés permettant l'atteinte des objectifs soient maintenus dans l'adaptation de l'intervention.

L'article *Besoins de soutien des parents ayant un trouble de la personnalité limite durant la période périnatale et la petite enfance [Perinatal Needs of Parents With Borderline Personality Disorder Characteristics]* sera soumis à la revue *Archives of Women's Mental Health*. Il identifie les besoins des parents ayant les caractéristiques du TPL durant la période périnatale tandis que l'article *Besoins de formation des intervenants travaillant auprès des parents ayant les caractéristiques du TPL durant la période périnatale* sera soumis à la revue *Revue de psychoéducation*. Il présente les besoins de développement professionnel des intervenants œuvrant auprès de cette clientèle durant cette même période. Ces articles permettront de mettre en lumière quels besoins des parents sont communs aux deux phases et lesquels sont distincts pour la période périnatale et la petite enfance et qui doivent être ciblés par le programme.

La section *facilitateurs et obstacles à l'implantation* décrit les facilitateurs et obstacles organisationnels d'implantation de cette intervention envisagée par les différents acteurs afin de prévoir comment les éviter.

4.2 Article 2 : Development of the logic model for My Child and Me—a Program for Parents with Borderline Personality Disorder

Authors: Cassandra Préfontaine¹⁻²⁻³, Brigitte Vachon⁴⁻³, Lyne Desrosiers¹⁻²

¹Occupational therapy department, University of Québec at Trois-Rivières, Trois-Rivières, Canada

²Institut universitaire jeunes en difficulté, Montréal, Canada

³Centre de recherche de l'Institut en santé mentale de Montréal, Montréal, Canada

⁴School of rehabilitation, Université de Montréal, Montréal, Canada

Abstract

Introduction: The My Child and Me program has been developed for parents with borderline personality disorder (BPD) traits having a child, aged between 3 to 12 years old, and their case workers. The MC&M program logic model had not yet been developed. The development of a logic model is important to make explicit program expected outcomes and mechanisms. This is a valuable stage for program development to ensure coherence in further implementation, adaptation and research efforts. **Method:** The development of the logic model followed the 5—step process described by McLaughlin and Jordan (2010). These steps are: 1) Collecting the relevant information on the program, 2) Clearly defining the problem targeted by the program, 3) Defining the elements of the logic model, 4) Drawing the logic model and 5) Validating the logic model with stakeholders. **Results:** The theory of the problem was developed based on literature and the links between objectives, activities and modalities have been made explicit as well. The findings highlight how parents can be supported to improve their parental competences and their relationship with their child by the development of self-regulation skills required to attend to one's child needs and security using the principles of DBT and Kolb's experiential learning theory. **Conclusion:** This study has made explicit the logic model of MC&M program which is a valuable

tool to support the dissemination, the adaptation and subsequent research on this program.

Introduction

Parenthood involves significant challenges, requiring the mobilization of resources and the rapid development of skills on the part of parents (Miller, 2007; Feeney et al., 2001). Once the child has arrived, the parent must also develop their sensitivity and skills at a very rapid pace, while adapting to the child's constantly evolving needs and abilities. Parents with borderline personality disorder (BPD) are particularly vulnerable during the perinatal period and this vulnerability can have a significant impact on children's development and parents' competences (Laporte et al., 2018; Stepp et al., 2012a). This can also explain why these parents are more likely to require services from youth centers to support them and ensure their children's health and safety (Laporte et al., 2018).

A study by Larivière (2010) indicates that, for people with BPD, parenting is one of the most difficult occupations, and one in which mothers' satisfaction is the lowest. The instability that characterizes parents with BPD creates difficulties in meeting the child's basic needs (Bartsch et al., 2015b, 2016; Desrosiers et al., 2018; Newman & Stevenson, 2008a; Wendland et al., 2014). As reported in the scientific literature, these difficulties are related to their decreased abilities in differentiating their own needs from those of the child, in identifying and interpreting the child's distress signals adequately, and in being physically and emotionally present to respond to them. These parents may also find it difficult to establish a daily routine (Desrosiers et al., 2018; Newman & Stevenson, 2008a), especially given their impulsive behaviors and difficulties in setting limits. They may lack the ability to provide safe supervision (Bartsch et al., 2015b, 2016; Desrosiers et al., 2018; Newman & Stevenson, 2008a; Wendland et al., 2014), due to limitations in maintaining their focus on the child (Chlebowski, 2013; Newman & Stevenson, 2008a), assessing the danger of a situation (Bartsch et al., 2015b) and applying appropriate limits (Bartsch et al., 2015b). These parents may also experience challenges in developing an adequate relationship

with their child (Bartsch et al., 2015b, 2016; Chlebowski, 2013; Desrosiers et al., 2018; Newman & Stevenson, 2008a; Petfield et al., 2015; Wendland et al., 2014).

Consequently, these difficulties usually have a major impact on their children's development and wellbeing. They are more likely, than children in the general population, to present a disorganized attachment (Abela et al., 2005; Herr et al., 2008; Hobson et al., 2005; Macfie, 2009; Newman & Stevenson, 2005; Newman et al., 2007), characterized by contradictory and disoriented behaviors in the presence of the caregiver, as well as frequent role reversals between parent and child (Main & Solomon, 1990). This type of attachment has a major influence on the child's socio-emotional and cognitive development (Kobak et al., 2016). Thus, children raised by parents with BPD are at greater risk of being diagnosed with depression (Barnow et al., 2006; Danti et al., 1985; Herr et al., 2008), anxiety (Barnow et al., 2006; Danti et al., 1985) and attention deficit disorder (Barnow et al., 2006; Danti et al., 1985; Feldman et al., 1995; Weiss et al., 1996). They are more likely to have difficulties with emotional regulation (Bartsch et al., 2015b; Whalen et al., 2015), aggression (Bartsch et al., 2015b), to show poor social skills (Bartsch et al., 2015a) and school performance (Bartsch et al., 2015b) than children of parents without mental health disorders.

Parents with BPD often receive services from a variety of caseworkers in both youth and adult services. These services can be provided by professionals from different disciplines such as social workers, psychoeducators, specialized educators, occupational therapists and nurses. Previous studies reported that these case workers regularly experience difficulties in accompanying this clientele (Aviram et al., 2006; Black et al., 2011; Bodner et al., 2011; Bourke & Grenyer, 2013; Richelieu, 2004; Treloar, 2009). Furthermore, many feel that people with BPD are among the most difficult clientele to help (Cleary et al., 2002) while parents with BPD report being stigmatized by healthcare professionals (Aguirre, 2016; Ferguson, 2016; Knaak et al., 2015; Ring & Lawn, 2019; Rogers & Dunne, 2011; Ungar et al., 2016). These difficulties can be amplified when the case worker is also a parent and when the child's safety is at risk (Laporte et al., 2014).

Even if services are available for parents in the community, parents with BPD usually benefit less

than other parents from these interventions aimed at developing general parenting skills since they are not adapted to their specific needs and are not addressing their specific lack of abilities (Maliken & Katz, 2013; Martin et al., 2017) and very few interventions are available specifically for them.

The My Child and Me (MC&M) program was created in 2018 in the province of Quebec (Canada) to address these gaps and criticisms (Desrosiers et al., 2019). In collaboration with researchers, managers and youth protection clinicians, it was developed for parents with borderline personality disorder (BPD) traits having a child, aged between 3 to 12 years old, and their case workers. It consists of an 8-week group program for parents. and 3 sessions of 3 hours of group training for case workers. The theme of each session is presented in Table 14. Case workers also have access to online resources (8 short videos demonstrating how they can help parents use the skills they learned during the program and 8 “Tips and Tricks” documents summarizing the different group session content) to enhance parental competences improvement and support them in difficult intervention contexts. The MC&M program has been implemented in a number of primary care youth services, youth protection and adult mental health clinical settings. It has already undergone quantitative and qualitative evaluation of some of its effects for parents and clinicians and demonstrated highly promising results for both parents and case workers (Desrosiers, 2023). Adaptations of the program and its implementation in different contexts are also planned and even currently underway. In particular, it will be adapted to new practice settings, such as community organizations, led by a trained parent living with BPD. It will also be adapted for parents during the prenatal phase (from pregnancy to the child’s third year) to provide them with timely and ongoing support.

Tableau 13. – Theme of each group session with parents

1. Getting to know each other and the program
2. Mindfulness: acting instead of reacting
3. Do what it takes to avoid making things worse
4. Identifying and understanding the emotions associated with parenting
5. Dealing with painful emotions to feel less vulnerable
6. Calm your child by recognizing his/her emotions
7. How to say no and preserve a good relationship
8. Using your new skills on a daily basis
1. Understand parents with characteristics of borderline personality disorder in a different way
2. Look for the noble intention and validate parents with BPD
3. Engage and motivate the parent with BPD towards change

However, the MC&M program logic model had not yet been developed. The development of a logic model is important to make explicit program expected outcomes and mechanisms. This is a valuable stage for program development to ensure coherence in further implementation, adaptation and research efforts. The logic model is a precious tool to support the program implementation (Funnell & Rogers, 2011) by clearly delineating the resources and processes needed to achieve objectives, and to enable adaptation to different contexts. By clearly demonstrating the connection between the activities and results of the program, it can also serve as a persuasion tool, and help develop a strong commitment to the program among stakeholders involved in implementing the intervention, which is a key element in program sustainability (Kellogg, 2006). The development of a logic model ensures a common understanding between the various stakeholders and highlights the central ingredients of the program, as well as providing assurance that everyone shares the same basic underlying theories and assumptions (Rossi et al., 2004). This is useful when implementing a program across different settings to

ensure fidelity in the delivery of the intervention (Rossi et al., 2004). It can also contribute to program evaluation by demonstrating the theoretical relevance of the program in meeting participants' needs, as well as supporting the theoretical coherence between program activities and the objectives pursued (Champagne, Brousselle, et al., 2011).

This aim of this study is thus to make explicit the logic model of the MC&M program, developed for parents of children between three to thirteen years old, to support its future evaluations and adaptations.

Method

This study is rooted in theory-based research-evaluation paradigm as described by Chen (Chen, 2012). This approach aims to strengthen the explanatory power of evaluations. To do so, it emphasizes the need to develop program theory. Moreover, theory-based evaluation is not just about determining whether an intervention works, but also how, why and for whom it works (Chen, 2012).

The development of the logic model followed the 5-step process described by McLaughlin and Jordan (2010). These steps are: 1) Collecting the relevant information on the program, 2) Clearly defining the problem targeted by the program, 3) Defining the elements of the logic model, 4) Drawing the logic model and 5) Validating the logic model with stakeholders.

Step 1. Collecting and analyzing the relevant information on the program

All relevant documentation describing the MC&M program was collected: published research papers (Desrosiers et al., 2019), documents describing the program, training and facilitation guides, reports describing preliminary results of program evaluation and scientific literature on theoretical approaches underpinning the program assumptions that were used by the program

developers.

Step 2. Clearly defining the problem

To define the problem addressed by the MC & M program, a narrative systematic review was conducted to provide a thorough description of functional strengths and difficulties experienced by parents with BPD. Three databases were used to conduct the systematic search (MedLine, CINHALL and PsychInfo) using the keywords (parent* OR father* OR mother* or matern*or patern*) AND (borderline personality disorder or BPD). The detailed methods as well as the results of the narrative systematic review is presented in another paper (Préfontaine et al., 2024a). Literature on caseworkers difficulties and challenges was also collected.

Step 3. Defining the components of the Logic Model

To support the development of the logic model, all gathered documents were analyzed by the first author (CP). An extraction grid was developed to retrieve and classify the relevant information contained in the literature and program material into these different categories: program target group, program problem theory, objectives, activities and resources.

Step 4 and 5. Drawing the Logic Model and Validating the Logic Model with experts

Iterative feedback loops were used to *draw and verify the logic model with stakeholders*. The logic model was developed in collaboration with an expert panel composed of five members who were experts in program evaluation, knowledge mobilization, clinical practice and program facilitation, as well as theoretical and empirical expertise in BPD and parenting issues. The expert panel included the two program developers and the facilitator who had previously delivered the program.

A first meeting with the expert panel was organized. Information from the program documents

analysis and from the narrative systematic review was presented to the panel to discuss and reach a consensus on the program problem definition and the program components. For each component, panel members indicated whether they agreed, agreed with reformulation or disagreed. If one or more members disagreed, the group sought consensus through discussion. All disagreements were efficiently resolved by discussion.

After this meeting, the first author (CP) analyzed the results and developed a preliminary version of the program logic model with a description of its expected outcomes, action mechanisms and activities. A second meeting with the expert panel took place to validate, modify and adapt this draft of the logic model. Results were analyzed to produce a new version of the model that was commented individually by each expert group member. Comments were integrated to produce a final version of the model in collaboration with the two program developers.

Results

Program target clientele

Characteristics of targeted parents

The expert group first clarified that the program was developed to target all parents with BPD characteristics, thus any parents who experience important difficulties in emotional regulation and in their relationship with their child. Since obtaining and accepting a BPD diagnosis is an arduous process, it was considered important that parents were not required to have received an official BPD diagnostic. However, for a parent to be illegible to join, caseworkers had to identify that the parents presented several difficulties that are characteristics of BPD parents. These characteristics and their possible manifestations during encounters with the parents are described in a pamphlet provided to caregivers and in the facilitator's guide to facilitate their identification. It was defined that, to participate in the program, parents had to: a) be a mother or a father of a child aged between 3 to 13 years old, b) be in contact with the child at least once a week, and c) demonstrate motivation to participate in the program. Parents should not be

referred to the program if the group therapy format is considered not suitable for them or for other group members based on the assessment of their mental and emotional state stability and safety or if they have one of the following comorbidities: antisocial personality disorder, severe eating disorders, psychosis, or intellectual disability.

Characteristics of targeted case workers

In the province of Quebec, first-line youth social services and youth protection services are available to support families and ensure children's development, mental health and integration into his or her educational environment. They also help parents in the development of family routines, support them in developing their parenting skills, and ensure the application of measures determined by youth protection. These services are provided by case workers who are professionals from a variety of disciplines and training backgrounds such as social work, criminology.

When a parent is referred to the program, a case worker, responsible for his or her case, must also engage in the program to ensure that participating parents access the appropriate support to put into practice what they learned during group sessions and ensure coherence between both interventions. Thus, individual intervention by a caseworker during and after the group program is necessary to offer continuity and prolonged support in applying the skills learned.

Problem definition

Needs of parents with BPD

Parents with BPD frequently report difficulties in parenting competences and a low-quality relationship with their children. The program postulates that this is due to a decreased in their competences to in recognizing and responding to the child's needs, and a lower perception of their parental competences.

Based on the literature, five needs were identified to support these parents' competences to recognize and respond effectively to their children's needs: a) being more aware in the present moment (mindfulness), b) difficulty in tolerating painful emotions associated with parenting, c) self-regulating emotions related to their parenting role and recognizing the impact of their emotions and thoughts on their parenting, d) recognizing their children's emotions, intentions and behaviors required to soothe them and distinguish them from their own needs and e) communicating effectively in the context of their parenting role

a) Being more aware in the present moment (mindfulness)

Mindfulness is recognized as a key skill for perceiving and understanding a child's needs, and in controlling impulsive behaviors. Mindfulness skills need to be developed by parents with BPD (Renneberg & Rosenbach, 2016; Wupperman et al., 2009).

b) Tolerating unpleasant emotions Associated With parenting

For people with BPD, it can be difficult to realize that an emotion can be experienced without being overwhelming or without letting it control their behaviors (Cunningham et al., 2004). These parents thus have a lower awareness of their emotions and less control over their behaviors when they experience negative emotions (Dixon-Gordon et al., 2017). Because of their previous experience of invalidation, many parents with BPD have learned not to trust their feelings or think that any emotional manifestation would be received negatively by others and lead to potential rejection. As a result, many view emotions as negative and seek to repress or hide them (Linehan, 2018). People with BPD then frequently resort to solutions that will temporarily relieve them, such as self-harm, consumption, impulsive behaviors worsening the situation, that will influence their abilities to take care of their child and lead them away from achieving their long— term parental goals (Bartsch et al., 2015b; Desrosiers et al., 2018; Stepp et al., 2012b). These strategies are frequently damaging to the parent and prevent them from being physically and mentally present to their children. To improve their parental competencies, it is therefore necessary for these parents to improve their ability to recognize and accept these emotions and to reduce impulsive

behaviors interfering with their parenting goals.

c) Self-regulating emotions related to their parenting role and recognizing the impact of their emotions and thoughts on their parenting

After improving their ability to recognize their own emotions and decreasing their use of impulsive behaviours, parents with BPD need to improve their emotional regulation to become available for identifying their child's signals and responding to his physiological (Apter-Danon and Candilis-Huisman, 2005; Laporte, 2007) and emotional needs (Geerling et al., 2019). These parents often already have many strengths and skills that are masked under their emotional intensity, which affects the quality of the parent-child relationship (Zalewski et al., 2015). It is important not to assume they don't have these skills, but interventions should rather support them in developing their emotion regulation skills (Dixon-Gordon et al., 2017).

d) Recognizing their children's emotions, intentions and behaviors required to soothe them

It was largely documented in previous studies that identifying their children's needs is more difficult for parents with BPD (Bartsch et al., 2015b, 2016; Desrosiers et al., 2018; Newman & Stevenson, 2008a). They also more frequently attribute misguided intentions to their children's behaviors (Aidane et al., 2009; Dominguez et al., 2014; Marcoux et al., 2017). These misinterpretations are partly due to their difficulty differentiating their own experience from their child's thoughts, and emotions (Bartsch et al., 2015a; Newman & Stevenson, 2005). Thus, they frequently find themselves overwhelmed by their children's and their own painful emotions. This makes it more difficult for them to soothe their children effectively and consistently (Bartsch et al., 2015a; Geerling et al., 2019; Desrosiers et al., 2018) and to provide adequate response to their needs. On the other hand, validating one's child, which is a key soothing skill, is difficult for parents with BPD (Bartsch et al., 2015a). These parents often described not having experienced validation during their childhood, or report having experienced being invalidated, which makes it difficult for them to understand what validation is and its importance.

e) Communicating effectively in the context of their parenting role

Several authors report that parents with BPD find it difficult refusing things to their child or setting their limits (Desrosiers et al., 2018; Bartsch et al., 2015a; Bartsch et al., 2016). Fear of abandonment is a central feature of BPD (American Psychiatric Association, 2013) and many parents fear that refusing something to their children will cause them to love them less, and that a good parent does not experience confrontations with their children (Desrosiers et al., 2018). For these parents, learning to communicate both to the child and to the rest of their social network, such as their partner, family and friends, is essential but is often a challenge (Bartsch et al., 2015a, 2016; Chelbowski, 2013; Desrosiers et al., 2018; Dunn et al., 2020; Netherton & Rohr, 2022). This inability to clearly express their needs has an impact on their child's own ability to respect limits and reduces the likelihood that the parent's social network will be able to support them adequately. The support from their social network is a crucial protective factor for the child and should be address by the intervention (Seeger et al., 2022).

In conclusion, all these difficulties faced by parents with BPD have a significant deleterious effect on their well-being. This results in high parental stress and a low sense of competence (Bartsch et al., 2016; Larivière et al., 2010). The sense of parental competence can also directly affect the quality of care given to the child (Coleman and Karraker, 1998) which can lead to loss of parental rights and/or children abuse and neglect.

Needs of their case workers

Inadequate interventions are frequently carried out with parents with BPD, and the quality of the therapeutic relationship between the parent and the case worker is frequently reported as low (Laporte, 2007; Laporte et al., 2014). This has been documented as resulting from the need to develop the skills to a) reduce behaviors that interfere with the intervention, b) balance acceptance and incentive for change, c) supporti the development of parental competencies, and d) regulate their emotions and behaviors when facing difficult intervention situations.

a) Reducing behaviors that interfere With the intervention

Because of a lack of understanding of BPD and of the influences that emotional and social factors can have on parents' behaviors, case workers often don't recognize the difficulties and suffering of parents with BPD (Aguirre, 2016). Parents are often blamed and held responsible for their difficulties and emotions (Crawford et al., 2007). Many professionals tend to interpret their behaviors as the result of personal choices or even manipulation (Aviram et al., 2006; Lewis & Appleby, 1988) rather than being related to their symptoms and difficulties (Aviram et al., 2006; Ferguson, 2016; Lewis & Appleby, 1988; Ring & Lawn, 2019). These parents can even be considered as undeserving sympathy by professionals (Aguirre, 2016). Indeed, it has been documented that mothers with BPD experience stigma in perinatal and pediatric care (Ackerson, 2003a; Dolman et al., 2013; Krumm & Becker, 2006; Nicholson et al., 1998). This attitude from professionals can thus significantly undermine interventions and parents with BPD confidence in their parental competencies (Dawson, 1988; Denis, 1990; Fonagy and Bateman, 2006; Lafleur et al., 2004; Le Nestour et al., 2007; Villeneuve, 2006).

b) Balancing acceptance and incentive for change

Central to dialectical behavioral theory is the premise that to effectively help people with BPD a single posture of either acceptance or incitement to change is not sufficient (Linehan, 1993). The therapist must attain a balance between the two (Linehan, 1993). Laporte (2007) describes how it can be a challenge for practitioners working with parents with BPD to remain in a validating posture, supporting empowerment and small changes in the parent.

c) Supporting development of parental competences

To help case workers in providing BPD parents with the support that is adapted to their needs, the program targets their lack of knowledge and practical skills for using DBT. In Canada, the ratio of practitioners trained in evidence-based therapy for people with BPD is clearly insufficient

(Iliakis et al., 2019). Professionals who are “generalists” or not trained to provide specialized mental health services are often required to provide services to people with BPD. Thus, many caseworkers report that they are insufficiently trained, and some even had no mental health training as part of their initial professional education (Laporte, 2007).

d) Regulate their emotions and behaviors in difficult intervention situation

Indeed, caseworkers report experiencing stronger and more negative countertransference when working with this clientele (Bessette, 2010; Betan et al., 2005; Bouchard, 2010; Cousineau, 1997; McKenzie et al., 2022; Normandin and Ensink, 2007), including fear, anxiety, anger (Laporte et al., 2014), self-doubt, hopelessness, feelings of failure and guilt (Laporte et al., 2014). For many, this translated into emotional distress in the context of their interventions (Bourke and Grenyer, 2013; Dawson, 1988; Denis, 1990; Fonagy and Bateman, 2006; Lafleur et al., 2004; Laporte et al., 2014; Le Nestour et al., 2007; Villeneuve, 2006). These reactions can have a significant impact on interventions (Dawson, 1988; Denis, 1990; Fonagy & Bateman, 2006; Lafleur et al., 2004; Le Nestour et al., 2007; Villeneuve, 2006) by generating rejection (McKenzie et al., 2022), reactions and more defense mechanisms (Sansone & Sansone, 2013). on the part of the caseworkers.

In conclusion, all these difficulties faced by caseworkers have a deleterious effect on the quality of their interventions and their relationship with the parent. This prevents them from optimally supporting the parent in developing their parenting skills and improving their relationship with their child.

Theory of change

Two theories were used to make explicit the theory of change of this program: the dialectical behavioral theory and the Kolb's experiential learning theory.

Dialectical Behavioural Theory (DBT) is a therapy widely recognized for its positive effects on people with BPD (Linehan, 2018). DBT is a cognitive-behavioral approach aimed at improving emotional regulation by developing the skills of mindfulness, distress tolerance, emotional regulation, interpersonal effectiveness and explains how the development of BPD is fostered by complex interactions between biological emotional vulnerability and an invalidating environment (Linehan, 2018).

Mindfulness skills aim to improve awareness of thoughts and emotions in a non-judgmental, accepting way. A parent who is more aware of his internal experiences can better choose appropriate strategies for resolving his problems (Linehan, 2018). Mindfulness skills also teach the parent to observe his or her environment without judgment, making it easier to identify the child's signals (Linehan, 2018). Finally, these skills teach the parent to participate fully in the present moment, which increases his availability to the child.

Distress tolerance skills enable the parent to avoid using strategies to reduce the intensity of their emotions worsening their problem and undermining their availability to the child (for example, substance abuse) (Linehan, 2018). This helps them to avoid letting their moods control their behavior and draw them away from their parenting goals.

Emotion regulation skills enable parents to better identify emotions, recognize their triggers and learn strategies to regulate themselves (Linehan, 2018). This enables the parents to reduce the amount of time they are overwhelmed by emotions and be more emotionally available to the

child. It also makes it easier for the parent to identify the child's emotions and to choose the appropriate self-regulation strategies.

Interpersonal effectiveness skills are designed to improve communication and strengthen relationships (Linehan, 2018). By learning to make appropriate requests and set limits, parents can more easily maintain the social network that supports their parenting and establish boundaries while preserving their relationship with the child.

All this learning takes place in a context of balance between accepting the situation and incitement to change (Linehan, 2018). This continual balancing enables parents to feel validated and accepted, while at the same time helping them see how they can engage in parenting differently. To achieve this, a climate of openness and acceptance, as well as commitment to change and use of a problem-solving approach, are used simultaneously (Linehan, 2018).

The practitioner component was also built around DBT principles and basic assumptions such as, that each person is doing his or her best and wants to improve and that professionals can modify their perception of the parent (Linehan, 2018). In addition, the training uses the dialectic between acceptance and change strategies and teaches the case workers how to find a balance between the two postures in their interventions (Linehan, 2018).

To ensure participants develop these skills, group sessions for parents are designed to promote **experiential learning as described by Kolb** (1984). According to this theory, a person learns in the repetition of a 4-step cycle. The person has concrete experiences, then makes reflective observations, which may or may not be guided. The person then conceptualizes abstractly new or unfamiliar knowledge that sheds new light on experiences. The person then applies this new conceptualization by planning a new concrete experience or by active experimentation. DBT and experiential learning share many common foundations. Both aim to teach new ways of doing

things. Both postulate that learning requires experimentation in a real context, combined with instruction and feedback strategies (Kolb, 1984; Lynch et al., 2006).

The program engages the parents into these experiential learning cycles by allowing them to experiment their skills between sessions and benefit from the group and facilitators feedback to assess and learn from this experimentation. Group sessions always start by a mindfulness exercise aiming at practicing the skills and improving the parents' availability for learning. Between sessions, the parents must complete a homework assignment with their child on the theory covered in the previous session. At the beginning of the session, parents take turns and report on their concrete experience carrying out their homework. Through discussion and the facilitator's guiding questions, they make a reflective observation to achieve a better understanding of their emotions, cognitions and behaviors. The facilitator helps them to develop an abstract conceptualization of their experience by helping them build on what they have learn during previous meetings. Parents can then actively experiment by planning how they will act the next time when a similar situation arises.

The second part of the session is dedicated to the development of a new skill. The facilitator calls on a concrete experience the parents have had in the past in connection with the theory by asking them a question such as: "have you ever had to tolerate unpleasant emotions for a while?" The facilitator then helps the parents move on to reflective observation by questioning and providing feedback on their reaction in this context. The facilitator then teaches the new skill and invites them to make connections and draw conclusions. During the sessions, the parents actively experiment the new skills in a proposed exercise, either individually or in group. Finally, a homework is given to practice between group sessions during the following week.

For the caseworkers, the group structure is similar to the second part of parents' group sessions. The trainer calls on a concrete experience the caseworker has lived during an intervention with a BPD parent and helps them move to reflective observation to improve their understanding of

what happened and influenced the outcome of the encounter. The facilitator then teaches a new skill to the case workers and helps them to abstractly conceptualize. The caseworkers experiment their new learning during group exercises. They are then invited to use these new skills during their following interventions with the parents.

Program activity description and links With program objectives

The program's main goals are thus to improve the parental competences of parents with BPD and to improve the quality of the parent-child relationship. The program is structured around two specific components: 1) a skills training group for parents, and 2) a skills training group for case workers. The skills training group for parents is composed of eight weekly group sessions of two hours and a half as well as an individual pre and post meeting with the facilitator, the parent and his caseworker. The skill training group for caseworker is composed of three group session of three hours each.

Tables 15 and 16 explain the links between program general and specific objectives and how program activities are expected to produce the desired changes. Activities' format and material required are also presented in these tables.

Tableau 14. – Links between objectives, activities and modalities for the parent component

General objectives	Specific objectives	Activities	Modalities
<p>The parent engages in the process to improve their parenting skills.</p>	<p>The parent increases their positive expectations of program outcomes.</p> <p>The parent reduces their perceived barriers to their participation in the program.</p> <p>The parent perceives a gap between current and desired parenting behaviours.</p>	<p>1) The facilitator uses the “selling the commitment” strategy described by Linehan, exploring the pros and cons of making a commitment and helping the parent make links with the program’s expected outcomes and his life situation.</p> <p>2) The facilitator questions and helps the parent identify his goals.</p> <p>3) The facilitator uses a problem-solving approach to help the parent identify strategies to reduce expected barriers to program participation.</p>	<p>Format: One-on-one meeting between parent, facilitator and case worker</p> <p>Duration: 1 hour</p> <p>Materials:—</p> <p>When: Before the first group meeting</p>
<p>The parent understands his emotional regulation</p>	<p>The parent knows the impact of biological vulnerability on emotions</p>	<p>1) The facilitator teaches about biosocial theory of DBT, a theory explaining the development of borderline personality</p>	<p>Format: Group</p> <p>Duration: 1 hour</p>

<p>and interpersonal difficulties</p>	<p>The parent knows the impact of having lived in an invalidating environment on his or her emotions</p>	<p>disorder characteristics through complex interactions between biological and social factors.</p> <p>2) The facilitator poses thought—provoking questions to parents, relating their experiences to the biosocial theory.</p> <p>3) Parents carry out a group activity to integrate their knowledge.</p>	<p>Materials: Summary document and reminder flashcards given to parents, homework document</p> <p>When: During the 1st group</p>
<p>The parent improves his competence in recognizing and responding to the child’s needs</p>	<p>The parent develops the following skills in the context of parenting:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindfulness • Tolerating painful emotions • Recognizing that their emotions and thoughts have consequences for their parenting behaviors. • Self-regulating painful emotions • Recognizing their children’s emotions, intentions and behaviors in order to soothe 	<p>1) The facilitator teaches the context in which to use the different kind of skills, the advantages of using them and how to put them into practice.</p> <p>2) Facilitator asks questions that encourage group experience sharing</p> <p>3) Parents try out the skills in group activities</p> <p>4) Parent tries out skill with their child during homework assignments</p>	<p>Format: Group</p> <p>Duration: 2 hours per week</p> <p>Materials: Summary document and reminder flashcards given to parents, homework document</p> <p>When: During group meetings 2 to 8</p>

	<p>them and distinguish them from their own needs.</p> <ul style="list-style-type: none"> Communicating effectively in the context of their parenting role 	<p>5) Facilitator and group members provide feedback to the parent on their experience using the skills</p>	
<p>The parent develops a better sense of parental competence</p>	<p>The parent evaluate himself more positively.</p> <p>The parent develops a sense of confidence in his ability to apply the skills learned.</p>	<p>1) Facilitator and group members provide positive feedback to parents on their experiments</p> <p>2) Facilitator and group members validate parent's experience</p> <p>3) Parent experiences success through exercises and homework assignments</p>	<p>Format: In groups and during one-on-one meetings between parent, facilitator and case worker</p> <p>Materials: Certificate highlighting a specific and personalised achievement of the parent</p> <p>Timing: Throughout the program</p>

Tableau 15. – Links between program objectives, activities and modalities for the case worker component

<u>General objectives</u>	<u>Specific objectives</u>	<u>Activities description</u>	<u>Modalities</u>
Caseworker engages in the program	<p>The caseworker increases his positive expectations of the program's outcomes</p> <p>The caseworker develops his desire to change by perceiving the gap between his or her current behaviors and the behaviors desired in the intervention</p>	<p>1) Case worker are solicited to participate and received program information</p> <p>2) Facilitator presents program's expected results to case worker</p>	<p>Format: Practitioner is solicited in a variety of ways in his work environment. One-on-one meeting between parent, case worker and facilitator</p> <p>Duration: 1-hour meeting</p> <p>Materials: Flyer, poster and promotional video</p> <p>When: Before the first parent group meeting</p>
Caseworker reduces behaviors that interfere with the intervention	<p>The parent increases his positive expectations of program outcomes.</p> <p>The parent reduces perceived barriers to program participation.</p>	<p>1) The facilitator elicits the practitioner's reflection on their attitudes and beliefs about parents with BPD characteristics.</p> <p>3) The facilitator teaches the caseworker biosocial theory,</p>	<p>Format: Caseworker group training Duration:3 hours</p> <p>Material: Power point presentation. Course notes for trainers.</p>

	<p>The parent develops a desire to change by perceiving a gap between current and desired parenting behaviours.</p>	<p>which presents an alternative way of perceiving parents with BPD characteristics.</p> <p>2) Facilitator teaches caseworker behaviors that can interfere with the intervention</p> <p>4) Facilitator teaches how to address and resolve interfering behaviors</p>	<p>When: 1st and 3rd caseworker training sessions held in the same weeks as the parent groups.</p>
<p>The caseworker balances his interventions of acceptance and incitement to change</p>	<p>The caseworker develops validation skills</p> <p>The caseworker develops skills in engaging the parent and incitement to change</p> <p>The caseworker develops skills in identifying the behaviors of the parent interfering with the intervention</p>	<p>1) Facilitator teaches validation skills</p> <p>2) Caseworker practices validation skills using role-play</p> <p>3) Facilitator teaches commitment to change skills</p>	<p>Format: Case worker group training</p> <p>Duration: 6 hours</p> <p>Material: Power point presentation. Course notes for case worker.</p>

	The caseworker develops skills in reducing the behaviors of the parent interfering with the intervention	4) Caseworker practices commitment to change skills in group exercises	When: 2nd and 3rd case worker training sessions held in the same weeks as the parent groups.
The caseworker use the skills learned to regulate himself in a difficult interventions The caseworker supports the parent in applying skills to his daily life	The caseworker knows the skills taught to the parent The caseworker knows how to support their application in the parent's daily life The caseworker know how to use the skills to self-regulate in an intervention context	1) Caseworker learn the skills taught in parent's group session and view simulations of good interventions	Format: Case worker consults resources individually via the Internet Duration: at the caseworker's pace, videos total about 45 min of viewing time and 10 min for each "Tips and Tricks" files Materials: 8 "Tips and Tricks" pdf files and 8 video clips When: Following parent group meetings
		1) Caseworker consults "Tips & Tricks" documents 2) Caseworker views videos	Format: Caseworker consults resources individually via the Internet

			<p>Duration: at the speaker's pace, videos total about 45 min of viewing time and 10 min for each "Tips and Tricks" files</p> <p>Materials: 8 "Tips and Tricks" pdf files and 8 video clips</p> <p>When: Following parent group meetings</p>
--	--	--	--

Service utilization plan

This program has been implemented in different settings where BPD parents or children can be reached: first-line youth services, youth protection services, in one adult drug rehabilitation center and in hospital-based specialized adult mental health services. It is also currently being implemented in a community setting.

Potential parents are recruited from their caseworkers, who discuss the program with them and provide them with a pamphlet describing the program.

Caseworker recruitment methods are specific to each environment. Advertising, posters, e-mails from the team coordinator, a case review meeting with the coordinator, word-of-mouth among caseworkers, presentation at team meetings are some of the methods used.

All activities are carried out face-to-face, with the exception of video vignettes and tips and tricks sheets, which are available to case workers. Parent workshops and practitioner training sessions take place in groups.

Program's organizational plan

Human resources required for this program:

The program is facilitated by two co-facilitators who have received a 24-hour training program and 24 hours of supervision. The facilitators must be a psychosocial professional with expertise in child development and psychology, parenting skills and the parent-child relationship, as well as experience in group facilitation and managing group dynamics.

Facilitators must have an open, listening attitude, respect parents' values and points of view, believe in parents' potential for change, able to partner with the parent, to encourage the parent their search for solutions, support sharing, balance validation of the parent and incitement to

change, de-dramatize certain situations and be able to use humor.

Visual representation of the logic model

The resulting visual representation of the logic model for the parents and caseworkers' components are respectively presented in Figure 3 and 4.

An environment that balances validation and incitement to change
 A climate of openness, listening and collaboration
 Group inter-influence, validation, support

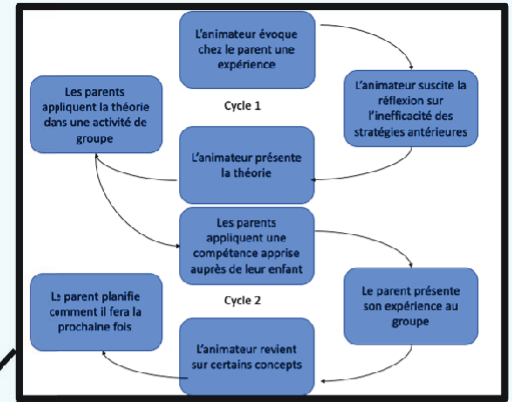


Figure 3. – Logic model of the parents component

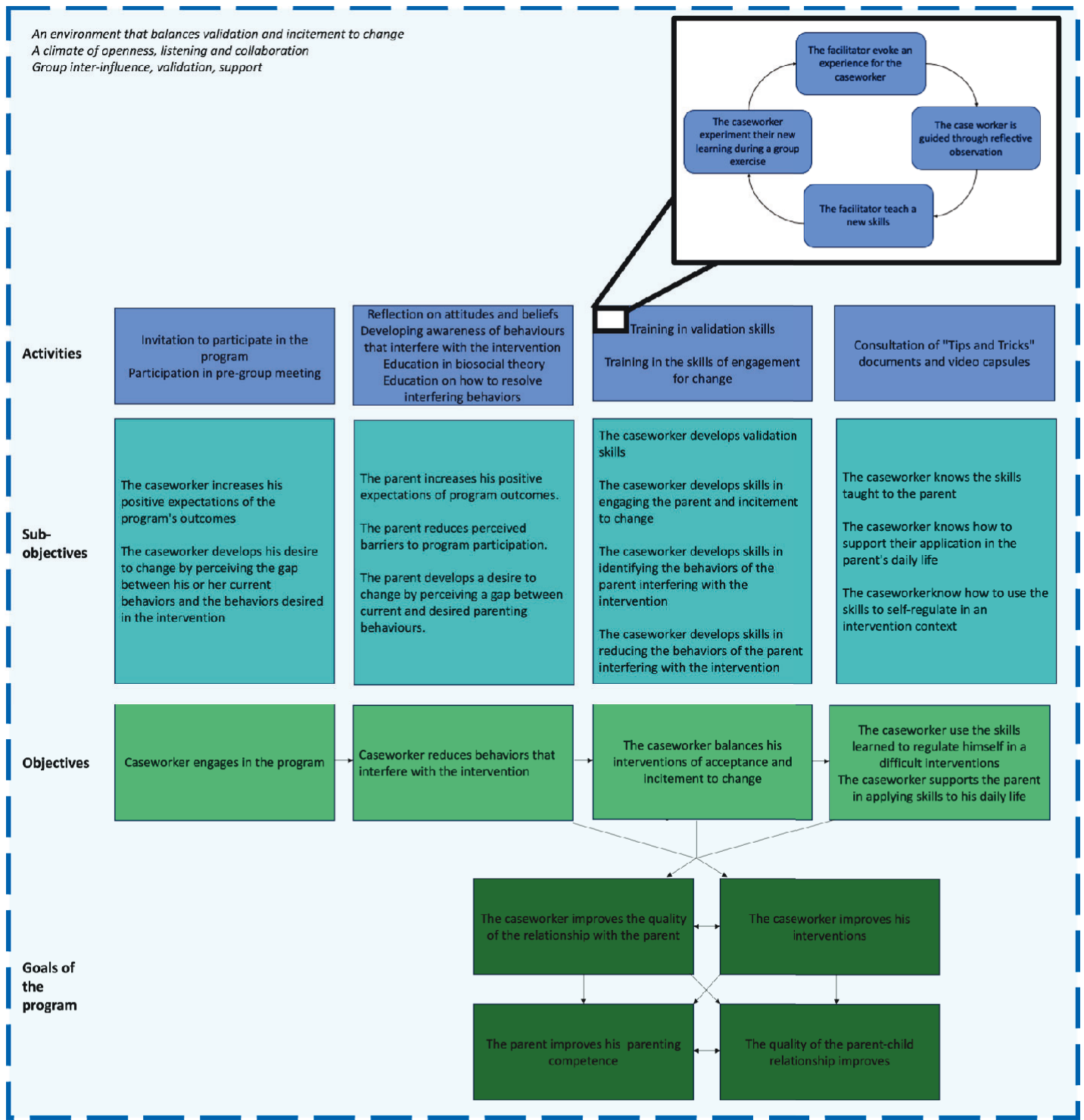


Figure 4. – Logic model of the caseworker component

Discussion

This study led to the development of the logic model of the MC&M program. The findings highlight how parents can be supported to improve their parental competences and their relationship with their child by improving their skills to overcome the specific difficulties related to BPD. These specific difficulties, especially the development of self-regulation skills required to attend to one's child needs and security, can be developed using the principles of DBT and Kolb's experiential learning theory. The combination of these theories helps parents recognize their difficulties and their origins, increase their abilities to use effectively strategies to improve their parental competencies and engage in learning cycles that improves their self-confidence and self-efficacy in their parental competencies. The originality of this program also resides in the ways in which it supports both the parents and their case workers to ensure coherence between interventions provided during group sessions and individually.

The logic model underlines how the four skills categories taught in dialectical behavior therapy are developed to help parents progressively achieve the program's objectives and develop their parenting skills. It supports the choice of targeted skills from the set of skills included in DBT theory by demonstrating their direct links with the parenting difficulties documented for these parents. The program was developed to ensure the logical progression between objectives to ensure the achievement of program outcomes. For example, without achieving the first objectives, i.e engaging in the process of improving their skills and understanding their emotional regulation and interpersonal difficulties, it is difficult for parents to achieve the following objectives. The logic model development process also highlighted the decisive role played by the parents' engagement in the process and the importance of their sense of personal efficacy. Those first steps of the program have been shown to be very important to make sure parents continue to attend the program and develop the skills required to improve their parental competences. The logic model also illustrates how experiential learning is used to facilitate goal attainment and how program activities were developed to increase participants knowledge and understanding,

improve understanding of their own experience and also learn and test the skill under the supervision and feedback of the facilitators and peers but also experiment them in interaction with their child. Another important aspect of the program, that was highlighted by the expert panel, is the importance of the group climate of openness and non-judgment in which the intervention needs to take place. This climate needs to support and balance the use of validation and change facilitation to ensure that they keep coming to the 8 sessions and develop the self-confidence required to try to do things differently.

In addition to MC&M, we have identified four other interventions based on DBT for parents with BPD (Martin et al., 2017; Renneberg & Rosenbach, 2016; Williams et al., 2021; Wilson & Donachie, 2018). A comparison of the logic model with the other interventions identified that one of them didn't tailor their activities specifically for people with BPD and that the content of one of them has not been specifically adapted for parenting, with the exception of certain examples given by the facilitators. Several are of longer duration, which may compromise their feasibility, given the limited resources in the Quebec healthcare context and the difficulty of retaining parents with BPD. Furthermore, none of the programs include support for caregivers who accompany parents outside the groups, despite the major difficulties identified and the need for continuity and consistency in interventions. This supports the relevance of the MC&M program in meeting the complex needs of these parents in the Quebec context. However, this program is only offered to parents of children over 3 years of age, which limits the possibility of taking preventive action to reduce the impact on the child, such as attachment disorders or situations of neglect.

Strengths and limits of the study

This article has several strengths, including the variety and complementarity of data sources and expertise consulted to develop the logic model. The program objectives were formulated based on the systematic review of the scientific literature on the subject and also based on the experience of two expert clinicians that have been helping people with BPD for more than x years. In addition, the development process followed the steps recommended by McLaughlin and

Jordan (2010), ensuring a This study enabled us to carry out a theoretical evaluation of the logic model. Subsequent studies will be necessary for the experimental evaluation of this model and its future adaptations. rigorous process with multiple validation and revision cycles.

Despite the variety of expertise of member of the expert committee, the small numbers of participants and the absence of parents with BPD who participated in the program, can limit the credibility of the results. Furthermore, despite the explicitness of the program theory and the demonstration of the theoretical links between the program components, an evaluation of the program effectiveness is necessary to draw conclusions on the validity of the program theory describe int this paper.

Conclusion

In conclusion, this study has made explicit the logic model of MC&M program which is a valuable tool to support the dissemination, the adaptation and subsequent research on this program. This paper is an important contribution to the development of knowledge in the field of interventions and approaches used to support the development of parental competencies for people having severe mental disorders, especially for parents with BPD. The implementation of this program can help parents engage and maintain their parental role but also prevent negative impacts of their condition on their child's development and well-being.

Références

Abela, J. R. Z., Skitch, S. A., Auerbach, R. P., & Adams, P. (2005, February). The impact of parental borderline personality disorder on vulnerability to depression in children of affectively ill parents. *Journal of Personality Disorders, 19*(1), 68–83.

<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1521/pedi.19.1.68.62177>

Ackerson, B. J. (2003). Coping with the dual demands of severe mental illness and parenting: The parents' perspective. *Families in Society, 84*(1), 109–118.

Aguirre, B. (2016). Borderline Personality Disorder: From Stigma to Compassionate Care In R. Parekh & E. W. Childs (Eds.), *Stigma and prejudice: Touchstones in understanding diversity in healthcare*. Springer.

Aidane, É., Wendland, J., Rabain, D., & Marie, P. (2009). Un suivi thérapeutique atypique : co-constructions thérapeutiques de la relation précoce d'une mère borderline et son bébé. *La Psychiatrie de l'Enfant, 52* (1), 131-166.

Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline Personality Disorder, Stigma, and Treatment Implications. *Harvard Review of Psychiatry, 14*(5), 249–256.

Barnow, S., Spitzer, C., Grabe, H. J., Kessler, C., & Freyberger, H. J. (2006, Aug). Individual characteristics, familial experience, and psychopathology in children of mothers with borderline personality disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45*(8), 965–972.

Bartsch, D. R., Roberts, R. M., Davies, M., & Proeve, M. (2015a). Borderline personality disorder and parenting: Clinician perspectives. *Advances in Mental Health, 13*(2), 113–126.

<https://doi.org/10.1080/18387357.2015.1065554>

Bartsch, D. R., Roberts, R. M., Davies, M., & Proeve, M. (2015b, Feb). The impact of parental diagnosis of borderline personality disorder on offspring: learning from clinical practice.

Personality & Mental Health, 9(1), 33–43. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1002/pmh.1274>

Bartsch, D. R., Roberts, R. M., Davies, M., & Proeve, M. (2016). Understanding the experience of parents with a diagnosis of borderline personality disorder. *Australian Psychologist, 51*(6), 472–480. <https://doi.org/10.1111/ap.12174>

Black, D. W., Pfohl, B., Blum, N., McCormick, B., Allen, J., North, C. S., Phillips, K. A., Robins, C., Siever, L., & Silk, K. R. (2011). Attitudes toward borderline personality disorder: a survey of 706 mental health clinicians. *Cns Spectrums, 16*(3), 67–74.

Bodner, E., Cohen-Fridel, S., & Iancu, I. (2011). Staff attitudes toward patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry, 52*(5), 548–555.

Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. (2013). Therapists' accounts of psychotherapy process associated with treating patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27(6), 735–745.

Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., & Contandriopoulos, A.-P. (2011). Modéliser les interventions. In F. Champagne, A. Brousselle, Z. Hartz, & A. — P. Contandriopoulos (Eds.), *L'évaluation : concepts et méthodes* (pp. 71-84). Presses de l'Université de Montréal. <http://www.jstor.org/stable/j.ctv69t34x.6>

Chen, H. T. (2012). *Theory-driven evaluation: Conceptual framework, application and advancement*. Springer.

Chlebowski, S. M. (2013). The borderline mother and her child: a couple at risk. *American Journal of Psychotherapy*, 67(2), 153–164.

Cleary, M., Siegfried, N., & Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(3), 186–191.

Cunningham, K., Wolbert, R., & Lillie, B. (2004). It's about me solving my problems: Clients' assessments of dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(2), 248–256.

Danti, J., Adams, C., & Morrison, T. L. (1985). Children of mothers with borderline personality disorder: A multimodal clinical study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(1), 28–35.

Desrosiers, L. (2023). *Le programme Mon enfant & moi pour les parents présentant un trouble de personnalité limite et les cliniciens qui interviennent auprès d'eux* Midi-conférence Institut universitaire jeunes en difficulté. https://www.youtube.com/watch?v=BxoQAK9c_B0&t=11s

Desrosiers, L., Laporte, L., & Lacombe, J. (2018). Défis occupationnels des mères présentant un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse. *Recueil annuel en ergothérapie*, 10.

Desrosiers, L., Laporte, L., & Pentecôte, C. (2019). Mon enfant et moi : Un programme pour parents présentant un trouble de personnalité limite et leurs intervenants. *Quintessence*, 10 (12).

Dixon-Gordon, K. L., Peters, J. R., Fertuck, E. A., & Yen, S. (2017). Emotional processes in borderline personality disorder: An update for clinical practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(4), 425.

Dolman, C., Jones, I., & Howard, L. M. (2013, June). Pre-conception to parenting: A systematic review and meta-synthesis of the qualitative literature on motherhood for women with severe mental illness. *Archives of Women's Mental Health*, 16(3), 173–196.

<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/s00737-013-0336-0>

Dominguez, S., Apter, G., & Devouche, E. (2014). Le suivi précoce d'une mère borderline et déprimée et de son bébé. L'interaction sous les regards croisés du clinicien et du chercheur. [Follow-up of a borderline and depressed mother with her infant: Looking at the interaction with both eyes of research and clinics.]. *Devenir*, 26 (2), 81-103.
<https://doi.org/10.3917/dev.142.0081>

Feldman, R. B., Zelkowitz, P., Weiss, M., Vogel, J., Heyman, M., & Paris, J. (1995). A comparison of the families of mothers with borderline and nonborderline personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 36(2), 157–163.

Ferguson, A. (2016). Borderline personality disorder and access to services: a crucial social justice issue. *Australian Social Work*, 69(2), 206–214.

Funnell, S. C., & Rogers, P. J. (2011). *Purposeful program theory: Effective use of theories of change and logic models*. John Wiley & Sons.

Herr, N. R., Hammen, C., & Brennan, P. A. (2008, Oct). Maternal borderline personality disorder symptoms and adolescent psychosocial functioning. *Journal of Personality Disorders*, 22(5), 451–465. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1521/pedi.2008.22.5.451>

Hobson, R. P., Patrick, M., Crandell, L., Garcia-Perez, R., & Lee, A. (2005). Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder. *Development & Psychopathology*, 17(2), 329–347.

Kellogg, W. (2006). WK Kellogg foundation logic model development guide. *East Battle Creek, MI: WK Kellogg Foundation*.

Knaak, S., Szeto, A. C., Fitch, K., Modgill, G., & Patten, S. (2015). Stigma towards borderline personality disorder: effectiveness and generalizability of an anti-stigma program for healthcare providers using a pre-post randomized design. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 2(1), 1–8.

Kobak, R., Zajac, K., & Madsen, S. D. (2016). Attachment Disruptions, Reparative Processes, and Psychopathology: Theoretical and Clinical Implications. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment, Third Edition: Theory, Research, and Clinical Applications* (Vol. Third edition). The Guilford Press.

Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. FT press.

Krumm, S., & Becker, T. (2006). Subjective views of motherhood in women with mental illness—a sociological perspective. *Journal of Mental Health*, 15(4), 449–460.

Laporte, L. (2007, 2007). A serious challenge for youth protection services: intervening with parents suffering from borderline personality disorder (BPD). [French] [Un défi de taille pour les centres jeunesse. Intervenir auprès des parents ayant un trouble de personnalité limite.]. *Sante Mentale au Quebec*, 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. [Working with parents with borderline personality disorder in youth protection services: When suffering is combined with dismay.]. *Revue de Psychoéducation*, 43 (2), 323-347.

Laporte, L., Paris, J., & Zerkowitz, P. (2018). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in mothers involved in youth protection services *Personality & Mental Health*, 12(1), 49–58.

Larivière, N., Desrosiers, J., Tousignant, M., & Boyer, R. (2010). Exploring social participation of people with cluster B personality disorders. *Occupational Therapy in Mental Health*, 26(4), 375–386.

Lewis, G., & Appleby, L. (1988). Personality disorder: the patients psychiatrists dislike. *The British Journal of Psychiatry*, 153 (1), 44–49.

Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford press.

Linehan, M. M. (2018). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Publications.

Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 459–480.

Macfie, J. (2009). Development in children and adolescents whose mothers have borderline personality disorder. *Child Development Perspectives*, 3(1), 66–71.
<https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2008.00079.x>

Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, 1, 121–160.

Maliken, A. C., & Katz, L. F. (2013). Exploring the impact of parental psychopathology and emotion regulation on evidence-based parenting interventions: A transdiagnostic approach to improving treatment effectiveness. *Clinical child and family psychology review*, 16(2), 173–186.

Marcoux, A. A., Bernier, A., Séguin, J. R., Boike Armerding, J., & Lyons-Ruth, K. (2017). How do mothers with borderline personality disorder mentalize when interacting with their infants? *Personality & Mental Health, 11*(1), 14–22. <https://doi.org/10.1002/pmh.1362>

Martin, C. G., Roos, L. E., Zalewski, M., & Cummins, N. (2017). A dialectical behavior therapy skills group case study on mothers with severe emotion dysregulation. *Cognitive and Behavioral Practice, 24*(4), 405–415.

McLaughlin, J. A., & Jordan, G. B. (2010). Using logic models. *Handbook of practical program evaluation, 3*, 55–80.

Newman, L., & Stevenson, C. (2005). Parenting and borderline personality disorder: Ghosts in the nursery [Review]. *Clinical child psychology and psychiatry, 10*(3), 385–394. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1177/1359104505053756>

Newman, L., & Stevenson, C. (2008). Issues in infant—parent psychotherapy for mothers with borderline personality disorder. *Clinical Child Psychology & Psychiatry, 13*(4), 505–514. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1177/1359104508096766>

Newman, L., Stevenson, C. S., Bergman, L. R., & Boyce, P. (2007, Jul). Borderline personality disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions: preliminary findings. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 41*(7), 598–605.

Nicholson, J., Sweeney, E. M., & Geller, J. L. (1998). Focus on women: Mothers with mental illness: I. The competing demands of parenting and living with mental illness. *Psychiatric Services, 49*(5), 635–642.

Petfield, L., Startup, H., Droscher, H., & Cartwright-Hatton, S. (2015, Aug). Parenting in mothers with borderline personality disorder and impact on child outcomes. *Evidence-Based Mental Health, 18*(3), 67–75. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1136/eb-2015-102163>

Préfontaine, C., Vachon, B., & Desrosiers, L. (2024). Functional strengths and difficulties of parents with borderline personality disorder: a narrative review. *[document soumis pour publication]*.

Renneberg, B., & Rosenbach, C. (2016). “There is not much help for mothers like me”: Parenting Skills for Mothers with Borderline Personality Disorder—a newly developed group training program. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 3*, 16.

Richelieu, G. (2004). Réadaptation et troubles de la personnalité : défis et enjeux. *Défi jeunesse, 3*, 17-28.

Ring, D., & Lawn, S. (2019). Stigma perpetuation at the interface of mental health care: a review

to compare patient and clinician perspectives of stigma and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 1–21.

Rogers, B., & Dunne, E. (2011). “They told me I had this personality disorder... All of a sudden I was wasting their time”: Personality disorder and the inpatient experience. *Journal of Mental Health*, 20(3), 226–233.

Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation: A systematic approach*. Sage Publications.

Stepp, S. D., Whalen, D. J., Pilkonis, P. A., Hipwell, A. E., & Levine, M. D. (2012a). Children of mothers with borderline personality disorder: identifying parenting behaviors as potential targets for intervention. *Personality Disorders: Theory, Research, & Treatment*, 3(1), 76–91. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1037/a0023081>

Stepp, S. D., Whalen, D. J., Pilkonis, P. A., Hipwell, A. E., & Levine, M. D. (2012b). Parenting behaviors of mothers with borderline personality disorder: A call to action. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(1), 104–106. <https://doi.org/10.1037/a0026086>

Treloar, A. J. C. (2009). A qualitative investigation of the clinician experience of working with borderline personality disorder. *New Zealand Journal of Psychology*, 38(2), 30.

Ungar, T., Knaak, S., & Szeto, A. C. (2016). Theoretical and practical considerations for combating mental illness stigma in health care. *Community mental health journal*, 52(3), 262–271.

Weiss, M., Zerkowitz, P., Feldman, R. B., Vogel, J., Heyman, M., & Paris, J. (1996). Psychopathology in offspring of mothers with borderline personality disorder: a pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry—Revue Canadienne de Psychiatrie*, 41 (5), 285–290.

Wendland, J., Brisson, J., Medeiros, M., Camon-Sénéchal, L., Serres, J., Cohen, D., & Rabain, D. (2014). Mothers with borderline personality disorder: Transition to parenthood, parent—infant interaction, and preventive/therapeutic approach. 21, 139–153. <https://doi.org/10.1111/csp.12066>

Whalen, D. J., Kiel, E. J., Tull, M. T., Latzman, R. D., & Gratz, K. L. (2015). Maternal borderline personality disorder symptoms and convergence between observed and reported infant negative emotional expressions. *Personality Disorders: Theory, Research, & Treatment*, 6(3), 229–238. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1037/per0000116>

Williams, A. S., Osborn, A., Yelland, C., & Hollamby, S. (2021). Changing intergenerational patterns of emotional dysregulation in families with perinatal borderline personality disorder. *Archives of Women’s Mental Health*, 1–8.

Wilson, H., & Donachie, A. L. (2018). Evaluating the effectiveness of a dialectical behaviour therapy (DBT) informed programme in a community perinatal team. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 46(5), 541–553.

Wupperman, P., Neumann, C. S., Whitman, J. B., & Axelrod, S. R. (2009). The role of mindfulness in borderline personality disorder features. *The Journal of nervous and mental disease*, 197 (10), 766–771.

4.3 Article 3 : Besoins de soutien des personnes ayant un trouble de la personnalité limite durant la période périnatale et la petite enfance

Auteurs : Cassandra Préfontaine¹⁻²⁻³, Brigitte Vachon⁴⁻³, Lyne Desrosiers¹⁻²

¹ Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, Canada

² Institut universitaire jeunes en difficulté, Montréal, Canada

³ Centre de recherche de l'Institut en santé mentale de Montréal, Montréal, Canada

⁴ Département d'ergothérapie, Université de Montréal, Montréal, Canada

Résumé

Introduction : La période périnatale et la petite enfance est un temps de grands défis pour les nouveaux parents. Les parents ayant des caractéristiques du trouble de personnalité limite (TPL) se retrouvent d'autant plus en situation de vulnérabilité durant cette période. Peu d'étude ont évalué empiriquement les forces et les besoins de ces parents. Cette étude vise à décrire les forces et les besoins spécifiques des parents ayant un TPL durant la période périnatale et la petite enfance. **Méthode :** Des entrevues semi — dirigées basée sur le cadre conceptuel *Parenting Occupation and Purpose* ont été réalisés auprès de huit parents ayant été identifié comme ayant des traits du TPL et 13 intervenants œuvrant auprès de parents ayant un TPL. Les verbatims ont été analysés par analyse thématique selon la méthode décrite par Fryer (2022). **Résultat :** Quatre thèmes ont émergé des analyses pour décrire les forces et ressources des mères ayant un TPL soit 1) s'engager dans des actions favorables pour le bien-être de l'enfant, 2) une capacité à être authentique et humble, 3) une sensibilité au vécu de leur enfant et 4) une capacité à se former une identité positive à travers la parentalité. En ce qui a trait aux besoins de soutien dans la période périnatale et la petite enfance, les analyses ont fait émerger cinq thèmes, soit : 1) comprendre ses réactions et prendre soin de soi, 2) bien comprendre son enfant,

3) prendre soin de sa relation avec l'enfant, 4) entretenir des relations harmonieuses avec l'environnement social de l'enfant et 5) se projeter. **Conclusion :** Cet article soutient le développement d'intervention ciblant les besoins spécifiques des parents ayant un TPL durant la période périnatale et la petite enfance. L'identification de nombreuses forces parentales soulèvent la nécessité de les prendre en compte dans l'évaluation des compétences parentales et dans les interventions afin de soutenir leur plein développement.

Introduction

La période périnatale et la petite enfance est un temps de grands défis pour les nouveaux parents. Les parents doivent rapidement développer de nouvelles compétences dans une période marquée par le changement et l'incertitude. La délimitation de cette période varie selon les auteurs. Dans le cadre de cet article, nous définirons cette période comme s'échelonnant de la conception aux 3 ans de l'enfant. Dès la grossesse, le parent est amené à redéfinir son identité et renégocier ses relations conjugales et familiales. La venue de l'enfant nécessite du parent une réorganisation de sa routine et de ses occupations et le développement de sa capacité d'abnégation, pour se centrer sur la réponse aux besoins de l'enfant. Cela se fait dans un contexte de déprivation de sommeil (Baldwin et al., 2019 ; Martins, 2019), où l'intensité des émotions ressenties est inhabituelle, puisqu'il s'agit d'une première expérience d'une relation interpersonnelle d'une telle proximité (Feeney et al., 2001). De plus, lorsque le parent réussit à s'adapter et atteint un certain niveau de confort, les besoins de l'enfant changent créant un déséquilibre et un nouveau besoin d'ajustement (Lazartigues et al., 2006).

Le trouble de personnalité limite affecte environ 1 % de la population générale, 12 % de la population clinique externe et 22 % de la population clinique externe (Ellison et al., 2018). Il se manifeste par des relations intenses et instables, des efforts effrénés pour éviter l'abandon, une image de soi instable, une impulsivité marquée, des variations fréquentes de l'humeur, un sentiment de vide et des pensées paranoïdes ou des épisodes de dissociation (American Psychiatric Association, 2013b).

Le trouble de personnalité limite a un impact important sur les compétences parentales (Préfontaine et al., 2024a). Ces parents peuvent éprouver de la difficulté à répondre aux besoins de l'enfant avec constance et au moment opportun en raison des symptômes tels que l'invasion émotionnelle (Préfontaine et al., 2024a). Leur impulsivité peut se traduire par des limites changeantes pour l'enfant et la peur de l'abandon caractéristique du TPL peut se traduire par des difficultés à soutenir l'autonomie de l'enfant (Préfontaine et al., 2024a). De plus, le TPL étant associé à des difficultés relationnelles, ces parents peuvent avoir de la difficulté à maintenir un réseau social positif et soutenant autour de l'enfant. Toutefois, ce facteur de protection s'avère généralement primordial pour assurer la sécurité physique et affective de l'enfant et pour le développement de ses habiletés sociales (Préfontaine et al., 2024a).

Les parents ayant un TPL décrivent fréquemment leur parentalité comme une source de joie, de fierté et d'amour (Ackerson, 2003 a ; Bartsch et al., 2016), leur permettant de développer une identité positive (Ackerson, 2003 a ; Bartsch et al., 2016) et de mettre en action leurs forces qu'ils ont développées à travers leur rétablissement tel que leur résilience et leur sensibilité aux autres (Bartsch et al., 2016). Toutefois, il est nécessaire de soutenir ces parents, et ce, dès la période périnatale. En effet, celle-ci est une étape de grande importance tant pour le parent que l'enfant. Pour la mère, il s'agit d'un moment de grande vulnérabilité au niveau de la santé mentale. En effet, 15 à 25 % développeront des symptômes anxieux ou dépressifs lors de la période périnatale (National Collaborating Centre for Mental Health, 2014). De plus, c'est durant cette période que se développe la perception de soi-même en tant que parent qui aura une influence importante sur les attitudes et les conduites futures (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2019). Pour l'enfant, c'est une période où la dépendance envers le parent est grande et où le développement au plan physique, social, affectif et cognitif est rapide et déterminant. C'est également à cette période que se développe l'attachement qui influencera la relation parent-enfant et les relations subséquentes de l'enfant, et ce jusqu'à l'âge adulte (Fonagy et al., 2014 ; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2016 ; Prior et al., 2006).

Bien que tous les parents puissent bénéficier de soutien pendant cette période, le soutien offert aux parents ayant un TPL doit toutefois être distinct de celui offert à la population générale. En effet, les parents ayant un trouble de santé mentale peuvent avoir de la difficulté à effectuer les apprentissages et mettre en pratique les compétences acquises dans les programmes parentaux offerts grand public (Fonagy & Bateman, 2006 ; Maliken & Katz, 2013 ; Martin et al., 2017), en raison de notamment de la dysrégulation émotionnelle (Maliken & Katz, 2013). L'adaptation de ces services doit se faire en cohérence avec les principes du modèle du rétablissement qui vise de redonner espoir, à respecter de la dignité de la personne et la soutenir dans la réalisation de ses projets de vie (Commission de la santé mentale du Canada, 2015). Il importe donc d'adopter une vision positive des parents ayant un TPL et de les soutenir dans l'utilisation et le développement de leurs forces (Commission de la santé mentale du Canada, 2015). De plus, afin d'intervenir efficacement, il est nécessaire d'avoir une compréhension approfondie de leurs besoins spécifiques durant la période périnatale et la petite enfance. Toutefois, peu d'études ont évalué empiriquement les forces et les besoins de ces parents. Bien que Bartsch et al. (2015a, 2016) aient étudié les besoins des parents ayant un TPL, ces études ne sont pas spécifiques à la période périnatale et ne s'intéressent pas à la grossesse. De plus, aucune étude portant sur les forces et les ressources de ces parents n'a pu être recensée. Ainsi, le présent article vise à comprendre la perspective des parents ayant un TPL à l'égard de leurs forces et de leurs besoins ainsi que la perspective des intervenants œuvrant auprès d'eux. Cette étude permettra donc de répondre aux questions de recherche spécifiques suivantes : quels sont les forces et les besoins spécifiques des parents ayant un TPL durant la période périnatale et la petite enfance selon la perspective des parents et des intervenants œuvrant auprès d'eux ?

Méthode

La méthodologie utilisée sera décrite en respectant les critères proposés par le *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (Tong et al., 2007). Tous les participants ont fourni un consentement verbal.

Conception de l'étude

Cette étude utilise un devis qualitatif descriptif permettant de faire une description d'un phénomène par une riche description des données (Sandelowski, 2000) et de dégager l'expérience et le sens que les participants se font de cette expérience (Braun & Clarke, 2012).

Afin de bien comprendre les forces et les besoins spécifiques de parents ayant un TPL, des données ont été recueillies auprès de parents vivant avec les difficultés associées au TPL ainsi qu'auprès d'intervenants offrant des services de soutien à la parentalité à cette clientèle.

Le recrutement a été effectué auprès de parents ayant participé au programme Mon Enfant & Moi (ME&M). Ce programme est destiné aux parents présentant des traits de personnalité limite et ayant un enfant âgé entre 3 et 12 ans (Desrosiers, 2023) et se déroule dans des services de première ligne (CLSC) en périnatalité et à l'enfance de même que dans les services de protection de la jeunesse. Le regroupement au sein de ce groupe permettait de recruter des parents ayant un savoir expérientiel de la périnatalité et la petite enfance avec au moins un enfant et ayant amorcé une réflexion critique sur leurs compétences parentales grâce à ce programme.

Pour être inclus, les parents devaient avoir un enfant de 3 ans et moins au moment de l'entrevue et avoir été identifiés par leurs intervenants comme ayant reçu un diagnostic de TPL ou ayant des difficultés correspondant aux traits du trouble de personnalité limite. Le choix du programme ME&M de ne pas inclure uniquement des personnes ayant reçu un diagnostic s'est fait en considérant la difficulté d'accéder à des services spécialisés menant au diagnostic et la réticence de plusieurs personnes à obtenir ou à reconnaître avoir ce diagnostic. Les intervenants devaient quant à eux être intervenus dans le cadre de leur travail auprès de parents ayant un trouble ou des traits de personnalité limite au cours de la période périnatale et la petite enfance.

Les parents et les intervenants ont été recrutés via des courriels transmis aux gestionnaires des

équipes concernés, leur demandant d'identifier des parents et des intervenants potentiellement intéressés à participer. Les questionnaires demandaient aux participants potentiels leur consentement à nous transmettre leur adresse courriel. Le premier auteur contactait ensuite les intervenants pour leur donner plus de détails et prévoir une rencontre. Durant la rencontre, le formulaire de consentement leur était lu et s'il consentait, l'entrevue était réalisée immédiatement.

Les entrevues se sont déroulées virtuellement à l'aide des plateformes Zoom ou TEAMS, à l'exception d'une entrevue avec une mère qui a été réalisée en personne au centre de recherche. Des entrevues de groupe ont été initialement considérées afin de permettre un partage d'idées entre les participants. Toutefois, les disponibilités restreintes, la crainte de parler en groupe et de la difficulté de certaines à respecter les horaires établis ont empêché les entrevues de groupe et toutes les rencontres se sont faites individuellement sauf pour 2 rencontres incluant 3 intervenants chacune.

Le guide d'entrevue a été élaboré à partir des résultats du scoping review (Préfontaine et al., 2024a) réalisé sur les forces et les difficultés des parents ayant un TPL et le cadre théorique *Parenting Occupation and Purpose*. (Lim et al., 2022). Ce cadre conceptuel a été choisi en raison de sa pertinence pour décrire l'ensemble des occupations parentales à travers toutes les étapes de la parentalité en plus d'explorer les buts des parents lorsqu'ils accomplissent ces occupations (Lim et al., 2022). Les questions portaient sur les besoins perçus par les parents aux différents stades de la période périnatale et la petite enfance de même que sur leurs forces en tant que parent. Les besoins étaient décrits comme étant ce que les parents jugeaient qu'ils avaient manqué ou au contraire ce qui avait été nécessaire à leur bonne adaptation à la période périnatale. Les guides d'entrevue sont présentés à l'annexe iv.

Le guide d'entrevue a été élaboré en collaboration entre les trois auteurs. Les entrevues ont été

réalisées par la première auteure (CP), une étudiante au doctorat ayant cinq années d'expérience en tant que clinicienne. La première entrevue a également été co-réalisée avec LD, une chercheuse d'expérience en entrevue qualitative ayant de nombreuses années de pratique auprès de la clientèle présentant un TPL.

Les entrevues étaient d'une durée d'environ 2 heures. Pour deux parents n'étant pas capables de dégager 2 heures consécutives dans leur horaire, deux entrevues de 1 heure ont été réalisées. L'ensemble des entrevues ont été enregistrer en audio. L'interviewer conservait ses observations dans un journal de bord directement après chaque entrevue. Dans ce journal, étaient notés les impressions générales, les idées nouvelles qui émergeaient, les éléments à explorer avec d'autres participantes et ce qui divergeait des informations recueillies jusqu'à présent. Les verbatims n'ont pas été retournés aux participants pour vérification.

Analyse des résultats

Les caractéristiques des participants à l'étude ont été analysées par des fréquences et proportions. Le contenu des entrevues a été analysé par analyse thématique selon la méthode décrite par Fryer (2022) à l'aide du logiciel Nvivo 14. Une méthode inductive a été utilisée afin de s'assurer que les thèmes soient directement liés aux données (Fryer, 2022). Une première familiarisation avec l'ensemble des entrevues a été réalisée par une lecture des verbatims. Par la suite, un premier codage libre et inductif a été réalisé afin de déterminer des codes initiaux. Les codes ont été révisés et discutés par les deux autres auteurs afin de les comparer et de regrouper ceux qui étaient très similaires ou décrivaient une même réalité. L'arbre de codes a été utilisé pour coder l'ensemble des entrevues tout en permettant au besoin de faire émerger de nouveaux codes. Aucun nouveau code n'a été relevé dans les deux dernières entrevues tant du côté des parents que des intervenants indiquant l'atteinte d'une certaine saturation théorique liée à la similarité des perspectives exprimées. Le premier auteur a ensuite élaboré un lexique de chacun des codes afin d'explicitier les particularités et les limites de chacun et de s'assurer qu'ils soient distincts. Les deux auteurs seniors ont révisé et discuté le lexique afin de permettre une

clarification de chacun des thèmes pour convenir d'un consensus.

La thématisation a ensuite été réalisée selon une approche participative afin d'inclure les participants directement dans l'analyse et s'assurer que l'analyse soit représentative de leur réalité. À la suite de la détermination des codes, 8 participants (4 parents et 4 intervenants) ont été rencontrés afin de contribuer à l'analyse. La liste de codes établis a été présentée individuellement à chacun des participants par l'interviewer. Il leur a été ensuite demandé de regrouper les codes qu'ils jugeaient similaires ou appartenant à une même catégorie en mettant autant de codes dans une même catégorie qu'ils le souhaitaient et en ayant la possibilité de laisser certains codes seuls. Par la suite, les différentes catégories élaborées par les participants ont été comparées et les thèmes dominants ont été conservés. L'équipe de recherche a ensuite choisi un terme dénominateur parmi ceux suggérés par les participants en considérant lesquels étaient les plus représentatifs.

Équipe de recherche et réflexivité

L'équipe de recherche se compose de trois femmes, ergothérapeutes dont les pratiques de recherche s'ancrent dans une perspective de rétablissement des personnes vivant un trouble mental afin d'améliorer leur rendement et leur engagement occupationnels selon leur plein potentiel. Les auteurs ont aussi un vécu expérientiel de la période périnatale et la petite enfance. LD a travaillé depuis plus de 15 ans auprès de la clientèle adulte et adolescente ayant un TPL ainsi que dans l'accompagnement des intervenants travaillant auprès de cette clientèle. CP et LD maîtrise les concepts de la thérapie dialectique comportementale et utilisent cette compréhension dans leurs travaux de recherche et leurs pratiques cliniques.

Les chercheurs ne connaissaient pas les participants avant le début de l'étude, à l'exception de trois intervenants qui avaient collaboré dans le cadre de l'évaluation du programme ME&M. Puisque tous les participants avaient participé au programme d'intervention ME&M, ils avaient

développé un langage et une compréhension de leurs difficultés qui était teintée par cette théorie. Les participants étaient informés que le but de la recherche était de mieux cerner les besoins afin d'éventuellement développer un programme d'intervention adapté pour les parents de la grossesse aux 3 ans de l'enfant. Les participants savaient que l'interviewer connaissait le contenu du programme original.

Le projet a reçu l'approbation du comité éthique du CIUSSS Centre-Sud-de-Montréal. (# de certificat : MP-52 2022-1402).

Résultats

Description des participants

Huit mères ont participé à cette étude. Deux parents ont refusé de participer. L'un par manque de temps et le deuxième puisqu'il ne se sentait pas suffisamment stable émotionnellement pour répondre à des questions de recherche. Malgré les efforts de l'équipe de recherche, il a été impossible de recruter un père répondant aux critères et intéressés à participer au projet de recherche. 87,5 % des mères avaient plus d'un enfant, 62,5 % des mères n'étaient plus en couple avec le père et la moitié avait perdu la garde de l'enfant durant la période périnatale ou la petite enfance (voir Tableau 16).

Tableau 16. – Description des parents participants

Relation avec le père des enfants	
En couple	3 (37,5 %)
Séparée	5 (62,5 %)
Nombre d'enfants	
1	1 (12,5 %)
2	3 (37,5 %)
3	2 (25,0 %)
4	1 (12,5 %)
Lieu obtention des services	
CLSC	4 (50,0 %)
Protection de la jeunesse	4 (50,0 %)
Garde légale de l'enfant	
N'a jamais perdu la garde	4 (50,0 %)
A perdu puis retrouvé la garde	2 (25,0 %)
N'a pas la garde au moment de l'entrevue	2 (25,0 %)

Treize intervenants ont été recrutés dont un seul homme. Dix autres intervenants avaient accepté que les chercheurs les contactent, mais n'ont pas donné suite aux relances par courriel. Environ la moitié des intervenants travaillaient au CLSC et l'autre en centre jeunesse. Les professions dominantes étaient la psychoéducation et le travail social. Les intervenants présentaient une large étendue d'années d'expérience auprès de cette clientèle (voir tableau 17). Bien que nous souhaitions initialement réaliser des groupes de discussion, 2 groupes de discussion composés de 3 participants et 7 entrevues individuelles ont été réalisés en raison des contraintes d'horaire des intervenants.

Tableau 17. – Description des intervenants participants

Genre	
Femme	12 (92,3 %)
Homme	1 (7,7 %)
Profession	
Psychoéducateur	7 (53,8 %)
Travailleurs sociaux	3 (23,1 %)
Agent de relation humaine	2 (15,4 %)
Éducateur spécialisé	1 (7,7 %)
Lieu d'emploi	
CLSC	6 (46,2 %)
Protection de la jeunesse	7 (53,8 %)

Les analyses ont permis de relever les forces et les besoins des parents ayant les caractéristiques du TPL durant la période périnatale et la petite enfance.

Forces

Quatre thèmes ont émergé des analyses pour décrire les forces et ressources des mères ayant un TPL soit 1) s'engager dans des actions favorables pour le bien-être de l'enfant, 2) une capacité à être authentique et humble, 3) une sensibilité au vécu de leur enfant et 4) une capacité à se former une identité positive à travers la parentalité.

Thème 1 : S'engager dans des actions favorables pour le bien-être de l'enfant

Les analyses mettent en évidence l'amour que ces parents portent à leurs enfants ainsi que leur

motivation à prendre soin d'eux. Cette motivation est décrite comme leur permettant de s'engager dans des actions favorables pour le bien-être de l'enfant et de persévérer lors des difficultés. Ce thème réfère également à la volonté des parents de s'assurer que leurs enfants ne vivent pas les mêmes difficultés qu'ils ont eux-mêmes vécus enfants comme en témoigne cette intervenante : « Des parents qui veulent beaucoup pour leur enfant, c'est des parents qui ont le désir de ne pas reproduire [ce qu'ils ont vécu]. » (Intervenant #11).

Cette grande volonté d'offrir le meilleur à ces enfants transparait également dans le récit des parents et sert de motivation pour s'engager dans les interventions, tel que l'exprime ce parent : « On a commencé à coopérer avec elle [intervenante], en lui prouvant qu'on voulait tout faire pour ravoir nos enfants puis qu'on allait tout faire ce qu'ils voulaient [la DPJ] » (Parent #8)

Les récits font part de parents qui ont été en mesure de reconnaître qu'il y a un besoin, de trouver les ressources appropriées ou de saisir une opportunité et d'exprimer leur besoin. Plusieurs ont souligné qu'elles ont obtenu des services grâce à leur propre initiative. Cette mère nous exprime comment elle était prête à déployer des efforts dans ses demandes d'aide : « Je suis ce genre de personne qui veut absolument que la santé mentale de mes enfants soit bonne. Donc je vais aller chercher de l'aide, je vais taper à toutes les portes, je soulève les montagnes, voilà. » (Parent #2)

Cette force est également soulignée par cet intervenant : « Elle va faire des demandes d'aide. Elle va le signaler quand ça va moins bien et généralement elle va être transparente aussi dans la mesure de ce qu'elle comprend d'elle-même. » (Intervenant #7)

Lorsqu'elles perçoivent une injustice ou un tort envers leurs enfants, les analyses soulignent la mobilisation de ces parents pour les défendre avec une intensité qui, bien qu'elle ne soit pas toujours canalisée, témoigne de leur force de caractère et de leur désir de protéger leurs enfants. Être une battante pour leurs enfants se traduisait par une affirmation de leurs droits, l'obtention des services et une mobilisation pour retrouver la garde légale. Cet intervenant souligne leur

capacité d'affirmation : « Il y a quelque chose de tellement impressionnant dans leurs capacités à s'affirmer. Quand vient le temps de défendre leurs enfants, tu peux être sûr qu'elles vont être la première. J'admire, vraiment ça. » (Intervenant #9)

Cette attitude se traduit également dans leur capacité à continuer malgré les nombreuses épreuves vécues, comme en témoigne cette intervenante : « C'est des survivantes, ce sont des femmes qui viennent de loin, qui ont un lourd passé et elles se tiennent debout » (Intervenant #10).

Thème 2 : Capable d'être authentiques et humbles

Les parents ayant un TPL s'avèrent capables d'authenticité et sont directs dans leur communication ce qui favorise leur collaboration aux services. Cette authenticité peut être décelée dans les récits lorsqu'en présence de lien de confiance établi avec l'intervenant. Cette idée est bien traduite dans l'extrait suivant : « Ils [les parents] sont très authentiques. Quand la carapace est tombée, tu sais vraiment à quoi t'attendre. Puis s'ils ne sont pas d'accord avec ce que tu proposes dans tes interventions, ils vont te le dire. » (Intervenant #12)

Les analyses soulignent également la capacité de ces mères à reconnaître leurs erreurs et à s'excuser auprès de l'enfant. Cela implique d'identifier quand elles ont mal agi, de reconnaître leur responsabilité et de s'engager à poser des gestes pour s'améliorer auprès de l'enfant. Cette mère nous exprime comment elle parvient à faire preuve de cette humilité auprès de sa fille : « Avec ma fille, j'essaye de tout le temps [de] lui dire que c'est une personne extraordinaire que j'ai de la chance de l'avoir, que c'est moi qui a un problème, que ce n'est pas elle qui en a un. » (Parent #2)

Thème 3 : Capable d'être sensible à l'enfant

Les analyses soulignent la sensibilité de ces parents qui se traduit par la capacité à capter les

signaux indiquant que l'enfant ne va pas bien, à être touché par le vécu de l'enfant et à pouvoir faire des liens entre le vécu de l'enfant et son propre vécu. Cette mère nous décrit comment l'hypersensibilité associée au TPL peut également représenter une force : « Le TPL, ça vient souvent avec une hypersensibilité envers les autres. Et ça, c'est un de mes points forts. Je suis vraiment à l'écoute des sentiments de mes enfants. » (Parent #8)

Cette sensibilité peut être mise de l'avant en les aidant à être plus disponibles à la situation de l'enfant, tel que le décrit cet intervenant :

Les mamans avec un TPL, c'est qu'elles ont de plus grandes antennes que d'autres parents donc elles sont vraiment plus sensibles à décoder ce que les autres vivent. Elles sont plus sensibles à sentir comment son enfant peut le vivre, puis à comprendre, donc elles sont capables d'être à l'écoute. [...] Il faut les amener à être à l'écoute. (Intervenant #6)

Thème 4 : Capable de se former une identité positive à travers la parentalité

Lorsque les mères abordaient leur identité dans les verbatims ou auprès de leurs intervenants, ce rôle était associé à beaucoup de fierté et à une appréciation de l'attention reçue par les autres. Cette nouvelle identité permettait de porter un regard plus positif sur leur corps, en se trouvant belles et en voyant leur corps comme quelque chose de puissant et capable de porter la vie. L'allaitement était entre autres nommé comme une activité engendrant beaucoup de gratification pour les mères et qui leur permettait de se relier à d'autres mères, à travers les ressources communautaires en allaitement. Cette mère raconte comment elle a perçu que son identité changeait positivement durant la grossesse :

Puis j'ai remarqué que les gens, une femme enceinte, les yeux, les yeux des gens quand ils voient une femme enceinte, ils voient le respect, ils voient la vie. [...] J'ai apprécié ces moments-là. C'est comme si, pour une fois ça ne me dérangeait pas d'avoir une lumière sur moi. (Parent #5).

Cet intervenant souligne également comment la grossesse permettait à une mère de s'engager dans plusieurs rôles significatifs :

Il y avait un côté où ce qu'elle valorisait beaucoup par [la grossesse]. Elle allait aux activités, puis l'allaitement on dirait qu'elle trouvait une identité là-dedans, pas tant centrée peut être sur le fœtus, le bébé concret, mais elle venait chercher quelque chose, elle avait une importance, elle s'impliquait, puis elle donnait des conseils à tout le monde. (Intervenant #8)

Besoins

En ce qui a trait aux besoins de soutien dans la période périnatale et la petite enfance, les analyses ont fait émerger cinq thèmes, soit : 1) comprendre ses réactions et prendre soin de soi, 2) bien comprendre son enfant, 3) prendre soin de sa relation avec l'enfant, 4) entretenir des relations harmonieuses avec l'environnement social de l'enfant et 5) se projeter (voir Tableau 19). Les analyses participatives ont permis de faire ressortir leur compréhension que les besoins de se comprendre soi-même et comprendre son enfant et la relation étaient distincts pour eux.

Tableau 18. – Besoins des parents ayant les caractéristiques du TPL durant la période périnatale et la petite enfance

Thèmes	Sous-thèmes
1. Comprendre ses réactions et prendre soin de soi	<i>1.1 Intégrer les impacts de ses traumatismes antérieurs sur sa parentalité</i>
	<i>1.2 Comprendre ses émotions et les réguler efficacement</i>
	<i>1.3 Accepter de laisser le contrôle à un autre</i>
	<i>1.4 Réguler sa peur de perdre sa place auprès de l'enfant</i>
	<i>1.5 Développer sa confiance en soi</i>
	<i>1.6 Prendre soin de soi pour prendre soin de l'enfant</i>
2. Bien comprendre son enfant	<i>2.1 Comprendre les étapes du développement normal de l'enfant</i>
	<i>2.2 Connaître les vulnérabilités de son enfant</i>
	<i>2.3 Interpréter et répondre adéquatement au comportement de l'enfant</i>
3. Prendre soin de sa relation avec l'enfant	<i>3.1 Apprendre à valider son enfant</i>
	<i>3.2 Avoir du plaisir avec l'enfant</i>
	<i>3.3 Établir et maintenir une routine</i>
	<i>3.4 Mettre des limites</i>
	<i>3.5 Prioriser les besoins de l'enfant</i>
	<i>3.6 Être chaleureuse</i>
4. Entretenir des relations harmonieuses avec l'environnement social de l'enfant	<i>4.1 S'entourer de personnes soutenantes</i>
	<i>4.2 Développer ses habiletés de communication et de résolution de conflit</i>
5. Se projeter	<i>5.1 Se projeter réalistement dans l'avenir</i>

Thème 1 : Comprendre ses réactions et prendre soin de soi

1.1 Intégrer les impacts des traumatismes antérieurs sur sa parentalité

Les récits des parents et des intervenants soulignent que plusieurs de ces parents ont vécu dans des milieux où leurs émotions ont été invalidées et qui ont été marqués par l'abus, la négligence ou des soins sous-optimaux. Les analyses soulignent que ces traumatismes ont un impact sur leur parentalité et que les parents doivent être soutenus dans cette compréhension. Plusieurs intervenants soulignent que cela influence les objectifs de ces parents à travers leur parentalité, tel que l'illustre cette intervenante citant les propos d'une mère : « Elle nomme c'est moi mon enfant, j'ai eu mon enfant pour revivre mon enfance à moi avec lui. » (Intervenant #2)

De plus, pour plusieurs parents il peut être difficile de donner à un enfant ce qu'ils n'ont pas reçu. La proximité relationnelle peut être menaçante à la suite d'un trauma interpersonnel. Les analyses relèvent comment cette difficulté peut affecter les soins, l'attention et les marques d'affection offerts à l'enfant.

Cette madame-là était tellement blessée on parle d'abus sexuel, de rejet total que la chaleur émotionnelle c'était menaçant [...] elle n'était pas capable de prendre son bébé dans ses bras et de le caresser. Donc mon interprétation, c'est que cette émotion de tendresse, ça été trop menaçant. (Intervenant #13)

Les participants mettent en relation comment les traumatismes vécus affectent la manière dont les parents vivent leurs émotions et celles de leurs enfants et qu'ils doivent apprendre qu'il est possible de faire différemment, tel que le rapporte cette intervenante :

À force de subir ou de vivre dans des milieux abusifs, on se désensibilise, puis à force de vivre beaucoup d'invalidation ben, on s'auto-invalide, puis on finit par invalider notre enfant ou on finit par castrer un peu là certaines de ces émotions qui prennent de l'ampleur puis on ne le sait pas quoi faire avec ça, parce qu'on on n'a pas appris à faire autrement. (Intervenant #5).

1.2 Comprendre ses émotions et les réguler efficacement

Les analyses mettent en évidence l'importance du besoin d'apprendre à réguler ses émotions. Pour plusieurs mères, la difficulté à le faire a été le motif principal d'implication des services de protection de la jeunesse. Les intervenants rapportaient des fluctuations hormonales encore plus importantes au cours de la grossesse et de la période post-partum pour certaines femmes. Ces parents avaient de la difficulté à ne pas exposer leurs enfants à leurs débordements affectifs qui peuvent susciter de la peur et des réactions de dissociation chez l'enfant, que la réaction soit survenue ou non en lien avec une interaction avec l'enfant, tel qu'en témoigne cette mère :

Je me faisais mal à moi-même, genre quand je n'étais pas bien, je me tirais les cheveux, je me frappais dans face, j'avais des bleus [...] Euh moi je n'ai pas remarqué, mais la DPJ avait dit comme quand j'ai crié qu'il était dans mes bras [...] [mon enfant] ne disait rien, il était juste comme il ne pouvait même pas dire à l'aide, j'ai peur de ma mère. (Parent #6)

Dans les récits des parents et des intervenants, il était relevé que les compétences parentales de ceux-ci pouvaient être masquées par leur envahissement émotionnel et donc que d'apprendre à mieux se réguler permettrait de voir émerger ces forces. Ces parents se retrouvent fréquemment envahis par des drames à l'extérieur de la relation parent-enfant, mais ceux-ci affectent néanmoins leurs disponibilités à l'enfant. Ce parent décrit comment ce tumulte émotionnel généré par des événements indépendants de sa relation avec l'enfant est un défi majeur dans sa parentalité :

Des fois, quand je suis dans un état de même, comme je suis plus en contact, mes responsabilités ne sont pas là. À cause de ça, il a soupé plus tard, parce qu'il faut que j'aie du temps pour m'en remettre. (Parent #6)

En plus des drames externes, les parents se retrouvaient fréquemment submergés par des émotions ressenties face à certains comportements ou émotions de leurs enfants qui minent également leur disponibilité et leur capacité à utiliser leurs moyens habituels tel que l'exprime cette mère : « Ben quand j'entends pleurer ou crier ça vient me mettre une boule de feu d'anxiété dans l'estomac. Puis quand je panique, je sais plus comment réagir, je ne sais plus comment

intervenir. » (Parent #3). Ces parents doivent donc apprendre de nouveaux moyens de régulation.

Cette dysrégulation émotionnelle limite également la capacité à faire de nouveaux apprentissages et à bénéficier d'un suivi thérapeutique tel que l'illustrent cette intervenante et cette mère : « Cette maman-là était toujours, toujours activée émotionnellement, donc elle faisait moins d'acquis d'apprentissage puis moins d'application des stratégies à la maison. » Citant une mère elle ajoute : « Si je suis dans des environnements qui sont vraiment plus malsains pour moi, ça impacte encore plus ma disponibilité ou ma capacité. Puis je n'en ai rien à foutre rendu là [...] de mon intervenant qui va venir me dire quoi faire ? J'ai de la misère à survivre en ce moment. » (Intervenant #5) Cette mère souligne elle aussi comment sa dysrégulation l'empêchait de bénéficier des enseignements des infirmières : « Je n'avais pas de patience, je trouvais que toutes les infirmières étaient incompetentes [...] peu importe ce qu'ils me disaient, je le prenais comme une attaque. [...] Je criais, je sacrais, je réagissais. » (Parent #4)

Les analyses révèlent également que les parents en tentant de se réguler, utilisent parfois des stratégies qui aggravent le problème ou qui réduisent leur disponibilité physique, cognitive ou affective à leurs enfants, soutenant également le besoin d'apprendre à se réguler différemment. Cet intervenant traduit comment les tentatives de régulation peut mener à des comportements diminuant les facultés du parent : « Elle a continué d'avoir des comportements à risque. » Citant la mère elle poursuit : « Tu sais pendant la grossesse, elle dit c'est comme une façon pour moi peut-être de me calmer le pompon. » (Intervenant #10). Ces tentatives de régulation se traduisent également par un envahissement par leurs messageries et les médias sociaux pour ces parents qui ne sont alors plus attentifs pleinement à l'enfant : « Si mon moyen pour décompresser c'est d'aller voir des vidéos Tik Tok [...]. Ils vont nous dire "Ah mon Dieu, ok non là quand je suis avec mon enfant, mon esprit partout ailleurs, puis mon cellulaire n'arrête pas de sonner." (Intervenant #5)

1.3 Accepter de laisser le contrôle à un autre

Les analyses soulignent le besoin d'apprendre à accepter qu'on ne puisse pas tout contrôler. Dans le discours de certaines mères, cela a aussi été vécu face aux circonstances de la grossesse et de l'accouchement. Cette mère nous fait part de la difficulté pour elle d'accepter que son accouchement ne se soit pas déroulé comme elle le souhaitait :

Il y a toute, toute la frustration que tu as envers toi-même, envers ton corps, des fois, on n'est pas très indulgente envers nous-mêmes. Ce n'est pas de la faute de mon corps s'il n'a juste pas [pu faire le travail de l'accouchement] (Parent #1, à propos de sa césarienne non planifiée)

Les récits des participants illustrent que la difficulté des parents à laisser du contrôle à une autre personne est susceptible d'influencer la dynamique familiale. Plusieurs parents avaient tendance à ne pas laisser suffisamment de place à l'autre parent par peur de perdre le contrôle. Cette mère exprime qu'elle ne permettait pas toujours au père de s'occuper de son fils : "Mettons que je le laissais pas vraiment faire là, tu sais, j'étais quand même, comme je disais j'étais protectrice envers mon fils, pi j'étais quelqu'un de très très possessif." (Parent #4)

1.4 Réguler sa peur de perdre sa place auprès de l'enfant

Les analyses soulignent que les parents ont besoin d'apprendre à gérer la peur excessive de perdre sa place auprès de l'enfant, puisqu'elle fait partie du vécu de nombreux de ces parents et a de nombreuses conséquences. En effet, les difficultés suivantes ont pu être relevées des analyses : accepter l'aide des professionnels, laisser suffisamment de place à l'autre parent, accepter la présence du nouveau conjoint de l'autre parent dans la vie de son enfant en cas de séparation, encourager les relations avec la famille élargie et permettre la fréquentation d'un milieu éducatif. Les deux extraits suivants illustrent certaines de ces conséquences : « C'est mon enfant, je protégeais mon enfant, puis c'est sûr que si je voyais qu'ils essayaient de prendre ma place... » (Parent #4, au sujet des infirmières à la maternité)

Cet intervenant partage également cette observation : « Mais c'est se dire est-ce que moi je vais accepter qu'un autre adulte puisse jouer un rôle positif significatif dans la vie de mon enfant, puis est-ce que ça va faire en sorte que je vais perdre ma place ? » (Intervenant #4)

1.5 Développer sa confiance en soi

Les analyses soulignent le besoin de développer sa confiance en soi. Plus précisément, des besoins de reconnaître leurs compétences parentales, de diminuer leur honte et leur culpabilité et de mettre de côté le jugement des autres parents ont été relevés. Cet intervenant nous témoigne comment le regard des autres peut affecter certains de ses parents :

Ils vont plutôt nous parler de la phase du non. Là, tu sais de la crise de bacon, c'est des situations où l'enfant te met un peu dans l'embarras [...] tu sais par rapport aux autres autour, donc le regard des autres, c'est la peur de ne pas être considérée comme une bonne mère de pas bien faire les affaires, c'est ça qui ressort le plus. (Intervenant #11)

La période de la grossesse quant à elle est une période qui s'est révélée tant favorable à la confiance en soi que défavorable. Le corps de la femme enceinte était tant vue par certaines ou à certains moments comme forts et magnifiques ou encore comme moches et peu désirables. C'est de cette deuxième expérience dont témoigne ce parent :

Oui c'est sûr, au début on se dit que ça vient avec, on est enceinte on va grossir. On a hâte de voir notre ventre apparaître, mais je dirais vers la fin de la grossesse surtout que j'ai accouché près de l'été les 2 fois, c'est sûr que ça joue sur mon estime. (Parent #8)

Pour certains parents, il est nécessaire de développer sa capacité à remettre en question l'opinion des autres. Les analyses mettent en lumière que cela fait en sorte qu'elles sont beaucoup moins à l'écoute de leurs expériences et des besoins de l'enfant. Cette mère nous témoigne comment le fait d'écouter les croyances de sa famille qu'il faut laisser un enfant pleurer l'a conduite à ne

pas répondre aux pleurs de son enfant en négligeant ce qu'elle ressentait :

Y a aussi le fait que j'écoutais, mettons Pierre-Jean-Jacques me dicter comment. » [...] Que tu sais je n'ai pas écouté mon instinct à moi. Je laissais le contrôle aux autres personnes dans la vie. [...] [Ma sœur] disait : « hey t'as-tu déjà entendu un pédiatre dire qu'une enfant est morte, d'avoir pleuré ? Si elle a mauvais caractère met la dans son lit puis laisse la se calmer. » Aujourd'hui, je suis vraiment plus. À l'écoute de mon enfant qu'à l'écoute de tout le monde. (Parent #3)

1.6 Prendre soin de soi pour prendre soin de l'enfant

Pour être en mesure de prendre soin de ces enfants à long terme, les parents doivent apprendre des stratégies pour prendre soin d'eux-mêmes et de leur santé. Pour ces parents, pris dans le tumulte de leurs difficultés, il peut être difficile de faire des actions pour prendre soin de soi et de faire des choix pour l'enfant à venir, comme le témoigne cet extrait qui se rapporte à la difficulté à faire des changements pour prendre davantage soin de soi durant la grossesse : « Avec tout le stress que j'avais, avec disons que je ne me nourrissais pas toujours ou pas toujours très bien. Avec le travail que j'avais, j'avais un travail quand même physique, dangereux. » (Parent #4)

Ces habiletés doivent également être développées une fois la venue de l'enfant. Cette mère rapporte qu'elle aurait eu besoin d'apprendre à se prioriser dans certaines situations :

Mais, je pense que ça m'aurait beaucoup aidé aussi de faire comme là, c'est quoi la priorité, c'est d'arrêter les pleurs ou c'est tu que toi tu as besoin d'un break [...] ça m'aurait aidé, j'aurais fait comme je suis plus capable, mais là mon bébé a besoin de moi. Je ne savais pas où aller. (Parent #7)

Thème 2 : Bien comprendre son enfant

2.1 Comprendre les étapes du développement normal de l'enfant

Les analyses suggèrent que plusieurs parents avaient besoin de mieux comprendre les étapes normales du développement de l'enfant. Plus particulièrement, les analyses mettent en lumière

le besoin de remettre en perspective des attentes irréalistes en fonction du stade développemental de l'enfant. Des interventions inappropriées auprès de l'enfant peuvent découler, par exemple, de la colère face à des attentes non répondues ou encore des demandes et explications à l'enfant qui ne sont pas cohérentes avec ces capacités. Cet intervenant souligne comment développer de meilleures connaissances sur le développement aurait mené à de meilleures interventions pour certains parents : « Ils peuvent avoir une méga discussion là de, de justification avec un enfant d'un an et demi. [...] Il ne comprend rien de ce que tu lui dis là, il n'est pas rendu là dans son développement. » (Intervenant #11)

Derrière ses attentes irréalistes était fréquemment sous-entendue une ambivalence vécue : souhaiter que l'enfant soit suffisamment autonome pour avoir plus de liberté et de temps pour soi et souhaiter que l'enfant soit moins autonome afin de pouvoir plus facilement imposer son rythme et ses besoins comme parent. En effet, alors que le désir de recevoir de l'affection physique transparissait à travers les récits, la proximité physique peut être difficile à tolérer lorsqu'elle n'est pas au moment choisi par le parent ou de la façon dont il aimerait qu'elle se produise. Cette intervenante traduit bien cet aspect dans le verbatim suivant en rapportant les propos d'une mère :

Ah ma fille est encore collée sur moi, ça me gosse [...]. Euh, puis je pense qu'au-delà, de la proximité physique, mais c'est plus l'impression de se sentir un peu *over touch* ou que ce ne soit pas à son moment qui la convient à elle. (Intervenant #7)

Toutefois, accepter qu'un enfant puisse rechercher peu la proximité physique semble aussi un besoin d'apprentissage pour ces parents. Cette mère nous témoigne comment elle a été confrontée par l'indépendance affective de son enfant : « Je n'étais pas à l'écoute, admettons quand qu'elle ne voulait pas de bisou, je décidais, d'y donner des bisous pareils. Elle s'arquait, elle me démontrait que non, elle me frappait. » (Parent #3)

Laisser à l'enfant suffisamment d'autonomie pour explorer et réaliser des apprentissages est également un apprentissage nécessaire qui a été mis en évidence par les analyses. Ces difficultés

deviennent d'autant plus difficiles pour le parent près de l'âge de 2 ans de l'enfant, alors qu'il gagne en autonomie et peut s'opposer aux façons de faire du parent. Parmi les enjeux sous-jacents qui ont été relevés, on note la peur du monde extérieur, un désir de fusion avec l'enfant et une peur d'être abandonné par l'enfant. Cette intervenante témoigne comment cela se manifeste lors des premières manifestations d'autonomie de l'enfant :

Au niveau du détachement de l'enfant aussi, vers l'âge de 9 mois, quand l'enfant va explorer, revenir, partir sans pleurer, tout ça, ça peut être difficile parce que la mère peut avoir de la difficulté à le laisser aller. Elle a une peur des fois, du danger trop intense. (Intervenant #6)

Cette mère rapporte avoir dû faire l'apprentissage de la nécessité de laisser l'enfant explorer, car elle avait tendance à toujours vouloir le garder près d'elle.

Je le collais beaucoup plus. Et je l'avais toujours dans mes bras. Puis là, ben maintenant qu'il est beaucoup plus autonome, il faut que je laisse explorer là, tu sais dans le fond il est dans son moment d'exploration, faut que je le laisse explorer. (Parent #4)

L'autonomie de l'enfant était également un sujet où l'ambivalence a été relevée dans les verbatims. Plusieurs parents et intervenants témoignent de l'envie que l'enfant soit rapidement autonome, tel que mis en lumière dans cet extrait : « Puis un désir qu'il grandisse rapidement. Tu sais, un bébé de 6 mois, des fois, qui a le biberon d'une main quasiment lui-même là, qui se nourrit [lui-même]. » (Intervenant #10)

2.2 Connaître les vulnérabilités de son enfant

Parmi les besoins exprimés par les parents seulement, figure celui de mieux comprendre le tempérament de l'enfant et ce qui le fait réagir les a beaucoup aidés pendant leur participation au programme ME&M. Ils auraient souhaité l'apprendre plus tôt. Cela se traduisait également par apprendre à reconnaître l'unicité de l'enfant et accepter qu'il soit différent des autres. Cela leur

permettait d'anticiper ses réactions et ainsi agir de façon à diminuer l'intensité de la réponse, comme illustré dans l'exemple donné par cette mère qui rapporte comment la mise en place de certaines stratégies apprises lui a permis de faciliter certains moments de la routine avec son enfant : « Agir avec prévoyance ça aide beaucoup [...] [Si je sais que] mon enfant réagit quand je la couche le soir ou que c'est difficile la période des soupers tu sais, je vais prévoir. » (Parent #5)

2.3 Interpréter et répondre adéquatement au comportement de l'enfant

Les analyses soulignent que ces parents ont besoin d'être soutenus dans l'interprétation adéquate du comportement de l'enfant lorsqu'il est jeune. Quatre causes ont été relevées pour expliquer ce besoin : la difficulté à considérer les besoins affectifs, la difficulté à distinguer les besoins de l'enfant de ses propres besoins, l'attribution d'intentions malveillantes à l'enfant et l'invasion par des émotions internes ou externes à la relation avec l'enfant.

Les parents et les intervenants témoignent qu'il est plus difficile de considérer les besoins affectifs que les besoins physiologiques de l'enfant. L'apprentissage nécessaire ne se situe pas au niveau des connaissances sur les besoins de l'enfant, mais bien de la capacité de l'identifier dans son contexte. Cela se traduisait notamment par des comportements de sur-nourrir l'enfant puisque pour certains parents chaque pleur était associé à la faim, comme en témoigne cette mère :

J'ai eu 4 enfants, les 4 enfants, ça a été la même, même chose, un bébé pleure si la couche n'est pas mouillée., il a faim. [...] Ça a été longtemps une croyance pour moi [...] C'est un peu la raison pour laquelle [ma fille] m'a été enlevée, je n'arrivais pas à reconnaître les pleurs ou les besoins de réconfort (Parent #3).

Le récit des parents et des intervenants dénote une projection des parents de leurs besoins sur ceux de l'enfant, tant physiologiques qu'affectifs, ce qui crée de la confusion, tel que l'illustre cet intervenant :

Le bébé a chaud, moi j'ai chaud. J'ai eu des « le bébé n'aime pas ça des préparations au lait, moi je n'aime pas ça donc mon bébé n'aime pas ça », donc on

donne du lait à vanille là, vraiment un manque de compréhension et de distanciation de l'enfant. (Intervenant #2)

Les analyses soulignent également la nécessité de développer ses compétences à bien comprendre les intentions de son enfant. Lorsqu'un parent est dérangé par le comportement d'un enfant, ce dernier peut interpréter que le comportement est une manifestation hostile envers lui. Il peut ainsi se sentir persécuté, tel que l'exprime cet intervenant : « Ben elles vont prêter des intentions beaucoup au nourrisson déjà en bas âge [...], moi je l'entends : « là il voit que je suis assis tranquille, là il veut me déranger. » (Intervenant #2)

Thème 3 : Prendre soin de sa relation avec l'enfant

3.1 Apprendre à valider son enfant

Les analyses relèvent qu'apprendre à valider les émotions de leurs enfants, c'est-à-dire de pouvoir refléter à leur enfant qu'ils comprennent leurs émotions et que celles-ci sont légitimes, est un apprentissage clé pour ces parents durant la période périnatale et la petite enfance. Les analyses soulèvent le besoin d'apprendre à valider tant par les mots, que par le non verbal et les actions. C'est ce que cette mère souligne lorsque questionnée sur ce qu'elle aurait eu besoin d'apprendre dès le début de sa parentalité : « Des trucs pour aider à les rassurer comme il faut, à les valider. C'est dur de valider un enfant qui ne comprend pas vraiment avec le langage. Apprendre à valider avec des gestes, avec des actions. » (Parent #8)

3.2 Avoir du plaisir avec l'enfant

Les analyses révèlent le besoin pour plusieurs parents d'apprendre à éprouver du plaisir réciproque avec leurs enfants. Cette mère souligne comment à la suite d'une intervention, elle est parvenue à changer sa vision d'une mère comme une personne uniquement chargée de la discipline, pour incorporer la notion de plaisir : « J'arrive à passer du bon temps et du temps de qualité avec les enfants. Alors je ne vois plus mon rôle comme juste une marâtre. » (Parent #3)

Les analyses ont permis de mettre en lumière trois causes à ce besoin. Premièrement, avoir du plaisir avec son enfant nécessite une disponibilité cognitive et affective atteignable lorsqu'on développe la capacité de mettre de côté des situations externes à la relation. Questionné sur les difficultés des parents à partager du plaisir avec leurs enfants, cet intervenant suggère cette explication : « Parce qu'elles ont autre chose à gérer. Elles sont en train de texter, elles sont en train de se chicaner au téléphone. » (Intervenant #1)

Deuxièmement, le jeu sans intermédiaire à la relation et s'utiliser soi comme source du jeu nécessite un apprentissage particulier. Le jeu libre et spontané s'avère difficile pour ces parents qui sont plus à l'aise dans des jeux ou des activités plus structurées. Ces aspects sont des défis pour les parents présentant un TPL, comme en témoigne cet intervenant :

Parce que le jeu, tu sais dans le fond, le jeu libre centré sur l'enfant, ça demande pour l'adulte comme une spontanéité des émotions, de se laisser porter, puis elles ne sont pas capables, elles sont comme en mode protection. (Intervenant #8)

Cet intervenant souligne également, comment le jeu sans intermédiaire peut être confrontant pour ces parents :

Tu sais plutôt que de vraiment être dans la relation qu'on peut jouer avec un enfant sans aucun jouet, puis au travers de la relation, mais pour elle, ça prend, ça prend comme un intermédiaire aussi à la relation, donc un objet, un jouet, un prétexte, quelque chose comme ça. (Intervenant #7)

Finalement, jouer avec un jeune enfant nécessite également de développer une grande sensibilité de la part du parent. Le parent doit apprendre à décoder les envies et le rythme de l'enfant de même que de développer sa compréhension des capacités de l'enfant afin de proposer un jeu qui y soit adapté. Cet intervenant décrit qu'il observait des jeux peu développés et une absence de plaisir pour le parent et l'enfant :

Donc moi j'observais beaucoup de jeu parallèle, rien de rien de super concret, mettons des enfants qui sont supposés être dans la collaboration, pi dans les jeux

symboliques, et pas de plaisir. Autant des fois j'avais des mères qui cherchaient le contact pendant que leur enfant voulait jouer ailleurs et elles décodent mal. (Intervenant #3)

3.3 Établir et maintenir une routine

Les analyses relèvent qu'un besoin fréquent pour ces familles est d'établir une routine pour l'enfant. Pour les intervenants cela se manifeste particulièrement au niveau d'être capable de respecter le rythme de sommeil et des habitudes autour des repas, tel qu'en témoigne cet intervenant : « Il n'y en a pas [de routine], ça mange devant la télé, ça mange n'importe quand, ça mange chacun pour soi,..., tout change chaque jour » (Intervenant #8)

Ces parents doivent également apprendre à adopter un rythme compatible avec les horaires des services de garderie. En effet, les intervenants rapportent des enfants très jeunes, qui vivent de nuit et dorment jusqu'à très tard en matinée, comme dans cet extrait :

On le voit, y a tellement de va-et-vient, ou sont tout le temps réveillé parce que le night life, là ça bouge là dans la maison le soir, la nuit. Donc souvent on a des bébés de 2-3 ans à la maison qui dorment jusqu'à 10 h le matin. (Intervenant #2)

Pour une minorité de famille, il est possible de voir une routine ultra-rigide qui répond davantage aux besoins des parents, tel que l'illustre cet intervenant :

J'ai une famille, entre autres en tête où il y a une routine ultra rigide qui répond aux besoins de la mère. Elle se couche à 6 h 30, puis tu sais faut pas qu'elle se lève avant telle heure le matin. (Intervenant #10)

3.4 Mettre des limites

Les analyses mettent en lumière un besoin de développer sa capacité à mettre des limites et à les appliquer avec constance pour ces parents. Pour ce faire, ces parents doivent être soutenus dans leur capacité à être des modèles des limites qu'ils souhaitent que leurs enfants respectent. Derrière le besoin d'apprendre à mettre des limites se cachent également le besoin d'apprendre à réguler la crainte que s'ils mettent une limite à l'enfant, ce dernier ne les aime plus ou que cela

va nuire à leur relation, comme en témoigne cette mère : « Les croyances que mon enfant va arrêter de m'aimer par rapport que je le gronde ou que je mets ma limite, était une pensée ancrée en dedans de moi. » (Parent #3)

Plusieurs parents ont également besoin d'apprendre comment ne pas imposer des conséquences exagérées face à un comportement de l'enfant, tel que traduit dans l'exemple donné par cette mère :

Ben, ça l'a été dans l'éducation, à des moments au lieu de garder mon calme, je réagissais un peu trop à chaud [je lui disais] et bien, si tu ne ranges pas, à la poubelle. C'est efficace hein, ça, hein ? [...] Absurde, exactement des menaces débiles qui nous font du bien sûr l'instant, mais qui nous font perdre en crédibilité, parce qu'on ne le fait pas en plus. (Parent #2)

De plus, les analyses relèvent un besoin de développer des stratégies pour réduire la grande oscillation dans les limites : ces parents peuvent être très tolérants lorsqu'ils se sentent bien et par la suite se montrer très autoritaires lorsqu'ils vont moins bien ou au contraire parvenir à mettre des limites quand ils se sentent bien et complètement abandonnés lorsqu'ils sont peu disponibles émotionnellement. C'est cette idée que traduit une intervenante dans l'extrait suivant :

C'est à d'autres moments, tu peux avoir ces mêmes parents-là qui vont être dans les extrêmes, puis le lendemain matin, le jeune va refaire la même chose puis il y aura aucune réaction, puis on va, on ne va pas s'y adresser, puis on va, on va laisser faire, c'est qu'on n'est pas stable. (Intervenant #4)

3.5 Prioriser les besoins de l'enfant

Les analyses relèvent le besoin de certains parents d'apprendre à tolérer le délai de gratification de certains de leurs besoins pour prioriser ceux de l'enfant. Durant la grossesse, l'enfant et les conséquences de ses actes ne sont pas tangibles pour le parent. Faire passer les besoins du futur enfant avant les siens peut être alors très difficile. Cette mère nous partage les difficultés à être assidu dans les soins liés à son diabète gestationnel : « Je suis tannée de me piquer, puis je suis

tannée de prendre de l'insuline je veux juste faire normal. Je me rappelle que je n'étais pas intéressée » (Parent #6)

Le parent peut avoir pour cette raison des difficultés à respecter le rythme naturel de l'enfant, c'est ce que rapporte cette intervenante lorsqu'elle parle des visites supervisées de parents ayant perdu la garde de leur enfant : « Souvent je vais avoir des bébés qui vont dormir, puis les parents vont les réveiller parce qu'ils veulent, eux, avoir un sourire, avoir un regard » (intervenante #4)

3.6 Être chaleureuse

Les analyses des verbatims des intervenants soulignent parfois que ces parents ont besoin de guidance pour savoir quand et comment manifester de la chaleur à leur enfant. Cela se manifestait par l'absence ou la rareté de verbalisations ou de gestes affectueux ou encore par des manifestations d'hostilité envers l'enfant, tel que l'exprime cette intervenante : « C'est comme si sont toujours en maudit, toujours hmmm très carré, très cassant, dans le non tout de suite. » (Intervenante #1)

Thème 4 : Entretenir des relations harmonieuses avec l'environnement social de l'enfant

4.1 S'entourer de personnes soutenant

À la lumière des analyses, développer un réseau soutenant apparaît un besoin nécessaire pour ces parents. Un réseau soutenant inclut des personnes de confiance à qui le parent peut se confier sans jugement et auprès duquel il peut apprendre de ses expériences et normaliser son ce qu'il vit avec l'enfant. Les mères rencontrées durant les entrevues rapportaient fréquemment être isolées et avoir peu de gens sur lesquels compter. En effet, parmi les 8 mères rencontrées, 5 n'étaient plus en couple avec le père de leurs enfants. Plusieurs rapportaient également des relations conflictuelles avec leurs propres parents ou leur entourage, tel qu'en témoigne cette intervenante : « En tout cas pour la forte majorité [les parents] sont extrêmement isolées [...] sont en conflit avec leur propre parent, elles n'ont pas aussi d'amis ou de relation proches. »

(Intervenant #3)

Les intervenants rapportaient également intervenir fréquemment auprès de familles qui sont près de la rupture ou éclatés. Cet intervenant illustre le défi supplémentaire auquel doivent faire face ces parents :

Il y a quand même beaucoup d'isolement, tu sais chez les familles que j'accompagne. Oui il y a la grossesse, mais ils vivent aussi des ruptures relationnelles avec le leur conjoint dans le cadre de la grossesse, ils se retrouvent tout seuls. Ça me fait penser que rares sont les mamans TPL qui avaient encore un conjoint quand je les accompagnais. Il se retrouvait tout seul à devoir s'occuper de bébé en plus. (Intervenant #12)

Un réseau soutenant inclus également quelqu'un qui peut accompagner le parent et lui offrir du soutien concret comme dans les tâches domestiques ou les soins aux enfants. Plusieurs parents nécessitent donc d'être accompagné dans l'identification et l'obtention de ce soutien. La notion d'obtenir du répit et de pouvoir déléguer et pouvoir récupérer constituait un besoin essentiel soulevé par les parents. Ceux-ci reconnaissent vivre beaucoup d'isolement et que du soutien leur permettrait de diminuer leur sentiment d'envahissement et d'améliorer leur disponibilité. C'est de ce sentiment d'isolement et de débordement que nous témoigne cette mère : « Je sentais que c'était comme trop pour moi. Là, c'était comme déjà, c'était assez d'avoir un enfant, puis que je suis toute seule à faire tout là les tâches ménagères et tout, tout, tout, tout, tout. » (Mère #5)

Ce thème inclut également le fait de savoir quand et comment mettre fin à des relations qui nuisent à l'exercice de la parentalité de ces mères. Les analyses mettent en lumière comment les relations toxiques nuisent à la disponibilité de ces parents envers leurs enfants. Plusieurs mères ont rapporté avoir vécu de la violence conjugale durant leur période périnatale, ou encore décrivaient des insultes et du dénigrement sans identifier que cela était de la violence. Parmi celles-ci, certaines se sont senties davantage vulnérables face à cette violence après leur grossesse ou à l'arrivée du bébé ou ont noté que les comportements de leur conjoint avaient davantage d'impact sur elles. Cette intervenante exprime comment ces relations toxiques nuisent

à la disponibilité des parents :

C'est quand même une clientèle qui est isolée, qui est dans des milieux qui sont quand même plus nocifs souvent [...] si je suis dans des environnements qui sont vraiment plus malsains pour moi, mais ça impacte encore plus ma disponibilité ou ma capacité [à prendre soin de l'enfant]. (Intervenant #5).

D'ailleurs, alors que les questions de l'entrevue portaient sur les difficultés et les besoins durant la phase périnatale et la petite enfance avec une emphase marquée sur la relation avec l'enfant, l'ex-conjoint et les conflits survenus avec ce dernier occupaient une place prédominante dans les verbatims de plusieurs mères.

4.2 Développer ses habiletés de communication et de résolution de conflit

Plusieurs parents et intervenants nomment le besoin de développer de bonnes habiletés de communication et de résolution de conflits pour les relations avec les personnes qui entourent l'enfant. L'autre parent, les grands-parents, les intervenants et les éducateurs des milieux de garde font partie des relations conflictuelles abordées dans les entrevues. Ces conflits résultent souvent d'une maladresse dans l'expression de leurs besoins, tels qu'exprimés par cette intervenante :

Mais ils vont se retrouver pris dans des conflits aussi fait que là, il va se passer quelque chose avec l'éducatrice, puis là j'ai vu que l'éducatrice avait fait telle chose, puis là c'est dans le fond ils sont inquiets pour leur enfant là ? Elles ne sont pas super habiles pour nommer leur inquiétude, fait que ça, ça sort un peu de façon tout croche, ça crée des tensions avec la garderie. (Intervenant #12).

Bien gérer sa coparentalité est décrit comme un besoin de développement important que les parents soient toujours en couple, ou non. S'entendre sur les actions à poser auprès de l'enfant et communiquer sans entrer dans une dynamique de violence conjugale et résoudre les conflits font partie des besoins relevés. Cette mère nous témoigne comment les disputes étaient fréquentes et qu'elles ne possédaient pas les outils pour les résoudre efficacement : « Quand on avait des chicanes, on avait beaucoup de chicanes. Mais c'est juste verbal, rien de plus. Puis j'avais

écrit on se chicane, on ne se dit rien, puis le lendemain on se reparle comme si de rien n'était. »
(Parent #6)

Des conflits surviennent également dans la relation thérapeutique et peuvent alors représenter un frein au suivi. Cette intervenante rapporte comment les difficultés de résoudre les conflits d'une mère ont mis fin à leurs suivis :

... mais a peut-être toutes les premières rencontres elle se confiait en long et en large dans la première rencontre au CLSC, c'est comme on, on démarrait quelque chose puis là, ben oups il se passait quelque chose à y a un conflit qui survenait. [...] Elle ne voulait plus intervenir avec moi. Elle a fait la même chose avec ma collègue travailleuse sociale. (Intervenant #12)

Thème 5 : Se projeter

5.1 Se projeter réalistement dans l'avenir

Les analyses soulignent l'importance de soutenir les futurs parents à se représenter l'enfant à venir. S'imaginer l'enfant, débiter à le faire exister pour soi et pour les autres et développer un attachement avec l'enfant avant même son arrivée, fait partie de l'expérience normale de la grossesse. Toutefois, il est difficile d'avoir accès aux représentations que les parents se font du bébé durant la grossesse dans leurs récits. Les intervenants rapportent également faire face à cette difficulté au travers leur suivi et que ces parents ne parviennent peut-être pas à se former des représentations très claires de leurs enfants durant cette période, une hypothèse exprimée dans l'extrait suivant : « Je ne pense pas qu'elle était capable de se représenter. [...] Souvent, ils vont comme un peu y aller avec le bébé, l'enfant, il y a quelque chose de très impersonnel qu'il n'y ait pas le nom de l'enfant. » (Intervenant #4)

Lorsque l'on a accès aux projections des parents, tant dans les verbatims des parents que les observations rapportées par les intervenants, elles sont généralement idéalisées. Ces représentations ne permettent pas de se mobiliser afin de se préparer suffisamment aux défis qui

les attendent et ces parents bénéficieraient donc d'être soutenus dans leur capacité à se projeter réalistement. Cette mère traduit bien cette idée par la métaphore proposée : « J'avais pas mal des lunettes roses pour cette grossesse-là » (Parent #1)

Se projeter réalistement n'était pas uniquement relevé dans les récits de grossesse. Les analyses soulèvent qu'il peut être difficile pour ces parents de se projeter dans les conséquences futures sur leurs enfants de leurs actions présentes, tel que l'exprime cette intervenante :

À partir de 2 ans, c'est déjà, on commence à préparer à l'entrée à la maternelle, c'est vers là qu'on s'en va. Tu sais fait que fait que c'est comme « Ah ben non tu sais, c'est encore loin. » Oui, mais c'est encore loin, mais il faut toujours bien avoir une routine établie, ce n'est pas à 4 ans et demi que tu commences à fonctionner dans une routine. (Intervenant #4)

Discussion

Le présent article a permis de mettre en lumière 6 forces des personnes ayant un TPL durant la période périnatale et la petite enfance, regroupées en 4 thèmes soit ; une grande volonté d'offrir le meilleur pour ces enfants, l'authenticité et l'humilité, la sensibilité et la capacité à développer une identité positive à travers la parentalité. Cet article a également permis d'identifier 18 besoins regroupés en cinq thèmes c'est-à-dire : comprendre ses réactions et prendre soin de soi, comprendre son enfant, prendre soin de sa relation avec l'enfant, entretenir des relations harmonieuses avec son environnement social et se projeter.

Forces des parents ayant un TPL

Les analyses mettent en relief comment plusieurs forces soulevées par les parents et les intervenants ont été développées en réponse à des circonstances adverses telles que le fait d'avoir reçu des soins parentaux sous-optimaux ou le fait de perdre ses enfants. Ces analyses peuvent être comprises à la lumière du concept de résilience tel que décrit par Crawford, Wright and Masten (2006), c'est-à-dire le processus à travers lequel une personne s'adapte positivement et se développe en contexte d'adversité. Bien que la présente étude ne permette pas d'identifier

les facteurs personnels environnementaux ayant permis le développement de cette résilience, ce concept souligne la nécessité de soutenir le développement des forces et de la résilience de ses parents et de leur communauté et de ne pas uniquement se centrer sur leurs déficits à travers les interventions.

Universalité de certains besoins

Il est également intéressant de noter que plusieurs des besoins d'apprentissage de ces parents sont communs à une grande proportion des parents qui ne présentent pas les caractéristiques du TPL, bien que l'intensité de ces besoins puisse différer. Parmi ceux-ci on retrouve notamment le besoin d'apprendre à prendre soin de soi et la peur d'être jugé sur ses compétences parentales en fonction des comportements de l'enfant. En effet, réaliser suffisamment d'actions pour prendre soin de soi est un défi relevé chez de nombreuses mères en post-partum qui ne parviennent pas à trouver le temps, n'ont pas les ressources nécessaires ou peinent à accepter l'aide offerte (Barkin & Wisner, 2013). De plus, l'étude de Henderson et al. (2016) soutient que la pression d'être une mère parfaite est une expérience partagée par de nombreuses mères de jeunes enfants et est associé à des impacts négatifs sur leur santé mentale.

Contextes spécifiques à la période périnatale et la petite enfance :

Cet article permet de mettre en lumière que deux contextes spécifiques à la période périnatale et la petite enfance influencent les besoins des parents présentant un TPL : les fluctuations hormonales et la déstabilisation du couple suite à la venue du premier enfant.

La grossesse et la période post-partum engendrent chez la femme des fluctuations hormonales importantes. Les symptômes du TPL sont influencés par les hormones stéroïdes ovariennes, des hormones impliquées dans la grossesse (Eisenlohr-Moul et al., 2018). Il est donc fort probable que les variations hormonales extrêmes engendrées par la grossesse et la période post-partum aient un impact sur la symptomatologie (Uchôa et al., 2024) et corollairement sur l'exercice de la parentalité. Les besoins d'apprendre à s'autoréguler risquent donc d'être d'autant plus présents, ce qui est cohérent avec l'ampleur de la dysrégulation émotionnelle rapportée dans les verbatims.

La période périnatale et la petite enfance comporte des enjeux qui peuvent également déstabiliser le couple. Cinq des huit participantes ont vécu une séparation durant cette période. Plusieurs ont ainsi dû apprendre à être co-parents dans un contexte de garde partagée. Ces résultats sont cohérents avec le fait que ces parents présentent plus fréquemment des facteurs de risque à un ajustement de couple sain post-partum. En effet, ces parents présentent plus fréquemment des attachements insécurisants (Scott et al., 2009), ce qui représente un facteur connu associé à une diminution significative de la qualité de la relation suite à la naissance de l'enfant (Rholes et al., 2001 ; Rholes et al., 2006), à une satisfaction moindre dans la relation (Bouchard, 2014). De plus, les couples dont un membre a un TPL vivent plus de conflits (Bouchard & Sabourin, 2009), ce qui est un facteur de risque pour l'adaptation de couple suite à la naissance de l'enfant (Kluwer, 2010). Il est nécessaire de favoriser la coopération coparentale de ces couples puisque cela serait un facteur d'influence dans le développement affectif de l'enfant (Bouchard, 2014). La violence conjugale a également été fréquente pour les parents durant cette période. Nos résultats mettent en évidence que la violence périnatale a été rapportée par trois parents. Les intervenants participant à l'étude ont également souligné la fréquence très élevée de ce phénomène chez leur clientèle. Plus encore, les statistiques sur la population générale québécoise estiment que 10,9 % des mères d'enfant de 6 mois à 5 ans vivent de la violence conjugale (Lévesque et al., 2022). Cela soutient la grande importance pour ces parents du besoin d'apprendre à s'entourer de personnes soutenant et de développer leurs habiletés de communication et de résolution de conflits.

Besoins spécifiques à la période périnatale et la petite enfance :

Parmi les besoins identifiés pendant la période périnatale et la petite enfance, certains sont communs à l'exercice de la parentalité à travers tout le développement de l'enfant, alors que certains sont spécifiques à la période périnatale et la petite enfance.

Apprendre à se projeter dans son rôle de parent semble représenter un besoin avant la venue de l'enfant. Nos analyses suggèrent un besoin d'être soutenu dans le développement de projection

qui sont réalistes où le fœtus est personnalisé et investit émotionnellement. S'imaginer comme parent et imaginer comment sera l'enfant fait partie du processus d'adaptation sain à la maternité (Bornstein, 2005 ; Lederman & Weis, 2009). Ces fantaisies portent tant sur l'enfant que sur soi comme mère. Typiquement, les mères s'imaginent l'enfant comme un individu distinct et anticipent certaines caractéristiques qu'il aura et fantasme sur les interactions. Par le choix du nom ou l'attribution de surnom, attribuant une signification affective aux mouvements du bébé ressentis ou en parlant au bébé, la mère commence à le faire exister et débute ainsi le développement de son attachement envers son enfant (Bornstein, 2005 ; Lederman & Weis, 2009). Les mères imaginent typiquement comment elles souhaitent être comme parent et quels changements elle devra adapter à son quotidien. Les femmes parvenant à de telles visualisations durant la grossesse, s'adaptent plus facilement à la parentalité et rapporte une satisfaction plus grande (Lederman & Weis, 2009). Ces représentations mentales sont des facteurs importants dans le développement de l'attachement anténatal, un prédicteur de l'attachement postnatal (Bornstein, 2005 ; Lederman & Weis, 2009) il serait donc important de soutenir ces parents dans cette tâche développementale.

Un autre défi dans la période périnatale et la petite enfance est que le parent est en train d'apprendre à connaître son enfant, ses vulnérabilités et son tempérament propres. Cette période de découverte demande à être soutenue dans sa réflexion et son adaptation. Simultanément, le parent apprend à se connaître lui-même comme parent, lorsqu'il s'agit du premier enfant, alors qu'il doit prendre des décisions pour la première fois et qu'il se retrouve confronté à de nouvelles situations. Ce besoin de soutien dans la découverte de soi et de l'autre peut s'expliquer par l'identité diffuse qui caractérise le TPL. En effet, selon le DSM —, le TPL se définit notamment par une identité pauvre, peu développée, instable et comprenant des jugements extrêmes sur soi (American Psychiatric Association, 2013b). L'identité est marquée par des contradictions et des difficultés à organiser dans un tout cohérent, une inauthenticité ou une identité décrite comme de surface et une conception de soi qui est grandement influencé par les émotions et les pensées du moment (Jørgensen & Bøye, 2022). Il peut donc être nécessaire d'être soutenu dans la formation d'une image claire de soi comme parent et également de l'enfant dans

le contexte de ces difficultés.

Les analyses suggèrent que la période périnatale et la petite enfance est aussi une période où les besoins d'apprentissage de l'autorégulation sont particulièrement sollicités en raison de l'intensité des pleurs de l'enfant, de la nécessité pour le parent de faire preuve d'abnégation par rapport à la satisfaction de ses propres besoins, et de l'intensité de la proximité physique et relationnelle avec l'enfant qui peut s'avérer plus difficile pour le parent atteint d'un TPL. Ces résultats sont convergents avec les travaux de Lévesque et al. (2020) qui décrit cette période comme marquée par un besoin d'abnégation important engendrant même chez les parents une perte du sens de soi. Pour les parents ayant un TPL, mettre de côté leurs besoins pour prendre soin de l'autre peut être particulièrement difficile en raison des difficultés de régulation émotionnelle qui peut intensifier la perception de leurs besoins, de même que la difficulté à être constant dans ces comportements en raison de l'impulsivité comportementale, des comportements déterminés par l'humeur et par la difficulté à maintenir un but à long terme (Linehan, 2018).

Le jeu est beaucoup moins concret avec des enfants de cet âge. Jouer avec un jeune enfant nécessite de développer sa capacité à se projeter dans un imaginaire, capter des intentions et se mettre dans une posture pour suivre l'enfant et de le laisser diriger le jeu. Jouer sans jouet ou encore dans des jeux libres sans cadre clair représente des interactions plus ardues pour ces parents, comparativement aux jeux où les règles sont clairement définies. L'engagement du parent dans des jeux symboliques avec son jeune enfant est toutefois très important. En effet, il offre un espace transitionnel où le jeune enfant peut passer d'un mode de pensées plus immatures, tel que l'équivalence psychique et le mode de faire-semblant, vers des capacités plus matures de mentalisation (Bateman & Fonagy, 2004). De plus, l'attitude ludique du parent est associée à un attachement plus sécurisant (Bateman & Fonagy, 2004).

Finalement, selon les intervenants, l'âge de 2 ans est un âge charnière pour la perception des difficultés avec l'enfant pour le parent ayant un TPL puisque l'enfant vit une période de développement normale de l'affirmation de soi. Alors que des stratégies de dissociation de l'enfant étaient décrites dans les entrevues dans les premiers mois en réponse aux éclats

émotionnels des parents, les récits nous soulignent que l'enfant de 2 ans peut répondre par des cris ou des comportements dérangeants pour le parent, ce qui peut le déstabiliser. De plus, les analyses soulignent que le désir d'autonomie caractéristique de cette période peut être très déstabilisant pour ces parents. Cela est cohérent puisque les efforts effrénés pour éviter les rejets réels ou imaginés font partie des caractéristiques centrales du TPL (American Psychiatric Association, 2013b). Les tentatives d'autonomisation de l'enfant peuvent être vécues comme une tentative de se distancier du parent et donc de le rejeter.

Forces et limites de l'étude

Le fait d'avoir également interrogé les forces représente un côté novateur puisqu'aucune étude sur les forces de ces parents n'avait été recensée (Préfontaine et al., 2024a). Considérer les forces du parent ayant un TPL permet aux intervenants d'avoir une vision plus positive du parent et avoir davantage confiance en sa capacité de changer et donc de réduire certains stigmas ou attitudes négatives envers cette population clinique (Rapp & Goscha, 2011). Considérer les forces est également nécessaire dans le paradigme de rétablissement promu dans les services de santé mentale au Canada (Commission de la santé mentale du Canada, 2015). En effet, la première dimension de cette approche est de mettre l'emphase sur le potentiel de la personne plutôt que ces déficits et d'adopter un langage empreint d'espoir (Commission de la santé mentale du Canada, 2015).

Le fait d'avoir considéré les parents présentant les caractéristiques du TPL, mais n'ayant pas reçu le diagnostic, a permis d'inclure les mères n'ayant pas reçu de services spécialisés et d'être diagnostiquées. Bien que cela vise à inclure une plus grande variation de la population générale ayant un TPL, il se peut toutefois que l'identification de l'intervenant soit inexacte ce qui engendrait un biais de sélection. L'échantillonnage a permis de recruter des mères ayant des caractéristiques différentes : en effet, il existait une variation dans le nombre d'enfants, l'âge des enfants, le statut matrimonial, la garde légale de l'enfant et les services reçus, ce qui favorise une compréhension d'ensemble du phénomène. Toutefois, aucun père n'a été inclus. Cela limite donc la transférabilité des résultats de recherche à l'ensemble des parents ayant un TPL. Plusieurs

intervenants avaient reçu la formation ME&M et tous les parents avaient participé au programme. Cela peut donc expliquer que plusieurs concepts de la thérapie dialectique comportementale soient ressortis et a pu biaiser la perspective des participants. De plus, les données ont été collectées dans un seul CIUSSS en milieu urbain, ce qui limite la transférabilité des résultats à l'ensemble de la population ayant un TPL.

De plus, dans les deux dernières entrevues des parents et des intervenants, aucun nouveau thème n'a émergé permettant de supposer l'atteinte d'une certaine saturation théorique, malgré un échantillon restreint. Plusieurs mesures ont été mises en place pour s'assurer de la validité et de la crédibilité des résultats dont l'élaboration d'un journal de bord retraçant le processus d'analyse, le processus itératif de collecte et d'analyse qui permettait d'approfondir certains liens avec les participants suivants et les discussions entre les membres de l'équipe de recherche et la validation du lexique par l'ensemble des co-auteurs.

Implications cliniques

Cet article soutient le développement d'intervention ciblant les besoins spécifiques des parents ayant un TPL durant la période périnatale et la petite enfance. Puisque leurs besoins sont distincts des autres groupes de parent, il est nécessaire de développer des modalités y répondant spécifiquement. De plus, l'identification de nombreuses forces parentales soulève la nécessité de les prendre en compte dans l'évaluation des compétences parentales et dans les interventions afin de soutenir ces parents pour développer leurs forces à leur plein potentiel.

Conclusion

L'étude a permis de cibler les forces et les besoins des parents ayant un TPL durant la période périnatale et la petite enfance. Cette étude soutient l'importance d'intervenir dès cette période, en raison des nombreux besoins ressentis durant cette période. De plus, puisque ces besoins sont distincts des autres périodes de la parentalité, il est nécessaire de développer des interventions spécifiques.

Références

- Ackerson, B. J. (2003). Coping with the dual demands of severe mental illness and parenting: The parents' perspective. *Families in Society, 84*(1), 109–118.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Baldwin, S., Malone, M., Sandall, J., & Bick, D. [2019]. A qualitative exploratory study of UK first— time fathers' experiences, mental health and wellbeing needs during their transition to fatherhood. *BMJ Open, 9*[9], e030792.
- Barkin, J. L., & Wisner, K. L. [2013]. The role of maternal self-care in new motherhood. *Midwifery, 29*[9], 1050–1055.
- Bartsch, D. R., Roberts, R. M., Davies, M., & Proeve, M. [2015]. Borderline personality disorder and parenting: Clinician perspectives. *Advances in Mental Health, 13* [2], 113–126. <https://doi.org/10.1080/18387357.2015.1065554>
- Bartsch, D. R., Roberts, R. M., Davies, M., & Proeve, M. [2016]. Understanding the experience of parents with a diagnosis of borderline personality disorder. *Australian Psychologist, 51* [6], 472–480. <https://doi.org/10.1111/ap.12174>
- Bateman, A., & Fonagy, P. [2004]. *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford University Press.
- Bornstein, M. H. [2005]. *Handbook of parenting: Volume I: Children and parenting*. Psychology Press.
- Bouchard, G. [2014]. The quality of the parenting alliance during the transition to parenthood. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement, 46* (1), 20.
- Bouchard, S., & Sabourin, S. (2009). Borderline personality disorder and couple dysfunctions. *Current Psychiatry Reports, 11*[1], 55–62.
- Braun, V. et Clarke, V. (2012). Thematic analysis. Dans APA handbook of research methods in psychology, Vol 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological. [p. 57–71]. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13620-004>
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. (2019). Grille d'observation des habiletés parentales 0-5 ans.

- Commission de la santé mentale du Canada. (2015). Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement.
- Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A., & Zimmerman, M. (2018). Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics*, 41(4), 561–573.
- Feeney, J. A., Hohaus, L., Noller, P., & Alexander, R. P. (2001). *Becoming parents: Exploring the bonds between mothers, fathers, and their infants*. Cambridge University Press.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2006, Jan). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *Br J Psychiatry*, 188, 1–3.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=16388061
- Fonagy, P., Bateman, A. W., Lorenzini, N., & Campbell, C. (2014). Development, attachment, and childhood experiences. *Textbook of personality disorders*, 55–78.
- Henderson, A., Harmon, S., & Newman, H. (2016). The price mothers pay, even when they are not buying it: Mental health consequences of idealized motherhood. *Sex roles*, 74, 512–526.
- Jørgensen, C. R., & Bøye, R. (2022). How does it feel to have a disturbed identity? The phenomenology of identity diffusion in patients with borderline personality disorder: A qualitative study. *Journal of Personality Disorders*, 36(1), 40–69.
- Kluwer, E. S. (2010). From partnership to parenthood: A review of marital change across the transition to parenthood. *Journal of Family Theory & Review*, 2(2), 105–125.
- Lazartigues, A., Morales, H., Saint-André, S., & Planche, P. (2006). L'enfant au risque d'un nouveau monde. *L'Evolution psychiatrique*, 71 (2), 331-347.
- Lederman, R., & Weis, K. (2009). Psychosocial adaptation in pregnancy: Assessment of seven dimensions of maternal development. In *Psychosocial adaptation to pregnancy* (pp. 1–38). Springer.
- Lévesque, S., Bisson, V., Charton, L., & Fernet, M. (2020). Parenting and relational well-being during the transition to parenthood: Challenges for first-time parents. *Journal of Child and Family Studies*, 29, 1938–1956.
- Lim, Y. Z. G., Honey, A., & McGrath, M. (2022). The parenting occupations and purposes conceptual framework: A scoping review of 'doing' parenting. *Australian Occupational Therapy Journal*, 69(1), 98–111.

Linehan, M. M. (2018). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Publications.

Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2016). Attachment Disorganization from Infancy to Adulthood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment, Third Edition: Theory, Research, and Clinical Applications* (Vol. Third edition). The Guilford Press.
<http://biblioproxy.uqtr.ca/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=1229572&site=ehost-live>

Maliken, A. C., & Katz, L. F. (2013). Exploring the impact of parental psychopathology and emotion regulation on evidence-based parenting interventions: A transdiagnostic approach to improving treatment effectiveness. *Clinical child and family psychology review*, 16(2), 173–186.

Martin, C. G., Roos, L. E., Zalewski, M., & Cummins, N. (2017). A dialectical behavior therapy skills group case study on mothers with severe emotion dysregulation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(4), 405–415.

Martins, C. A. (2019). Transition to parenthood: consequences on health and well-being. A qualitative study. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 29(4), 225-233.

National Collaborating Centre for Mental Health. (2014). National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. In *Antenatal and Postnatal Mental Health: The NICE Guideline on Clinical Management and Service Guidance*. British Psychological Society Copyright © 2007, The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.

Prior, V., Glaser, D., & Focus. (2006). *Understanding attachment and attachment disorders: theory, evidence and practice*. Jessica Kingsley Publishers.

Rapp, C. A., & Goscha, R. J. (2011). *The strengths model: A recovery-oriented approach to mental health services*. OUP USA.

Rholes, W. S., Simpson, J. A., Campbell, L., & Grich, J. (2001). Adult attachment and the transition to parenthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(3), 421.

Rholes, W. S., Simpson, J. A., & Friedman, M. (2006). Avoidant attachment and the experience of parenting. *Personality and social psychology bulletin*, 32(3), 275–285.

Scott, L. N., Levy, K. N., & Pincus, A. L. (2009). Adult attachment, personality traits, and borderline personality disorder features in young adults. *Journal of Personality Disorders*, 23(3), 258–280.

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care*, 19(6), 349–357.

4.4 Article 4 : Besoin de formation des intervenants travaillant auprès de parents ayant un trouble de personnalité limite

Auteurs : Cassandra Préfontaine, Brigitte Vachon, Lyne Desrosiers

Résumé :

Introduction : Les parents ayant un trouble de personnalité limite (TPL) utilisent fréquemment les programmes de santé et de services sociaux pendant la période périnatale et la petite enfance. Cette clientèle représente un défi important pour les intervenants en raison des fortes émotions ressenties par l'intervenant, la difficulté à mettre un œuvre un plan préétabli, les tensions dans les relations thérapeutiques fréquentes de même que certains préjugés et stigmas des professionnels envers cette population. Aucune formation ne cible les besoins de formation spécifiques des intervenants œuvrant auprès de parents ayant un TPL durant la période périnatale et la petite enfance. L'objectif de cette étude est d'identifier les besoins de formation spécifique des intervenants accompagnant des parents ayant un TPL durant la période périnatale et la petite enfance. **Méthode :** Huit parents ayant été identifié comme ayant des traits du TPL, 13 intervenants œuvrant auprès de parents ayant un TPL et cinq gestionnaires ont participé à des entrevues semi-dirigées, dont le guide d'entrevue a été élaboré à partir du cadre conceptuel *Parenting Occupation and Purpose*. Une analyse thématique des verbatim suivant la méthode de Fryer (2022) a été réalisée. **Résultat :** Les analyses ont permis de faire émerger 4 thèmes principaux reflétant les besoins de formation des intervenants travaillant avec les parents ayant un TPL soit : 1) maîtriser les connaissances nécessaires pour accompagner les parents, 2) développer ses habiletés à mettre en place un cadre d'intervention adapté aux besoins des parents ayant un TPL, 3) adopter une attitude empathique, d'ouverture et empreinte d'espoir et 4) faire preuve de réflexivité face à ses interventions. **Conclusion :** Il importe de soutenir de façon continue les intervenants travaillant auprès de parents ayant les caractéristiques du TPL durant la période périnatale et la petite enfance dans le développement de leurs savoirs, savoir-faire et savoir-être.

Introduction

Devenir parent représente l'une des transitions majeures au cours de la vie adulte. Les parents ayant un trouble de personnalité limite peuvent présenter plusieurs forces leur permettant de s'accomplir dans cette transition tels que leur volonté de bien faire les choses pour leur enfant et leur capacité à se former une identité positive à travers la parentalité (Préfontaine et al., 2024a). Toutefois, ils peuvent aussi faire face, durant cette période, à des défis importants. En effet, le trouble de personnalité limite (TPL) se définit, selon le DSM-5, par « un patron envahissant d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et de l'affect et d'une impulsivité marquée débutant à l'adolescence ou au début de l'âge adulte et présent dans une variété de contexte » (American Psychiatric Association, 2013a). Ces difficultés, associées au TPL, peuvent, par exemple, faire en sorte qu'il soit difficile pour le parent d'être disponible cognitivement et émotionnellement pour l'enfant de façon constante ou d'interpréter adéquatement les besoins de l'enfant (Préfontaine et al., 2024a; Préfontaine et al., 2024b). Dans la population générale, le taux de femmes présentant un trouble ou des traits de la personnalité limite durant la période périnatale serait de 6,9 à 26,7 % (Prasad et al., 2022).

Ces difficultés mènent donc les parents ayant un TPL à fréquemment utiliser les programmes de santé et de services sociaux de la naissance jusqu'aux 3 ans de l'enfant (Boucher, 2019). Toutefois, les intervenants mentionnent que cette clientèle peut représenter un défi, car les personnes ayant un TPL sont fréquemment citées par les professionnels de la santé et des services sociaux comme plus difficiles à accompagner (Cleary et al., 2002 ; Cousineau, 1997 ; Koekkoek et al., 2006 ; Laporte et al., 2014 ; Sulzer, 2015). Plusieurs enjeux expliquent ces difficultés : les fortes émotions ressenties par l'intervenant dans ses interactions avec cette clientèle, la difficulté à mettre un œuvre un plan préétabli, les tensions dans les relations thérapeutiques fréquentes de même que certains préjugés et stigmas des professionnels envers cette population. En effet, les professionnels rapportent vivre des contre-transferts plus forts lors de leurs interventions auprès de cette clientèle (Bessette, 2010 ; Betan et al., 2005 ; Bouchard, 2010 ; Cousineau, 1997 ;

McKenzie et al., 2022 ; Normandin & Ensink, 2007), dont notamment la peur, l'anxiété, la colère (Laporte et al., 2014), la remise en question de ses compétences, le désespoir, le sentiment d'échec et la culpabilité (Laporte & Baillargeon, 2005 ; Laporte et al., 2014). Pour plusieurs, cela peut se traduire en détresse émotionnelle vécue dans le cadre de leurs interventions (Bourke & Grenyer, 2013 ; Dawson, 1988 ; Denis, 1990 ; Desrosiers & Laporte, 2022a ; Fonagy & Bateman, 2006 ; Lafleur et al., 2004 ; Laporte et al., 2014 ; Le Nestour et al., 2007 ; Villeneuve, 2006). De plus, les intervenants rapportent être souvent confrontés à de nouvelles urgences avec ces parents et à avoir de la difficulté à mettre en action un plan d'intervention prédéfini (Grenier Gauvin et al., 2021). Finalement, certaines préconceptions et stigmas contribuent au vécu difficile des intervenants dans la relation. Les professionnels interprèteraient plus fréquemment les comportements problématiques des personnes ayant un TPL comme un choix délibéré (Aviram et al., 2006 ; Ferguson, 2016 ; Lewis & Appleby, 1988 ; Ring & Lawn, 2019) ou comme une tentative de manipulation ou de recherche d'attention négative (Aviram et al., 2006 ; Lewis & Appleby, 1988 ; Sansone & Sansone, 2013).

Considérant l'ampleur des défis, il est nécessaire que les intervenants aient accès aux formations et au soutien clinique approprié (Laporte, 2007). Cependant, en pratique, les intervenants rapportent fréquemment ne pas avoir bénéficié de formation spécifique ou avoir reçu uniquement une formation minimale pour les enjeux avec cette clientèle et mentionnent se sentir insuffisamment équipés (Desrosiers & Laporte, 2022 a ; Laporte, 2007). Parmi les professionnels travaillant auprès des personnes ayant un TPL, seulement 18 % affirmaient que leurs pratiques se basaient sur des interventions probantes (Chagnon et coll., 2010). Le ratio de thérapeute formé dans une méthode basée sur les évidences pour le traitement du TPL est largement insuffisant au Canada et le processus pour obtenir de telles qualifications est long et coûteux (Iliakis et al., 2019). L'étude de Le Corff et al. (2022) souligne également que l'accès à des formations spécifiques au TPL est inégal selon les territoires et réservés à peu d'intervenants et que puisque ces équipes vivent un fort roulement de personnel, la perte d'expertise est fréquente. Il est donc nécessaire de développer des approches plus simples pour former les intervenants travaillant hors des programmes spécialisés en trouble de la personnalité afin qu'ils soient suffisamment en mesure

de soutenir ces parents. Peu de formations de ce type sont actuellement disponibles (Kramer et al., 2017).

Dans le cadre d'une revue de portée réalisée par Shah (2023), dix-huit formations offertes aux professionnels de la santé œuvrant auprès de personnes ayant un TPL ont été recensées. Ces formations se basaient sur une vaste étendue de modèles théoriques dont la thérapie dialectique comportementale, la thérapie basée sur la mentalisation, le good psychiatric management, le Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving, le programme Clinicians Connections, les approches cognitivo-comportementale et psychoanalytique ou d'autres n'ayant pas décrit leurs orientations théoriques (Shah, 2023). Parmi ces programmes de formation, les objectifs incluaient l'amélioration des attitudes, des perceptions et la réduction du stigma, la modification des intentions comportementales, le développement des connaissances et des habiletés et la réduction du stress et de la dépression du professionnel (Shah, 2023). Aucune ne s'intéressait toutefois au soutien du rôle parental.

Pourtant, lorsque la personne ayant un TPL est un parent, des enjeux supplémentaires s'ajoutent puisqu'ils se retrouvent en situation de double mandat : alors que l'enfant est fréquemment la personne ciblée comme receveur de services, l'intervenant doit également soutenir le parent dans ses capacités d'autorégulation et dans ses habiletés parentales pour que l'intervention fonctionne (Grenier Gauvin et al., 2021 ; Laporte et al., 2014). De plus, la charge émotionnelle pour l'intervenant est d'autant plus grande puisqu'ils sont témoins des répercussions des comportements parentaux chez l'enfant (Grenier Gauvin et al., 2021) et il peut être très anxiogène de devoir se prononcer sur les risques actuels et futurs pour ces enfants (Laporte et al., 2014). Cela est particulièrement vrai pour la période périnatale et la petite enfance où la vulnérabilité de l'enfant est très élevée, étant donné sa grande dépendance au donneur de soins alors que le parent peut être déstabilisé par ce nouveau rôle.

La formation du programme Mon enfant et moi (ME&M) (Desrosiers et al., 2019) est la seule, à

notre connaissance, à cibler l'amélioration des compétences des intervenants travaillant auprès de ces parents. Cette formation aux intervenants accompagne un groupe d'intervention offert aux parents ayant les caractéristiques du TPL. D'une durée de 9 heures, elle se base sur les principes de la thérapie dialectique comportementale (Linehan, 2018) et sur la théorie de l'apprentissage expérientiel de Kolb (Kolb, 1984) afin de permettre aux intervenants de modifier leurs perceptions des parents ayant un TPL et de développer leurs compétences à valider le parent, à l'engager et à l'inciter au changement et à se réguler en contexte d'intervention difficile. Toutefois, ce programme est conçu pour soutenir les parents d'enfant de 3 à 12 ans, elle n'est donc pas adaptée pour la période périnatale et la petite enfance. La durée de cette période varie selon les auteurs, pour cette étude elle a été définie comme la période de la conception de l'enfant jusqu'à ses trois ans. La période périnatale et la petite enfance se distingue des autres étapes de la parentalité, puisqu'elle représente de grands bouleversements où le parent doit se définir au sein d'une nouvelle identité et renégocier ses relations conjugales et familiales (Santos et al., 2019), et ce dans un contexte où l'intensité des émotions ressenties est inhabituelle, puisqu'il s'agit d'une première expérience d'une relation interpersonnelle d'une telle proximité (Feeney et al., 2001). De plus, elle représente une période critique pour l'intervention en raison de la grande dépendance de l'enfant envers le parent et sa vulnérabilité élevée puisqu'il s'agit d'une période critique pour le développement d'attitudes et des conduites favorables au bien-être d'un enfant (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2019 ; Gouvernement du Québec, 2016b).

Ainsi, l'objectif de cette étude est d'identifier les besoins de formation spécifique des intervenants accompagnant des parents ayant un TPL durant la période périnatale et la petite enfance à partir des informations recueillies auprès des parents et des intervenants.

Méthode

Les recommandations de la *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (Tong et al., 2007) seront suivies pour décrire la méthodologie et les résultats de la présente étude. Le projet

de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS Centre-Sud de l'île de Montréal et l'ensemble des participants ont fourni un consentement verbal avant de participer à l'étude (# de certificat MP-52-2022-1402).

Trois femmes ergothérapeutes composent l'équipe de recherche. Leurs pratiques de recherches s'inscrivent dans l'approche de rétablissement des personnes vivant avec un trouble de santé mentale et visent l'amélioration du fonctionnement pour atteindre un épanouissement personnel. CP et LD utilisent également la théorie dialectique comportementale dans leurs travaux de recherche et leurs pratiques cliniques. LD a travaillé pendant plus de 15 ans auprès de la clientèle ayant un TPL ainsi que dans l'accompagnement de leurs intervenants. Les auteurs ont toutes trois un savoir expérientiel de la période périnatale et la petite enfance. BV et LD possèdent une expertise dans l'élaboration de formation ciblant les intervenants.

Devis de l'étude et échantillon

Un devis de recherche qualitatif descriptif a été utilisé selon la méthode décrite par (Sandelowski, 2010) afin d'identifier et de comprendre les besoins de formation des intervenants accompagnant des parents lors de la période périnatale et la petite enfance.

Trois groupes d'acteurs clés ont été recrutés : des parents ayant les caractéristiques du TPL, des intervenants œuvrant auprès d'eux et des gestionnaires supervisant les équipes ciblées.

Les parents ont été recrutés parmi ceux ayant participé au programme ME&M offert dans des services de première ligne (CLSC) à l'enfance de même que dans les services de protection de la jeunesse. Ce choix a été réalisé afin de s'assurer que les participants possédaient un savoir expérientiel de la périnatale et la petite enfance et qu'ils aillent développer une première réflexion sur leurs compétences et leur vécu comme parent. Ils devaient être parents d'un enfant de trois ans et moins et être identifiés par leurs intervenants comme ayant des traits correspondant au trouble de personnalité limite. Afin d'être sensible à la difficulté d'accéder à des services spécialisés en santé mentale et à la réticence de plusieurs personnes à obtenir ou à

reconnaître avoir ce diagnostic, le programme ne requiert pas d'avoir été formellement diagnostiqué pour participer au programme.

Les intervenants et les gestionnaires ont été recrutés parmi les milieux ayant implanté le programme ME&M c'est-à-dire au sein des équipes d'un CLSC et de la protection de la jeunesse. Pour les intervenants, ceux-ci devaient avoir travaillé auprès de parents ayant un trouble de personnalité limite dans la période périnatale et la petite enfance. Finalement, les gestionnaires devaient encadrer une équipe offrant des services à des parents ayant les caractéristiques du TPL durant la période périnatale et la petite enfance.

Procédures

Un courriel a été transmis aux gestionnaires afin de solliciter leur participation et de leur demander d'identifier des intervenants et des parents qui pourraient être intéressés à participer. Une fiche d'autorisation à entrer en contact avec eux était jointe à ce courriel et les gestionnaires invitaient les personnes à la compléter et nous transmettait cette fiche. Les personnes potentiellement intéressées étaient contactées par le premier auteur pour leur donner davantage d'information et planifier une rencontre. La rencontre débutait par la lecture du formulaire de consentement et lorsque le consentement était obtenu, nous débutions l'entrevue.

Il n'y avait aucune relation préexistante entre les participants et les chercheurs, à l'exception de 3 intervenants qui avaient participé au projet d'évaluation de ME&M. Les participants étaient informés du but de la recherche et savaient que l'interviewer connaissait le contenu du programme ME&M. Puisque tous avaient participé au programme ME&M, ils possédaient un vocabulaire et une certaine compréhension de leurs difficultés communes qui a pu teinter leurs discours.

Collecte de données

Les entrevues se sont déroulées virtuellement sur les plateformes Zoom ou TEAMS en présence uniquement de la personne interviewée et du premier auteur. Seule la première entrevue avec un parent s'est faite en présentiel directement au centre de recherche avec CP et LD. Initialement, nous avions planifié réaliser des entrevues de groupe pour permettre des échanges entre les participants. Toutefois, en raison des contraintes d'horaire et l'anxiété à parler en groupe de certains participants, les entrevues ont été individuelles sauf pour 2 rencontres avec 3 intervenants chacune et 1 rencontre avec 4 gestionnaires.

Les trois auteurs ont co-développé le guide d'entrevue. La première auteure (CP) a réalisé les entrevues. Les questions du guide d'entrevue portaient sur les besoins de formation des intervenants et portaient à la fois sur les défis et les bonnes pratiques. Les questions adressées aux parents portaient sur les connaissances et compétences que les intervenants devraient posséder. Par ailleurs, les intervenants étaient questionnés sur leurs pratiques et celles de leur collègue tandis que les gestionnaires devaient décrire les pratiques des intervenants de leurs équipes.

Les entrevues ont duré en moyenne deux heures. Pour deux parents, il a été nécessaire de faire deux rencontres d'une heure en raison des contraintes d'horaire. L'audio des entrevues a été enregistré. Un journal de bord a été utilisé par l'interviewer pour y inscrire ses premières impressions, les idées nouvelles qui émergeaient et des éléments à explorer dans de futures entrevues. Il n'y a pas eu de retour de verbatims aux participants.

Analyses

Les données sociodémographiques des participants ont été analysées par des statistiques descriptives.

Les verbatims ont été analysés selon la méthode de l'analyse thématique décrite par Fryer (2022) ; en utilisant le logiciel NVivo 14. Le premier auteur a transcrit les verbatims et a effectué une première lecture globale. Une première étape de codage libre a été réalisée afin d'établir des codes initiaux. Cela s'est fait selon une méthode inductive afin de faire émerger les thèmes à partir des données. Les codes ont été comparés et regroupés lorsqu'ils décrivaient une même réalité et ces nouveaux codes ont été discutés entre les trois auteurs. Les entrevues ont été lues de nouveaux pour s'assurer que les codes reflétaient bien l'ensemble du contenu. Aucun nouveau code n'a été relevé dans les deux dernières entrevues des parents et des intervenants indiquant l'atteinte d'une certaine saturation théorique liée à la similarité des perspectives exprimées. Un lexique des codes a été élaboré par le premier auteur. Ce lexique donnait la définition et les limites de chaque code. Les auteurs LD et BV ont effectué une révision du lexique afin de clarifier les codes.

L'étape de thématisation s'est déroulée selon une approche participative afin de s'assurer que l'analyse exprime bien la réalité des participants. Une deuxième rencontre individuelle a été réalisée avec quatre parents et quatre intervenants. L'interviewer présentait la liste des codes aux participants et leur demandait de regrouper les codes qui appartenaient selon eux à la même catégorie. Ces catégories ont ensuite été comparées et les dominantes ont été conservées pour élaborer les thèmes. Le terme utilisé des thèmes a également été inspiré par les dénominations suggérées par les participants.

Résultats

Description des participants

Au total, huit parents, soit huit mères, ont été recrutés pour ce projet alors que deux ont refusé de participer : l'un par manque de temps et l'autre parce qu'il ne se sentait pas suffisamment stable émotionnellement pour répondre à des questions de recherche. Malgré les efforts de

l'équipe de recherche, il a été impossible de recruter un père répondant aux critères et intéressés à participer à l'étude. 87,5 % des mères avaient plus d'un enfant, 62,5 % des mères n'étaient plus en couple avec le père et la moitié avait perdu la garde de l'enfant au cours de la période périnatale et la petite enfance (voir Tableau 19).

Tableau 19. – Description des mères participantes

Relation avec le père des enfants	
En couple	3 (37,5 %)
Séparée	5 (62,5 %)
Nombre d'enfants	
1	1 (12,5 %)
2	3 (37,5 %)
3	2 (25,0 %)
4	1 (12,5 %)
Lieu obtention des services	
CLSC	4 (50,0 %)
Protection de la jeunesse	4 (50,0 %)
Garde légale de l'enfant	
N'a jamais perdu la garde	4 (50,0 %)
A perdu puis retrouvé la garde	2 (25,0 %)
N'a pas la garde au moment de l'entrevue	2 (25,0 %)

Treize intervenants ont été recrutés dont un seul homme. Parmi les intervenants référés à l'équipe de recherche, dix autres avaient accepté d'être contactés, mais n'ont pas donné suite aux courriels des chercheurs.

Les participants travaillaient soit en CLSC ou en protection de la jeunesse. La majorité était des psychoéducateurs et des travailleurs sociaux. Les intervenants présentaient une large étendue d'années d'expérience auprès de la clientèle ayant un TPL. Bien que nous souhaitions initialement réaliser des groupes de discussion avec tous les participants, deux groupes de discussion composés de trois participants ont été réalisés et sept entrevues individuelles en raison des contraintes d'horaire des intervenants (voir tableau 20).

Tableau 20. – Description des intervenants participants

Genre	
Femme	12 (92,3 %)
Homme	1 (7,7 %)
Profession	
Psychoéducateur	7 (53,8 %)
Travailleurs sociaux	3 (23,1 %)
Agent de relation humaine	2 (15,4 %)
Éducateur spécialisé	1 (7,7 %)
Lieu d'emploi	
CLSC	6 (46,2 %)
Protection de la jeunesse	7 (53,8 %)

Cinq gestionnaires ont été recrutés, un travaillant en protection de la jeunesse et quatre supervisant différents programmes du CLSC.

Les analyses ont permis de faire émerger quatre thèmes principaux reflétant les besoins de formation des intervenants travaillant avec les parents ayant un TPL soit : 1) maîtriser les

connaissances nécessaires pour accompagner les parents, 2) développer ses habiletés à mettre en place un cadre d'intervention adapté aux besoins des parents ayant un TPL, 3) adopter une attitude empathique, d'ouverture et empreinte d'espoir et 4) faire preuve de réflexivité face à ses interventions (tableau 21).

Les intervenants ont fait mention de l'ensemble des sous-thèmes durant les entrevues. Les parents n'ont pas mentionné les sous-thèmes : *Met en place un cadre pour maintenir le cap sur les objectifs à long terme* et *Aide le parent à se responsabiliser face aux changements à effectuer*. Les gestionnaires quant à eux ont mentionné uniquement les sous-thèmes : 1.1, 1.2, 2.2, 3.1, 3.4, 3.5, 4.1 et 4.3. Les analyses participatives ont permis de faire ressortir que des besoins de formation étaient présents tant dans les savoirs, les savoir-faire que les savoir-être.

Tableau 21. – Présentation des thèmes et des sous-thèmes

<u>Thèmes</u>	<u>Sous-thèmes</u>
1. Maîtriser les connaissances nécessaires pour accompagner le parent	<p><i>1.1 Connaît les réactions associées au trouble de personnalité limite</i></p> <p><i>1.2 Connaît le développement typique de l'enfant et de la maternité</i></p> <p><i>1.3 Connaît des ressources de la communauté et des outils concrets à recommander aux parents</i></p>
2. Démontrer une attitude empathique, d'ouverture et empreinte d'espoir	<p><i>2.1 Est à l'écoute, sans jugement et validant</i></p> <p><i>2.2 Considère le vécu des parents et leur dynamique familiale antérieure</i></p> <p><i>2.3 Reconnaît et souligne les forces du parent</i></p> <p><i>2.4 Permet au parent de vivre ses émotions</i></p>

<p>3. Mettre en place un cadre d'intervention adapté aux besoins du parent ayant un TPL</p>	<p><i>3.1 Établit une alliance thérapeutique en étant authentique et transparent</i></p> <p><i>3.2 S'assure de la compréhension du parent lors des interventions</i></p> <p><i>3.3 Équilibre les interventions ciblant l'enfant et le parent</i></p> <p><i>3.4 Met en place un cadre pour maintenir le cap sur les objectifs à long terme</i></p> <p><i>3.5 Aide le parent à se responsabiliser face aux changements à effectuer</i></p>
<p>4. Faire preuve de réflexivité face à ses réactions et interventions</p>	<p><i>4.1 Reconnaît et régule les émotions ressenties dans les interactions avec le parent</i></p> <p><i>4.2 Est conscient de ses valeurs et biais cognitifs qui influencent la perception de la situation</i></p> <p><i>4.3 Comprend l'impact de ses paroles et de ses interventions sur le parent</i></p>

Thème 1 : Maîtriser les connaissances nécessaires pour accompagner le parent

1.1 Connaît les réactions associées au trouble de personnalité limite

Les analyses soulignent le besoin pour les intervenants de mieux comprendre les réactions associées au TPL dont les réactions émotionnelles intenses, les ruptures dans la relation thérapeutique et certaines interprétations biaisées auxquelles ces personnes sont plus sujettes. Cette mère exprime comment une telle compréhension permet de maintenir une relation thérapeutique :

Que l'intervenant comprenne bien ce qu'est le trouble de personnalité limite. [...] Les réactions peuvent en être démesurées aussi, c'est comme si on se sent, je vais parler pour moi, qu'il [l'intervenant] va prendre tout personnel et se sentir facilement persécuté. Ben, ma réaction risque d'être assez explosive, je vais me mettre à crier rapidement. Ce n'est pas nécessairement contre la personne, mais ça devient une barrière de défense. (Parent #3)

1.2 Connaît le développement typique de l'enfant et de la maternité

Les analyses soulignent l'importance pour les intervenants de connaître le développement typique de l'enfant et les comportements attendus en fonction des stades du développement, de même que les étapes typiques que vivront les femmes enceintes et les mères dans le développement de leur identité maternelle. Cela permet aux intervenants de soutenir leurs observations, mieux détecter lorsqu'une problématique survient. Cette intervenante déplore comment ces connaissances ne sont malheureusement pas toujours acquises chez tous les intervenants : « On a des fois des gens qui ne connaissent pas beaucoup les phases de développement des enfants, tu sais le 0-5 ans, ça va quand même assez vite au niveau du développement » (Intervenant #4)

1.3 Connaît des ressources de la communauté et des outils concrets

Les analyses révèlent que les intervenants ont besoin de connaître les ressources disponibles pour y référer les parents et souhaitent être formés pour utiliser des outils concrets. Cela incluait d'aider les parents à faire des démarches, par exemple, comment obtenir de l'aide des banques alimentaires ou obtenir les prestations parentales gouvernementales ou encore de réseauter avec les organismes communautaires, tels que le souligne ce parent : « Ça ce que j'apprécie aussi c'est elle a accès nécessairement à plein de ressources (Parent #7)

Les intervenants doivent connaître des outils concrets tels que des grilles horaires et des outils

visuels aidant à comprendre les comportements de l'enfant. Les récits témoignent d'une plus grande adhésion quand les intervenants étaient en mesure d'offrir des stratégies concrètes aux parents plutôt que de parler de façon théorique ou d'aborder des généralités. Cet intervenant souligne comme cela est un aspect gagnant dans les suivis : "Si je parle trop d'abstrait, ça ne marche pas, je vais vraiment plus miser sur le concret." (Intervenant #6)

Thème 2 : Démontrer une attitude empathique, d'ouverture et empreinte d'espoir

2.1 Est à l'écoute, sans jugement et validant

Les analyses révèlent que d'apprendre à créer un espace où le parent peut s'exprimer et être entendu était un ingrédient essentiel. Ce thème incluait pour l'intervenant de prendre soin de sa disponibilité affective et cognitive pour pouvoir être dans une réelle écoute et un intervenant qui peut rejoint rapidement en cas de besoin même hors des rencontres prévues. Cet intervenant met en lumière comment l'intervenant doit prendre soin de sa disponibilité pour y arriver : « Il faut vraiment être dans un bon état d'esprit d'ouverture, je trouve comme intervenant. » (Intervenant #12)

Pour les parents, avoir un intervenant qui prend le temps était crucial. Être à l'écoute comprenait également le fait de s'enquérir de la version du parent et de croire qu'il a vécu la situation de cette façon. Cette mère souligne comment le fait d'avoir un intervenant qui n'utilisait pas de techniques pour qu'elle se sente crue et entendue l'a affecté dans son suivi :

C'est peut-être trop demander, mais avoir une travailleuse sociale qui est vraiment à l'écoute, qui ne juge pas. [...] De pas sauter aux conclusions. C'est ça de vraiment être à l'écoute aussi des parents. (Parent #8)

Les analyses soutiennent le besoin pour les intervenants d'apprendre à mettre de côté leur jugement et à valider le parent. Pour ce faire, l'intervenant doit être capable selon les intervenants de déceler l'émotion du parent pour lui refléter et d'identifier ce que le parent tente pour résoudre son problème, bien que la stratégie ne soit pas toujours appropriée. Être sans

jugement, incluait également selon les participants de créer un climat permettant le dévoilement. Cette mère nous décrit comment le fait de rencontrer des intervenants capables de se montrer sans jugement a eu un impact positif sur elle :

Ils m'ont juste accepté. Ils ne m'ont pas jugé. [...] Moi, juste ça, ce sentiment que je ne suis pas la seule, que je ne sois pas si folle que je pensais ou que la DPJ me dise. (Parent #6)

Cet intervenant, souligne comment certains autres membres de l'équipe gagneraient à développer leur capacité à diminuer les jugements et à valider :

Puis [certains intervenants d'une autre équipe] ils vont beaucoup être dans une intervention moralisatrice ou dans le jugement ce qui fait en sorte que les [personnes avec un] TPL ou les parents de ce monde, ils ne veulent pas être en partenariat avec leurs intervenants psychosociaux, ils veulent les mettre à distance. L'alliance thérapeutique ne se crée pas. [...] Puis [les parents] ils arrivent [dans notre équipe] pour un 8 semaines où [...] on est dans l'accueil sans jugement, ils se sentent validés, rapidement on voit l'apaisement arrivé, on voit que quand on est dans cette posture — là, ça aide grandement. (Intervenant #5)

2.2 Considère le vécu/traumatismes des parents et l'impact des dynamiques familiales antérieures

Les analyses soulèvent que les intervenants aient besoin de développer leur compétence à voir au-delà de leur mandat initial, qui est généralement d'intervenir sur les difficultés de comportement de l'enfant ou de s'assurer qu'il n'y ait plus de motifs de compromission au bien — être et au développement de ce dernier. Ils doivent également considérer le parent, son vécu et la dynamique familiale. Pour ce faire, les participants soulignent la nécessité de se montrer sensible aux traumatismes vécus par les parents et à être en mesure d'identifier les dynamiques relationnelles qui se rejouent dans l'interaction du parent avec l'enfant et avec l'intervenant, des approches qui ne sont pas maîtrisées par beaucoup d'intervenants. Ce parent exprime l'importance que les intervenants maîtrisent cette compétence :

Comprendre qu'il y a beaucoup, beaucoup, beaucoup, beaucoup de situations différentes, puis de comprendre aussi pas juste la situation présente, mais la situation du passé, je pense que le passé joue beaucoup sur le présent. [...]. Mais tu

sais souvent, quand on a des choses à travailler dans le présent, c'est parce que quelque chose dans le passé nous a blessés ou nous a fait vivre une émotion, tu sais ou quelque chose. [...] Tu sais est-ce, que ça vient de nos parents, notre éducation, des traumatismes d'enfance ? (Parent #5)

Les intervenants doivent s'exercer à reconnaître comment l'environnement des parents peut affecter leur progression. Les intervenants doivent également apprendre à prendre en compte cette considération dans leurs objectifs et leurs plans d'intervention. Cet intervenant exprime comment elle a dû apprendre cette habileté pour gérer ses attentes envers les parents et pour intervenir plus efficacement :

Si elle ne l'a pas appris, si tu ne l'as pas ressenti, vécu, c'est difficile de le faire par toi-même. Donc oui, on le souhaite atteindre un certain objectif, mais on veut aussi considérer l'environnement dans lequel ces parents-là ont été, puis les difficultés auxquelles ils font face, puis comment travailler en partenariat avec ses parents là, puis être sensible. (Intervenant #5)

L'intervenant doit apprendre à considérer dans son analyse et dans son plan, pas uniquement l'enfant ou le parent, mais leur réseau incluant le conjoint. e et les grands-parents. Ce questionnaire met en lumière cet enjeu lorsqu'on le questionne sur les difficultés des intervenants qui sont spécifiques à la période périnatale et la petite enfance :

L'impact de l'entourage n'est pas le même chez les parents d'enfants de 0-3 ans versus 3 à 12 ans parce qu'il y a plus de chances que ce soient de jeunes parents et que les grands-parents de ces enfants-là interfèrent et affectent la relation, les humeurs de ce parent-là. Habituellement, quand les enfants sont plus vieux, les parents ont tendance à avoir mis une distance avec les grands-parents de l'enfant. Donc ça je pense qu'il y a cet obstacle ce qui fait en sorte que, peu importe, l'intention peut être bonne, mais si on a un seul parent, si le parent du propre parent est nocif et toxique, une intervention va avoir moins de portée. (Gestionnaire #1)

2.3 Reconnaît et souligne les forces du parent

Les analyses mettent en lumière le besoin pour les intervenants d'apprendre à reconnaître les forces du parent et ses progrès et d'en témoigner, tant dans leur langage verbal que non-verbal

ainsi que dans leurs rapports écrits. Pour ce faire, les intervenants doivent développer leur confiance et leur espoir en la capacité de changer de ces parents. Cette mère illustre comment elle souhaiterait que l'une de ses intervenantes soit capable de modifier son attitude :

Elle a toujours un sourire. Sa voix est douce. Elle a toujours une belle manière de dire [...]. Elle n'écrit pas toujours de mauvaises choses, elle écrit souvent beaucoup de bonnes choses, ce qui fait en sorte qu'il y a plus de positif que je retiens. [...] Alors que l'autre [autre intervenant] quand elle me dit quelque chose c'est : « tu sais on te le dit tout le temps ». [...] Ok mais pour toi, je ne change pas, pour toi, il n'y a aucune évolution. (Parent #4)

Dans cet extrait, cet intervenant partage son constat que les intervenants doivent apprendre à reconnaître les succès et les efforts des parents :

[La mère] était complètement bouleversée. Mais elle dit : « je travaille tellement fort, puis on ne reconnaît pas mes efforts, puis on me parle de je n'avais pas de légumes ou de protéines dans mes pâtes aux tomates. J'ai pris tous les sous que j'avais là de mon job, que je viens juste de me retrouver là, j'ai eu ma première paye, je suis allée au Dollarama m'acheter des pâtes et de la sauce. C'est tout ce que j'ai été capable d'acheter et là on me juge ». Il y a comme quelque chose dans comment on peut peut-être valoriser certaines choses. (Intervenant #5)

2.4 Permet au parent de vivre ses émotions

Les analyses mettent en évidence la difficulté de certains intervenants à permettre au parent de vivre leurs émotions durant la rencontre. De cette façon, les intervenants ratent une opportunité d'apprendre au parent à réguler ses émotions, une difficulté qui est généralement associée au motif de suivi. Cette mère souligne comment elle aurait bénéficier davantage du suivi si son intervenante était en mesure de créer cet espace où l'expression des émotions est permise :

Moi ce que je trouve qui serait aidant c'est de dire aux intervenants que c'est normal qu'on trouve ça difficile puis de nous laisser vivre nos émotions. [...] C'est comme si aussitôt que je vivais une émotion, il disait on va arrêter la rencontre, ça ne marche plus. Il aurait pu me donner des moyens pour les vivre mes émotions correctement puis pouvoir continuer les rencontres. (Parent #8)

De plus, les analyses mettent en lumière la complexité de déterminer quels comportements sont

acceptables. Puisque les parents intenses et sensibles rencontrent des difficultés à communiquer et à exprimer leurs émotions, cela peut mener à des difficultés de régulation durant l'intervention. Il peut alors être difficile de distinguer pour l'intervenant quand soutenir le parent et quand mettre fin à la rencontre, tel que le décrit cet intervenant :

Qu'est-ce qu'on accepte que ce qu'on n'accepte pas parce qu'y a une différence entre, j'exprime de la colère, j'exprime de la détresse parce on ne m'a pas appris socialement comment l'exprimer fait que je l'exprime un peu toute croche, mais ça ne veut pas nécessairement dire que je suis agressive envers l'intervenant. Tu as des intervenants qui ne raccrochent pas le téléphone, puis tu as d'autres intervenants qui raccrochent un peu trop rapidement alors qu'ils auraient eu intérêt à l'écouter cette personne-là. (Intervenant #4)

Thème 3 : Mettre en place un cadre d'intervention adapté aux besoins du parent ayant un TPL

3.1 Établit une alliance thérapeutique de façon transparente et authentique

Les analyses soulignent l'importance de développer ses habiletés à établir une alliance thérapeutique. Cela implique, selon les parents et les intervenants, d'avoir une attitude de collaboration et d'accompagnement en évitant la confrontation. Plutôt que de se positionner dans un rôle d'expert ou une position autoritaire. Il s'agit d'une posture où l'intervenant donne l'information au parent et l'implique le plus possible dans les prises de décision en lui demandant sa permission et son avis. C'est ce dont témoigne cet intervenant lorsque questionné sur ce qui fonctionne bien avec ces parents : « Éviter le plus possible son rôle d'expert, et d'aller chercher le plus possible l'alliance, d'y aller dans l'approche collaborative » (Intervenant #2)

Les analyses soulignent l'importance de la transparence et de l'authenticité dans le suivi avec ces parents. Un intervenant qui dissimule son processus d'évaluation et des interventions et qui cache des informations au parent peut entraver la relation thérapeutique et l'efficacité du suivi. Cette mère illustre comment elle aurait souhaité que son intervenante sache faire différemment puisque le manque d'authenticité a nui à sa collaboration avec la protection de la jeunesse :

Elle m'a dit des mensonges pour que j'accepte, tu comprends. Puis à cause de ça, j'avais peur là quand ils m'ont enlevé mon enfant après la chicane avec [ma

travailleuse sociale]. Ben j'ai dit, j'ai vu la DPJ comme [une menace] je les voyais comme un ennemi, je le voyais comme eux sont là pour me caler puis me chercher à l'os, puis de de me faire du mal avec mon enfant. (Parent #6)

Cet intervenant exprime au cours de l'entrevue comment, lorsque des parents ont détecté chez l'intervenant une difficulté à être authentique, le processus d'intervention pouvait être entravé. Il conclut : « Ils le sentent quand tu es dans quelque chose d'automatique, sur un pilote automatique et qui répond quelque chose d'un peu de surface versus quand tu es vraiment avec eux [...] quand c'est vraiment senti que tu comprends. » (Intervenant #12)

3.2 S'assurer de la compréhension du parent lors des interventions

Les analyses soulignent le besoin de former les intervenants à communiquer clairement les informations au parent. Cela incluait d'avoir une communication directe et claire et de vérifier la compréhension du parent après lui avoir transmis l'information comme le souligne cet intervenant : « Comment vérifier l'information qu'on vient de transmettre ? S'assurer qu'on vérifie la compréhension, donc vérifiez le message qui a été compris parce qu'il y a beaucoup de distorsion par après qui peut être faite. » (Intervenant #4)

3.3 Équilibrer les interventions entre l'enfant et le parent

Les analyses soulignent la complexité d'apprendre à équilibrer le fait de prendre soin du parent et de l'enfant à la fois et de considérer les deux dans l'intervention. Ce thème décrit l'importance de répartir le temps d'intervention entre le parent et l'enfant, incluant le fait de prendre le temps d'aider les parents à se réguler émotionnellement. Les intervenants rapportent que cette difficulté était davantage marquée lorsque l'enfant a moins de deux ans et qu'ils devaient y travailler même après plusieurs années d'expérience. Selon leurs observations, l'enfant peut être alors plus effacé, presque absent permettant au parent de prendre la place dans la thérapie contrairement à l'enfant plus âgé qui peut solliciter lui-même l'attention de l'intervenant. Cet

intervenants souligne la nécessité de prendre soin également du parent pour que l'intervention fonctionne lorsqu'on la questionne sur ses difficultés au travail : « Tu sais, elle a besoin beaucoup que je prenne soin, donc c'est sûr que moi j'ai mon objectif d'intervenants, mais il faut que je passe par son besoin avant. Tout ça, en gardant le message qu'il faut répondre aux besoins de l'enfant d'abord. » (Intervenant #7)

Ce besoin d'apprentissage est également souligné par cette mère, lorsque questionné sur ce qu'elle souhaiterait que son intervenant soit capable de faire différemment :

Des fois, je lui disais que je ne me sentais pas bien par rapport à quelque chose, et au lieu de me rassurer, de m'expliquer, elle me disait : « ah je ne suis pas ta travailleuse sociale à toi, je suis la travailleuse sociale des enfants. » Je trouvais ça vraiment invalidant, je ne comprenais pas pourquoi elle disait ça. Parce que oui, je comprends que tu es là pour aider les enfants, mais si tu aides les parents, tu les aides aussi. (Parent #8)

3.4 Met en place un cadre pour maintenir le cap sur les objectifs à long terme

Les analyses mettent en évidence le besoin pour les intervenants d'apprendre à atteindre un équilibre entre maintenir des limites et une structure dans la rencontre, tout en conservant une flexibilité et en s'adaptant au parent. Ce thème n'a pas été soulevé par les parents. Les intervenants font part du besoin de mettre des limites pour ne pas se sentir envahi par le parent, tel qu'en témoigne cet intervenant : « C'est bien des fois de fixer un moment dans la semaine pour parler parce que des parents qui vont nous interpeller tous les jours. Il faut mettre des limites à ce niveau-là. » (Intervenant #6)

Les intervenants témoignent de la difficulté qu'ils ont à maintenir le cap sur les objectifs à long terme, puisqu'il se retrouve fréquemment à régler des urgences ou à discuter d'une situation ayant envahi le parent pendant la semaine. Les objectifs de développement des compétences parentales sont alors fréquemment remis. C'est cette idée que nous communique cet intervenant :

La difficulté, c'est de ne pas perdre de vue l'objectif, puis le besoin de l'enfant parce qu'au travers des crises, ben on se fait un peu happer. Je m'étais rendu compte, ça faisait quand même quelques rencontres là qu'on n'abordait pas du tout notre plan d'intervention parce qu'on était tout le temps dans d'autres choses, donc de ramener parfois le cadre aussi. (Intervenant #7)

3.5 Aide le parent à se responsabiliser face aux changements à effectuer

Les analyses soulèvent le besoin pour les intervenants d'apprendre à remettre la responsabilité du changement au parent. Les récits des intervenants soulèvent la difficulté de ne pas faire à la place du parent, mais plutôt de se positionner comme un soutien accompagnant le parent pour que ce dernier mette en place des stratégies et résolve ses problèmes, tel que l'exprime cet intervenant : « Il faut [que les intervenants] apprennent [qu'ils sont] juste des gens qui vont les amener à comprendre leurs besoins puis leur situation pour trouver des solutions qu'eux-mêmes vont mettre en place. » (Intervenant #4)

Thème 4 : Faire preuve de réflexivité face à ses réactions et interventions

4.1 Reconnaître et réguler les émotions ressenties dans les interactions avec le parent

Un besoin de formation étant largement ressortie dans les analyses est la nécessité d'apprendre à réguler ses propres émotions durant l'intervention.

Les analyses soutiennent la nécessité pour les intervenants d'apprendre à demeurer calme devant les manifestations émotionnelles du parent pour être en mesure de l'aider à s'apaiser. Pour ce faire, l'intervenant doit comprendre que le déversement d'émotions du parent n'est pas nécessairement dirigé contre lui. C'est ce que cette mère rapporte avoir beaucoup apprécié de son intervenante lors d'une crise : « Elle est restée calme. Ça finit par me calmer. [...] Si elle monte à crier, ça va faire l'escalade. » (Parent #3)

Les analyses soulignent également la nécessité pour l'intervenant d'être attentif au contre-

transfert qu'il ressent et de ne pas déterminer l'intervention en fonction de celui-ci. Pour ce faire, les analyses soutiennent qu'il est nécessaire d'apprendre à être suffisamment attentif à son état pour reconnaître les signes indiquant d'une baisse de sa disponibilité affective. De plus, bien identifier ses vulnérabilités personnelles s'avère essentiel. Cette intervenante nous rapporte comment elle trouve primordial de l'enseigner lorsqu'elle accueille un nouvel intervenant :

C'est toute la connaissance de soi à travers l'intervention. Il y a des gens qui viennent susciter quelque chose dans nous, on ne sait même pas pourquoi. Il y a des fois, on est sensible à des situations, puis pourtant ce n'est pas la pire qu'on a vu [...] il faut que tu en sois conscient pour demeurer objective dans tes interventions. Mais quand tu es en début de carrière, tu n'es pas encore conscient de tous tes biais, de tous tes préjugés et de toutes tes valeurs. (Intervenant #4)

L'intervenant doit également apprendre à réguler le stress quant aux conséquences des évaluations et des décisions qu'il prend. Pour les intervenants, il est nécessaire d'apprendre à ne pas laisser les émotions de leur vie professionnelle envahir leur vie personnelle. Cette habileté est particulièrement sollicitée lors de la période périnatale et la petite enfance en raison de la vulnérabilité de l'enfant, tel que le souligne cet intervenant en abordant les difficultés qu'elle rencontre lorsqu'elle intervient auprès d'enfants plus jeunes :

Je veux dire un enfant de 2 semaines qui n'a pas réponse à ses besoins on repart pas les oreilles tranquilles le vendredi. Il y a de gros risques pour ces enfants-là. Plus l'enfant vieillit, plus le risque diminue aussi. (Intervenant #2)

4.2 Est conscient de ses valeurs et biais cognitifs qui influencent la perception de la situation

Les analyses soulignent qu'il est nécessaire d'outiller les intervenants pour les aider à distinguer si la situation nuit au bien-être ou au développement de l'enfant ou si la situation ne correspond pas à sa vision de la parentalité, ses valeurs personnelles ou sur ses croyances de ce que devrait faire un parent. Pour ce faire, l'intervenant doit notamment développer ses compétences d'observation sans entrer dans l'hypervigilance, afin de distinguer ce qui s'écarte de ce qui est attendu ou de ce qui est inadéquat. Une distinction qui peut être difficile pour de nouveaux intervenants, tel que le souligne cet intervenant :

[Une intervenante] me dit « ah, mais là la Madame, pendant l'entrevue, a laissé une petite auto à son bébé, puis là le bébé mangeait l'auto [...] elle me dit elle devrait utiliser des objets dentition. [...] Est-ce qu'il y avait un danger pour s'étouffer ? Non. Est-ce que l'objet il était à la maison ? Ce n'était pas un objet qui traînait dans la rue. Non. [...] Fait que, mais là on était dans l'hyper vigilance et puis on était dans les conceptions. (Intervenant #4)

Cet intervenant souligne qu'il est difficile de rester dans leur rôle qui n'est pas de déterminer si le parent est un parent idéal, mais bien un parent suffisamment bon pour assurer la sécurité et le développement de l'enfant :

Éduquer de jeunes enfants être jeunes parents, tu sais, on a des désirs, puis les autres à côté qui vont juger. Il y en a qui veulent faire du co-dodo, il y en a qui trouvent que le co-dodo ce n'est pas une bonne affaire, il y en a que tu sais, c'est l'allaitement à tout prix, y en a d'autres, c'est comme tu sais je peux-tu donner le biberon si j'ai envie. On a tous chacun nos valeurs. Le défi c'est de rester centré sur est-ce que la sécurité est compromise puis le développement est compromis ou est-ce que je suis dans mes valeurs ? (Intervenant #11)

4.3 Comprend l'impact de ses paroles et de ses interventions sur le parent

Les analyses soulignent que plusieurs doivent être sensibilisés à l'impact de leurs paroles sur le parent, ce qui mène à des nœuds ou des ruptures dans la relation thérapeutique. L'intervenant doit apprendre à se montrer sensible aux conséquences de ses interventions, dont les signalements à la protection de la jeunesse sur la détresse émotionnelle du parent. Cette intervenante nous témoigne comment cette difficulté mène à des interventions inadéquates :

Puis souvent, les intervenants vont dire « moi, je ne l'appelle plus ». Récemment, il y a une intervenante psychosociale qui recommandait dans le dossier [d'une mère] un placement à majorité. La [mère] était vraiment, vraiment fâchée, elle l'a envoyée promener. Mais l'intervenante psychosociale ne l'a pas rappelé, pendant une semaine et demie. (Intervenant #5)

Discussion

Les analyses ont permis de distinguer 17 besoins de formation répartis en quatre thèmes pour les intervenants travaillant auprès de parents ayant un TPL durant la période périnatale et la petite enfance soit : maîtriser les connaissances nécessaires pour accompagner les parents, développer ses habiletés à mettre en place un cadre d'intervention adapté aux besoins des parents ayant un TPL, adopter une attitude empathique, d'ouverture et empreinte d'espoir et faire preuve de réflexivité face à ses interventions. Ces nombreux besoins identifiés sont cohérents avec les constats de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse (2021) qui avait comme mandat d'examiner les dispositifs québécois en protection de la jeunesse. Elle soutient que les connaissances nécessaires pour œuvrer auprès de familles vulnérables sont sous-estimées et que des formations sur des problématiques précises doivent être mises de l'avant et être offertes en formation continue puisque les formations pour obtenir les titres professionnels sont insuffisantes.

Ces besoins touchent à la fois le développement des savoirs, savoir-faire et savoir-être des intervenants. Les analyses ont permis de mettre en lumière l'importance du savoir-être pour les compétences des intervenants. En effet, la majorité des besoins de formation ont été identifiés en lien avec les savoir-être des intervenants, et ce particulièrement à partir de la perception des parents. Lorsque questionné à savoir ce qu'ils avaient aimé ou n'avaient pas aimé de leurs intervenants, un savoir-être était la première chose nommée pour l'ensemble des parents. Ces savoir-être sont particulièrement en lien avec la capacité des intervenants à démontrer de l'ouverture, de l'empathie et de l'espoir et à adopter un regard réflexif sur leurs propres pratiques. Ce résultat est cohérent avec les nombreuses études soutenant le besoin d'offrir des formations sur les attitudes des intervenants travaillant auprès de personnes ayant un TPL (Aviram et al., 2006 ; Desrosiers & Laporte, 2022 b ; Knaak & Patten, 2014 ; Mittal et al., 2020 ; Rogers & Dunne, 2011 ; Treloar, 2009 ; Ungar et al., 2016).

Les analyses soulignent également une convergence importante dans la perception des besoins de formation selon les parents, les intervenants et les gestionnaires. En effet, aucune opinion contradictoire sur les besoins de formation n'a été relevé et plusieurs besoins ont été notés par l'ensemble des trois groupes. Cela suggère des bases communes dans la compréhension de ce qu'est un bon intervenant. Aucune différence notable n'a été relevée entre les besoins perçus par les parents dont le suivi a été réalisé par des intervenants du CLSC ou de la protection de la jeunesse. Pour ce qui est des perceptions des intervenants, les besoins étaient très similaires à l'exception de 3 thèmes qui ne provenaient uniquement des intervenants de la DPJ : permettre au parent de vivre ses émotions, comprendre l'impact de ses paroles sur le parent et redonner la responsabilité au parent. Bien que les données ne permettent pas d'identifier la cause, une hypothèse possible est que cela pourrait découler du contexte légal dans lequel œuvrent les intervenants de la protection de la jeunesse. En effet, puisque la clientèle de la première ligne ne sont pas contraint par la loi de participer aux interventions, contrairement aux intervenants en protection de la jeunesse, ces intervenants ont peut-être développé plus naturellement ces habiletés qui permettent une meilleure collaboration aux soins du parent et que le besoin d'y être formé est moins présent pour eux. Cette hypothèse est soutenue par l'article de (Lambert, 2021) que lorsque l'intervention se déroule dans un contexte d'autorité, tel qu'en protection de la jeunesse, une posture d'autorité et un déséquilibre de pouvoir entre le parent et l'intervenant sont fréquemment notés, ce qui est cohérent avec de plus grandes difficultés à considérer le parent dans l'intervention et à le mobiliser.

Plusieurs défis associés à l'intervention auprès de cette clientèle durant la période périnatale et la petite enfance sont similaires à ceux retrouvés chez le parent d'enfants plus âgés. Toutefois, soulignons que l'intensité des difficultés est plus grande durant la période périnatale et la petite enfance. La vulnérabilité plus grande de l'enfant et sa plus grande dépendance aux soins du parent modifient l'expérience de l'intervenant. Cela place l'intervenant dans un sentiment d'urgence pour effectuer ses évaluations et ses interventions puisque les conséquences sur l'enfant peuvent être grandes. Cela complexifie le fait de créer une alliance et de redonner la responsabilité au parent, puisque l'intervenant peut percevoir ne pas avoir le temps nécessaire pour y arriver.

De même, les analyses indiquent que ce contexte est vécu comme augmentant la charge émotionnelle de l'intervenant puisque cela augmente la pression ressentie et que plusieurs intervenants sont particulièrement touchés lorsque de très jeunes enfants reçoivent des soins sous-optimaux de leurs parents. Cela limite sa capacité à se réguler durant l'intervention et à demeurer dans une posture d'ouverture et de disponibilité envers le parent.

Ces constats suggèrent que les stratégies enseignées dans la formation ME&M demeurent pertinentes, mais que l'intensité du soutien offert aux intervenants devrait être plus grande et pourrait nécessiter un soutien clinique continu plutôt qu'uniquement une formation ponctuelle. Les lignes directrices pour l'intervention auprès de personnes ayant un TPL du National Health and Medical Research Council (2012) énoncent l'importance d'une formation et d'une supervision clinique pour toutes personnes travaillant auprès de ces personnes. Le soutien clinique continu pour les intervenants travaillant auprès des personnes ayant un TPL est effectivement une bonne pratique reconnue dans la littérature (Linehan, 2018 ; Moore, 2012 ; Treloar, 2009). La littérature soutient également l'importance de la formation offerte aux intervenants en raison des hautes exigences émotionnelles associées à ce travail (Desrosiers & Laporte, 2022 a ; Grenier Gauvin et al., 2021 ; Laporte et al., 2014). La commission Laurent dénonce le manque de temps et de ressources offertes pour le soutien psychologique des intervenants ainsi que l'insuffisance de la supervision clinique offerte aux intervenants considérant la complexité des cas actuels (Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, 2021).

Les résultats soulignent également l'importance pour les intervenants de comprendre les changements développementaux rapides survenant au cours de la période périnatale et la petite enfance, de même que le processus de transformation vécu par les parents lors de la transition à la parentalité. Ce constat est également soutenu par la commission Laurent qui révèle que la formation initiale des professionnels est insuffisante et que des ajouts sur le développement de l'enfant et le développement de l'attachement sont nécessaires (Commission spéciale sur les

droits des enfants et la protection de la jeunesse, 2021). Ces contenus ne sont actuellement pas adressés dans la formation ME&M originale et sont abordés sans des formations pour les parents de façon générale, mais ne permettent pas de réfléchir sur les interactions complexes de ces étapes de développement avec le TPL.

Plusieurs besoins de formation spécifiques relevés dans cette étude ne sont pas couverts dans les interventions recensées pour les intervenants travaillant auprès des parents ayant un TPL. Premièrement, à la phase périnatale et la petite enfance, une compétence nommée par les participants comme étant importante à maîtriser est la capacité d'équilibrer les interventions ciblant à la fois le parent et l'enfant à un stade où l'enfant n'est pas en mesure d'exprimer ses besoins. Cela pourrait expliquer en partie l'autre besoin identifié qui est de maintenir le cap sur les objectifs à long terme. En effet, si l'intervenant centre son attention uniquement sur les enjeux actuels du parent, il risque de perdre de vue les objectifs centrés sur le bien-être et le développement de l'enfant à plus long terme. L'article de Grenier Gauvin et al. (2021), souligne également cette difficulté de naviguer avec cette double tâche qui décrit que les intervenants se décrivent comme « aspirer dans un vortex », c'est-à-dire d'être envahi par l'urgence du moment et en oublier leur plan à long terme. Linehan (2018) utilise quant à elle le concept de « crise persistante » pour décrire le délaissement des objectifs à long terme pour se concentrer sur les urgences et souligne les défis pour les thérapeutes de faire un travail efficace dans ce contexte. Selon les principes de la thérapie dialectique comportementale, il est recommandé aux intervenants de créer des contextes d'intervention distincts pour cibler la gestion de crise et le développement d'habiletés qui permettent l'atteinte des objectifs à long terme (Linehan, 2018).

Deuxièmement, plusieurs formations aident les intervenants à remettre en question leurs préjugés en lien avec le TPL (Desrosiers et al., 2019 ; Shah, 2023). Toutefois, aucune ne leur permet d'identifier leurs valeurs et leurs croyances en lien avec la parentalité et à réfléchir à comment ceux-ci influencent leurs interactions avec les parents ayant un TPL. Pourtant, les résultats de notre étude soulignent la présence, chez plusieurs intervenants, d'idées préconçues par rapport

à ce qu'un parent devrait faire ou non pendant la période périnatale et la petite enfance. Ces préjugés limitent la compréhension de la réalité du parent et entraînent donc des interventions qui pourraient s'avérer inefficaces. Alors que plusieurs formations actuellement disponibles se basent sur l'hypothèse que le manque de connaissances mène aux stigmas et aux préjugés chez les professionnels (Shah, 2023), les participants de cette étude associent davantage les perceptions de jugement à une dysrégulation émotionnelle chez les intervenants, une faible disponibilité cognitive ou émotionnelle du professionnel ou encore au manque d'habiletés de communication. De plus, alors que plusieurs formations mettent l'accent sur la façon d'enseigner des habiletés ou intervenir auprès des parents (Shah, 2023), nos résultats mettent davantage l'accent sur leur besoin d'effectuer d'abord un travail sur soi afin qu'ils soient conscients de leurs valeurs, de leurs émotions et de leur disponibilité, et de ce qu'ils dégagent et inspirent au sein de la relation. Cela est soutenu par les travaux de (Bessette, 2010) qui affirme que « l'impasse peut être relationnelle et/ou découler d'un manque de formation adéquate et elle implique habituellement la régulation du contre-transfert » (Bessette, 2010, p. 88). Bessette, propose, tout comme les participants de notre étude, que mieux gérer ses réactions permet d'intervenir plus adéquatement. Finalement, il est important qu'une formation adaptée offre des contenus sur des outils concrets et des ressources spécifiques aux besoins des parents à la période périnatale et la petite enfance, telle que la connaissance des organismes communautaires disponibles, ce qui, jusqu'à présent, n'est pas présent dans les interventions recensées pour les intervenants travaillant auprès de personnes ayant un TPL (Desrosiers et al., 2019 ; Shah, 2023).

Forces de cette étude

Le fait d'avoir considéré les parents présentant les caractéristiques du TPL, mais n'ayant pas reçu le diagnostic, a permis de ne pas uniquement inclure les mères ayant reçu des services spécialisés permettant de recevoir le diagnostic. L'échantillonnage a permis de recruter des mères ayant des caractéristiques différentes : en effet, il existait une variation dans le nombre d'enfants, l'âge des enfants, le statut matrimonial, la garde légale de l'enfant et les services reçus ce qui favorise une meilleure compréhension d'ensemble du phénomène.

Les intervenants recrutés étaient issus d'une variété de professions ce qui a permis de faire émerger des besoins qui sont généralement communs indépendamment de son appartenance à une discipline et sa formation professionnelle initiale. Puisque nous avons recruté des intervenants ayant pour la majorité déjà effectué la formation ME&M, ils avaient déjà amorcé une introspection sur leurs pratiques et leurs besoins de formation, ce qui a pu contribuer à la richesse des réponses données.

Le fait d'avoir recruté des parents, des intervenants et des gestionnaires concernés par cette problématique permet une multiplication des points de vue et donc de s'assurer une compréhension approfondie du phénomène à l'étude. Malgré un petit échantillon pour chacun des groupes de participant, les deux dernières entrevues des parents et des intervenants ne permettaient d'identifier aucun nouveau thème ou sous-thème permettant de supposer l'atteinte d'une certaine saturation théorique, ce qui représente une force des analyses.

Plusieurs mesures ont été mises en place pour s'assurer de la validité et de la crédibilité des résultats dont l'élaboration d'un journal de bord retraçant le processus d'analyse, le processus itératif de collecte et d'analyse qui permettait d'approfondir certains liens avec les participants suivants et les discussions entre les membres de l'équipe de recherche et la validation des thèmes par l'ensemble des co-auteurs. De plus, l'implication des participants dans la thématization est une force de cette étude. L'implication d'acteurs ayant une diversité de savoirs dans l'analyse permet de renforcer la crédibilité des analyses.

Limites de cette étude

Le fait d'avoir recruté des intervenants intéressés à participer à une étude portant sur le trouble de la personnalité limite a probablement induit un recrutement d'intervenant ayant une vision relativement positive du TPL. En effet, on peut constater dans les verbatims une vision plutôt positive de cette clientèle et plusieurs intervenants rapportent aimer travailler avec cette clientèle, ce qui n'est pas représentatif de l'ensemble des intervenants, puisque la vision négative

du TPL est reconnue comme étant fréquente chez les professionnels de la santé (McKenzie et al., 2022).

Bien que le fait d'inclure des parents ayant les caractéristiques du TPL, mais n'ayant pas le diagnostic visait à inclure une plus grande variation de la population générale ayant un TPL, il se peut toutefois que l'identification de l'intervenant soit inexacte ce qui engendrait un biais de sélection.

Malgré les efforts de l'équipe de recherche, il a été impossible de recruter un père et peu des récits des intervenants concernaient les pères, même s'ils étaient interrogés à ce sujet. Il n'est donc pas possible de conclure que ces besoins de formations sont identiques pour les intervenants travaillant auprès de pères ayant les caractéristiques du TPL. De plus, les analyses ne permettent pas de distinguer si les besoins des intervenants sont différents lorsqu'ils accompagnent les parents ayant un premier enfant versus une famille ayant déjà d'autres enfants.

Finalement, puisque plusieurs de ces intervenants avaient reçu la formation ME&M et que les parents avaient tous participé à ce programme, il est logique que plusieurs aspects de cette formation soient ressortis dans les besoins de formation pour les intervenants et que des concepts de la thérapie dialectique comportementale sur lesquels est basé ce programme aient été nommés. Il aurait été également pertinent d'inclure la perspective d'experts sur la périnatalité et le trouble de la personnalité limite n'ayant pas reçu cette formation afin de s'assurer d'obtenir des perspectives plus diversifiées.

Implications cliniques

Cet article permet de formuler des recommandations pour l'élaboration d'une formation pour les intervenants travaillant auprès de parents ayant les caractéristiques du TPL durant la période périnatale et la petite enfance en se basant directement sur les besoins perçus par les différents groupes d'acteurs concernés. Cet article met également en lumière la complexité du travail de

ses intervenants et la nécessité d'avoir développé de nombreux savoirs, savoir-faire et savoir-être pour bien intervenir auprès de cette clientèle. Finalement, cet article soutient la nécessité d'offrir de la formation continue de même qu'une supervision clinique de qualité aux intervenants travaillant auprès de cette clientèle.

Conclusion

En conclusion, il importe de soutenir de façon continue les intervenants travaillant auprès de parents ayant les caractéristiques du TPL durant la période périnatale et la petite enfance. Cette formation devrait les soutenir dans le développement de leurs savoirs, de leurs savoir-faire que de leur savoir-être. Plus spécifiquement cette formation devrait les guider dans le développement de leur maîtrise des connaissances nécessaires pour accompagner le parent, leur capacité à mettre en place un cadre d'intervention adapté aux besoins du parent, à démontrer une attitude empathique, d'ouverture et empreinte d'espoir et à faire preuve de réflexivité dans leurs interventions.

Références

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *BMC Med*, 17, 133–137.

Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline Personality Disorder, Stigma, and Treatment Implications. *Harvard Review of Psychiatry*, 14(5), 249–256.

Bessette, M. (2010). Psychothérapie des troubles de la personnalité : quand l'impasse n'est pas du côté du client. *Sante Mentale au Quebec*, 35 (2), 87-116.

Betan, E., Heim, A. K., Zittel Conklin, C., & Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 162 (5), 890–898.

Bouchard, S. (2010). Impasses et opportunités dans le traitement des personnes souffrant d'un trouble sévère de la personnalité limite. *Sante Mentale au Quebec*, 35 (2), 61-85.

Boucher, N. (2019). *Enfant dont un parent présente un trouble de personnalité limite : besoins et modes de soutien des professionnels de première ligne* [thèse de doctorat Université du Québec à Trois-Rivières] Cogniti. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/8804/>

Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. (2013). Therapists' accounts of psychotherapy process associated with treating patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27(6), 735–745.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. (2019). Grille d'observation des habiletés parentales 0-5 ans.

Cleary, M., Siegfried, N., & Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(3), 186–191.

Cousineau, P. (1997). Intervention auprès du patient limite : objectivité et subjectivité. *Sante Mentale au Quebec*, 22 (1), 5-15. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/502091ar>

Dawson, D. F. (1988). Treatment of the borderline patient, relationship management. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 33(5), 370–374.

Denis, J.-F. (1990). Le problème des troubles de la personnalité en psychiatrie. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 35(3), 208–214.

Desrosiers, L., & Laporte, L. (2022a). La formation Projet TANGO : soutenir l'intervention auprès de la clientèle ayant un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse et en

- CLSC. *Santé mentale au Québec*, 47 (2).
- Desrosiers, L., & Laporte, L. (2022 b). La formation Projet TANGO : soutenir l'intervention auprès de la clientèle ayant un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse et en CLSC. *Santé Mentale au Québec*, 47 (2), 269-297.
- Desrosiers, L., Laporte, L., & Pentecôte, C. (2019). Mon enfant et moi : Un programme pour parents présentant un trouble de personnalité limite et leurs intervenants. *Quintessence*, 10 (12).
- Feeney, J. A., Hohaus, L., Noller, P., & Alexander, R. P. (2001). *Becoming parents: Exploring the bonds between mothers, fathers, and their infants*. Cambridge University Press.
- Ferguson, A. (2016). Borderline personality disorder and access to services: a crucial social justice issue. *Australian Social Work*, 69(2), 206–214.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 188 (1), 1–3.
- Fryer, T. (2022). A critical realist approach to thematic analysis: producing causal explanations. *Journal of Critical Realism*, 21(4), 365–384.
- Gouvernement du Québec. (2016). *Politique gouvernementale de prévention en santé : un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population*
- Grenier Gauvin, N., Poitras, K., Laporte, L., & Desrosiers 1, L. (2021). Parents présentant un trouble de personnalité limite : perceptions, émotions et travail des intervenants psychosociaux. *Revue Québécoise de Psychologie*, 42 (2), 47-67.
- Iliakis, E. A., Sonley, A. K., Ilagan, G. S., & Choi-Kain, L. W. (2019). Treatment of borderline personality disorder: is supply adequate to meet public health needs? *Psychiatric Services*, 70(9), 772–781.
- Knaak, S., & Patten, S. (2014). Building and delivering successful anti-stigma programs for healthcare providers. *Mental Health Commission of Canada: Calgary*.
- Koekkoek, B., van Meijel, B., & Hutschemaekers, G. (2006). "Difficult patients" in mental health care: a review. *Psychiatric Services*, 57(6), 795–802.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. FT press.
- Kramer, U., Charbon, P., Despland, J.-N., & Kolly, S. (2017). "Good enough" training in clinical practice for BPD? *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 168 (8).

- Lafleur, I., St-Onge, M., Rouleau, D., Tremblay, G., & Villeneuve, E. (2004). L'adaptation des services aux personnes ayant un trouble de personnalité limite : une nouvelle compréhension pour la faciliter. *Intervention, 121*, 61-66.
- Lambert, A. (2021). L'intervention sociojudiciaire en contexte de protection de la jeunesse : points de vue de parents. *Intervention, 152*, 51-64.
- Laporte, L. (2007, 2007). A serious challenge for youth protection services: intervening with parents suffering from borderline personality disorder (BPD). [French] [Un défi de taille pour les centres jeunesse. Intervenir auprès des parents ayant un trouble de personnalité limite.]. *Sante Mentale au Quebec, 32* (2), 97-114.
- Laporte, L., & Baillargeon. (2005). Le trouble limite de la personnalité chez les parents des enfants suivis par les services de protection de la jeunesse : un motif de compromission. 6e Symposium national sur la protection et le bien-être des enfants : Des enfants à protéger, des adultes à aider : deux univers à rapprocher.
- 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. [Working with parents with borderline personality disorder in youth protection services: When suffering is combined with dismay.]. *Revue de Psychoéducation, 43* (2), 323-347.
- Le Nestour, A., Apter-Danon, G., Héroux, C., Mourgues, B., & Patouillot-Slatine, I. (2007). Parentalités limites et prises en charge thérapeutiques. [Borderline parenting and therapeutic help.]. *La Psychiatrie de l'Enfant, 50* (1), 125-177.
<https://doi.org/10.3917/psy.501.0125>
- Lewis, G., & Appleby, L. (1988). Personality disorder: the patients psychiatrists dislike. *The British Journal of Psychiatry, 153* (1), 44-49.
- Linehan, M. M. (2018). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Publications.
- McKenzie, K., Gregory, J., & Hogg, L. (2022). Mental health workers' attitudes towards individuals with a diagnosis of borderline personality disorder: A systematic literature review. *Journal of Personality Disorders, 36*(1), 70-98.
- Mittal, D., Owen, R. R., Ounpraseuth, S., Chekuri, L., Drummond, K. L., Jennings, M. B., Smith, J. L., Sullivan, J. G., & Corrigan, P. W. (2020). Targeting stigma of mental illness among primary care providers: Findings from a pilot feasibility study. *Psychiatry research, 284*, 112641.
- Moore, E. (2012). Personality disorder: its impact on staff and the role of supervision. *Advances*

in Psychiatric Treatment, 18(1), 44–55.

- National Health and Medical Research Council. (2012). Clinical practice guideline for the management of borderline personality disorder.
- Normandin, L., & Ensink, K. (2007). La GAC 1 : grille d'analyse du contre-transfert dans le traitement des troubles graves de la personnalité. *Sante Mentale au Quebec, 32 (1), 57 – 74.*
- Prasad, D., Kuhathasan, N., de Azevedo Cardoso, T., Suh, J. S., & Frey, B. N. (2022). The prevalence of borderline personality features and borderline personality disorder during the perinatal period: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health, 25(2), 277–289.*
- Ring, D., & Lawn, S. (2019). Stigma perpetuation at the interface of mental health care: a review to compare patient and clinician perspectives of stigma and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health, 1–21.*
- Rogers, B., & Dunne, E. (2011). “They told me I had this personality disorder... All of a sudden I was wasting their time”: Personality disorder and the inpatient experience. *Journal of Mental Health, 20(3), 226–233.*
- Sandelowski, M. (2010). What's in a name? Qualitative description revisited. *Research in Nursing & Health, 33(1), 77–84.*
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2013). Responses of mental health clinicians to patients with borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience, 10 (5–6), 39.*
- Santos, M. A. F. d., Lopes, M. d. A. P., & Botelho, M. A. R. (2019). Metamorphosis into mother after 35 years of age: a study of Grounded Theory. *Revista Da Escola de Enfermagem Da Usp, 53.*
- Shah, A. H. (2023). *Exploring the past, present, and future of training for staff working with individuals diagnosed with borderline personality disorder* [mémoire de maîtrise Manchester Metropolitan University]. E-space. https://e-space.mmu.ac.uk/632162/1/Aashni_Shah_Thesis_Award_Submission_2023.pdf
- Sulzer, S. H. (2015). Does “difficult patient” status contribute to de facto demedicalization? The case of borderline personality disorder. *Social Science & Medicine, 142, 82–89.*
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care, 19(6), 349–357.*

Treloar, A. J. C. (2009). A qualitative investigation of the clinician experience of working with borderline personality disorder. *New Zealand Journal of Psychology (Online)*, 38(2), 30.

Ungar, T., Knaak, S., & Szeto, A. C. (2016). Theoretical and practical considerations for combating mental illness stigma in health care. *Community mental health journal*, 52(3), 262–271.

Villeneuve, C. (2006). *L'intervention en santé mentale : le pouvoir thérapeutique de la famille*. PUM.

4.5 Facilitateurs et obstacles à l'implantation

Les entrevues auprès des parents, des intervenants et des gestionnaires ont permis de mettre en lumière les obstacles organisationnels à l'implantation d'une intervention pour des parents ayant les caractéristiques du TPL dans la période périnatale et la petite enfance dans le contexte des services québécois. Ces défis ont été classés selon le cadre conceptuel du Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) (Damschroder et al., 2022) afin de bien représenter l'ensemble des domaines d'obstacles à l'implantation.

Caractéristiques de l'intervention

Un facilitateur important perçu était les avantages relatifs du programme. En effet, les parties prenantes reconnaissaient les bienfaits potentiels d'un tel programme et soulignaient l'absence d'alternative et particulièrement le peu d'offres de service pour les parents d'enfant de 0 à 3 ans, outre des ateliers de stimulation parent-enfant, dont les objectifs sont très différents de ceux visés par le programme ME&M, tel qu'en témoigne ce gestionnaire : « Les groupes qui existent [ils n'abordent pas ces sujets-là]. C'est vraiment plus autour de la naissance de l'enfant et du développement de l'enfant. » (Gestionnaire #3)

Le programme ME&M était perçu comme un préalable intéressant au reste de l'offre de services des CLSC et de la protection de la jeunesse, puisque les intervenants et les gestionnaires ont mentionné le considérer comme permettant d'accroître la disponibilité des parents ayant un TPL aux apprentissages et donc de bénéficier par la suite des groupes offerts aux parents de façon générale, tel que l'exprime ce gestionnaire :

Moi je pense ça, ça fait partie du panier de service qui nous permettrait vraiment d'éclaircir la situation. Suite à cet atelier-là, ce parent est capable davantage de se reprendre en main puis de répondre aux besoins de son enfant, donc. Je vois vraiment beaucoup d'avantages dans l'offre de services de la première année. (Gestionnaire #1)

Un obstacle important perçu est le coût associé à la mise en œuvre du programme. Plus spécifiquement les frais engendrés pour la formation et la supervision des animateurs et des intervenants, les coûts pour libérer les cliniciens animant les groupes et les coûts pour libérer les intervenants recevant la formation étaient perçus comme un obstacle majeur à l'implantation de l'intervention par les gestionnaires, tel que le détaille ce gestionnaire : « Les enjeux, c'est l'accès à la formation aussi, l'accès à la formation en termes de lieu, en termes de coût, en termes de temps. C'est la capacité de l'organisation de libérer des intervenants pour faire cette animation — là aussi. » (Gestionnaire #1)

De plus, une durée de plus de huit semaines est perçue par les gestionnaires du CLSC comme un obstacle important à l'implantation de l'intervention. Les gestionnaires considéraient que davantage de semaines ne permettaient pas de s'intégrer dans leur calendrier en tenant compte des ralentissements lors des vacances d'été et de Noël et estiment que les parents maintiendront difficilement leur engagement sur une période de plus de huit semaines, tel que le souligne ce gestionnaire « Il ne faudrait pas que ce soit plus long parce que huit séances ce n'est pas évident à rentrer dans le calendrier. [...] Puis ça s'estompe parfois aussi, la participation. Plus que huit, ça devient un gros engagement. » (Gestionnaire #3)

Bien que les parents rencontrés eussent une perspective favorable du mode d'intervention en groupe, les gestionnaires percevaient ce format comme un obstacle potentiel au recrutement de parents participants. Il est possible de constater cette divergence de perception dans le verbatim de ce parent et de ce gestionnaire :

J'ai adoré ça [le faire en groupe], cette atmosphère-là. Il n'y a eu aucun jugement. Tu peux vraiment partager ce que tu vis et il y a d'autres personnes qui le vivent, mais qui le gèrent différemment. Puis on est resté en contact. (Parent #8)

Mais du côté de la clientèle, je trouve que parfois il y a beaucoup de résistance à avoir des services en groupe quand les gens veulent des services, ils veulent des services individuels. (Gestionnaire #3)

Une telle intervention s'adresse aux parents ayant des contacts hebdomadaires avec leurs enfants, cela s'avère un enjeu particulièrement important aux yeux des participants dans la période périnatale et la petite enfance comparativement à lorsque les enfants ont de 3 à 12 ans, puisque la perte de la garde est plus rapide et les contacts entre les parents et les enfants sont moindres dans le contexte de la protection de la jeunesse selon les intervenants et les gestionnaires. En effet, la notion de vulnérabilité de l'enfant de même que de temporalité doit être considérée dans l'évaluation de placement de l'enfant. Ainsi, l'évaluation pointe plus rapidement pour un retrait de la garde de même qu'un placement à majorité lorsque l'enfant est plus jeune selon les gestionnaires et les intervenants. Certains anticipent donc des difficultés supplémentaires à recruter des parents éligibles à l'intervention, tel que cet intervenant le souligne :

Donc assez rapidement dans le 0-3 ans, ton enfant, il cote comme étant une population extrêmement vulnérable, donc il ne reste pas longtemps dans leur famille. Je dirais que la posture des intervenants, elle est donc moins axée sur on va travailler très fort à changer les choses, puis à maintenir l'enfant dans ton milieu. On est plus dans, je te donne quelques semaines voire quelques mois, si le parent ne démontre pas une évolution assez rapidement, il va perdre la garde de cet enfant-là. (Intervenant #5)

D'autres au contraire perçoivent cette nécessité d'offrir beaucoup de services en peu de temps comme un facilitateur au recrutement. C'est le cas de ce gestionnaire :

Je pense qu'au niveau de cette période on est limité dans le temps puis on a beaucoup de services à offrir en peu de temps. Ça, c'est vraiment un facteur qui peut être facilitant pour la référence. (Gestionnaire #1)

La période périnatale et la petite enfance étant une période pouvant être marquée par l'instabilité pour le parent, comme discuté dans les articles précédents, il peut être difficile de recruter des parents dans un état de disponibilité suffisant pour participer à une telle intervention ou encore de les soutenir préalablement pour créer des telles conditions de stabilité, telle que le décrit ce gestionnaire :

Le mot que je veux dire, c'est instabilité. Ça peut être de l'instabilité domiciliaire puis conjugale qui fait que le parent va déménager, il ne sera plus proche des lieux des ateliers, donc il va se désengager. Instabilité aussi dans je suis aux études, au travail. Il y a aussi une forme d'instabilité avec les parents d'enfants plus vieux, mais je pense avec les plus jeunes c'est encore plus de mouvements à ce moment-là, ce qui fait de moins grands accès à des services probablement aussi. (Gestionnaire #1)

Contexte externe

Au niveau du réseau, le peu de lien avec le milieu communautaire et les médecins effectuant les suivis de grossesses représente un obstacle à l'implantation tant dans le contexte du CLSC que de la protection de la jeunesse. Cette difficulté soulignée par les intervenants et les gestionnaires nuit à l'identification de ces parents durant la grossesse et les premières années de vie de l'enfant. Ces parents ne sont généralement pas connus par les services de CLSC et de la protection de la jeunesse et les organismes lorsqu'il s'agit d'un premier enfant et les organismes et les médecins de suivi de grossesse sont insuffisamment informés des services et n'ont donc pas tendance à référer ces parents. Cela engendre également le risque pour certains parents de « tomber entre deux chaises », tel que le mentionne ce gestionnaire lorsque questionné sur les stratégies à mettre en place :

C'est d'impliquer le plus de partenaires du suivi médical de grossesse, certains centres hospitaliers, les centres accoucheurs et tous les organismes communautaires. Il faudrait travailler pour qu'ils puissent nous faire du référencement aussi. Parce que nous seuls [le CLSC] en postnatal immédiat, ils tombent dans les craques, ces [parents] — là en fait. (Gestionnaire #4)

Les participants jugent que les professionnels gagneraient à être soutenus dans l'identification des parents ayant des caractéristiques du TPL durant la période périnatale et la petite enfance, tel que l'énonce ce gestionnaire :

Je reste toujours extrêmement surprise qu'il y ait si peu de références parce que beaucoup de personnes les ont dans leur suivi, ces personnes — là, elles existent, elles sont là, elles n'ont peut-être pas nécessairement le diagnostic psychiatrique

de personnalité limite, mais correspondent à l'ensemble des critères qu'on peut retrouver. Donc d'avoir la connaissance pour les repérer et ensuite de ça, c'est quelle intervention on peut faire pour les garder en lien avec nous (Gestionnaire #2)

Les participants n'identifiaient pas d'incitatifs ou de politiques externes qui étaient favorables à l'implantation.

Contexte interne

Pour ce qui est des caractéristiques structurales du système de soins, les participants identifient l'absence de corridor de services clairs pour référer ces parents aux bons services comme un obstacle. De même, les programmes offrant des services de santé mentale aux adultes et ceux offrant des services à l'enfance appartiennent à des directions différentes, ce qui implique un personnel distinct limitant le transfert d'expertise. Ce gestionnaire souligne la difficulté à trouver des équipes ayant l'ensemble des expertises nécessaires : « Nous, on a l'expertise 0-3 an, mais on n'a pas l'expertise de ce genre de personnalité. » (Gestionnaire #5)

Les participants soutiennent que les critères d'inclusion pour le programme de soutien intensif durant la période périnatale et la petite enfance excluent de nombreux parents ayant les caractéristiques du TPL, malgré que les besoins soient connus. En effet, pour être inclus les parents doivent obligatoirement présenter un faible revenu ou être sous-scolarisés, ce qui n'est pas la situation de nombreux parents présentant les caractéristiques du TPL. Ce gestionnaire souligne cette absence de services pour ces parents : « On a plusieurs parents qui font déjà partie des SIPPE [Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance]. Mais effectivement la maman en moyen qui fonctionne quand même bien, je ne sais pas comment qu'on peut aller la rejoindre. » (Gestionnaire #3)

Considérant la division des programmes selon les clientèles, plusieurs gestionnaires percevaient qu'un tel programme représentait beaucoup de leurs ressources disponibles pour une population qui représente qu'une petite partie de leur clientèle, même s'ils sont conscients que ce faible nombre représente une grande utilisation de services, c'est ce dilemme que décrit cette

gestionnaire : « Si c'était un service en santé mentale, c'est ta clientèle principale, ça va, mais quand ce n'est pas ta clientèle principale, ça se questionne. » (Gestionnaire #4)

Pour ce qui est de la préparation à la mise en œuvre, des lacunes importantes dans les ressources internes disponibles étaient citées comme obstacle. Cela incluait un grand roulement des intervenants, la difficulté de trouver des intervenants qui ont l'intérêt de développer l'expertise pour animer des groupes auprès de ces parents et le manque d'intervenants de façon générale dans le réseau rendant la libération des intervenants et des animateurs difficiles en maintenant les services réguliers. Des lacunes dans les ressources en termes de locaux disponibles pour l'animation faisaient également partie des obstacles perçus par les gestionnaires tels qu'en témoigne ce participant : « Les ressources humaines, la stabilité des équipes, les nombreux mandats qui font en sorte qu'on a du mal à ajouter des nouvelles offres de services ». (Gestionnaire #3)

Il peut être difficile de trouver des horaires convenant à la fois aux parents et aux animateurs. De plus, offrir le groupe à des parents de jeunes enfants implique que plusieurs n'aient pas accès à des services de garde durant la journée et qu'il pourrait être nécessaire d'offrir ce service pendant l'intervention. Toutefois, certains parents se montrent réticents à laisser l'enfant le temps de l'intervention. Cette gestionnaire soutient la nécessité de mettre en place un service de garde : « Le service de garde aussi souvent, si on n'a pas de possibilité de garde, ça peut être un frein à la participation. » (Gestionnaire #3)

Caractéristiques de l'individu

Les éléments relatifs aux caractéristiques des parents et des intervenants ont été abordés dans les articles précédents.

Processus

Plusieurs obstacles majeurs sont perçus au niveau du processus soit à l'engagement des parents.

Premièrement, comme mentionné précédemment, le peu de lien avec le réseau communautaire, combiné à l'absence de corridor de services clairs fait en sorte qu'il est difficile de rejoindre les parents présentant un TPL. L'engagement des pères était perçu comme autant plus ardu, car ils sont plus difficilement identifiés par les intervenants comme ayant les caractéristiques du TPL et qu'ils peuvent être absents aux yeux des services durant la période périnatale et la petite enfance. La peur d'être signalé est également un obstacle important à l'engagement de ces parents, tel que le souligne cet intervenant : « je pense qu'elles restent quand même dans toute leur fragilité assez discrètes et peu transparentes sur la grossesse dans l'espoir de ne pas être signalées. »(Intervenant #1)

La symbolique autour de la protection de la jeunesse est également un élément à considérer selon les participants. Lorsque les groupes sont offerts directement dans les locaux des services sociaux, certains parents peuvent avoir l'impression que ce qu'ils diront sera utilisé contre eux pour leur retirer la garde. Il est important d'être capable d'instaurer un climat de confiance et de sécurité émotionnelle pour instaurer une telle intervention, tel que le suggère ce gestionnaire :

Juste l'enjeu qu'on fasse ça dans nos locaux au CLSC, ça peut faire peur à certaines personnes. Est-ce que le CLSC, c'est le bon lieu où on va utiliser un organisme communautaire qui est peut-être moins officiel, moins gouvernemental, qui fait un petit peu moins peur pour la clientèle. (Gestionnaire #5)

Les analyses révèlent que l'engagement peut également être compliqué lors de la période périnatale et de la petite enfance puisque le parent peut ne pas être confronté encore par les difficultés et a parfois des difficultés à se projeter et une vision idéalisée des étapes à venir. Selon les intervenants consultés, les demandes d'aide surviennent généralement entre les 18 mois et les 2 ans de l'enfant alors que le parent est confronté à l'opposition de l'enfant, aux crises alors qu'il est moins en mesure de régir le rythme et les actions de l'enfant. Sa perception des bénéfices à accepter l'intervention peut donc être moindre dans la période périnatale et de la petite enfance, tel que le souligne cet intervenant : « Il y a vraiment un point de rupture [à 2 ans], c'est là qu'ils sont comme ayoye je sais pu quoi faire. En tout cas c'est là dans notre service où on les a

les références. » (Intervenant #3).

CHAPITRE 5 : DISCUSSION INTÉGRATIVE

5.1 Ce que la thèse a permis

Cette thèse permet l'adaptation du programme ME&M à la période de la conception de l'enfant jusqu'aux trois ans de celui-ci. Pour ce faire, elle a d'abord décrit la logique de l'intervention originale, ses composantes clés pour l'atteinte de ces objectifs et d'établir sa pertinence théorique. De plus, les résultats contribuent à une compréhension en profondeur des forces et des besoins des parents ayant les caractéristiques du TPL qui sont spécifiques à la période périnatale et de la petite enfance. Elle a également permis d'identifier les besoins de formation de leurs intervenants et de décrire les obstacles organisationnels à l'implantation d'une telle intervention dans le contexte des services québécois. Ainsi, cette thèse met en lumière l'offre limitée des services existants pour les parents ayant les caractéristiques du TPL en plus d'appuyer le besoin de développer des interventions qui sont spécifiques à leurs besoins. Elle servira de base au développement d'une intervention pertinente et réalistement implantable en contexte québécois.

Cette discussion présentera d'abord ce qui, à la lumière des résultats de cette thèse, doit être conservé et ce qui doit être modifié dans le programme original de ME&M pour répondre aux besoins et aux contextes spécifiques de la période périnatale et de la petite enfance. Par la suite, trois thèmes communs émergeant des quatre articles de cette thèse seront discutés : 1) les besoins des parents au-delà des compétences parentales, 2) la persistance des stigmas chez les intervenants et 3) le besoin de réorganisation des services actuels pour bien desservir les parents ayant les caractéristiques du TPL. Finalement, les forces et limites de cette thèse et les perspectives pour la recherche future dans ce domaine seront discutées.

5.2 Ce qui doit être conservé et adapté dans le programme ME&M

À la lumière des résultats de la thèse, le modèle logique de l'intervention originale, décrit dans l'article 2, a été revu de façon à présenter les éléments clés du programme à conserver, les adaptations et les ajouts nécessaires pour répondre aux spécificités de la période périnatale et de la petite enfance.

5.2.1 Volet parent

L'intégration des résultats et des analyses de cette thèse a permis de déterminer que le cadre et climat du groupe, de même que les schèmes théoriques, devaient être conservés. Le besoin de rencontrer d'autres parents, d'obtenir du soutien à la fois de l'intervenant et des autres parents est des composantes clés du programme à maintenir à la phase prénatale. Bien que certaines

habiletés soient spécifiques à la période prénatale, les bases théoriques de l'intervention, soit les principes de la TDC et du processus d'apprentissage expérientiel, sont pertinentes pour favoriser l'apprentissage et le développement des compétences des parents.

La majorité des objectifs doit être conservée, un doit être modifié et trois doivent être ajoutés. L'objectif visant à développer ses habiletés de l'efficacité interpersonnelle dans les interactions avec l'enfant doit être modifié pour cibler l'efficacité interpersonnelle dans les interactions avec l'environnement social de l'enfant. Trois objectifs doivent être ajoutés, de même que les activités qui en découlent soient : apprendre à identifier ses limites, développer ses habiletés à entrer en relation avec l'enfant de façon positive et ludique et développer ses habiletés à se projeter réalistement. Plusieurs habiletés ciblées par le programme doivent aussi être adaptées au contexte périnatal et de la petite enfance. L'ensemble de ces conclusions et les arguments les soutenant sont présentés dans les tableaux 22 et 23

Tableau 22. – Adaptations nécessaires aux composantes du volet parent de l'intervention Mon enfant et moi original afin de répondre aux spécificités de la période périnatale et de la petite enfance

Éléments du modèle original	Résultats sur les besoins des parents	Résultats sur les besoins des intervenants	Résultats sur les facilitateurs et obstacles à l'implantation	Adaptations requises pour l'adaptation périnatale et de la petite enfance
<p>Cadre et climat du groupe :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rencontre de groupe ▪ Environnement équilibrant la validation et l'incitation au changement ▪ Interinfluence du groupe, support et validation 	<p>S'entourer de personnes soutenantes, dont des parents vivant des réalités similaires fait partie des besoins de ces parents.</p> <p>Ces parents sont capables de se développer une identité positive à travers la parentalité et de développer un sentiment d'appartenance à un groupe de parent.</p>	<p>Le fait d'avoir un intervenant capable d'équilibrer la validation et l'incitation au changement est une qualité importante d'un intervenant, tout comme sa capacité d'écoute, son ouverture et sa capacité à créer une relation de collaboration avec le parent</p>	<p>Le format du groupe a été nommé comme contexte ayant été fortement apprécié par les parents.</p>	<p>Conserver le cadre et le climat du groupe</p>
<p>Schème théorique : dialectique comportementale</p>	<p>Des besoins sont identifiés dans les 4 domaines de compétences enseignées dans cette théorie : pleine conscience, tolérance à la détresse, régulation émotionnelle et efficacité interpersonnelle</p>			<p>Conserver ce schème</p>

Schème théorique : théorie de l'apprentissage expérientiel de Kolb	Ces parents peuvent présenter des difficultés à se projeter dans des expériences futures.			Conserver ce schème. Toutefois, la période prénatale ne permet pas de faire l'expérience réelle avec l'enfant ni d'évoquer des expériences passées en tant que parent comme moteur de réflexion. Les animateurs devront donc soutenir les habiletés de ces parents à se projeter, et à se pratiquer dans des situations les plus similaires possibles à celles qu'ils vivront une fois leur enfant né.
Objectifs : Le parent s'engage dans le processus d'amélioration de ses compétences parentales	Les analyses soulèvent une vision idéalisée et clivée de la parentalité qui peut nuire à l'engagement dans un processus de changement.		L'engagement peut être compliqué au début de la période périnatale et de la petite enfance puisque le parent peut ne pas être encore confronté par les difficultés.	Conserver cet objectif Les activités doivent être conservées, mais apparaissent insuffisantes

<p>Activités menant à l'engagement du parent :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Présentation des habiletés enseignées dans le programme ▪ Réduire les barrières perçues à la participation au programme <p>Développer son désir de changer en percevant un écart entre les comportements parentaux actuels et désirés</p>	<p>Les analyses soulèvent une difficulté à se projeter, ce qui peut limiter la capacité du parent à percevoir les bienfaits à long terme de s'engager dans ce changement.</p> <p>Les parents ont un fort désir de s'engager dans des actions favorables pour le bien-être de l'enfant, sont capables de demander de l'aide lorsqu'ils perçoivent un besoin et ont une capacité d'humilité pour accepter leurs torts lorsqu'ils réalisent avoir eu un impact sur l'enfant.</p>		<p>Les demandes d'aide surviennent généralement entre les 18 mois et les 2 ans de l'enfant alors que le parent est confronté à l'opposition de l'enfant et aux crises et qu'il est moins en mesure de régir le rythme et les actions de l'enfant.</p> <p>La perception des bénéfices à accepter l'intervention avant 18 mois peut être moindre.</p> <p>Des défis supplémentaires sont présents à l'égard de l'identification de ces parents, puisqu'ils peuvent être peu connus par les services. Des défis sont présents dans l'orientation de la demande de services. Les analyses soulèvent l'absence de corridor de services clairs et la confusion à savoir si ces parents devraient être pris en charge par les services de pédiatrie ou de santé mentale adulte.</p>	<p>Des interventions supplémentaires seront nécessaires pour augmenter la perception des résultats positifs de l'intervention et pour réduire les barrières perçues. Les intervenants pourront utiliser les forces soulevées comme levier pour l'engagement.</p> <p>Des activités visant le niveau organisationnel devront également être mises en place, notamment pour sensibiliser l'ensemble des intervenants en périnatalité et en petite enfance et mettre en place des mécanismes de référencement clair.</p>
---	---	--	---	--

<p>Objectif: Le parent comprend ses difficultés interpersonnelles et de régulation des émotions</p> <p>Activité : éducation portant sur la théorie biosociale</p>	<p>Le parent a besoin de comprendre les impacts de ses traumatismes antérieurs sur ses difficultés parentales.</p> <p>Le parent a besoin de comprendre ses difficultés de régulation émotionnelle. En effet, les intervenants ont souligné l'intensité des émotions et la vulnérabilité de ces parents qui étaient accentuées durant la période périnatale et de la petite enfance.</p>			<p>Conserver cet objectif</p> <p>L'éducation à la théorie biosociale demeure pertinente dans la période périnatale et de la petite enfance Cette théorie gagnerait à être complétée par une théorie expliquant le vécu biologique et psychologique normal lors d'une grossesse et de la transition à la parentalité. Des éléments du Modèle global de santé mentale pendant la période périnatale (Traduction libre du Comprehensive Model of Mental Health during the Perinatal Period) (Moyer & Kinser, 2021) pourraient être intégrés dans le programme adapté pour la périnatalité et la petite enfance.</p> <p>Le Comprehensive Model of Mental Health during the Perinatal Period) (Moyer & Kinser, 2021) souligne trois facteurs influençant la santé mentale dans la période périnatale et de la petite enfance : les facteurs bio-psycho-neuro-immunologiques l'expérience de la matrescence et la dyade mère-enfant en tant qu'unité fonctionnelle. La</p>
---	---	--	--	--

				<p>matrescence est le processus développemental à travers lequel une personne devient une mère, qu'elle soit la mère biologique ou non, qui débute dès la préparation à l'arrivée de l'enfant (Kurz et al., 2022 ; Moyer & Kinser, 2021). Elle comprend l'ajustement au nouveau rôle, ses attentes envers ce rôle, les stressseurs maternels et la renégociation de ses relations sociales (Kurz et al., 2022 ; Moyer & Kinser, 2021)</p> <p>Des parallèles pourraient être établis entre la vulnérabilité biologique de la théorie biosociale et les facteurs bio- psycho-neuro-immunologique qui interviennent dans la santé mentale périnatale et de la petite enfance. Dans les deux cas, l'axe hypothalamo — pituitaire-adrénale est présenté comme un facteur important (Eisenlohr-Moul et al., 2018 ; Linehan, 2018). De même, des parallèles pourraient être effectuées entre les transactions entre la personne et son environnement social dans la théorie de biosociale et le concept de la dyade mère-enfant en tant qu'unité fonctionnelle. Dans les deux cas, c'est le résultat d'une transaction</p>
--	--	--	--	---

				entre les individus qui déterminent les résultats et l'ajustement ou la compatibilité des besoins entre les deux est déterminante. Finalement, la théorie de l'expérience de la matrescence pourrait compléter le modèle.
Objectif : le parent développe ses habiletés à reconnaître et répondre aux besoins de l'enfant	Les parents ont besoin de développer leurs compétences à bien comprendre son enfant, dont le besoin d'apprendre à interpréter et répondre adéquatement au comportement de l'enfant			Conserver cet objectif en adaptant les exemples au contexte prénatal
Activité : Entraînement aux habiletés de pleine conscience	Ces parents doivent améliorer leur disponibilité physique et cognitive, de même que leur capacité à observer sans jugement leur enfant.			Conserver ces activités en adaptant les exemples au contexte prénatal

<p>Activité : Entraînement à reconnaître que leurs émotions et leurs pensées ont des impacts sur leurs comportements parentaux</p>	<p>Ces parents doivent comprendre l'impact de leurs traumatismes antérieurs sur leur parentalité</p> <p>Le thème Prendre soin de soi pour prendre soin de l'enfant souligne le besoin de prendre conscience que son bien-être a un impact sur sa parentalité.</p> <p>Ces parents peuvent avoir des réactions involontaires à la suite de fortes émotions</p>			<p>Conserver ces activités en adaptant les exemples au contexte prénatal</p>
<p>Activité : Entraînement aux habiletés de tolérance à la détresse</p>	<p>Ces parents peuvent avoir de la difficulté à demeurer disponibles et à poser des actions adéquates envers leurs enfants lorsqu'ils sont activés émotionnellement.</p> <p>De plus, il est difficile pour plusieurs d'accepter qu'ils n'aient pas le contrôle sur plusieurs situations liées à la périnatalité et à la petite enfance.</p> <p>Le parent doit donc apprendre à accepter la situation telle qu'elle est pour le moment.</p>			<p>Conserver ces activités en adaptant les exemples au contexte prénatal</p> <p>Il est important toutefois de prendre en compte dans l'enseignement des stratégies que la possibilité pour le parent de prendre un temps d'arrêt avant d'agir est plus limitée lorsqu'il s'agit d'un nouveau-né qui n'a pas les capacités de compréhension et de différer la gratification de ses besoins</p>

<p>Activité : Entraînement aux habiletés de régulation des émotions difficiles</p>	<p>Ces parents ont besoin de comprendre leurs émotions et les réguler efficacement.</p>			<p>Conserver ces activités en adaptant les exemples au contexte prénatal</p>
<p>Activité : Entraînement aux habiletés pour comprendre les émotions, comportements et intentions de leurs enfants pour les apaiser</p>	<p>Ces parents doivent développer leurs compétences à bien comprendre leurs enfants. Plus précisément, ils doivent mieux comprendre les étapes du développement normal de l'enfant, dont les phases d'autonomie et la recherche de proximité normale. De plus, ces parents doivent comprendre les vulnérabilités spécifiques de leurs enfants et développer leurs compétences à interpréter adéquatement le comportement de l'enfant.</p>			<p>Ces activités doivent être modifiées</p> <p>Il est nécessaire d'outiller le parent à comprendre les expressions non verbales de l'enfant lequel ne peut s'exprimer.</p> <p>Le parent doit apprendre à être validant non seulement en parole, mais à travers ses actions et son non-verbal.</p> <p>Afin de bien interpréter les comportements et les intentions de l'enfant, le parent devra aussi apprendre les étapes normales du développement.</p> <p>Particulièrement, la dynamique de va-et-vient entre la recherche de proximité et d'autonomie, très présente durant la période périnatale et de la petite enfance et qui est un besoin important.</p> <p>Le parent devra apprendre à vérifier son interprétation en distinguant les faits de ses interprétations et développer la</p>

				capacité de s'affranchir des croyances transmises par les autres.
Activité : Entraînement aux habiletés d'efficacité interpersonnelle dans ses interactions avec l'enfant	<p>Les difficultés d'efficacité interpersonnelle avec l'enfant semblent moins prévalentes au début de la période périnatale et de la petite enfance.</p> <p>Les parents présentent des difficultés interpersonnelles avec l'autre parent, les intervenants, les services de garde et doivent renégocier leurs rôles dans la famille.</p> <p>Ces parents ont besoin de s'entourer de personnes soutenantes en créant des relations, mais également en mettant fin à certaines relations toxiques de même que leurs besoins de développer leurs habiletés de communication et de résolution de conflit.</p>			<p>Cet objectif devrait être remplacé par l'objectif : « le parent développe ses habiletés d'efficacité interpersonnelle dans ses interactions avec l'environnement social de l'enfant. »</p> <p>Les activités devraient viser le développement de l'efficacité interpersonnelle dans les interactions avec l'environnement social de l'enfant.</p>

<p>Objectif : Le parent développe un sens de compétence parentale</p> <p>Activité :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rétroaction positive et validation de la part des animateurs et des autres membres du groupe. <p>Expérience de succès à travers les devoirs et les exercices.</p>	<p>Les analyses soulignent le besoin de développer sa confiance en soi, plus précisément, de reconnaître leurs compétences parentales, de diminuer leur honte et leur culpabilité et de mettre de côté le jugement des autres parents.</p>			<p>Conserver cet objectif Conserver les activités</p>
---	--	--	--	---

Tableau 23. – Ajouts nécessaires au volet parent de l'intervention Mon enfant et moi original afin de répondre aux spécificités de la période périnatale et de la petite enfance

Ajout requis pour l'adaptation périnatale et de la petite enfance	Résultats sur les besoins des parents
Ajouter l'objectif « Le parent apprend à identifier ses limites » de même que les activités qui en découlent.	Ces parents doivent apprendre à identifier leurs limites personnelles alors que l'ensemble de leurs relations se renégocient et que leur charge mentale et domestique devient plus importante.
Ajouter l'objectif « Le parent développe ses habiletés à entrer en relation avec l'enfant de façon positive et ludique » de même que les activités qui en découlent.	Plusieurs parents éprouvent des difficultés pour témoigner leur affection et s'engager dans du jeu spontané où l'interaction avec l'enfant est la base du jeu.
Ajouter l'objectif « Le parent développe ses habiletés à se projeter réalistement dans le contexte de sa parentalité » de même que les activités qui en découlent.	Ces parents ont de la difficulté à se projeter de façon réaliste. Cela les empêche d'anticiper et de se préparer à certains défis et de choisir des actions qui mèneront à des conséquences positives à long terme.

5.2.2 Volet intervenant

L'intégration des résultats et des analyses de cette thèse a permis de conclure que l'ensemble des objectifs doivent être conservés, puisqu'ils répondent également aux besoins des intervenants dans la période périnatale et de la petite enfance. De plus, les schèmes théoriques apparaissent également pertinents pour réaliser ces apprentissages. Le format du groupe doit toutefois être adapté, puisque neuf heures de formation pourraient être insuffisantes et que les intervenants pourraient bénéficier d'une supervision clinique davantage continue. Quatre objectifs et les activités permettant leur atteinte devront être ajoutés pour répondre à l'ensemble des besoins de formation de ces intervenants, soit identifier ses valeurs et ses idéaux en lien avec la parentalité et identifier leur impact sur leurs interventions, développer ses habiletés à équilibrer ses interventions adressées au parent et à l'enfant, développer ses habiletés à reconnaître les forces du parent et à les mobiliser dans l'intervention et connaître des ressources auxquelles le parent peut être référé. L'ensemble de ces conclusions et les arguments les soutenant sont présentés dans les tableaux 24 et 25.

Tableau 24. – Adaptations nécessaires aux composantes du volet intervenant de l’intervention Mon enfant et moi original afin de répondre aux spécificités de la période périnatale et de la petite enfance

Éléments du modèle original	Résultats sur les besoins des parents	Résultats sur les besoins des intervenants	Résultats sur les facilitateurs et obstacles à l’implantation	Littérature	Adaptations requises pour l’adaptation périnatale et de la petite enfance
Schèmes théoriques : théorie dialectique comportementale et théorie de l’apprentissage expérientiel de Kolb		<p>Les intervenants ont des besoins qui correspondent aux habiletés enseignées par la théorie dialectique comportementale dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pleine conscience : apprendre à observer ses valeurs et ses jugements et à être sans jugement ▪ Tolérance à la détresse : apprendre à tolérer les fortes émotions du parent durant l’intervention ▪ Régulation des émotions : apprendre à reconnaître et réguler ses émotions ressenties durant les interactions ▪ Efficacité interpersonnelle : apprendre à valider le parent, à communiquer clairement avec le parent <p>Les intervenants ont des besoins d’apprentissage qui peuvent être soutenus par la posture dialectique tels qu’équilibrer les interventions ciblant</p>		<p>L’utilisation des principes de la TCD pour former les professionnels de la santé travaillant auprès des personnes ayant un TPL est recommandée par le National Health and Medical Research Council (2012).</p> <p>Le cycle expérientiel de Kolb apparait également pertinent puisqu’il permet de développer des savoirs, des habiletés et des attitudes, trois composantes ciblées par l’article 4 et a été utilisé avec des résultats prometteurs pour plusieurs formations pour les professionnels</p>	Conserver les schèmes théoriques

		<p>l'enfant et le parent.</p> <ul style="list-style-type: none"> Les intervenants ont besoin d'apprendre à bien prioriser les objectifs adressés durant les séances pour ne pas négliger les objectifs à long terme. La hiérarchisation des cibles d'intervention est enseignée dans la théorie dialectique comportementale. 		<p>(Henson, 2014; Hill, 2017; Knecht-Sabres, 2013). Le National Health and Medical Research Council (2012) recommande également de développer des formations qui ciblent également le savoir — faire et le savoir-être, ce qui est cohérent avec les modèles théoriques choisis. De même, le climat du groupe est à reproduire. En effet, le National Health and Medical Research Council (2012) recommande une approche de groupe incluant le plus de membre du personnel possible pour les équipes travaillant avec des personnes ayant un TPL.</p>	
Formation d'une durée de 9 heures		<p>Plusieurs des besoins de formation sont les mêmes que lorsque l'enfant est plus vieux, mais différent par l'intensité de la difficulté notamment la régulation émotionnelle et la réflexivité sur ses pratiques.</p>		<p>Le soutien clinique continu pour les intervenants travaillant auprès des personnes ayant un TPL est effectivement une bonne pratique</p>	<p>Il est possible que la modalité de 9 h de formation en groupe et l'accès au matériel virtuel soit insuffisante.</p> <p>L'ajout d'une</p>

				reconnue dans la littérature (Linehan, 2018; Moore, 2012; National Health and Medical Research Council, 2012; Treloar, 2009).	supervision clinique davantage continue pourrait s'avérer nécessaire.
<p>Objectif : L'intervenant s'engagera dans le programme</p> <p>Activités menant à l'engagement de l'intervenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Invitation à participer à l'intervention <p>Participation à la rencontre pré-groupe</p>			<p>Aucun obstacle supplémentaire à l'engagement des intervenants n'est rapporté.</p> <p>Il peut être difficile pour les professionnels non formés d'identifier les signes de caractéristiques du TPL dans la période périnatale et de la petite enfance.</p> <p>Les gestionnaires considèrent la libération des intervenants pour la durée de la formation comme complexe et pouvant avoir des impacts sur les services dit habituels.</p>		<p>Conserver cet objectif</p> <p>Les activités doivent être conservées et apparaissent suffisantes pour supporter l'intervenant. Le document aidant les intervenants à identifier les parents présentant les caractéristiques du TPL pourrait toutefois être bonifié en ajoutant des manifestations observables durant la période périnatale et de la petite enfance.</p> <p>Une stratégie au niveau de l'organisation pourrait être ajoutée pour convaincre les gestionnaires de la valeur de libérer les intervenants pour une telle formation.</p>

<p>Activité : Éducation sur la théorie biosociale</p>		<p>Les intervenants doivent mieux connaître les réactions associées au TPL et considérer leur vécu.</p> <p>Les intervenants doivent mieux comprendre les étapes typiques de la transition à la parentalité et du développement de l'enfant.</p>			<p>Cette activité doit être conservée</p> <p>Elle devrait toutefois être complétée par les théories biologiques et sociales sur la transition à la parentalité comme pour le volet parent</p> <p>Une section informative sur le développement de l'enfant ou une référence à une telle formation déjà existante serait également à ajouter.</p>
<p>Objectif : L'intervenant réduira ses comportements interférant avec l'intervention</p> <p>Activités : Entraînement à l'identification et la résolution des comportements interférant avec l'intervention</p>	<p>Les difficultés relationnelles des parents peuvent compliquer la relation avec les intervenants.</p>	<p>Les intervenants ont besoin de développer leurs habiletés à mettre en place un cadre d'intervention adapté aux besoins du parent ayant un TPL.</p> <p>Ils doivent mieux comprendre l'impact de leurs paroles et de leurs interventions sur le parent.</p> <p>Ils doivent connaître les réactions associées au trouble de personnalité limite afin de maintenir la relation thérapeutique.</p>			<p>Conserver cet objectif Conserver cette activité</p>

<p>Objectif : L'intervenant équilibre ses interventions de validation et d'incitation au changement</p> <p>Activités : entraînement aux habiletés de validation et d'incitation au changement</p>	<p>Le fait d'apprendre à être validant pourrait aider le parent à utiliser sa force d'authenticité lorsqu'en confiance</p> <p>Ces parents peuvent présenter des difficultés à se projeter dans les prochaines étapes de leur parentalité.</p>	<p>Les intervenants doivent développer leurs habiletés à être validant et sans jugement.</p> <p>L'intervenant doit développer ses habiletés à mettre en place un cadre pour maintenir le cap sur les objectifs à long terme et à aider le parent à se responsabiliser face aux changements à effectuer.</p>			<p>Conserver cet objectif</p> <p>Les activités demeurent pertinentes et applicables de la même façon. Toutefois, pour les habiletés d'inciter au changement, un volet sur soutenir le parent dans sa capacité à se projeter doit être ajouté.</p>
<p>Objectif : L'intervenant supportera le parent dans l'application des habiletés acquises dans son quotidien</p>		<p>L'intervenant doit développer ses habiletés à mettre en place un cadre pour maintenir le cap sur les objectifs à long terme, dont le développement des habiletés parentales.</p>			<p>Conserver cet objectif</p>
<p>Objectif : L'intervenant utilisera ses habiletés pour se réguler dans le contexte d'intervention difficile.</p>	<p>Ces parents peuvent avoir de fortes manifestations émotionnelles durant les rencontres avec les intervenants.</p>	<p>Les intervenants peuvent vivre de fortes réactions émotionnelles durant les rencontres avec ces parents et vivre du stress après leurs rencontres. Ils doivent développer leurs habiletés à réguler leurs émotions en contexte d'intervention difficile.</p>			<p>Conserver cet objectif</p>
<p>Activités : Consultation des fiches trucs et astuces et des capsules vidéo</p>					<p>Adaptation des documents aux contenus vus avec les parents.</p>

Tableau 25. – Ajouts nécessaires a u volet intervenant de l'intervention Mon enfant et moi original afin de répondre aux spécificités de la période périnatale et de la petite enfance

Ajout nécessaire	Résultats sur les besoins des parents	Résultats sur les besoins des intervenants	Section facilitateur et obstacles à l'implantation	Littérature
<p>Ajout de l'objectif : « L'intervenant identifie ses valeurs et ses idéaux en lien avec la parentalité et identifie leur impact sur ses interventions » de même que les activités qui en découlent.</p>		<p>L'intervenant doit développer sa conscience de ses valeurs et biais cognitifs qui influencent la perception de la situation.</p> <p>L'intervenant doit apprendre à reconnaître les forces du parent et non seulement percevoir ses difficultés.</p>		<p>Cet objectif pourrait être soutenu par le concept de parent « suffisamment bon » premièrement introduit par le psychanalyste Donald Winnicott (1964) est un concept intéressant pour répondre à certains défis adressés.. Il invite à juger le parent non par rapport à la perfection, mais à sa capacité à être suffisamment compétent pour subvenir aux besoins d'un enfant, malgré des erreurs et des rectifications (Winnicott, 1964) et considérer le coût pour l'enfant de le retirer de cette famille (Choate & Engstrom, 2014). L'évaluation du parent « suffisamment bon » doit se faire en tenant compte d'un enfant précis et dans un environnement précis (Choate & Engstrom, 2014). Cette approche invite également à être centré sur les forces du parent (Choate & Engstrom, 2014).</p>

<p>Ajout de l'objectif : « L'intervenant développe ses habiletés à équilibrer ses interventions adressées au parent et à l'enfant » de même que les activités qui en découlent.</p>		<p>Les intervenants devraient continuellement garder en tête l'enfant dans leur intervention, mais ne peuvent faire l'économie de soutenir également le parent dans ces difficultés.</p> <p>Ils doivent apprendre à permettre au parent de vivre ses émotions à travers les interventions et le guider à travers sa régulation</p>	<p>Les mandats de référence se centrent sur un bénéficiaire : le parent ou l'enfant.</p>	
<p>Ajout de l'objectif : « L'intervenant développe ses habiletés à reconnaître les forces du parent et à les mobiliser dans l'intervention. » de même que les activités qui en découlent.</p>	<p>Ces parents présentent de nombreuses forces qui soutiennent leur parentalité.</p>	<p>Les intervenants doivent apprendre à reconnaître et nommer les forces des parents.</p>		<p>Peu de littérature est disponible pour identifier les forces de ces parents (voir Article 1)</p> <p>Une vision négative et défaitiste de la part des intervenants peut avoir un impact détrimental sur le parent et l'enfant (Dawson, 1988; Denis, 1990; Fonagy and Bateman, 2006; Lafleur et al., 2004; Le Nestour et al., 2007; Villeneuve, 2006).</p>
<p>Ajout de l'objectif : « L'intervenant connaît des ressources auxquelles le parent peut être référé tel que des organismes communautaires pour la famille, des services de</p>	<p>Les parents ont besoin de développer un réseau élargit soutenant incluant le support d'organismes communautaires.</p>	<p>La connaissance de ressources est importante aux yeux des parents.</p> <p>Les intervenants</p>	<p>Les liens entre les intervenants des services de santé et services sociaux et les organismes communautaires sont pertinents pour permettre une</p>	

<p>pédiatrie sociale, des ressources en co-parentalité et en violence conjugale » de même que les activités qui en découlent..</p>	<p>Les parents sont envahis par plusieurs situations extérieures à leur relation avec l'enfant, dont l'instabilité résidentielle et financière, les relations conjugales problématiques. Cet envahissement entrave leur disponibilité et leur capacité à répondre adéquatement aux besoins de l'enfant.</p>	<p>rappellent devoir gérer constamment des urgences les empêchant de se concentrer sur les habiletés parentales.</p>	<p>meilleure identification et référencement des parents ayant des besoins.</p>	
--	---	--	---	--

5.3 Des besoins au-delà des compétences parentales

Comme établi dans le modèle logique du programme (voir article 2), le programme Mon enfant et moi vise le développement des habiletés parentales et de la confiance parentale. Bien que cela soit hautement pertinent et nécessaire, comme mis en lumière par les besoins de développement des habiletés parentales et de confiance en soi soulignée par les parents et les intervenants, cela n'est pas suffisant pour répondre à l'ensemble des besoins de ces parents.

En effet, le besoin de développer un réseau social a été largement souligné afin d'obtenir un soutien moral et affectif, mais également un soutien concret dans les tâches domestiques et les soins aux enfants. De plus, nos résultats soulignent la difficulté pour les intervenants d'intervenir dans un contexte d'instabilité et d'urgences multiples de même que le besoin pour ces parents d'avoir accès à des ressources concrètes. Ainsi, le soutien au logement, l'aide dans les tâches domestiques, l'aide financière, les relevailles, les organismes en violence conjugale, les services en dépendance et pour les familles de proches vivant avec des dépendances de même que l'accès à des milieux de garde de qualité et sensibles aux réalités de ces parents devraient être également être facilement accessible en plus de l'intervention ME&M afin de les soutenir de façon optimale. Un véritable filet sociétal doit être construit autour de ces familles afin d'accroître leur résilience. Ce constat est partagé par le programme SIPPE pour la périnatale et de la petite enfance implantée à l'échelle provinciale qui ne cible pas uniquement les comportements du parent, mais également d'améliorer les conditions de vie des parents et des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2004). Cette vision est également partagée par le plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028 qui stipule (Gouvernement du Québec, 2024 a) :

La santé mentale positive des parents ne repose pas uniquement sur leurs épaules et n'implique pas que des actions individuelles. La communauté et la société jouent aussi un rôle et ont des responsabilités quant à la mise en place d'environnements favorables.

Coulon and Lacharité (2021) soutiennent également l'utilisation d'une approche écosystémique pour élaborer le soutien à la périnatalité. Cette approche ne considère pas uniquement la dyade

parent-enfant, mais invite à réfléchir également sur les systèmes familiaux élargis, sociaux, les politiques et la culture influençant l'expérience de la parentalité et les ressources et facteurs de résilience pouvant être implantés à tous ces niveaux lors du développement d'intervention de soutien aux compétences parentales.

De plus, nos résultats soulèvent le besoin de ces parents de mieux comprendre l'impact de leur trauma sur leur parentalité. Bien que le programme ME&M adapté permettra aux parents d'amorcer un regard réflexif sur leur parentalité, des programmes spécifiques pour les parents ayant vécu des traumatismes seraient pertinents à mettre en place en complémentarité. Plusieurs programmes existants se montrent prometteurs à ce sujet tels que le programme psychoéducatif *Survivor's Mom Companion, Perinatal*, la psychothérapie exploratoire individuelle *Child-Parent Psychotherapy* et le groupe d'accompagnement basé sur la mentalisation intitulée *Soutenir la transition et l'engagement dans la parentalité* (Berthelot & Garon-Bissonnette, 2022).

5.4 Une stigmatisation encore présente

Un thème commun aux quatre articles de cette thèse est la stigmatisation qui demeure présente envers ces parents.

Le deuxième et le quatrième article mettent en lumière la stigmatisation encore présente dans les milieux où ces parents reçoivent des services. En effet, le modèle logique souligne dans la théorie du problème comment la vision stigmatisée adoptée par certains intervenants et véhiculée dans certains milieux de pratique périnatale et pédiatrique (Ackerson, 2003a; Dolman et al., 2013; Krumm & Becker, 2006; Nicholson et al., 1998) nuit à la qualité des services reçus (Dawson, 1988; Denis, 1990; Fonagy and Bateman, 2006; Lafleur et al., 2004; Le Nestour et al., 2007; Villeneuve, 2006). Cette vision est également cohérente avec les besoins de formation des intervenants soulevés par les parents, les intervenants et les gestionnaires notamment le besoin d'apprendre à mettre de côté leur jugement. La stigmatisation se définit selon la Commission de

la santé mentale du Canada (2015) comme : « un ensemble de croyances et de sentiments négatifs sur un groupe de personne basé sur des préjugés ou des informations erronées ». Nos résultats soulignent bien le besoin d'accompagner ces intervenants dans un travail réflexif afin d'être conscient de leurs biais influençant leur perception des situations. La stigmatisation que vivent les personnes ayant un TPL de la part des professionnels de la santé peut en effet résulter d'un manque de connaissance et d'habiletés cliniques (Aviram et al., 2006 ; Ring & Lawn, 2019 ; Ungar et al., 2016). Les analyses soulignent le besoin de mieux comprendre les réactions associées au TPL. La difficulté des cliniciens à comprendre des parents, particulièrement à saisir l'intensité de leurs expériences émotionnelles, mène à une minimisation de leur souffrance (Aguirre, 2016). La stigmatisation peut être également être associée à un mécanisme face aux difficultés qu'ils expérimentent avec cette clientèle en thérapie (Aviram et al., 2006 ; Ring & Lawn, 2019), ce qui converge avec le besoin d'apprendre à mieux gérer ses émotions en contexte émotionnellement exigeant. De plus, les analyses montrent que les difficultés pour certains intervenants de percevoir ces parents comme ayant des forces. Se centrer sur les forces fait toutefois partie des recommandations principales pour la lutte contre la stigmatisation faite dans le rapport *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux* (Gouvernement du Québec, 2016a).

Le premier et le troisième articles permettent de soulever quant à eux le manque de littérature permettant d'avoir une vision nuancée de la parentalité des personnes ayant un TPL. Seules des difficultés fonctionnelles ont été recensées dans la littérature et aucune étude soulevant les forces n'a été identifiée. Nos résultats innovent au sens où ils soulèvent que lorsque les parents et les intervenants sont questionnés à ce sujet, plusieurs forces des parents ayant les caractéristiques du TPL ont émergés. Le développement de ses forces peut servir de véritable catalyseur pour l'intervention et de facteur de résilience à cultiver sont tout aussi importantes à considérer (Dunn, 2017 ; Rapp & Goscha, 2011) et devraient également faire partie des initiatives de recherches.

5.5 Le besoin de réorganisation des services actuels pour bien desservir les parents ayant un TPL

Les services en périnatale et à la petite enfance doivent représenter un filet social bien maillé qui permet la prévention et l'intervention précoce (Gouvernement du Québec, 2024b). Toutefois, les résultats de cette thèse soulignent les lacunes importantes à cet égard.

Nos résultats soulignent qu'il est nécessaire de mettre en place des mécanismes pour l'identification précoce de ces parents. Les liens entre les services offrant des interventions en périnatalité et en petite enfance, les médecins et sages-femmes effectuant les suivis de grossesse doivent être renforcés, tel que le souligne la section *Facilitateurs et obstacles organisationnels*.

De même, nos analyses soutiennent que les liens entre les services offrant des interventions en périnatalité et en petite enfance et les organismes communautaires et les services de garde doivent être renforcés pour permettre une identification précoce de ces parents. En plus, le lien entre ces milieux et le système de soins pourrait diminuer certaines difficultés relationnelles entre ces parents et leurs intervenants ou les éducateurs. Des protocoles pourraient également être mis en place pour permettre cette identification.

L'avis de grossesse pourrait notamment être une plateforme intéressante pour le faire (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2022). De même que les nouvelles mesures mises en place après l'abolition du protocole bébé à naître (qui ne sont toujours pas connues au moment de rédiger cette thèse) seraient des opportunités importantes à saisir. L'enjeu de l'identification précoce est également soutenu par nos résultats qui révèlent que les besoins débutent dès la grossesse et les premiers jours de l'enfant. Cela soutient l'importance d'un processus d'identification proactif. De plus, nos analyses soulignent l'importance de l'enjeu d'urgence pour les intervenants lors de la période périnatale et la petite enfance, puisqu'ils doivent statuer rapidement sur l'aptitude du parent. Plus on identifie les parents ayant besoin de services rapidement, plus les interventions peuvent débuter précocement pour assurer la sécurité et le

développement de l'enfant. Il est également nécessaire, à la lumière de nos résultats, de développer une synergie plus forte entre les services de santé mentale adulte et les services à l'enfance, notamment pour que ce programme complexe puisse être coanimé par des animateurs ayant des expertises complémentaires. De plus, cette synergie est nécessaire dans l'ensemble des suivis du parent puisque nos résultats démontrent la relation bidirectionnelle entre la parentalité et la santé mentale. De plus, nos résultats illustrent comment le processus de recevoir des services en pédiatrie fait vivre à ses parents une gamme d'émotion qui est difficile à gérer, mais qui doit être adressée si l'on souhaite poursuivre ses interventions.

Par ailleurs, des services centrés sur la famille et non uniquement centrés sur le parent ou l'enfant devraient être mis en place pour combler certaines de ces lacunes. En effet, les intervenants ont souligné la difficulté à prendre soin également du parent alors que le mandat de services vise le plus souvent uniquement l'enfant. De plus, les besoins identifiés dans nos analyses représentent bien comment les défis du parent sont intrinsèquement reliés aux besoins de l'enfant et comment les deux gagneraient à être abordés simultanément.

Le fait que plusieurs intervenants aient soulevés que les parents leur cachent fréquemment leur grossesse de peur d'être signalés à la protection de la jeunesse est préoccupant. Il importe de créer un climat de confiance dans les services et une vision plus positive des services offerts en protection de la jeunesse afin que les parents puissent bénéficier des interventions précocement. Nos analyses suggèrent que les parents parlent très peu des étapes à venir et en parlent de façon idéalisée. Une hypothèse est la peur de ces parents de se voir retirer la garde ou d'être étiqueté comme des parents problématiques s'ils dévoilent les difficultés qu'ils anticipent les empêcheraient de montrer leurs vulnérabilités. Cette crainte a été décrite dans la littérature comme étant fort présente chez les parents ayant un trouble de santé mentale (Bartsch et al., 2016 ; Dolman et al., 2013). Cela est d'autant plus important considérant l'inquiétude de plusieurs parents de perdre leur place auprès de l'enfant. De plus, la perception des parents que les intervenants doivent apprendre à être authentique, transparent et sans jugement reflète

également ce besoin de créer des services qui leur assurent un sentiment de sécurité psychologique.

Il faut que les services puissent également tenir compte des réalités logistiques de ces parents. Lors des premiers mois de vie de l'enfant, il est fréquent pour ces parents de ne pas avoir accès à des services de garde pour l'enfant. En effet, seulement 2,4 % des enfants québécois débutent la garderie avant cinq mois et 39,8 % avant un an (Institut de la statistique du Québec, 2017). De plus, nos résultats révèlent que ces parents n'ont souvent pas accès à un réseau social soutenant et de confiance pour les aider à s'occuper des enfants en raison de leur isolement social. Ils suggèrent également le désir des parents d'avoir accès facilement à leurs intervenants, même en dehors des rencontres planifiées, puisque les défis de la parentalité peuvent survenir à tous moments. Ainsi, des services flexibles, adaptés aux horaires des parents et permettant la présence de l'enfant où prévoyant une modalité de garde, sont à mettre de l'avant.

Les résultats de cette thèse convergent avec la revue systématique des barrières et des facilitateurs à l'implantation de services en santé mentale périnatale réalisée par Webb et al. (2021). En effet, tout comme dans cette thèse, le manque de financement et de ressources disponibles pour de tels programmes, l'absence de formation et la stigmatisation de la part d'intervenants, le manque de collaboration entre les services, de même que l'absence de procédures claires et un processus de référencement non clair ou complexe avaient été identifiés comme barrière importante (Webb et al., 2021).

-

5.6 Critiques et perspectives futures pour la recherche

5.6.1 Forces et aspects novateurs

Cette thèse présente plusieurs qualités. Premièrement, le fait d'avoir considéré les forces et non seulement les défis de ces parents a permis d'avoir une vision plus complète de leur situation et de contribuer au développement d'une littérature basée sur le rétablissement et encourageant une vision positive et optimiste à l'égard de ses parents. De plus, cette thèse innove par l'article 1 en utilisant des cadres conceptuels de l'ergothérapie dont le modèle *POP* (Lim et al., 2022) pour comprendre la situation des parents ayant un TPL, une approche peu utilisée dans la littérature qui se base davantage sur la symptomatologie que les aspects fonctionnels, tel que décrits dans l'article 1. Elle permet d'avoir une vision centrée sur le fonctionnement de ses parents dans les tâches concrètes et observables, ce qui peut être d'un grand soutien dans l'évaluation et l'intervention des compétences parentales. Cette thèse permet également de contribuer au développement de la littérature sur la période périnatale et la petite enfance des parents ayant les caractéristiques du TPL intégrant la perspective des parents, un point de vue qui est peu présent dans la littérature.

La force de cette thèse réside également dans la rigueur de la méthode employée pour l'adaptation qui tient bien compte de la complexité de l'intervention. En effet, le cadre conceptuel pour le développement d'intervention complexe du *Medical Research Council* recommande que l'adaptation d'intervention soit réalisée en se basant sur le développement d'une théorie du problème basé sur les données probantes, ce qui a été réalisé dans la présente thèse. Cette thèse ne considère pas uniquement les défis des parents afin d'améliorer les compétences parentales, elle considère également comment la formation des intervenants et le contexte d'implantation qui favorise ou fait obstacle au développement de ces compétences parentales, ce qui permet d'avoir une vision globale de la problématique. De plus, avoir utilisé les méthodes et analyses associées au paradigme de réalisme critique a permis de faire émerger des mécanismes causaux ayant une force explicative. (Fryer, 2022). Ces mécanismes causaux ont pu être directement utilisés dans l'élaboration théorique de la version adaptée du programme ME&M présenté dans

cette discussion.

La multiplication des points de vue pris en compte dans cette thèse représente également une force. En effet, des parents, des intervenants et des gestionnaires ont été rencontrés afin de cerner l'ensemble des perspectives et de pouvoir trianguler les perceptions. De plus l'implication de diverses parties prenantes a été maintenue dans les étapes préliminaires des analyses. Des parents et des intervenants ont été impliqués dans une première thématization des besoins des parents et de formation des intervenants a permis d'augmenter la plausibilité des analyses. La pratique d'inclure des participants dans l'analyse et plus spécifiquement dans le développement des thèmes est une bonne pratique reconnue par le National Institute for Health Research (2014). Cela contribue à l'obtention d'analyses qui sont pertinentes et qui tiennent compte de l'ensemble des types de savoirs (Brett et al., 2014).

5.6.2 Limites de la thèse

L'échantillon recruté dans le cadre de cette thèse comporte plusieurs limites. Deux des dix parents contactés ont refusé de participer à la recherche. Puisqu'une des personnes a affirmé ne pas participer puisqu'elle ne se sentait pas suffisamment stable émotionnellement, il est possible de penser que cette étude n'ait pas recruté les participants ayant les plus grands besoins. De plus, un nombre important d'intervenants n'ont pas répondu à l'invitation de participer à l'étude, sans que la raison ne soit connue. Il n'est pas possible de statuer si ces intervenants éprouvaient des besoins qui étaient différents des autres. Cela soulève l'hypothèse suivante : est-ce que seuls les intervenants les plus motivés et curieux au sujet du TPL nous ont répondu ? En effet, une vision positive du TPL a été soulevée dans la majorité du TPL de même qu'un plaisir dans l'intervention ce qui n'est pas représentatif de la détresse documentée chez les cliniciens impliqués auprès de cette clientèle (Bessette, 2010; Betan et al., 2005 ; Bouchard, 2010 ; Cousineau, 1997 ; Dawson, 1988 ; Denis, 1990 ; Fonagy & Bateman, 2006 ; Lafleur et al., 2004 ; Laporte et al., 2014 ; Le Nestour et al., 2007 ; McKenzie et al., 2022 ; Normandin & Ensink, 2007 ; Sansone & Sansone, 2013 ; Villeneuve, 2006). Cela pourrait influencer nos résultats en minimisant les besoins des intervenants. Ce biais est toutefois diminué par la triangulation avec la perspective des parents et des gestionnaires qui ont probablement côtoyé des intervenants avec des niveaux d'intérêt et d'aisance au sujet du TPL varié et en questionnant également les intervenants sur les besoins de leurs collègues.

Nos résultats ne représentent pas l'ensemble des réalités des parents ayant un TPL. Malgré nos efforts, il a été impossible de recruter un seul père, malgré qu'il soit estimé que la prévalence dans la communauté d'homme et de femmes présentant les caractéristiques est équivalente (Lenzenweger et al., 2007). De plus, lorsque les intervenants étaient questionnés sur leurs expériences avec les pères ayant les caractéristiques du TPL, tous avaient de la difficulté à en identifier et utilisaient spontanément le terme « mère » lorsque nous les questionnions sur les besoins des parents. Cela peut s'expliquer par différents facteurs. Premièrement, notre recrutement c'est fait parmi un groupe relativement restreint, c'est-à-dire les parents ayant

participé au programme de Mon enfant et moi parmi lesquels une faible proportion des participants étaient des hommes et nous ne connaissons pas la proportion de ces pères ayant un enfant de 0 à 3 ans. Deuxièmement, les hommes sont moins fréquemment identifiés comme ayant un TPL (Sanchious et al., 2024). Les hommes présentent davantage les symptômes de colère intense et inappropriée et d'impulsivité, tandis que les femmes présentent les symptômes de sentiment de vide chronique, d'instabilité affective et de comportement d'automutilation ou suicidaire (Bozzatello et al., 2024), ce qui peut influencer l'identification de ces parents par les intervenants (Bozzatello et al., 2024). En résultante, ces hommes se retrouvaient davantage dans les services de réadaptation en dépendance comparativement aux femmes ayant le diagnostic de TPL qui se retrouvait davantage dans les interventions psychothérapeutiques (Bozzatello et al., 2024). Troisièmement, les pères sont moins souvent participants dans des projets de recherche sur la parentalité et le bien-être des enfants (Keys et al., 2019 ; Mitchell et al., 2007) et le TPL (Bozzatello et al., 2024 ; Masland et al., 2022). La présente thèse ne représente l'expérience que des parents recevant des services en CLSC et en protection de la jeunesse, dans un seul grand centre urbain au Québec. Cela limite donc la transférabilité des résultats aux parents ne recevant pas de services ou encore recevant des services uniquement en milieu communautaire ou dans les services de santé mentale adulte. Il serait pertinent d'investiguer dans une future recherche si ces besoins diffèrent. Cette thèse ne permet pas de faire la différence entre les besoins des mères à leur premier enfant comparativement aux enfants suivants, en raison de l'échantillon trop restreint pour effectuer des analyses comparatives et puisque les questions de recherche s'intéressaient à leur enfant ayant présentement de 0 à 3 ans. Il est important de considérer que les parents interrogés sont les parents ayant accepté de participer à un groupe et ayant maintenu leur participation sur plusieurs semaines. Ils ne sont peut-être pas représentatifs de l'opinion de l'ensemble des parents approchés pour participer à une telle intervention.

De plus, bien que nous ayons exposé les avantages de ne pas avoir accepté uniquement des parents ayant le diagnostic de TPL dans cette thèse, l'absence de mesure standardisée permettant d'identifier les caractéristiques du TPL présente également ces limites. En effet, il est possible que les intervenants aient mal identifié certains parents comme faisant partie du groupe

d'intérêt et que les résultats ne soient donc pas spécifiques à la clientèle initialement souhaitée. Cela limite donc la transférabilité des résultats à la clientèle ayant le diagnostic ayant le TPL. Toutefois, les grandes ressemblances dans les verbatims des différents participants et l'homogénéité relative des besoins rapportés en plus du fait que les 8 mères ont affirmé avoir beaucoup apprises et bénéficié de l'intervention Mon enfant et moi qui a été développé spécifiquement pour les parents ayant un TPL, nous permet de supposer que l'identification a bien été réalisée.

Utiliser les entrevues comme modalités permet de recueillir la perception et le point de vue des parties prenantes, ce qui représente une force pour augmenter la crédibilité des résultats. Toutefois, cette méthode peut induire un biais de mémoire où les parents oublient certaines périodes ou certains défis rencontrés ou banalise ce qu'ils ont vécu dans le passé. De même, il est possible que les intervenants ne se souviennent que des clients les ayant davantage marqués et qu'ils oublient les besoins des parents ayant des besoins plus légers ou modérés. Les entrevues peuvent également induire un biais de désirabilité sociale où les participants hésitent à partager leurs difficultés par peur du jugement de l'interviewer.

Bien que cette thèse ait permis l'analyse logique de l'intervention, l'évaluation de l'implantation et de l'efficacité de cette intervention serait nécessaire pour conclure à l'efficacité de cette intervention.

Conclusion

En conclusion, cette thèse a permis d'adapter le programme Mon enfant et moi aux spécificités de la période périnatale et la petite enfance. Cela a été possible grâce à l'élaboration du modèle logique de l'intervention originale, à une compréhension approfondie des forces et des besoins des parents ayant un TPL dans la période périnatale et la petite enfance et de leurs intervenants de même qu'à l'étude des facilitateurs et obstacles à l'implantation d'une telle intervention. Ce programme représente à notre connaissance le premier à cibler cette clientèle tout en offrant un soutien aux intervenants qui travaillent auprès d'eux.

Ce programme constitue une avenue innovante pour accompagner des parents dans une situation vulnérable dans une des périodes les plus sensibles pour leur santé mentale et le développement de leurs enfants et pour soutenir le bien-être et la compétence de leurs intervenants dans leur travail. De plus, ayant été adapté avec une compréhension des enjeux organisationnels des milieux québécois, il possède un bon potentiel pour être diffusé et implanté dans une variété de contexte à travers le Québec.

Les études sur cette problématique et ce programme doivent se poursuivre afin notamment de s'assurer de répondre aux réalités de l'ensemble des parents ayant un TPL, particulièrement les pères. Il importe également d'enrichir notre compréhension des besoins de ces parents et de ces intervenants en utilisant des méthodes observationnelles qui permettront une évaluation plus objective. Finalement, des analyses d'implantation et d'efficacité seront nécessaires pour statuer sur les bienfaits réels de ce programme.

Références bibliographiques

- Abela, J. R. Z., Skitch, S. A., Auerbach, R. P., & Adams, P. (2005, February). The impact of parental borderline personality disorder on vulnerability to depression in children of affectively ill parents. *Journal of Personality Disorders, 19*(1), 68–83.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1521/pedi.19.1.68.62177>
- Ackerson, B. J. (2003a). Coping with the dual demands of severe mental illness and parenting: The parents' perspective. *Families in Society, 84*(1), 109–118.
- Ackerson, B. J. (2003b). Parents with serious and persistent mental illness: Issues in assessment and services. *Social work, 48*(2), 187–194.
- Aguirre, B. (2016). Borderline Personality Disorder: From Stigma to Compassionate Care In R. Parekh & E. W. Childs (Eds.), *Stigma and prejudice: Touchstones in understanding diversity in healthcare*. Springer.
- Aidane, É., Wendland, J., Rabain, D., & Marie, P. (2009). Un suivi thérapeutique atypique : co-constructions thérapeutiques de la relation précoce d'une mère borderline et son bébé. *La Psychiatrie de l'Enfant, 52* (1), 131-166.
- Al-Amoudi, I., & Willmott, H. (2011). Where constructionism and critical realism converge: Interrogating the domain of epistemological relativism. *Organization Studies, 32*(1), 27–46.
- Alderdice, F., Henderson, J., Opondo, C., Lobel, M., Quigley, M., & Redshaw, M. (2019). Psychosocial factors that mediate the association between mode of birth and maternal postnatal adjustment: findings from a population-based survey. *BMC women's health, 19*, 1–12.
- Allen, J. G., & Fonagy, P. (2006). *The handbook of mentalization-based treatment*. John Wiley & Sons.
- American Psychiatric Association. (2013a). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *BMC Med, 17*, 133–137.
- American Psychiatric Association. (2013b). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Apter, G., & Sved Williams, A. E. [2018, 04]. Infants of emotionally dysregulated or borderline personality disordered mothers: Issues and management in primary care. *Australian Journal Of General Practice, 47*[4], 200–203.

- Apter-Danon, G., & Candilis-Huisman, D. (2005). A challenge for perinatal psychiatry: Therapeutic management of maternal borderline personality disorder and their very young infants. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 2(5), 302–314.
- Archer, M. (1995). *Realist social theory: The morphogenetic approach*. Cambridge university press.
- Archer, M., Bhaskar, R., Collier, A., Lawson, T., & Norrie, A. (2013). *Critical Realism: Essential Readings*. Taylor and Francis.
- Arnold, F. L. (1985). Parental Attitudes of Mothers with a Borderline Personality Disorder.
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline Personality Disorder, Stigma, and Treatment Implications. *Harvard Review of Psychiatry*, 14(5), 249–256.
- Baldwin, S., Malone, M., Sandall, J., & Bick, D. (2019). A qualitative exploratory study of UK first— time fathers’ experiences, mental health and wellbeing needs during their transition to fatherhood. *BMJ Open*, 9(9), e030792.
- Barkin, J. L., & Wisner, K. L. (2013). The role of maternal self-care in new motherhood. *Midwifery*, 29(9), 1050–1055.
- Barnow, S., Spitzer, C., Grabe, H. J., Kessler, C., & Freyberger, H. J. (2006, Aug). Individual characteristics, familial experience, and psychopathology in children of mothers with borderline personality disorder [Research Support, Non-U.S. Gov’t]. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(8), 965–972.
- Bartsch, D. R., Roberts, R. M., Davies, M., & Proeve, M. (2015a). Borderline personality disorder and parenting: Clinician perspectives. *Advances in Mental Health*, 13(2), 113–126. <https://doi.org/10.1080/18387357.2015.1065554>
- Bartsch, D. R., Roberts, R. M., Davies, M., & Proeve, M. (2015b, Feb). The impact of parental diagnosis of borderline personality disorder on offspring: learning from clinical practice. *Personality & Mental Health*, 9(1), 33–43. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1002/pmh.1274>
- Bartsch, D. R., Roberts, R. M., Davies, M., & Proeve, M. (2016). Understanding the experience of parents with a diagnosis of borderline personality disorder. *Australian Psychologist*, 51(6), 472–480. <https://doi.org/10.1111/ap.12174>
- Bassett, J. L., Chris Lloyd, Hazel. (1999). Parenting: Experiences and feelings of parents with a mental illness. *Journal of Mental Health*, 8(6), 597–604.

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford University Press.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2003). The development of an attachment-based treatment program for borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67 (3: Special Issue), 187–211.
- Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D. M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M. C., Sanislow, C. A., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., & Grilo, C. M. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Personality Disorders*, 18(2), 193–211.
- Belsky, J. (1985). Exploring individual differences in marital change across the transition to parenthood: The role of violated expectations. *Journal of Marriage and the Family*, 1037–1044.
- Ben-Porath, D. D. (2010, 2010). Dialectical Behavior Therapy Applied to Parent Skills Training: Adjunctive Treatment for Parents With Difficulties in Affect Regulation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(4), 458–465. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.07.005>
- Berthelot, N., & Garon-Bissonnette, J. (2022). Les répercussions périnatales des traumas complexes et leurs implications pratiques. In J. Poissant, G. M. Tarabulsky, & T. Saïs (Eds.), *Prévention et intervention précoce en période périnatale*. PUQ.
- Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., & Muzik, M. (2020). Prenatal attachment, parental confidence, and mental health in expecting parents: The role of childhood trauma. *Journal of midwifery & women's health*, 65(1), 85–95.
- Bessette, M. (2010). Psychothérapie des troubles de la personnalité : quand l'impasse n'est pas du côté du client. *Sante Mentale au Quebec*, 35 (2), 87-116.
- Betan, E., Heim, A. K., Zittel Conklin, C., & Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 162 (5), 890–898.
- Bhaskar, R. (1975). *A realist theory of science*. Routledge.
- Black, D. W., Pfohl, B., Blum, N., McCormick, B., Allen, J., North, C. S., Phillips, K. A., Robins, C., Siever, L., & Silk, K. R. (2011). Attitudes toward borderline personality disorder: a survey of 706 mental health clinicians. *Cns Spectrums*, 16(3), 67–74.
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., & Iancu, I. (2011). Staff attitudes toward patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 52(5), 548–555.

- Boenisch-Alert, S., Holtz, K., Muller, A. G., Schutzwahl, M., Hegerl, U., & Kocalevent, R. D. (2011). "HELP-S for children" - Results of a multicentre study about the situation of families with a mentally ill parent [Conference Abstract]. *European Psychiatry. Conference: 19th European Congress of Psychiatry, EPA, 26 (SUPPL. 1)*.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338%2811%2973547-7>
- Bornstein, M. H. (2005). *Handbook of parenting: Volume I: Children and parenting*. Psychology Press.
- Bouchard, G. (2014). The quality of the parenting alliance during the transition to parenthood. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement, 46 (1)*, 20.
- Bouchard, S. (2010). Impasses et opportunités dans le traitement des personnes souffrant d'un trouble sévère de la personnalité limite. *Santé Mentale au Québec, 35 (2)*, 61-85.
- Bouchard, S., & Sabourin, S. (2009). Borderline personality disorder and couple dysfunctions. *Current Psychiatry Reports, 11(1)*, 55–62.
- Bouchard, S., Sabourin, S., Lussier, Y., & Villeneuve, E. (2009). Relationship quality and stability in couples when one partner suffers from borderline personality disorder. *Journal of Marital and Family Therapy, 35(4)*, 446–455.
- Boucher, N. (2019). *Enfant dont un parent présente un trouble de personnalité limite : besoins et modes de soutien des professionnels de première ligne* [thèse de doctorat] Université du Québec à Trois-Rivières]. Cognitio.
- Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. (2013). Therapists' accounts of psychotherapy process associated with treating patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 27(6)*, 735–745.
- Boursnell, M. (2007). The silent parent: Developing knowledge about the experiences of parents with mental illness. *Child Care in Practice, 13(3)*, 251–260.
- Bozzatello, P., Blua, C., Brandellero, D., Baldassarri, L., Brasso, C., Rocca, P., & Bellino, S. (2024). Gender differences in borderline personality disorder: a narrative review. *Frontiers in Psychiatry, 15*, 1320546.
- Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. In *APA handbook of research methods in psychology, Vol 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological*. (pp. 57–71). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/13620-004>
- Brett, J., Staniszewska, S., Mockford, C., Herron-Marx, S., Hughes, J., Tysall, C., & Suleman, R.

- (2014). Mapping the impact of patient and public involvement on health and social care research: a systematic review. *Health expectations*, 17(5), 637–650.
- Brousselle, A., & Buregeya, J.-M. (2018). Theory-based evaluations: Framing the existence of a new theory in evaluation and the rise of the 5th generation. *Evaluation*, 24(2), 153–168.
- Buist, A. E., & Bilszta, J. (2011, January). Perinatal mental illness: Identifying and managing women at risk. *Medicine Today*, 12(1), 64–68.
- Byrne, D. S. (1998). *Complexity theory and the social sciences: an introduction*. Routledge.
- Byrne, G., Sled, M., Midgley, N., Fearon, P., Mein, C., Bateman, A., & Fonagy, P. (2019). Lighthouse Parenting Programme: Description and pilot evaluation of mentalization-based treatment to address child maltreatment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(4), 680–693.
- Carter, G. L., Willcox, C. H., Lewin, T. J., Conrad, A. M., & Bendit, N. (2010). Hunter DBT project: randomized controlled trial of dialectical behaviour therapy in women with borderline personality disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(2), 162–173.
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. (2019). Grille d'observation des habiletés parentales 0-5 ans.
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., & Contandriopoulos, A.-P. (2011). Modéliser les interventions. In F. Champagne, A. Brousselle, Z. Hartz, & A. — P. Contandriopoulos (Eds.), *L'évaluation : concepts et méthodes* (pp. 71-84). Presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F., Contandriopoulos, A. — P., Brousselle, A., Hartz, Z., & Denis, J.-L. (2011). L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. In F. Champagne, A. Brousselle, Z. Hartz, & A. — P. Contandriopoulos (Eds.), *L'évaluation : concepts et méthodes* (pp. 71-84). Presses de l'Université de Montréal.
<http://www.istor.org/stable/j.ctv69t34x.6>
- Chelbowski, S. M. (2013). The borderline mother and her child: a couple at risk. *American Journal of Psychotherapy*, 67(2), 153–164.
- Chen, H. T. (2012). *Theory-driven evaluation: Conceptual framework, application and advancement*. Springer.
- Chiesa, A. E., Kallechey, L., Harlaar, N., Ford, C. R., Garrido, E. F., Betts, W. R., & Maguire, S. (2018). Intimate partner violence victimization and parenting: A systematic review. *Child*

Abuse & Neglect, 80, 285–300.

Chlebowski, S. M. (2013). The borderline mother and her child: a couple at risk. *American Journal of Psychotherapy*, 67(2), 153–164.

Christie, H., Talmon, A., Schäfer, S. K., De Haan, A., Vang, M. L., Haag, K., Gilbar, O., Alisic, E., & Brown, E. (2017). The transition to parenthood following a history of childhood maltreatment: a review of the literature on prospective and new parents' experiences. *European Journal of Psychotraumatology*, 8 (sup7), 1492834.

Clark, A. M. (2013). What are the components of complex interventions in healthcare? Theorizing approaches to parts, powers and the whole intervention. *Social Science & Medicine*, 93, 185–193.

Clark, A. M., Lissel, S. L., & Davis, C. (2008). Complex critical realism: tenets and application in nursing research. *Advances in Nursing Science*, 31(4), E67-E79.

Cleary, M., Siegfried, N., & Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(3), 186–191.

Clifton, A., Pilkonis, P. A., & McCarty, C. (2007). Social networks in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 21(4), 434–441.

Cohen, A. O., Dellarco, D. V., Breiner, K., Helion, C., Heller, A. S., Rahdar, A., Pedersen, G., Chein, J., Dyke, J. P., & Galvan, A. (2016). The impact of emotional states on cognitive control circuitry and function. *Journal of cognitive neuroscience*, 28(3), 446–459.

Cohen, N. J., Muir, E., Lojkasek, M., Muir, R., Parker, C. J., Barwick, M., & Brown, M. (1999). Watch, wait, and wonder: Testing the effectiveness of a new approach to mother–infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 20(4), 429–451.

College of Occupational Therapists. (2006). *Recovering ordinary lives: the strategy of occupational therapy in mental health services 2007–2017, results from service user and carer focus groups*. College of Occupational Therapists.

Collier, A. (1994). Critical realism: an introduction to Roy Bhaskar's philosophy.

Commission de la santé mentale du Canada. (2015). *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*.

Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse. (2021). *Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes*. Gouvernement du Québec.

- Coulon, D. B., & Lacharité, C. (2021). L'expérience parentale lors de la transition à la parentalité : une formation professionnelle centrée sur le soutien à la résilience des parents. *Vulnérabilités et familles*.
- Cousineau, P. (1997). Intervention auprès du patient limite : objectivité et subjectivité. *Sante Mentale au Quebec*, 22 (1), 5-15. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/502091ar>
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (1992). *When partners become parents: The big life change for couples*. Basic Books.
- Craig, D., & Bigby, C. (2015). Critical realism in social work research: Examining participation of people with intellectual disability. *Australian Social Work*, 68(3), 309–323.
- Crandell, L. E., Patrick, M. P. H., & Hobson, R. P. (2003, 01 Sep). “Still-face” interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-month-old infants. *British Journal of Psychiatry*, 183 (SEPT.), 239–247. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1192/bjp.183.3.239>
- Crawford, A., & Benoit, D. (2009). Caregivers’ disrupted representations of the unborn child predict later infant—caregiver disorganized attachment and disrupted interactions. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 30(2), 124–144.
- Cunningham, K., Wolbert, R., & Lillie, B. (2004). It’s about me solving my problems: Clients’ assessments of dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(2), 248–256.
- Cyrulnik, B., & Jorland, G. (2012). *Résilience connaissances de base*. Odile Jacob. Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O., & Lowery, J. (2022). The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation science*, 17(1), 75.
- Danti, J., Adams, C., & Morrison, T. L. (1985). Children of mothers with borderline personality disorder: A multimodal clinical study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(1), 28–35.
- Davies, B., & Allen, D. (2007). Integrating “mental illness” and “motherhood”: the positive use of surveillance by health professionals. A qualitative study. *International journal of nursing studies*, 44(3), 365–376.
- Dawson, D. F. (1988). Treatment of the borderline patient, relationship management. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 33(5), 370–374.

- Dawson, G., Ashman, S. B., & Carver, L. J. (2000). The role of early experience in shaping behavioral and brain development and its implications for social policy. *Development and psychopathology*, 12(4), 695–712.
- De Genna, N. M., Feske, U., Larkby, C., Angiolieri, T., & Gold, M. A. (2012). Pregnancies, abortions, and births among women with and without borderline personality disorder. *Women's Health Issues*, 22(4), e371-e377.
- Delavenne, A., Gratier, M., Devouche, E., & Apter, G. (2008). Phrasing and fragmented time in “pathological” mother-infant vocal interaction. *Musicae Scientiae, SpecialIssue*, 47–70. <https://doi.org/10.1177/1029864908012001031>
- Denis, J.-F. (1990). Le problème des troubles de la personnalité en psychiatrie. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 35(3), 208–214.
- Desrosiers, L. (2023). *Le programme Mon enfant & moi pour les parents présentant un trouble de personnalité limite et les cliniciens qui interviennent auprès d'eux* Midi-conférence Institut universitaire jeunes en difficulté. https://www.youtube.com/watch?v=BxoQAK9c_B0&t=11s
- Desrosiers, L., & Laporte, L. (2022a). La formation Projet TANGO : soutenir l'intervention auprès de la clientèle ayant un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse et en CLSC. *Santé mentale au Québec*, 47 (2).
- Desrosiers, L., & Laporte, L. (2022 b). La formation Projet TANGO : soutenir l'intervention auprès de la clientèle ayant un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse et en CLSC. *Santé Mentale au Québec*, 47 (2), 269-297.
- Desrosiers, L., Laporte, L., & Lacombe, J. (2018). Défis occupationnels des mères présentant un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse. *Recueil annuel en ergothérapie*, 10.
- Desrosiers, L., Laporte, L., & Pentecôte, C. (2019). Mon enfant et moi : Un programme pour parents présentant un trouble de personnalité limite et leurs intervenants. *Quintessence*, 10 (12).
- Devouche, E., & Apter, G. (2012). Les représentations maternelles prénatales. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60 (7-8), 481-486.
- Diaz-Caneja, A., & Johnson, S. (2004). The views and experiences of severely mentally ill mothers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(6), 472–482. expériences parent santé mentale

Dittrich, K., Bermpohl, F., Kluczniok, D., Hindi Attar, C., Jaite, C., Fuchs, A., Neukel, C., Herpertz, S. C., Brunner, R., Winter, S. M., Lehmkuhl, U., Roepke, S., Kaess, M., Heim, C., & Boedeker, K. (2019). Alterations of empathy in mothers with a history of early life maltreatment, depression, and borderline personality disorder and their effects on child psychopathology. *Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1017/S0033291719001107>

Dixon-Gordon, K. L., Peters, J. R., Fertuck, E. A., & Yen, S. (2017). Emotional processes in borderline personality disorder: An update for clinical practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(4), 425.

Dolman, C., Jones, I., & Howard, L. M. (2013, June). Pre-conception to parenting: A systematic review and meta-synthesis of the qualitative literature on motherhood for women with severe mental illness. *Archives of Women's Mental Health*, 16(3), 173–196. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/s00737-013-0336-0>

Dominguez, S., Apter, G., & Devouche, E. (2014). Le suivi précoce d'une mère borderline et déprimée et de son bébé. L'interaction sous les regards croisés du clinicien et du chercheur. [Follow-up of a borderline and depressed mother with her infant: Looking at the interaction with both eyes of research and clinics.]. *Devenir*, 26 (2), 81-103. <https://doi.org/10.3917/dev.142.0081>

Dunn, A., Cartwright-Hatton, S., Startup, H., & Papamichail, A. (2020). The parenting experience of those with borderline personality disorder traits: Practitioner and parent perspectives. *Frontiers in Psychology*, 11, 1913.

Dunn, W. (2017). *Strengths-based approaches: What if even the 'bad' things are good things?* (Vol. 80). SAGE Publications Sage UK: London, England.

Eisenlohr-Moul, T. A., Schmalenberger, K. M., Owens, S. A., Peters, J. R., Dawson, D. N., & Girdler, S. S. (2018). Perimenstrual exacerbation of symptoms in borderline personality disorder: evidence from multilevel models and the Carolina Premenstrual Assessment Scoring System. *Psychological Medicine*, 48(12), 2085–2095.

Elliot, R. L., Campbell, L., Hunter, M., Cooper, G., Melville, J., McCabe, K., Newman, L., & Loughland, C. (2014, Jan-Feb). When I look into my baby's eyes . . . infant emotion recognition by mothers with borderline personality disorder. *Infant Mental Health Journal*, 35(1), 21–32. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1002/imhj.21426>

Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A., & Zimmerman, M. (2018). Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics*, 41(4), 561–573.

Entringer, S., Buss, C., & Wadhwa, P. D. (2015). Prenatal stress, development, health and disease risk: A psychobiological perspective—2015 Curt Richter Award Paper. *Psychoneuroendocrinology*, 62, 366-375.

- Eyden, J., MacCallum, F., Bornstein, M. H., Broome, M., & Wolke, D. (2024). Parenting knowledge and parenting self-efficacy of mothers with borderline personality disorder and depression: “I know what to do but think I am not doing it”. *Development and psychopathology*, 36(2), 648–659. <https://doi.org/10.1017/S095457942200147X>
- Eyden, J., Winsper, C., Wolke, D., Broome, M. R., & MacCallum, F. (2016). A systematic review of the parenting and outcomes experienced by offspring of mothers with borderline personality pathology: Potential mechanisms and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 47, 85–105.
- Feeney, J. A., Hohaus, L., Noller, P., & Alexander, R. P. (2001). *Becoming parents: Exploring the bonds between mothers, fathers, and their infants*. Cambridge University Press.
- Feldman, R. B., Zelkowitz, P., Weiss, M., Vogel, J., Heyman, M., & Paris, J. (1995). A comparison of the families of mothers with borderline and nonborderline personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 36(2), 157–163.
- Ferguson, A. (2016). Borderline personality disorder and access to services: a crucial social justice issue. *Australian Social Work*, 69(2), 206–214.
- Flanagan, J. C., Gordon, K. C., Moore, T. M., & Stuart, G. L. (2015). Women’s stress, depression, and relationship adjustment profiles as they relate to intimate partner violence and mental health during pregnancy and postpartum. *Psychology of violence*, 5(1), 66.
- Florange, J. G., & Herpertz, S. C. (2019, Feb 07). Parenting in Patients with Borderline Personality Disorder, Sequelae for the Offspring and Approaches to Treatment and Prevention. *Current Psychiatry Reports*, 21(2), 9. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1007/s11920-019-0996-1>
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 188 (1), 1–3.
- Fonagy, P., Bateman, A. W., Lorenzini, N., & Campbell, C. (2014). Development, attachment, and childhood experiences. *Textbook of personality disorders*, 55–78.
- Fonagy, P., Luyten, P., & Bateman, A. (2015). Translation: Mentalizing as treatment target in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(4), 380.
- Fonseca, A., Nazaré, B., & Canavarro, M. C. (2018). Mothers’ and fathers’ attachment and caregiving representations during transition to parenthood: an actor—partner approach. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(3), 246–260.

- Francis, J. L., Sawyer, A., Roberts, R., Yelland, C., Drioli-Phillips, P., & Sved Williams, A. E. (2023). Mothers with borderline personality disorders' experiences of mother-infant dialectical behavior therapy. *Journal of clinical psychology*, 79(5), 1245–1260. <https://doi.org/10.1002/jclp.23465>
- Francis, J. L., Sawyer, A., Roberts, R., Yelland, C., Drioli-Phillips, P., & Sved Williams, A. E. (2023). Mothers with borderline personality disorders' experiences of mother—infant dialectical behavior therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 79(5), 1245–1260.
- Fryer, T. (2022). A critical realist approach to thematic analysis: producing causal explanations. *Journal of Critical Realism*, 21(4), 365–384.
- Fu, C., Li, C., Wan, X., Yang, Y., Zhang, S., & Hu, J. (2024). The relationship between adverse childhood experiences and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 15248380241235639.
- Funnell, S. C., & Rogers, P. J. (2011). *Purposeful program theory: Effective use of theories of change and logic models*. John Wiley & Sons.
- Geerling, I., Roberts, R. M., & Sved Williams, A. (2019, 05). Impact of infant crying on mothers with a diagnosis of borderline personality disorder: A qualitative study. *Infant Mental Health Journal*, 40(3), 405–421. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1002/imhj.21776>
- Genet, M.-C., Gorse, B., Devouche, E., & Apter, G. (2014). Psychopathologie, attachement et devenir des enfants de mères présentant un trouble de personnalité borderline/état — limite : Une revue de la littérature. [Psychopathology, attachment and outcomes of children whose mothers present borderline personality disorder: A review of the literature.]. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 57 (1), 259-329. <https://doi.org/10.3917/psy.571.0259>
- Gouvernement du Québec. (2016a). *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux
- Gouvernement du Québec. (2016 b). *Politique gouvernementale de prévention en santé : un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Gouvernement du Québec. (2017). *Vers une meilleure intégration des services pour les jeunes en difficulté et leur famille — Orientations ministérielles relatives au programme-services destiné aux jeunes en difficulté 2017-2022*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Gouvernement du Québec. (2023). *Protection de la jeunesse*. Retrieved 8 juillet from

<https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/enfance/services-jeunes-difficulte-famille/protection-de-la-jeunesse>

- Gouvernement du Québec. (2024a). *Programme Agir tôt*. [https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/enfance/developpement-des-enfants/outils-ressources — developpement-enfants/programme-agir-tot-depister-tot-pour-mieux-repondre-aux — besoins-des-enfants](https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/enfance/developpement-des-enfants/outils-ressources—developpement-enfants/programme-agir-tot-depister-tot-pour-mieux-repondre-aux—besoins-des-enfants)
- Gouvernement du Québec. (2024 b). *Revenir à l'essentiel — plan d'action en périnatalité et en petite enfance 2023-2028*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux
- Graham F, Rodger S, & Ziviani J. (2013). Effectiveness of occupational performance coaching in improving children's and mothers' performance and mothers' self-competence. (Report). *AJOT: American Journal of Occupational Therapy*. , 67(1), 10.
- Gratz, K. L., Kiel, E. J., Latzman, R. D., Elkin, T. D., Moore, S. A., & Tull, M. T. (2014, Feb). Emotion: empirical contribution. Maternal borderline personality pathology and infant emotion regulation: examining the influence of maternal emotion-related difficulties and infant attachment. *Journal of Personality Disorders*, 28(1), 52–69. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1521/pedi.2014.28.1.52>
- Greiner, C., Perroud, N., Charbon, P., de Nérès, M., Speranza, M., Debbané, M., & Prada, P. (2023). [Borderline personality disorder: state of knowledge and attitudes among french— speaking mental health professionals]. *L'Encephale*, 49 (4), 378-383. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2022.02.003>
- Grenier Gauvin, N., Poitras, K., Laporte, L., & Desrosiers 1, L. (2021). Parents présentant un trouble de personnalité limite : perceptions, émotions et travail des intervenants psychosociaux. *Revue Québécoise de Psychologie*, 42 (2), 47-67.
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Markowitz, J. C., Sanislow, C., Ansell, E., Pinto, A., & Skodol, A. E. (2011). Ten-Year Course of Borderline Personality Disorder: Psychopathology and Function From the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 827–837. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>
- Hackett, E., & Cook, S. (2016). Occupational therapists' perceptions of how they support the parenting role of mental health service users who have children. *Occupational Therapy in Mental Health*, 32(1), 32–49.
- Hamelin-Brabant, L., de Montigny, F., Roch, G., Deshaies, M.-H., Mbourou-Azizah, G., Borgès Da Silva, R., Comeau, Y., & Fournier, C. (2015). Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une revue de la littérature. *Santé publique* (1), 27-37.

- Heckman, J. J. (2008). The case for investing in disadvantaged young children. *CESifo DICE Report*, 6(2), 3–8.
- Hellberg, S. N., Bruening, A. B., Thompson, K. A., & Hopkins, T. A. (2023). Applications of dialectical behavioural therapy in the perinatal period: A scoping review. *Clinical psychology & psychotherapy*. <https://doi.org/10.1002/cpp.2937>
- Henderson, A., Harmon, S., & Newman, H. (2016). The price mothers pay, even when they are not buying it: Mental health consequences of idealized motherhood. *Sex roles*, 74, 512–526.
- Herr, N. R., Hammen, C., & Brennan, P. A. (2008). Maternal borderline personality disorder symptoms and adolescent psychosocial functioning. *Journal of Personality Disorders*, 22(5), 451–465. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1521/pedi.2008.22.5.451>
- Hobson, R. P., Patrick, M., Crandell, L., Garcia-Perez, R., & Lee, A. (2005). Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder. *Development & Psychopathology*, 17(2), 329–347.
- Hobson, R. P., Patrick, M. P., Hobson, J. A., Crandell, L., Bronfman, E., & Lyons-Ruth, K. (2009). How mothers with borderline personality disorder relate to their year-old infants. *British Journal of Psychiatry*, 195 (4), 325–330.
- Hoivik, M. S., Lydersen, S., Ranoyen, I., & Berg-Nielsen, T. S. (2018). Maternal personality disorder symptoms in primary health care: associations with mother-toddler interactions at one-year follow-up. *BMC Psychiatry*, 18(1), 198.
- Hong, Q. N., Pluye, P., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M.-P., Griffiths, F., & Nicolau, B. (2018). Mixed methods appraisal tool (MMAT) *Registration of copyright*, 1148552 (10).
- Hooley, J. M., Cole, S. H., & Gironde, S. (2012). Borderline Personality Disorder. In T. A. Widiger (Ed.), *The Oxford Handbook of Personality Disorders*. Oxford University Press.
- Horsley, A. (2013). *Assessment and treatment of adult children whose mothers have borderline or narcissistic personality disorder: A booklet for mental healthcare professionals* [ProQuest Information & Learning]. US.
- Houston, S. (2010). Prising Open the Black Box: Critical Realism, Action Research and Social Work. *Qualitative Social Work*, 9(1), 73–91. <https://doi.org/10.1177/1473325009355622>
- Iliakis, E. A., Sonley, A. K., Ilagan, G. S., & Choi-Kain, L. W. (2019). Treatment of borderline personality disorder: is supply adequate to meet public health needs? *Psychiatric Services*,

70(9), 772–781.

Institut de la statistique du Québec. (2017). *Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle*.

Institut national de la santé publique du Québec. (2014). *La césarienne*.

Jaffe E, & Johnson JA. (2014). Health Promotion for Babies and Their Parents: Starting a Developmental Enrichment Clinic. *Models of Occupational Therapy Practice*. In Johnson (Ed.), *Health Promotion and Preventive Programs* (pp. 27–38). Routledge.

Javaras, K. N., Zanarini, M. C., Hudson, J. I., Greenfield, S. F., & Gunderson, J. G. (2017, 06). Functional outcomes in community-based adults with borderline personality disorder [Research Support, N.I.H., Extramural]. *Journal of Psychiatric Research, 89*, 105–114. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.01.010>

Johnson, E. J., & Brennan, P. A. (2022). Paternal Borderline Symptoms and Offspring Outcomes in Young Adulthood. *Journal of personality disorders, 36*(2), 230–247. https://doi.org/10.1521/pedi_2021_35_537

Jørgensen, C. R., & Bøye, R. (2022). How does it feel to have a disturbed identity? The phenomenology of identity diffusion in patients with borderline personality disorder: A qualitative study. *Journal of Personality Disorders, 36*(1), 40–69.

Katz-Wise, S. L., Priess, H. A., & Hyde, J. S. (2010). Gender-role attitudes and behavior across the transition to parenthood. *Developmental Psychology, 46*(1), 18.

Kellogg, W. (2006). WK Kellogg foundation logic model development guide. *East Battle Creek, MI: WK Kellogg Foundation*.

Keys, E. M., Norris, J. M., Cameron, E. E., Bright, K. S., Tomfohr-Madsen, L. M., & Benzies, K. M. (2019). Recruitment and retention of fathers with young children in early childhood health intervention research: a systematic review and meta-analysis protocol. *Systematic reviews, 8*, 1–8.

Khalifeh, H., Murgatroyd, C., Freeman, M., Johnson, S., & Killaspy, H. (2009). Home treatment as an alternative to hospital admission for mothers in a mental health crisis: a qualitative study. *Psychiatric Services, 60*(5), 634–639.

Kiel, E. J., Gratz, K. L., Moore, S. A., Latzman, R. D., Tull, M. T., Kiel, E. J., Gratz, K. L., Moore, S. A., Latzman, R. D., & Tull, M. T. (2011). The impact of borderline personality pathology on mothers' responses to infant distress. *Journal of Family Psychology, 25*(6), 907–918. <https://doi.org/10.1037/a0025474>

- Kiel, E. J., Jones, L. B., Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2022). Mothers' borderline personality disorder symptom severity and accuracy in predicting infant distress. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. <https://doi.org/10.1037/per0000560>
10.1037/per0000560.supp (Supplemental)
- Kiel, E. J., Viana, A. G., Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2017). Emotion Socialization Strategies of Mothers With Borderline Personality Disorder Symptoms: The Role of Maternal Emotion Regulation and Interactions With Infant Temperament. *Journal of Personality Disorders*, 31(3), 399–416.
- Kluczniok, D., Boedeker, K., Hindi Attar, C., Jaite, C., Bierbaum, A.-L., Fuehrer, D., Paetz, L., Dittrich, K., Herpertz, S. C., Brunner, R., Winter, S., Heinz, A., Roepke, S., Heim, C., & BERPohl, F. (2018). Emotional availability in mothers with borderline personality disorder and mothers with remitted major depression is differently associated with psychopathology among school-aged children. *Journal of Affective Disorders*, 231, 63–73. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.001>
- Kluwer, E. S. (2010). From partnership to parenthood: A review of marital change across the transition to parenthood. *Journal of Family Theory & Review*, 2(2), 105–125.
- Knaak, S., & Patten, S. (2014). Building and delivering successful anti-stigma programs for healthcare providers. *Mental Health Commission of Canada: Calgary*.
- Knaak, S., Szeto, A. C., Fitch, K., Modgill, G., & Patten, S. (2015). Stigma towards borderline personality disorder: effectiveness and generalizability of an anti-stigma program for healthcare providers using a pre-post randomized design. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 2(1), 1–8.
- Kobak, R., Zajac, K., & Madsen, S. D. (2016). Attachment Disruptions, Reparative Processes, and Psychopathology: Theoretical and Clinical Implications. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment, Third Edition: Theory, Research, and Clinical Applications* (Vol. Third edition). The Guilford Press.
<http://biblioproxy.uqtr.ca/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=1229572&site=ehost-live>
- Koekkoek, B., van Meijel, B., & Hutschemaekers, G. (2006). "Difficult patients" in mental health care: a review. *Psychiatric Services*, 57(6), 795–802.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. FT press.
- Koscinski C. (2016). *The parent's guide to occupational therapy for autism and other special needs: practical strategies for motor skills, sensory integration, toilet training, and more*. (2nd ed.). Jessica Kingsley Publishers.

- Kowalenko, N. M., Mares, S. P., Newman, L. K., Sved Williams, A. E., Powrie, R. M., & van Doesum, K. T. M. (2013, 01 Jan). Family matters: Infants, toddlers and preschoolers of parents affected by mental illness. *Medical Journal of Australia*, *199* (3 Supplement 1), 14–17. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5694/mja11.11285>
- Kramer, U., Charbon, P., Despland, J.-N., & Kolly, S. (2017). “Good enough” training in clinical practice for BPD? *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, *168* (8).
- Krumm, S., & Becker, T. (2006). Subjective views of motherhood in women with mental illness—a sociological perspective. *Journal of Mental Health*, *15*(4), 449–460.
- Kurdziel, G., Kors, S., & Macfie, J. (2018, 07). Effect of maternal borderline personality disorder on adolescents’ experience of maltreatment and adolescent borderline features. *Personality Disorders: Theory, Research, & Treatment*, *9*(4), 385–389. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1037/per0000265>
- Kurz, E., Davis, D., & Browne, J. (2022). Parturescence: A theorisation of women’s transformation through childbirth. *Women and Birth*, *35*(2), 135–143.
- Lacharité, C., Pierce, T., Calille, S., & Baker, M. (2015). Penser la parentalité au Québec : un modèle théorique et un cadre conceptuel. *Les cahiers du CEIDF*, *3*.
- Lafleur, I., St-Onge, M., Rouleau, D., Tremblay, G., & Villeneuve, E. (2004). L’adaptation des services aux personnes ayant un trouble de personnalité limite : une nouvelle compréhension pour la faciliter. *Intervention*, *121*, 61-66.
- Lambert, A. (2021). L’intervention sociojudiciaire en contexte de protection de la jeunesse : points de vue de parents. *Intervention*, *152*, 51-64.
- Lampe A., Gabriel L., & Blanchard S. (2019). Practice, Knowledge and Needs of Occupational Therapy Practitioners Providing Services to Parents with Physical Impairments: A Pilot Study. . *Occupational Therapy In Health Care*, *33*(3), 233–246.
- Laporte, L. (2007). A serious challenge for youth protection services: intervening with parents suffering from borderline personality disorder (BPD). [French] [Un défi de taille pour les centres jeunesse. Intervenir auprès des parents ayant un trouble de personnalité limite.]. *Sante Mentale au Quebec*, *32* (2), 97-114.
- Laporte, L., & Baillargeon. (2005). Le trouble limite de la personnalité chez les parents des enfants suivis par les services de protection de la jeunesse : un motif de compromission. 6e Symposium national sur la protection et le bien-être des enfants : Des enfants à protéger, des adultes à aider : deux univers à rapprocher,

- 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. [Working with parents with borderline personality disorder in youth protection services: When suffering is combined with dismay.]. *Revue de Psychoéducation*, 43 (2), 323-347.
- Laporte, L., Paris, J., & Zekowitz, P. (2018). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in mothers involved in youth protection services. *Personality & Mental Health*, 12(1), 49–58.
- Larivière, N., Desrosiers, J., Tousignant, M., & Boyer, R. (2010). Exploring social participation of people with cluster B personality disorders. *Occupational Therapy in Mental Health*, 26(4), 375–386.
- Lazartigues, A., Morales, H., Saint-André, S., & Planche, P. (2006). L'enfant au risque d'un nouveau monde. *L'Évolution psychiatrique*, 71 (2), 331-347.
- Le Nestour, A. (2004). Une intimité à créer. Psychothérapie d'une parentalité limite dans la période périnatale [An Intimacy That Needs to be Created]. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 47 (2), 457-489. <https://doi.org/10.3917/psye.472.0457>
- Le Nestour, A., Apter-Danon, G., Héroux, C., Mourgues, B., & Patouillot-Slatine, I. (2007). Parentalités limites et prises en charge thérapeutiques. [Borderline parenting and therapeutic help.]. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 50 (1), 125-177. <https://doi.org/10.3917/psye.501.0125>
- Lederman, R., & Weis, K. (2009). Psychosocial adaptation in pregnancy: Assessment of seven dimensions of maternal development. In *Psychosocial adaptation to pregnancy* (pp. 1–38). Springer.
- Lennon, S. L., & Heaman, M. (2015). Factors associated with family resilience during pregnancy among inner-city women. *Midwifery*, 31(10), 957–964.
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62(6), 553–564.
- Lévesque, S., Bisson, V., Charton, L., & Fernet, M. (2020). Parenting and relational well-being during the transition to parenthood: Challenges for first-time parents. *Journal of Child and Family Studies*, 29, 1938–1956.
- Lewis, G., & Appleby, L. (1988). Personality disorder: the patients psychiatrists dislike. *The British Journal of Psychiatry*, 153 (1), 44–49.

- Li, H., Bowen, A., Bowen, R., Balbuena, L., Feng, C., Bally, J., & Muhajarine, N. (2020). Mood instability during pregnancy and postpartum: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health, 23*, 29–41.
- Lim, Y. Z. G., Honey, A., & McGrath, M. (2022). The parenting occupations and purposes conceptual framework: A scoping review of 'doing' parenting. *Australian Occupational Therapy Journal, 69*(1), 98–111.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford press.
- Linehan, M. M. (2018). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Publications.
- Lumsden, V., Kerr, S., & Feigenbaum, J. (2018). "It makes me not worthy to be a father from time to time": the experiences of fathers with a diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Family Studies, 24*(2), 109–125.
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology, 62*(4), 459–480.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2016). Attachment disorganization from infancy to adulthood: Neurobiological correlates, parenting contexts, and pathways to disorder. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications, 3*, 667–695.
- Lyons-Ruth, K., Riley, C., Patrick, M. P. H., & Hobson, R. P. (2019). Disinhibited attachment behavior among infants of mothers with borderline personality disorder, depression, and no diagnosis. *Personality Disorders: Theory, Research, & Treatment, 10*(2), 163–172. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1037/per0000312>
- Macfie, J. (2009). Development in children and adolescents whose mothers have borderline personality disorder. *Child Development Perspectives, 3*(1), 66–71. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2008.00079.x>
- Macfie, J., & Kurdziel, G. (2020). The Experience of Maltreatment in Young Children Whose Mothers Have Borderline Personality Disorder: Reflections in Their Narrative Representations. *Journal of personality disorders, 34*(6), 750–763. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_407
- Macfie, J., Kurdziel, G., Mahan, R. M., & Kors, S. (2017). A Mother's Borderline Personality Disorder and Her Sensitivity, Autonomy Support, Hostility, Fearful/Disoriented Behavior, and Role Reversal With Her Young Child. *Journal of Personality Disorders, 31*(6), 721–737.

- Maddocks, S., Johnson, S., Wright, N., & Stickley, T. (2010). A phenomenological exploration of the lived experience of mental health nurses who care for clients with enduring mental health problems who are parents. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, *17*(8), 674–682.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, *1*, 121–160.
- Maliken, A. C., & Katz, L. F. (2013). Exploring the impact of parental psychopathology and emotion regulation on evidence-based parenting interventions: A transdiagnostic approach to improving treatment effectiveness. *Clinical child and family psychology review*, *16*(2), 173–186.
- Marcoux, A. A., Bernier, A., Séguin, J. R., Boike Armerding, J., & Lyons-Ruth, K. (2017). How do mothers with borderline personality disorder mentalize when interacting with their infants? *Personality & Mental Health*, *11*(1), 14–22. <https://doi.org/10.1002/pmh.1362>
- Martin, C. G., Roos, L. E., Zalewski, M., & Cummins, N. (2017). A dialectical behavior therapy skills group case study on mothers with severe emotion dysregulation. *Cognitive and Behavioral Practice*, *24*(4), 405–415.
- Martins, C. A. (2019). Transition to parenthood: consequences on health and well-being. A qualitative study. *Enfermería Clínica (English Edition)*, *29*(4), 225-233.
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., & Powell, B. (2002). The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment & Human Development*, *4*(1), 107–124.
- Masland, S. R., Victor, S. E., Peters, J. R., Fitzpatrick, S., Dixon-Gordon, K. L., Bettis, A. H., Navarre, K. M., & Rizvi, S. L. (2022). Destigmatizing Borderline Personality Disorder: A Call to Action for Psychological Science. *Perspectives on Psychological Science*, 17456916221100464.
- Mayseless, O. (2006). Studying Parenting Representations as a Window to Parents' Internal Working Model of Caregiving. In O. Mayseless (Ed.), *Parenting Representations*. Cambridge University Press.
- McCarthy, K. L., Lewis, K. L., Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. (2016). A new intervention for people with borderline personality disorder who are also parents: a pilot study of clinician acceptability. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *3*(1), 10. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1186/s40479-016-0044-2>

- McConachie, S., & Whitford, H. (2009). Mental health nurses' attitudes towards severe perinatal mental illness. *Journal of Advanced Nursing*, 65(4), 867–876.
- McGrath, M., Honey, A., Codd, Y., Rider, J. V., Morrison, R., Abizeid, C. M., Zein, H., Tan, H. L., Sim, S. S., & Wan Yunus, F. (2024). *Every parent matters: The value of a parent-centric approach to supporting parenting occupations and roles*. SAGE Publications Sage UK: London, England.
- McIntosh, J. (2003). Enduring conflict in parental separation: Pathways of impact on child development. *Journal of Family Studies*, 9(1), 63–80.
- McKenzie, K., Gregory, J., & Hogg, L. (2022). Mental health workers' attitudes towards individuals with a diagnosis of borderline personality disorder: A systematic literature review. *Journal of Personality Disorders*, 36(1), 70–98.
- McLaughlin, J. A., & Jordan, G. B. (2010). Using logic models. *Handbook of practical program evaluation*, 3, 55–80.
- McMahon, S., Huang, C.-C., Boxer, P., & Postmus, J. L. (2011). The impact of emotional and physical violence during pregnancy on maternal and child health at one year post-partum. *Children and Youth Services Review*, 33(11), 2103–2111.
- McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L., & Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1365–1374.
- Miller, T. (2007). "Is this what motherhood is all about?" Weaving experiences and discourse through transition to first-time motherhood. *Gender & Society*, 21(3), 337–358.
- Milot, T., & Hamrouni, N. (2020). L'éthique de la vulnérabilité ordinaire et les théories sur les traumas : deux approches convergentes pour repenser les pratiques en protection de la jeunesse. In M. Boutanquoi & C. Lacharité (Eds.), *Enfants et familles vulnérables en protection de l'enfance* (pp. 41-55). Presses Universitaires de Franche-Comté.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2004). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité — Cadre de référence (SIPPE)*.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018 — Un projet porteur de vie*.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2022). *Ma grossesse-Un nouveau service pour*

répondre aux besoins des femmes enceintes dès les premiers mois.

<https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqué-3474/>

Mitchell, S. J., See, H. M., Tarkow, A. K., Cabrera, N., McFadden, K. E., & Shannon, J. D. (2007). Conducting studies with fathers: Challenges and opportunities. *Applied Development Science, 11*(4), 239–244.

Mittal, D., Owen, R. R., Ounpraseuth, S., Chekuri, L., Drummond, K. L., Jennings, M. B., Smith, J. L., Sullivan, J. G., & Corrigan, P. W. (2020). Targeting stigma of mental illness among primary care providers: Findings from a pilot feasibility study. *Psychiatry research, 284*, 112641.

Montgomery, P., Mossey, S., Bailey, P., & Forchuk, C. (2011). Mothers with serious mental illness: their experience of “hitting bottom”. *International Scholarly Research Notices, 2011*.

Montgomery, P., Tompkins, C., Forchuk, C., & French, S. (2006). Keeping close: mothering with serious mental illness. *Journal of Advanced Nursing, 54*(1), 20–28.

Moore, E. (2012). Personality disorder: its impact on staff and the role of supervision. *Advances in Psychiatric Treatment, 18*(1), 44–55.

Moyer, S. W., & Kinser, P. A. (2021). A comprehensive conceptual framework to guide clinical practice and research about mental health during the perinatal period. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 35*(1), 46–56.

Muscat, T., Thorpe, K., & Obst, P. (2012). Disconfirmed expectations of infant behaviours and postnatal depressive symptoms among parents. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 30*(1), 51–61.

Nanzer, N. (2019). Quels soins pour les enfants dont un parent souffre d'un trouble de personnalité borderline ? = What type of care should children whose parents suffer from borderline personality disorder be given? *Psychothérapies, 39* (2), 101-107.
<https://doi.org/10.3917/psys.192.0101>

National Collaborating Centre for Mental Health. (2014). National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. In *Antenatal and Postnatal Mental Health: The NICE Guideline on Clinical Management and Service Guidance*. British Psychological Society Copyright © 2007, The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.

- National Health and Medical Research Council. (2012). Clinical practice guideline for the management of borderline personality disorder.
- National Institute for Health Research. (2014). *Patient and public involvement in health and social care research: A handbook for researchers*.
- Netherton, E., & Rohr, J. (2022). Motherhood and the 4 symptom domains of borderline personality disorder. *Psychiatric Times*, 39(6).
- Newman, L. (2015a, Dec). Parents with Borderline Personality Disorder—approaches to early intervention. *Australasian Psychiatry*, 23(6), 696–698.
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1177/1039856215614988>
- Newman, L. (2015b). Parents with borderline personality disorder—Approaches to early intervention. *Australasian Psychiatry*, 23(6), 696–698.
- Newman, L., & O’Shaughnessy, R. (2015). Parenting and borderline personality disorder. In *Parental psychiatric disorder: Distressed parents and their families*, 3rd ed. (pp. 163–173). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107707559.017>
- Newman, L., & Stevenson, C. (2005). Parenting and borderline personality disorder: Ghosts in the nursery [Review]. *Clinical child psychology and psychiatry*, 10(3), 385–394.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1177/1359104505053756>
- Newman, L., & Stevenson, C. (2008a). Issues in infant—parent psychotherapy for mothers with borderline personality disorder. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 13(4), 505–514.
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1177/1359104508096766>
- Newman, L., & Stevenson, C. (2008b). Issues in infant-parent psychotherapy for mothers with borderline personality disorder. *Clinical child psychology and psychiatry*, 13(4), 505–514.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1177/1359104508096766>
- Newman, L., Stevenson, C. S., Bergman, L. R., & Boyce, P. (2007, Jul). Borderline personality disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions: preliminary findings. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(7), 598–605.
- Ngai, F.-W., & Ngu, S.-F. (2013). Quality of life during the transition to parenthood in Hong Kong: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 34(4), 157–162.
- Nicholson, J., Sweeney, E. M., & Geller, J. L. (1998). Focus on women: Mothers with mental illness: I. The competing demands of parenting and living with mental illness. *Psychiatric Services*, 49(5), 635–642.
- Nijssens, L., Luyten, P., & Bales, D. L. (2013). Mentalization-based treatment for parents (MBT-P)

with borderline personality disorder and their infant. In N. Midgley & I. Vrouva (Eds.), *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families*. Routledge.

Nijssens, L., Luyten, P., & Bales, D. L. (2013). Mentalization-based treatment for parents (MBT-P) with borderline personality disorder and their infants. In *Minding the Child* (pp. 93–111). Routledge.

Normandin, L., & Ensink, K. (2007). La GAC 1 : grille d'analyse du contre-transfert dans le traitement des troubles graves de la personnalité. *Sante Mentale au Quebec*, 32 (1), 57 – 74.

Parade, S. H., Blankson, A. N., Leerkes, E. M., Crockenberg, S. C., & Faldowski, R. (2014). Close relationships predict curvilinear trajectories of maternal depressive symptoms over the transition to parenthood. *Family Relations*, 63(2), 206–218.

Pare-Miron, V., Czuzoj-Shulman, N., Oddy, L., Spence, A. R., & Abenhaim, H. A. (2016). Effect of Borderline Personality Disorder on Obstetrical and Neonatal Outcomes. *Womens Health Issues*, 26(2), 190–195.

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks, Cal.: Sage Publications, 4.

Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. Sage.

Petfield, L., Startup, H., Droscher, H., & Cartwright-Hatton, S. (2015, Aug). Parenting in mothers with borderline personality disorder and impact on child outcomes. *Evidence-Based Mental Health*, 18(3), 67–75. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1136/eb-2015-102163>

Pierce, D. (2009). Co-occupation: The challenges of defining concepts original to occupational science. *Journal of Occupational Science*, 16(3), 203–207.

Pollock, P. H., & Percy, A. (1999). Maternal antenatal attachment style and potential fetal abuse. *Child Abuse & Neglect*, 23(12), 1345–1357.

Popay, J., Roberts, H., Sowden, A., Petticrew, M., Arai, L., Rodgers, M., Britten, N., Roen, K., & Duffy, S. (2006). Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews. *A product from the ESRC methods programme Version*, 1(1), b92.

Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H., & Varese, F. (2020). Childhood adversity and borderline personality disorder: A meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141 (1), 6-20.

- Prasad, D., Kuhathasan, N., de Azevedo Cardoso, T., Suh, J. S., & Frey, B. N. (2022). The prevalence of borderline personality features and borderline personality disorder during the perinatal period: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health, 25*(2), 277–289.
- Préfontaine, C., Vachon, B., & Desrosiers, L. (2024a). Functional strengths and difficulties of parents with borderline personality disorder: a narrative review. [*document soumis pour publication*].
- Préfontaine, C., Vachon, B., & Desrosiers, L. (2024b). Perinatal support needs of parents with borderline personality disorder. [*document soumis pour publication*].
- Prior, V., Glaser, D., & Focus. (2006). *Understanding attachment and attachment disorders: theory, evidence and practice*. Jessica Kingsley Publishers.
- Ramborger, M. E., Zorrilla Zubilete, M. A., & Acosta, G. B. (2018). Prenatal stress and its effects of human cognition, behavior and psychopathology: a review of the literature.
- Ramsauer, B., Mühlhan, C., Mueller, J., & Schulte-Markwort, M. (2016). Parenting stress and postpartum depression/anxiety in mothers with personality disorders: Indications for differential intervention priorities. *European Child & Adolescent Psychiatry, 25*(6), 589–600. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0775-4>
- Rapp, C. A., & Goscha, R. J. (2011). *The strengths model: A recovery-oriented approach to mental health services*. OUP USA.
- Renneberg, B., & Rosenbach, C. (2016). "There is not much help for mothers like me": Parenting Skills for Mothers with Borderline Personality Disorder—a newly developed group training program. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 3*, 16.
- Rholes, W. S., Simpson, J. A., Campbell, L., & Grich, J. (2001). Adult attachment and the transition to parenthood. *Journal of Personality and Social Psychology, 81*(3), 421.
- Rholes, W. S., Simpson, J. A., & Friedman, M. (2006). Avoidant attachment and the experience of parenting. *Personality and social psychology bulletin, 32*(3), 275–285.
- Richelieu, G. (2004). Réadaptation et troubles de la personnalité : défis et enjeux. *Défi jeunesse, 3*, 17-28.
- Riggs, D. W., Worth, A., & Bartholomaeus, C. (2018). The transition to parenthood for Australian heterosexual couples: expectations, experiences and the partner relationship. *BMC Pregnancy and Childbirth, 18*, 1–9.
- Ring, D., & Lawn, S. (2019). Stigma perpetuation at the interface of mental health care: a review

- to compare patient and clinician perspectives of stigma and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 1–21.
- Rogers, B., & Dunne, E. (2011). “They told me I had this personality disorder... All of a sudden I was wasting their time”: Personality disorder and the inpatient experience. *Journal of Mental Health*, 20(3), 226–233.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation: A systematic approach*. Sage Publications.
- Rossouw, P., & Lazarus, K. (2015). mothers’ expectations of parenthood: the impact of prenatal expectations on self-esteem, depression, anxiety, and stress post birth. *International Journal of Neuropsychotherapy*, 3(2), 102–123.
- Rutzou, T. (2018). Crisis!? What Crisis!? On Social Theory and Reflexivity. In *Critical Realism, History, and Philosophy in the Social Sciences*. Emerald Publishing Limited.
- Sadler, L. S., Slade, A., & Mayes, L. C. (2006). Minding the baby: A mentalization-based parenting program. *Handbook of mentalization-based treatment*, 271–288.
- Sanchious, S. N., Zimmerman, M., & Khoo, S. (2024). Recognizing Borderline Personality Disorder in Men: Gender Differences in BPD Symptom Presentation. *Journal of Personality Disorders*, 38(2), 195–206.
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334–340.
- Sandelowski, M. (2010). What’s in a name? Qualitative description revisited. *Research in Nursing & Health*, 33(1), 77–84.
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2013). Responses of mental health clinicians to patients with borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 10 (5–6), 39.
- Santos, M. A. F. d., Lopes, M. d. A. P., & Botelho, M. A. R. (2019). Metamorphosis into mother after 35 years of age: a study of Grounded Theory. *Revista Da Escola de Enfermagem Da Usp*, 53.
- Schacht, R., Hammond, L., Marks, M., Wood, B., & Conroy, S. (2013). The Relation between Mind-mindedness in Mothers with Borderline Personality Disorder and Mental State Understanding in their Children. *Infant & Child Development*, 22(1), 68–84.
<https://doi.org/10.1002/icd.1766>
- Scher, A., Harel, J., Scharf, M., & Klein, L. (2006). The Dual Viewpoints of Mother and Child on Their Relationship: A Longitudinal Study of Interaction and Representation. In O.

Mayseless (Ed.), *Parenting Representations*. Cambridge University Press.

Schittek, A., Roskam, I., & Mikolajczak, M. (2023). Parental burnout and borderline personality stand out to predict child maltreatment. *Scientific reports*, *13*(1), 12153. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-39310-3>

Scott, D. (2013). *Education, epistemology and critical realism*. Routledge.

Scott, L. N., Levy, K. N., & Pincus, A. L. (2009). Adult attachment, personality traits, and borderline personality disorder features in young adults. *Journal of Personality Disorders*, *23*(3), 258–280.

Seeger, F. R., Neukel, C., Williams, K., Wenigmann, M., Fleck, L., Georg, A. K., Bermpohl, F., Taubner, S., Kaess, M., & Herpertz, S. C. (2022). Parental Mental Illness, Borderline Personality Disorder, and Parenting Behavior: The Moderating Role of Social Support. *Current psychiatry reports*, *24*(11), 591–601. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01367-8>

Sen, A. (1993). Positional objectivity. *Philosophy & public affairs*, 126–145.

Shah, A. H. (2023). *Exploring the past, present, and future of training for staff working with individuals diagnosed with borderline personality disorder* [mémoire de maîtrise Manchester Metropolitan University]. e-space.

Shah, R., Kennedy, S., Clark, M. D., Bauer, S. C., & Schwartz, A. (2016, May). Primary Care-Based Interventions to Promote Positive Parenting Behaviors: A Meta-analysis. *Pediatrics*, *137* (5). <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3393>

Shorer, M., Swissa, O., Levavi, P., & Swissa, A. (2021). Parental playfulness and children's emotional regulation: the mediating role of parents' emotional regulation and the parent—child relationship. *Early Child Development and Care*, *191* (2), 210–220.

Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Dyck, I. R., Stout, R. L., Bender, D. S., Grilo, C. M., Shea, M. T., Zanarini, M. C., & Morey, L. C. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *159* (2), 276–283.

Ślabuszczyńska-Jóźwiak, A., Szymanski, J. K., Ciebiera, M., Sarecka-Hujar, B., & Jakiel, G. (2020). Pediatrics consequences of caesarean section—a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(21), 8031.

Slootjes, H., McKinstry, C., & Kenny, A. (2016). Maternal role transition: Why new mothers need occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, *63*(2).

- Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M. J., Gich, I., Alvarez, E., & Pérez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, *47*(5), 353–358.
- Solomon, J., & George, C. (2006). Intergenerational transmission of dysregulated maternal caregiving: Mothers describe their upbringing and childrearing. *Parenting representations: Theory, research, and clinical implications*, 265–295.
- St-Laurent, D., Dubois-Comtois, K., Milot, T., & Cantinotti, M. (2022). La maltraitance : perspective développementale et écologique. In D. St-Laurent, K. Dubois-Comtois, & C. Cyr (Eds.), *La maltraitance : perspective développementale et écologique*. Presses de l'Université du Québec.
- Staneva, A., & Wittkowski, A. (2013). Exploring beliefs and expectations about motherhood in Bulgarian mothers: a qualitative study. *Midwifery*, *29*(3), 260–267.
- Stepp, S. D., Whalen, D. J., Pilkonis, P. A., Hipwell, A. E., & Levine, M. D. (2012a). Children of mothers with borderline personality disorder: identifying parenting behaviors as potential targets for intervention. *Personality Disorders: Theory, Research, & Treatment*, *3*(1), 76–91. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1037/a0023081>
- Stepp, S. D., Whalen, D. J., Pilkonis, P. A., Hipwell, A. E., & Levine, M. D. (2012b). Parenting behaviors of mothers with borderline personality disorder: A call to action. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *3*(1), 104–106. <https://doi.org/10.1037/a0026086>
- Sturgiss, E. A., & Clark, A. M. (2020). Using critical realism in primary care research: an overview of methods. *Family Practice*, *37*(1), 143–145.
- Sulzer, S. H. (2015). Does “difficult patient” status contribute to de facto demedicalization? The case of borderline personality disorder. *Social Science & Medicine*, *142*, 82–89.
- Sved Williams, A., & Apter, G. (2017). Helping mothers with the emotional dysregulation of borderline personality disorder and their infants in primary care settings. *Australian Family Physician*, *46*(9), 669–672.
- Sved Williams, A., Osborn, A., Yelland, C., & Hollamby, S. (2021). Changing intergenerational patterns of emotional dysregulation in families with perinatal borderline personality disorder. *Archives of women's mental health*, *24*(4), 641–648. <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01119-2>
- Tanner, J. C., Candland, T., & Odden, W. S. (2015). Later impacts of early childhood interventions: a systematic review. *Washington: Independent Evaluation Group, World*

Bank Group.

- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care, 19*(6), 349–357.
- Treloar, A. J. C. (2009). A qualitative investigation of the clinician experience of working with borderline personality disorder. *New Zealand Journal of Psychology (Online), 38*(2), 30.
- Tyng, C. M., Amin, H. U., Saad, M. N., & Malik, A. S. (2017). The influences of emotion on learning and memory. *Frontiers in Psychology, 1454*.
- Ungar, T., Knaak, S., & Szeto, A. C. (2016). Theoretical and practical considerations for combating mental illness stigma in health care. *Community mental health journal, 52*(3), 262–271.
- Van Doesum, K. T. M., & Powrie, R. M. (2012). Family matters: Infants, toddlers and preschoolers of parents affected by mental illness: Early interventions targeting adverse influences on young children and their parents can improve children's outcomes [Note]. *Medical Journal of Australia, 1* (Supplement 1), 14–17.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5694/mjao11.11285>
- Villeneuve, C. (2006). *L'intervention en santé mentale : le pouvoir thérapeutique de la famille*. PUM.
- Weiss, M., Zelkowitz, P., Feldman, R. B., Vogel, J., Heyman, M., & Paris, J. (1996). Psychopathology in offspring of mothers with borderline personality disorder: a pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry—Revue Canadienne de Psychiatrie, 41* (5), 285-290.
- Wendland, J., Brisson, J., Medeiros, M., Camon-Sénéchal, L., Serres, J., Cohen, D., & Rabain, D. (2014). Mothers with borderline personality disorder: Transition to parenthood, parent—infant interaction, and preventive/therapeutic approach. *21*, 139–153.
<https://doi.org/10.1111/cpsp.12066>
- Whalen, D. J., Kiel, E. J., Tull, M. T., Latzman, R. D., & Gratz, K. L. (2015). Maternal borderline personality disorder symptoms and convergence between observed and reported infant negative emotional expressions. *Personality Disorders: Theory, Research, & Treatment, 6*(3), 229–238. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1037/per0000116>
- White, H., Flanagan, T. J., Martin, A., & Silvermann, D. (2011). Mother—infant interactions in women with borderline personality disorder, major depressive disorder, their co-occurrence, and healthy controls. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 29*(3),

223–235. <https://doi.org/10.1080/02646838.2011.576425>

- Whitley, R., & Drake, R. E. (2010). Recovery: a dimensional approach. *Psychiatric Services*, *61*(12), 1248–1250.
- Wichstrøm, L., Borgen, A. E., & Steinsbekk, S. (2023). Parental personality disorder symptoms and children's social skills: a prospective community study. *European child & adolescent psychiatry*, *32*(9), 1561–1568. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01965-0>
- Williams, A. S., Osborn, A., Yelland, C., & Hollamby, S. (2021). Changing intergenerational patterns of emotional dysregulation in families with perinatal borderline personality disorder. *Archives of Women's Mental Health*, 1–8.
- Williams, R. C., Biscaro, A., & Clinton, J. (2019). L'importance des relations : comment les cliniciens peuvent soutenir des pratiques parentales positives pendant la petite enfance. *Paediatrics & Child Health*, *24*(5), 348–357.
- Wilson, H., & Donachie, A. L. (2018). Evaluating the effectiveness of a dialectical behaviour therapy (DBT) informed programme in a community perinatal team. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, *46*(5), 541–553.
- Wint AJ, Smith DL, & Iezzoni LI. (2016). Mothers With Physical Disability: Child Care Adaptations at Home: Official Publication of the American Occupational Therapy Association. *The American journal of occupational therapy*, *70*(6).
- Wong, G. (2018). Data gathering in realist reviews: looking for needles in haystacks. *Doing realist research*. London: SAGE, 131–145.
- Wupperman, P., Neumann, C. S., Whitman, J. B., & Axelrod, S. R. (2009). The role of mindfulness in borderline personality disorder features. *The Journal of nervous and mental disease*, *197* (10), 766–771.
- Yen, S., Shea, M. T., Battle, C. L., Johnson, D. M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., Skodol, A. E., Grilo, C. M., Gunderson, J. G., & Sanislow, C. A. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive—compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *The Journal of nervous and mental disease*, *190* (8), 510–518.
- Young, C., Roberts, R., & Ward, L. (2019). Application of resilience theories in the transition to parenthood: A scoping review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *37*(2), 139–160.
- Zachariadis, M., Scott, S., & Barrett, M. (2013). Methodological implications of critical realism for mixed-methods research. *MIS quarterly*, 855–879.

Zalewski, M., Lewis, J. K., & Martin, C. G. (2018). Identifying novel applications of dialectical behavior therapy: considering emotion regulation and parenting. *Current Opinion in Psychology, 21*, 122–126.

Zalewski, M., Stepp, S. D., Whalen, D. J., & Scott, L. N. (2015, 01 Jun). A Qualitative assessment of the parenting challenges and treatment needs of mothers with borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration, 25*(2), 71–89.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/a0038877>

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 163* (5), 827–832.

Annexe I : Certificat éthique



Le 28 octobre 2022

PAR COURRIEL

Madame Lyne Desrosiers, Ph. D.
Professeure agrégée
Université du Québec à Trois-Rivières
C.P. 500
3351 boulevard des Forges
Trois-Rivières (Québec)
G9A 5H7

Objet : Autorisation de réaliser la recherche au CIUSSS du-Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Titre : Adaptation du programme Mon enfant et Moi à la période périnatale

Numéro du projet : [MP-52-2022-1402](#)

Identifiant Nagano : [Adaptation du programme Mon enfant et Moi à la période périnatale](#)

Madame Desrosiers,

Il nous fait plaisir de vous autoriser à réaliser la recherche identifiée en titre sous les auspices du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL). Cette autorisation vous permet de réaliser la recherche aux Services de proximité Famille-Enfance-Jeunesse.

Pour vous donner cette autorisation, notre établissement reconnaît l'examen éthique qui a été effectué par le [Comité d'éthique de la recherche Jeunes en difficulté](#)

- qui agit comme CER évaluateur pour ce projet, conformément au Cadre de référence des établissements publics du RSSS pour l'autorisation d'une recherche menée dans plus d'un établissement (le Cadre de référence);
- qui a confirmé dans sa lettre du [27 octobre 2022](#) le résultat positif de l'examen scientifique et de l'examen éthique du projet; et
- qui a approuvé la version réseau du formulaire de consentement en français utilisé pour cette recherche.

Cette autorisation vous est donnée à condition que vous vous engagiez à :

- respecter les dispositions du Cadre de référence se rapportant à votre recherche;
- respecter le cadre réglementaire de notre établissement sur les activités de recherche, notamment pour l'identification des

- participants à la recherche;
- utiliser la version des documents se rapportant à la recherche approuvée par le CER évaluateur, les seuls changements apportés, si c'est le cas, étant d'ordre administratif et identifiés de façon à ce que le CER évaluateur puisse en prendre connaissance;
 - respecter les exigences fixées par le CER évaluateur pour le suivi éthique continu de la recherche; et
 - **respecter les directives de l'établissement en matière de prévention des infections, notamment en ce qui concerne les activités de recherche en période de pandémie.**

Cette autorisation est notamment fondée sur le fait que vous détenez des privilèges de recherche octroyés par notre établissement ou par un autre établissement du réseau de la santé et des services sociaux qui ont été dûment reconnus par le CCSMTL.

L'autorisation qui vous est donnée ici de réaliser la recherche sous les auspices de notre établissement sera renouvelée sans autre procédure à la date indiquée par le CER évaluateur dans sa décision de renouveler son approbation éthique de cette recherche.

Vous consentez également à ce que notre établissement communique aux autorités compétentes des renseignements personnels qui sont nominatifs au sens de la loi en présence d'un cas avéré de manquement à la conduite responsable en recherche de votre part lors de la réalisation de cette recherche.

La personne à joindre pour toute question relative à cette autorisation ou à son renouvellement ou au sujet de changements d'ordre administratif qui auraient été apportés à la version des documents se rapportant à la recherche approuvée par le CER évaluateur, est Mme Rossitza Nikolova. Vous pouvez la joindre à l'adresse courriel suivante : rossitza.nikolova.ccsmtl@sss.gouv.qc.ca.

En terminant, nous vous demandons de toujours mentionner dans votre correspondance au sujet de cette recherche le numéro attribué au projet de recherche par le CER évaluateur.

Veillez agréer nos sentiments les meilleurs.



Annie-Kim Gilbert, Ph. D.
Directrice de l'enseignement universitaire et de la recherche

Signé le 2022-10-28 à 13:59

Annexe II : formulaires d'information et de consentement



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre de la recherche: Co-développement d'une intervention pour les parents ayant un trouble de la personnalité limite TPL en contexte de périnatalité

Chercheure responsable: Lyne Desrosiers, PhD, Université du Québec à Trois-Rivières et Institut universitaire Jeunes en difficulté du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Brigitte Vachon, PhD, Université de Montréal et Centre de recherche de l'Institut universitaire de l'institut universitaire en santé mentale de Montréal.

Étudiante chercheuse: Cassandra Préfontaine, Étudiante au doctorat en sciences biomédicales Université du Québec à Trois-Rivières et Institut universitaire Jeunes en difficulté du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Madame, monsieur,

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Nous vous demandons de bien lire le présent document d'information et de consentement. Si certains mots ou expressions ne sont pas clairs, n'hésitez pas à nous le dire et à poser des questions. Prenez tout le temps nécessaire pour prendre la décision de participer ou non à cette recherche.

1) En quoi consiste cette recherche?

La présente étude vise à développer un programme d'intervention s'adressant aux parents ayant des caractéristiques du trouble de personnalité limite (TPL) et un enfant de 0 à 3 ans de même qu'à leurs intervenants. Elle comporte deux volets. Dans le premier volet, nous souhaitons mieux comprendre la réalité vécue par les parents ayant un TPL durant la période périnatale (0 à 3 ans) ainsi que celle des intervenants qui leur donnent des services afin de développer un programme d'intervention.

Si vous acceptez de participer, vous serez appelé à vous impliquer au cours des différentes étapes de la recherche. Vous pouvez choisir de participer à l'une ou à plusieurs de ces phases.

1) Groupe de discussion

Vous participerez à une première rencontre de groupe de discussion avec environ 8 parents où vous discuterez des difficultés que vivent les parents ayant un trouble de personnalité limite autour de la périnatalité, de même que des difficultés et besoins des intervenants. Finalement vous partagerez vos idées pour améliorer les services. Si les circonstances le justifient et en accord avec l'équipe de recherche, il sera possible de remplacer votre participation au groupe de discussion par une rencontre individuelle.

Durée : environ 2 heures

2) Rencontre individuelle

Quelques semaines plus tard, individuellement, vous participerez à une rencontre avec une assistante de recherche, nous vous demanderons de classer les réponses obtenues lors des groupes de discussion en différentes catégories et de noter leur importance selon vous.

Durée : environ 30 minutes

3) Groupe de discussion

Quelques semaines plus tard, vous participerez à une seconde rencontre de groupe de discussion avec environ 8 parents ou vous discuterez des réponses qui ont été recueillies dans les étapes précédentes.

Durée : environ 2 heures

Les rencontres auront lieu au centre de recherche de l'Institut universitaire jeunes en difficulté à un moment déterminé selon la disponibilité des participants.

2) Avantages de la participation au projet

Vous ne retirerez aucun avantage personnel à participer à ce projet de recherche. Cependant, votre participation aidera à mieux comprendre les défis associés au suivi des parents ayant un TPL et contribuera à améliorer les services qui leur sont destinés.

3) Risques et inconvénients de la participation au projet

Votre participation au projet ne comporte aucun risque connu. Les inconvénients concernent le temps requis pour participer aux diverses activités, dont la participation à un groupe de discussion et à une entrevue de même que les déplacements jusqu'à ces activités. Il se peut que les discussions vous amène à parler de certains problèmes que vous vivez ou avez vécus, et qui sont difficiles pour vous. Si vous ressentez de la détresse, n'hésitez pas à en parler avec l'assistante de recherche. Elle pourra vous diriger vers des ressources appropriées. Il existe un risque qu'un autre participant aux groupes de discussion divulgue des informations obtenues durant la rencontre à l'extérieur du projet de recherche.

4) Est-ce que les renseignements que je donnerai seront confidentiels

Tous les renseignements recueillis seront traités de manière confidentielle. Chaque participant à la recherche recevra un numéro de code et seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès à la liste correspondante. Tous les membres de l'équipe de recherche signent un formulaire d'engagement à la confidentialité, c'est-à-dire qu'ils s'engagent à ne divulguer vos réponses à personne. Votre employeur n'aura pas accès aux informations divulguées dans le cadre de ce projet de recherche.

Il existe un risque qu'un autre participant aux groupes de discussion divulgue des informations obtenues durant la rencontre à l'extérieur du projet de recherche. Pour limiter ce risque, vous n'aurez pas besoin de vous identifier avec votre nom de famille en présence des autres participants à la recherche et la rencontre débutera par une explication du chercheur sur l'importance du maintien de la confidentialité et nous demanderont aux participants de s'engager verbalement à maintenir cette confidentialité.

Lors de la diffusion des résultats (conférence, rapport), aucune information permettant d'identifier les participants à cette recherche ne sera dévoilée. Une synthèse des données sera présentée de telle sorte qu'aucun participant ne puisse être identifié. Les données recueillies lors des groupes de discussion seront présentées en excluant tous détails qui permettraient d'identifier un participant.

Les renseignements seront conservés de manière sécuritaire dans un classeur verrouillé à clé pour le format papier et dans un document verrouillé par un mot de passe qui se trouve dans un ordinateur également verrouillé par un mot de passe pour les documents électroniques (fichiers audio). Vos renseignements ainsi que les enregistrements audios des entrevues seront détruits 7 ans après la fin du projet de recherche.

Il est possible que nous devions permettre l'accès aux dossiers de recherche au comité d'éthique de la recherche Jeunes en difficulté du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et aux organismes subventionnaires de la recherche à des fins de vérification ou de gestion de la recherche. Tous respectent la politique de stricte confidentialité.

Si vous le désirez, vous pouvez demander à la chercheuse de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, il est possible que vous n'ayez accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation à la recherche terminée.

5) Est-ce que les renseignements que je donnerai seront utilisés pour d'autres recherches?

Avec votre permission, il se peut que les renseignements que vous fournirez soient utilisés, avant la date prévue de destruction, dans le cadre de quelques projets de recherche qui porteront sur les différentes facettes du thème pour lequel vous être approché aujourd'hui. Ces projets éventuels seront sous la responsabilité de la chercheuse principale et seront autorisés par un Comité d'éthique de la recherche. L'équipe de recherche s'engage à maintenir et à protéger la confidentialité de vos données aux mêmes conditions que pour le présent projet.

6) Est-ce que je pourrai connaître les résultats de la recherche?

Vous ne pourrez pas obtenir vos résultats individuels. Cependant, si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des résultats généraux de la recherche, cela nous fera plaisir de vous le faire parvenir. Veuillez nous indiquer l'adresse (postale ou courriel) où nous pourrions vous envoyer le résumé de la recherche.

7) Est-ce que je recevrai une compensation pour ma participation à la recherche?

Vous recevrez 50\$ pour la première rencontre de collecte de données à laquelle vous participerez et 25\$ pour les suivantes. La compensation vous sera remise en argent à la fin de chaque rencontre.

8) Liberté de participation à la recherche et droit de retrait

Vous êtes libre de ne pas participer à la recherche, sans que vous ayez besoin de vous justifier. Si vous êtes parent, votre refus de participer ne nuira pas à votre relation avec vos intervenants ni aux services que vous recevrez. Votre décision de ne pas participer ne sera pas mentionné à votre dossier.

De plus, même si vous acceptez de participer, vous pourrez vous retirer de la recherche en tout temps sur simple avis verbal, sans explication et sans que cela ne vous cause un quelconque tort. Les renseignements que vous aurez déjà donnés seront détruits, si vous le demandez.

La chercheuse pourrait elle aussi décider d'interrompre votre participation ou d'arrêter la recherche si elle pense notamment que c'est dans votre intérêt ou celui de l'ensemble des participants.

9) Personnes Ressources

Si vous avez des questions concernant cette recherche, vous pouvez contacter Lyne Desrosiers, chercheuse responsable de la recherche au 514-896-3582.

Si vous souhaitez vous renseigner sur vos droits ou pour formuler une plainte concernant la recherche, vous pouvez contacter Bureau des plaintes et de la qualité des services du CIUSSS de l'Estrie - CHUS via plaintes.ciusse-chus@sss.gouv.qc.ca ou au numéro suivant : 1-866-917-7903.

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre de la recherche: Co-développement d'une intervention pour les parents ayant un trouble de la personnalité limite TPL en contexte de périnatalité

Chercheure responsable: Lyne Desrosiers, PhD, Université du Québec à Trois-Rivières et Institut universitaire Jeunes en difficulté du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Brigitte Vachon, PhD, Université de Montréal et Centre de recherche de l'Institut universitaire de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

Étudiante chercheuse: Cassandra Préfontaine, Étudiante au doctorat en sciences biomédicales Université du Québec à Trois-Rivières et Institut universitaire Jeunes en difficulté du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Madame, monsieur,

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Nous vous demandons de bien lire le présent document d'information et de consentement. Si certains mots ou expressions ne sont pas clairs, n'hésitez pas à nous le dire et à poser des questions. Prenez tout le temps nécessaire pour prendre la décision de participer ou non à cette recherche.

1) En quoi consiste cette recherche?

La présente étude vise à développer un programme d'intervention s'adressant aux parents ayant un trouble de personnalité limite (TPL) et un enfant de 0 à 3 ans de même qu'à leurs intervenants. Elle comporte deux volets. Dans le premier volet, nous souhaitons mieux comprendre la réalité vécue par les parents ayant un TPL durant la période périnatale (0 à 3 ans) ainsi que celle des intervenants qui leur donnent des services afin de développer un programme d'intervention.

Si vous acceptez de participer, vous serez appelé à vous impliquer au cours des différentes étapes de la recherche. Vous pouvez choisir de participer à l'une ou à plusieurs de ces phases.

1) Groupe de discussion

Vous participerez à une première rencontre de discussion en groupe avec environ 8 intervenants ou gestionnaires où vous discuterez des difficultés que vivent les parents ayant un trouble de personnalité limite autour de la périnatalité, de même que des difficultés et besoins des intervenants. Finalement vous partagerez vos idées pour améliorer les services. Si les circonstances le justifient et en accord avec l'équipe de recherche, il sera possible de remplacer votre participation au groupe de discussion par une rencontre individuelle.

Durée : environ 2 heures

2) Rencontre individuelle

Quelques semaines plus tard, Individuellement, durant une rencontre avec une assistante de recherche, nous vous demanderons de classer les réponses obtenues lors des groupes de discussion en différentes catégories et de noter leur importance selon vous.

Durée : environ 30 minutes

3) Groupe de discussion

Quelques semaines plus tard, vous participerez à un second groupe de discussion avec environ 8 intervenants ou gestionnaires où vous discuterez des réponses qui ont été recueillies dans les étapes précédentes.

Durée : environ 2 heures

Les rencontres auront lieu au centre de recherche de l'Institut universitaire jeunes en difficulté à un moment déterminé selon la disponibilité des participants.

2) Avantages de la participation au projet

Vous ne retirerez aucun avantage personnel à participer à ce projet de recherche. Cependant, votre participation aidera à mieux comprendre les défis associés au suivi des parents ayant un TPL et contribuera à améliorer les services qui leur sont destinés.

3) Risques et inconvénients de la participation au projet

Votre participation au projet ne comporte aucun risque connu. Les inconvénients concernent le temps requis pour participer aux diverses activités, dont la participation à un groupe de discussion et à une entrevue de même que les déplacements jusqu'à ces activités. Il se peut que les discussions vous amène à parler de certains problèmes que vous vivez ou avez vécus, et qui sont difficiles pour vous. Si vous ressentez de la détresse, n'hésitez pas à en parler avec l'assistante de recherche. Elle pourra vous diriger vers des ressources appropriées. Il existe un risque qu'un autre participant aux groupes de discussion divulgue des informations obtenues durant la rencontre à l'extérieur du projet de recherche.

4) Est-ce que les renseignements que je donnerai seront confidentiels

Tous les renseignements recueillis seront traités de manière confidentielle. Chaque participant à la recherche recevra un numéro de code et seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès à la liste correspondante. Tous les membres de l'équipe de recherche signent un formulaire d'engagement à la confidentialité, c'est-à-dire qu'ils s'engagent à ne divulguer vos réponses à personne. Votre employeur n'aura pas accès aux informations divulguées dans le cadre de ce projet de recherche.

Il existe un risque qu'un autre participant aux groupes de discussion divulgue des informations obtenues durant la rencontre à l'extérieur du projet de recherche. Pour limiter ce risque, vous n'aurez pas besoin de vous identifier avec votre nom de famille en présence des autres participants à la recherche et la rencontre débutera par une explication du chercheur sur l'importance du maintien de la confidentialité et nous demanderont aux participants de s'engager verbalement à maintenir cette confidentialité.

Lors de la diffusion des résultats (conférence, rapport), aucune information permettant d'identifier les participants à cette recherche ne sera dévoilée. Une synthèse des données sera présentée de telle sorte qu'aucun participant ne puisse être identifié. Les données recueillies lors des groupes de discussion seront présentées en excluant tous détails qui permettraient d'identifier un participant.

Les renseignements seront conservés de manière sécuritaire dans un classeur verrouillé à clé pour le format papier et dans un document verrouillé par un mot de passe qui se trouve dans un ordinateur également verrouillé par un mot de passe pour les documents électroniques (fichiers audio). Vos renseignements ainsi que les enregistrements audios des entrevues seront détruits 7 ans après la fin du projet de recherche.

Il est possible que nous devions permettre l'accès aux dossiers de recherche au comité d'éthique de la recherche Jeunes en difficulté du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et aux organismes subventionnaires de la recherche à des fins de vérification ou de gestion de la recherche. Tous respectent la politique de stricte confidentialité.

Si vous le désirez, vous pouvez demander à la chercheuse de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, il est possible que vous n'ayez accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation à la recherche terminée.

5) Est-ce que les renseignements que je donnerai seront utilisés pour d'autres recherches?

Avec votre permission, il se peut que les renseignements que vous fournirez soient utilisés, avant la date prévue de destruction, dans le cadre de quelques projets de recherche qui porteront sur les différentes facettes du thème pour lequel vous être approché aujourd'hui. Ces projets éventuels seront sous la responsabilité de la chercheuse principale et seront autorisés par un Comité d'éthique de la recherche. L'équipe de recherche s'engage à maintenir et à protéger la confidentialité de vos données aux mêmes conditions que pour le présent projet.

6) Est-ce que je pourrai connaître les résultats de la recherche?

Vous ne pourrez pas obtenir vos résultats individuels. Cependant, si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des résultats généraux de la recherche, cela nous fera plaisir de vous le faire parvenir. Veuillez nous indiquer l'adresse (postale ou courriel) où nous pourrions vous envoyer le résumé de la recherche.

7) Est-ce que je recevrai une compensation pour ma participation à la recherche?

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à la recherche.

8) Liberté de participation à la recherche et droit de retrait

Vous êtes libre de ne pas participer à la recherche, sans que vous ayez besoin de vous justifier. Votre refus ne nuira pas à vos relations avec vos collègues et vos supérieurs.

De plus, même si vous acceptez de participer, vous pourrez vous retirer de la recherche en tout temps sur simple avis verbal, sans explication et sans que cela ne vous cause un quelconque tort. Les renseignements que vous aurez déjà donnés seront détruits, si vous le demandez.

La chercheuse pourrait elle aussi décider d'interrompre votre participation ou d'arrêter la recherche si elle pense notamment que c'est dans votre intérêt ou celui de l'ensemble des participants.

9) Personnes Ressources

Si vous avez des questions concernant cette recherche, vous pouvez contacter Lyne Desrosiers, chercheuse responsable de la recherche au 514-896-3582.

Si vous souhaitez vous renseigner sur vos droits ou pour formuler une plainte concernant la recherche, vous pouvez contacter Bureau des plaintes et de la qualité des services du CIUSSS de l'Estrie - CHUS via plaintes.ciusse-chus@sss.gouv.qc.ca ou au numéro suivant : 1-866-917-7903.

CONSENTEMENT À LA RECHERCHE

Je comprends le contenu de ce formulaire de consentement et je consens à participer à cette recherche sans contrainte ni pression. Je certifie qu'on m'a tout expliqué verbalement. J'ai pu poser toutes mes questions et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes. J'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision.

Je comprends aussi qu'en signant ce formulaire, je ne renonce pas à mes droits et je ne libère ni les chercheurs, ni l'établissement et ni les organismes subventionnaires de leur responsabilité civile ou professionnelle.

Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire d'information et de consentement.

J'accepte de participer à l'étape 1 de cette recherche qui consiste à participer à une discussion de groupe.
Oui Non

J'accepte de participer à l'étape 2 de cette recherche qui consiste à participer à une entrevue individuelle.
Oui Non

J'accepte de participer à l'étape 3 de cette recherche qui consiste à participer à une discussion de groupe.
Oui Non

Je désire recevoir un rapport des résultats de la recherche.
Oui Non

Si oui, faire parvenir à l'adresse courriel : _____

Utilisation secondaire des données de recherche

J'accepte que les renseignements que je fournis soient utilisés dans le cadre de projets de recherche ultérieurs visant à approfondir les différentes facettes du thème de la présente recherche.
Oui Non

Nom de la participant

Signature

Date

Déclaration de la personne ayant obtenu le consentement du participant

Je certifie avoir expliqué au participant la nature de la recherche ainsi que le contenu de ce formulaire. Je lui ai clairement indiqué qu'elle reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet. Je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Personne ayant obtenu le consentement

Signature

Date

DÉCLARATION DE LA CHERCHEUR RESPONSABLE

Je certifie qu'on a expliqué au participant la nature de la recherche ainsi que le contenu de ce formulaire et qu'on lui a clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet. Une copie signée du présent formulaire lui sera remise.

Chercheur principal

Signature

Date

- L'original du formulaire sera conservé au 1001 boul. de Maisonneuve Est au bureau de Lyne Desrosiers

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre de la recherche: Co-développement d'une intervention pour les parents ayant un trouble de la personnalité limite TPL en contexte de périnatalité

Chercheure responsable: Lyne Desrosiers, PhD, Université du Québec à Trois-Rivières et Institut universitaire Jeunes en difficulté du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Brigitte Vachon, PhD, Université de Montréal, Centre de recherche Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Étudiant chercheur: Cassandra Préfontaine, Étudiante au doctorat en sciences biomédicales Université du Québec à Trois-Rivières et Institut universitaire Jeunes en difficulté du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Madame, monsieur,

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Nous vous demandons de bien lire le présent document d'information et de consentement. Si certains mots ou expressions ne sont pas clairs, n'hésitez pas à nous le dire et à poser des questions. Prenez tout le temps nécessaire pour prendre la décision de participer ou non à cette recherche.

1) En quoi consiste cette recherche?

La présente étude vise à développer un programme d'intervention pour les parents ayant un trouble de personnalité limite (TPL) et un enfant de 0 à 3 ans de même que leurs intervenants. Elle comporte deux volets. Dans le premier volet, elle vise à mieux comprendre la réalité vécue par les parents ayant un TPL durant la période périnatale (0 à 3 ans) et par leurs intervenants afin de développer un programme d'intervention. Dans le deuxième volet, nous souhaitons vérifier si le programme aide les parents et leurs intervenants.

Si vous acceptez de participer, vous serez appelé à vous impliquer au cours des différentes étapes de la recherche. Vous pouvez choisir de participer à l'une ou à plusieurs de ces phases.

1) Groupe de discussion

Vous participerez à une première rencontre de groupe de discussion virtuel avec environ 8 intervenants ou gestionnaires où vous discuterez des difficultés que vivent les parents ayant un trouble de personnalité limite et leurs intervenants et des solutions possibles. **Si les circonstances le justifient et en accord avec l'équipe de recherche, il sera possible de remplacer votre participation au groupe de discussion par une rencontre individuelle.**

Durée : environ 2 heures

2) Rencontre individuelle

Quelques semaines plus tard, individuellement, vous participerez à une rencontre avec une assistante de recherche, en visioconférence, nous vous demanderons de classer des énoncés en différentes catégories et de noter leur importance selon vous.

Durée : environ 30 minutes

3) Groupe de discussion

Quelques semaines plus tard, vous participerez à une seconde rencontre de groupe de discussion virtuel avec environ 8 intervenants ou gestionnaires ou vous discuterez des réponses qui ont été recueillies dans les étapes précédentes.

Durée : environ 2 heures

Les rencontres seront réalisées via la plateforme TEAMS à partir d'une licence institutionnelle du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal à un moment déterminé selon les disponibilités des participants. Le premier groupe de discussion

et la rencontre individuelle seront enregistrés à l'audio obligatoirement. Le deuxième groupe de discussion sera enregistré audio-vidéo obligatoirement.

2) Avantages de la participation au projet

Vous ne retirerez aucun avantage personnel à participer à ce projet de recherche. Cependant, votre participation aidera à mieux comprendre les défis associés au suivi des parents ayant un TPL et contribuera à améliorer les services qui leur sont destinés.

3) Risques et inconvénients de la participation au projet

Votre participation au projet ne comporte aucun risque connu. Les inconvénients concernent le temps requis pour participer aux diverses activités, dont la participation à un groupe de discussion et à une entrevue de même que les déplacements jusqu'à ces activités. Il se peut que les discussions vous amène à parler de certains problèmes que vous vivez ou avez vécus, et qui sont difficiles pour vous. Si vous ressentez de la détresse, n'hésitez pas à en parler avec l'assistante de recherche. Elle pourra vous diriger vers des ressources appropriées. Il existe un risque qu'un autre participant aux groupes de discussion divulgue des informations obtenues durant la rencontre à l'extérieur du projet de recherche.

4) Est-ce que les renseignements que je donnerai seront confidentiels

Tous les renseignements recueillis seront traités de manière confidentielle. La plateforme utilisée pour les rencontres virtuelles est sécurisée et seules les personnes recevant l'invitation et le mot de passe peuvent accéder à la rencontre. Bien que la licence institutionnelle de la plateforme TEAMS utilisée comporte plusieurs mesures de sécurité, il existe un risque de bris de confidentialité toujours présent lors de l'utilisation de plateformes virtuelles. Chaque participant à la recherche recevra un numéro de code et seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès à la liste correspondante. Tous les membres de l'équipe de recherche signent un formulaire d'engagement à la confidentialité, c'est-à-dire qu'ils s'engagent à ne divulguer vos réponses à personne. Votre employeur n'aura pas accès aux informations divulguées dans le cadre de ce projet de recherche.

Il existe un risque qu'un autre participant aux groupes de discussion divulgue des informations obtenues durant la rencontre à l'extérieur du projet de recherche. Pour limiter ce risque, vous n'aurez pas besoin de vous identifier avec votre nom de famille en présence des autres participants à la recherche et la rencontre débutera par une explication du chercheur sur l'importance du maintien de la confidentialité et nous demanderont aux participants de s'engager verbalement à maintenir cette confidentialité.

Lors de la diffusion des résultats (conférence, rapport), aucune information permettant d'identifier les participants à cette recherche ne sera dévoilée. Une synthèse des données sera présentée de telle sorte qu'aucun participant ne puisse être identifié. Les données recueillies lors des groupes de discussion seront présentées en excluant tous détails qui permettraient d'identifier un participant.

Les renseignements seront conservés de manière sécuritaire dans un classeur verrouillé à clé pour le format papier et dans un document verrouillé par un mot de passe qui se trouve dans un ordinateur également verrouillé par un mot de passe pour les documents électroniques (fichiers audio). Vos renseignements ainsi que les enregistrements audios des entrevues seront détruits 7 ans après la fin du projet de recherche. Il est possible que nous devions permettre l'accès aux dossiers de recherche au comité d'éthique de la recherche Jeunes en difficulté du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et aux organismes subventionnaires de la recherche à des fins de vérification ou de gestion de la recherche. Tous respectent la politique de stricte confidentialité.

Si vous le désirez, vous pouvez demander à la chercheuse de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, il est possible que vous n'ayez accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation à la recherche terminée.

5) Est-ce que les renseignements que je donnerai seront utilisés pour d'autres recherches?

Avec votre permission, il se peut que les renseignements que vous fournirez soient utilisés, avant la date prévue de destruction, dans le cadre de quelques projets de recherche qui porteront sur les différentes facettes du thème pour lequel vous être approché aujourd'hui. Ces projets éventuels seront sous la responsabilité de la chercheuse principale et

seront autorisés par un Comité d'éthique de la recherche. L'équipe de recherche s'engage à maintenir et à protéger la confidentialité de vos données aux mêmes conditions que pour le présent projet.

6) Est-ce que je pourrai connaître les résultats de la recherche?

Vous ne pourrez pas obtenir vos résultats individuels. Cependant, si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des résultats généraux de la recherche, cela nous fera plaisir de vous le faire parvenir. Veuillez nous indiquer l'adresse (postale ou courriel) où nous pourrions vous envoyer le résumé de la recherche.

7) Est-ce que je recevrai une compensation pour ma participation à la recherche?

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à la recherche.

8) Liberté de participation à la recherche et droit de retrait

Vous êtes libre de ne pas participer à la recherche, sans que vous ayez besoin de vous justifier. Si vous êtes un gestionnaire ou un intervenant, votre refus ne nuira pas à vos relations avec vos collègues et vos supérieurs.

De plus, même si vous acceptez de participer, vous pourrez vous retirer de la recherche en tout temps sur simple avis verbal, sans explication et sans que cela ne vous cause un quelconque tort. Les renseignements que vous aurez déjà donnés seront détruits, si vous le demandez.

La chercheuse pourrait elle aussi décider d'interrompre votre participation ou d'arrêter la recherche si elle pense notamment que c'est dans votre intérêt ou celui de l'ensemble des participants.

9) Personnes Ressources

Si vous avez des questions concernant cette recherche, vous pouvez contacter Lyne Desrosiers, chercheuse responsable de la recherche au 514-896-3582.

Si vous souhaitez vous renseigner sur vos droits ou pour formuler une plainte concernant la recherche, vous pouvez contacter Bureau des plaintes et de la qualité des services du CIUSSS de l'Estrie - CHUS via plaintes.ciusse-chus@sss.gouv.qc.ca ou au numéro suivant : 1-866-917-7903.

CONSENTEMENT À LA RECHERCHE

Je comprends le contenu de ce formulaire de consentement et je consens à participer à cette recherche sans contrainte ni pression. Je certifie qu'on m'a tout expliqué verbalement. J'ai pu poser toutes mes questions et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes. J'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision.

Je comprends aussi qu'en signant ce formulaire, je ne renonce pas à mes droits et je ne libère ni les chercheurs, ni l'établissement et ni les organismes subventionnaires de leur responsabilité civile ou professionnelle.

Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire d'information et de consentement.

J'accepte de participer à l'étape 1 de cette recherche qui consiste à participer à une discussion de groupe.

Oui Non

J'accepte de participer à l'étape 2 de cette recherche qui consiste à participer à une entrevue individuelle.

Oui Non

J'accepte de participer à l'étape 3 de cette recherche qui consiste à participer à une discussion de groupe.

Oui Non

Je désire recevoir un rapport des résultats de la recherche.

Oui Non

Si oui, faire parvenir à l'adresse courriel : _____

Utilisation secondaire des données de recherche

J'accepte que les renseignements que je fournis soient utilisés dans le cadre de projets de recherche ultérieures visant à approfondir les différentes facettes du thème de la présente recherche.

Oui Non

Nom de la participant

Signature

Date

Déclaration de la personne ayant obtenu le consentement du participant

Je certifie avoir expliqué au participant la nature de la recherche ainsi que le contenu de ce formulaire. Je lui ai clairement indiqué qu'elle reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet. Je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Personne ayant obtenu le consentement

Signature

Date

DÉCLARATION DE LA CHERCHEURE RESPONSABLE

Je certifie qu'on a expliqué au participant la nature de la recherche ainsi que le contenu de ce formulaire et qu'on lui a clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet. Une copie signée du présent formulaire lui sera remise.

Chercheur principal

Signature

Date

-
- L'original du formulaire sera conservé au 1001 boul. de Maisonneuve Est au bureau de Lyne Desrosiers

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre de la recherche: Co-développement d'une intervention pour les parents ayant un trouble de la personnalité limite TPL en contexte de périnatalité

Chercheure responsable: Lyne Desrosiers, PhD, Université du Québec à Trois-Rivières et Institut universitaire Jeunes en difficulté du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Brigitte Vachon, PhD, Université de Montréal, Centre de recherche Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Étudiant chercheur: Cassandra Préfontaine, Étudiante au doctorat en sciences biomédicales Université du Québec à Trois-Rivières et Institut universitaire Jeunes en difficulté du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Madame, monsieur,

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Nous vous demandons de bien lire le présent document d'information et de consentement. Si certains mots ou expressions ne sont pas clairs, n'hésitez pas à nous le dire et à poser des questions. Prenez tout le temps nécessaire pour prendre la décision de participer ou non à cette recherche.

1) En quoi consiste cette recherche?

La présente étude vise à développer un programme d'intervention pour les parents ayant un trouble de personnalité limite (TPL) et un enfant de 0 à 3 ans. Elle comporte deux volets. Dans le premier volet, elle vise à mieux comprendre la réalité vécue par les parents ayant un TPL durant la période périnatale (0 à 3 ans) et par celle de leurs intervenants. Dans le deuxième volet, nous souhaitons vérifier si le programme aide les parents et leurs intervenants.

Si vous acceptez de participer, vous serez appelé à vous impliquer au cours des différentes étapes de la recherche. Vous pouvez choisir de participer à l'une ou à plusieurs de ces phases.

1) Groupe de discussion

Vous participerez à une première rencontre de groupe de discussion virtuel avec environ 8 parents où vous discuterez des difficultés que vivent les parents ayant un TPL et leurs intervenants, ainsi que des solutions à mettre en place. Si les circonstances le justifient et en accord avec l'équipe de recherche, il sera possible de remplacer votre participation au groupe de discussion par une rencontre individuelle.

Durée : environ 2 heures

2) Rencontre individuelle

Quelques semaines plus tard, individuellement, vous participerez à une rencontre avec une assistante de recherche, en visioconférence, nous vous demanderons de classer les idées générées au groupe de discussion et de noter leur importance.

Durée : environ 30 minutes

3) Groupe de discussion

Quelques semaines plus tard, vous participerez à une deuxième rencontre de groupe de discussion virtuel avec environ 8 parents ou vous discuterez des réponses qui ont été recueillies dans les étapes précédentes.

Durée : environ 2 heures

Les rencontres seront réalisées via la plateforme TEAMS à partir d'une licence institutionnelle du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Le premier groupe de discussion et la rencontre individuelle seront enregistrés à l'audio obligatoirement. Le deuxième groupe de discussion sera enregistré audio-vidéo obligatoirement. Les rencontres auront lieu à un moment déterminé selon la disponibilité des participants.

2) Avantages de la participation au projet

Vous ne retirerez aucun avantage personnel à participer à ce projet de recherche. Cependant, votre participation aidera à mieux comprendre les défis associés au suivi des parents ayant un TPL et contribuera à améliorer les services qui leur sont destinés.

3) Risques et inconvénients de la participation au projet

Votre participation au projet ne comporte aucun risque connu. Les inconvénients concernent le temps requis pour vous déplacer et participer aux diverses activités. Il se peut que les discussions vous amène à parler de certaines situations difficiles vous vivez ou avez vécus. Si vous ressentez de la détresse, n'hésitez pas à en parler avec l'assistante de recherche. Elle pourra vous diriger vers des ressources appropriées. Il existe un risque qu'un autre participant aux groupes de discussion divulgue des informations obtenues durant la rencontre à l'extérieur du projet de recherche.

4) Est-ce que les renseignements que je donnerai seront confidentiels

Tous les renseignements recueillis seront traités de manière confidentielle. La plateforme utilisée pour les rencontres virtuelles est sécurisée et seules les personnes recevant l'invitation et le mot de passe peuvent accéder à la rencontre. Bien que la licence institutionnelle de la plateforme TEAMS utilisée comporte plusieurs mesures de sécurité, il existe un risque de bris de confidentialité toujours présent lors de l'utilisation de plateformes virtuelles. Chaque participant à la recherche recevra un numéro de code et seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès à la liste correspondante. Tous les membres de l'équipe de recherche signent un formulaire d'engagement à la confidentialité, c'est-à-dire qu'ils s'engagent à ne divulguer vos réponses à personne. Votre intervenant (si vous êtes un parent) ou votre employeur (si vous êtes un intervenant) n'aura pas accès aux informations divulguées dans le cadre de ce projet de recherche.

Il existe un risque qu'un autre participant aux groupes de discussion divulgue des informations obtenues durant la rencontre à l'extérieur du projet de recherche. Pour limiter ce risque, vous n'aurez pas besoin de vous identifier avec votre nom de famille en présence des autres participants à la recherche et la rencontre débutera par une explication du chercheur sur l'importance du maintien de la confidentialité et nous demanderont aux participants de s'engager verbalement à maintenir cette confidentialité.

Lors de la diffusion des résultats (conférence, rapport), aucune information permettant d'identifier les participants à cette recherche ne sera dévoilée. Une synthèse des données sera présentée de telle sorte qu'aucun participant ne puisse être identifié. Les données recueillies lors des groupes de discussion seront présentées en excluant tous détails qui permettraient d'identifier un participant.

Les renseignements seront conservés de manière sécuritaire dans un classeur verrouillé à clé pour le format papier et dans un document verrouillé par un mot de passe qui se trouve dans un ordinateur également verrouillé par un mot de passe pour les documents électroniques (fichiers audio). Vos renseignements ainsi que les enregistrements audio seront détruits 7 ans après la fin du projet de recherche. Il est possible que nous devions permettre l'accès aux dossiers de recherche au comité d'éthique de la recherche Jeunes en difficulté du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et aux organismes subventionnaires de la recherche à des fins de vérification ou de gestion de la recherche. Tous respectent la politique de stricte confidentialité.

Si vous le désirez, vous pouvez demander à la chercheuse de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, il est possible que vous n'ayez accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation à la recherche terminée.

5) Est-ce que les renseignements que je donnerai seront utilisés pour d'autres recherches?

Avec votre permission, il se peut que les renseignements que vous fournirez soient utilisés, avant la date prévue de destruction, dans le cadre de quelques projets de recherche qui porteront sur les différentes facettes du thème pour lequel vous être approché aujourd'hui. Ces projets éventuels seront sous la responsabilité de la chercheuse principale et seront autorisés par un Comité d'éthique de la recherche. L'équipe de recherche s'engage à maintenir et à protéger la confidentialité de vos données aux mêmes conditions que pour le présent projet.

6) Est-ce que je pourrai connaître les résultats de la recherche?

Vous ne pourrez pas obtenir vos résultats individuels. Cependant, si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des résultats généraux de la recherche, cela nous fera plaisir de vous le faire parvenir. Veuillez nous indiquer l'adresse (postale ou courriel) où nous pourrions vous envoyer le résumé de la recherche.

7) Est-ce que je recevrai une compensation pour ma participation à la recherche?

Les parents participant à la recherche recevront 50\$ pour la première rencontre de collecte de données et 25\$ pour les rencontres suivantes. La compensation financière vous sera remise par virement interact après chaque rencontre.

8) Liberté de participation à la recherche et droit de retrait

Vous êtes libre de ne pas participer à la recherche, sans que vous ayez besoin de vous justifier. Si vous êtes parent, votre refus de participer ne nuira pas à votre relation avec vos intervenants ni aux services que vous recevrez. Votre décision de ne pas participer ne sera pas mentionnée à votre dossier.

De plus, même si vous acceptez de participer, vous pourrez vous retirer de la recherche en tout temps sur simple avis verbal, sans explication et sans que cela ne vous cause un quelconque tort. Les renseignements que vous aurez déjà donnés seront détruits, si vous le demandez.

La chercheuse pourrait elle aussi décider d'interrompre votre participation ou d'arrêter la recherche si elle pense notamment que c'est dans votre intérêt ou celui de l'ensemble des participants.

9) Personnes Ressources

Si vous avez des questions concernant cette recherche, vous pouvez contacter Lyne Desrosiers, chercheuse responsable de la recherche au 514-896-3582.

Si vous souhaitez vous renseigner sur vos droits ou pour formuler une plainte concernant la recherche, vous pouvez contacter Bureau des plaintes et de la qualité des services du CIUSSS de l'Estrie - CHUS via plaintes.ciusse-chus@sss.gouv.qc.ca ou au numéro suivant : 1-866-917-7903.

CONSENTEMENT À LA RECHERCHE

Je comprends le contenu de ce formulaire de consentement et je consens à participer à cette recherche sans contrainte ni pression. Je certifie qu'on m'a tout expliqué verbalement. J'ai pu poser toutes mes questions et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes. J'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision.

Je comprends aussi qu'en signant ce formulaire, je ne renonce pas à mes droits et je ne libère ni les chercheurs, ni l'établissement et ni les organismes subventionnaires de leur responsabilité civile ou professionnelle.

Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire d'information et de consentement.

J'accepte de participer à l'étape 1 de cette recherche qui consiste à participer à une discussion de

Oui Non

Si oui, faire parvenir à l'adresse courriel : _____

Utilisation secondaire des données de recherche

J'accepte que les renseignements que je fournis soient utilisés dans le cadre de projets de recherche ultérieures visant à approfondir les différentes facettes du thème de la présente recherche.

Oui Non

Nom de la participant

Signature

Date

Déclaration de la personne ayant obtenu le consentement du participant

Je certifie avoir expliqué au participant la nature de la recherche ainsi que le contenu de ce formulaire. Je lui ai clairement indiqué qu'elle reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet. Je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Personne ayant obtenu le consentement

Signature

Date

DÉCLARATION DE LA CHERCHEURE RESPONSABLE

1 novembre 2022- document modifié en date du 23 février 2023

Je certifie qu'on a expliqué au participant la nature de la recherche ainsi que le contenu de ce formulaire et qu'on lui a clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet. Une copie signée du présent formulaire lui sera remise.

Chercheur principal

Signature

Date

-
- L'original du formulaire sera conservé au 1001 boul. de Maisonneuve Est au bureau de Lyne Desrosiers

CONSENTEMENT À LA RECHERCHE

Je comprends le contenu de ce formulaire de consentement et je consens à participer à cette recherche sans contrainte ni pression. Je certifie qu'on m'a tout expliqué verbalement. J'ai pu poser toutes mes questions et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes. J'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision.

Je comprends aussi qu'en signant ce formulaire, je ne renonce pas à mes droits et je ne libère ni les chercheurs, ni l'établissement et ni les organismes subventionnaires de leur responsabilité civile ou professionnelle.

Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire d'information et de consentement.

J'accepte de participer à l'étape 1 de cette recherche qui consiste à participer à une discussion de groupe.
Oui Non

J'accepte de participer à l'étape 2 de cette recherche qui consiste à participer à une entrevue individuelle.
Oui Non

J'accepte de participer à l'étape 3 de cette recherche qui consiste à participer à une discussion de groupe.
Oui Non

Je désire recevoir un rapport des résultats de la recherche.
Oui Non

Si oui, faire parvenir à l'adresse courriel : _____

Utilisation secondaire des données de recherche

J'accepte que les renseignements que je fournis soient utilisés dans le cadre de projets de recherche ultérieurs visant à approfondir les différentes facettes du thème de la présente recherche.
Oui Non

Nom de la participant

Signature

Date

Déclaration de la personne ayant obtenu le consentement du participant

Je certifie avoir expliqué au participant la nature de la recherche ainsi que le contenu de ce formulaire. Je lui ai clairement indiqué qu'elle reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet. Je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Personne ayant obtenu le consentement

Signature

Date

DÉCLARATION DE LA CHERCHEURE RESPONSABLE

Je certifie qu'on a expliqué au participant la nature de la recherche ainsi que le contenu de ce formulaire et qu'on lui a clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet. Une copie signée du présent formulaire lui sera remise.

Chercheur principal

Signature

Date

- L'original du formulaire sera conservé au 1001 boul. de Maisonneuve Est au bureau de Lyne Desrosiers

Annexe III : formulaires de recrutement

Titre du projet : Adaptation du programme Mon enfant et Moi à la période périnatale

Chercheur principal : Lyne Desrosiers, Ph.D., erg., psychothérapeute, Chercheur universitaire régulier Institut universitaire jeunes en difficulté

Dans le cadre d'un projet de recherche se déroulant à l'Institut universitaire jeunes en difficulté, nous recrutons des participants afin de contribuer à l'adaptation d'une intervention. Pour ce faire, nous désirons recruter des parents ayant un enfant de 0 à 5 ans et ayant participé au programme Mon enfant et moi, des intervenants travaillant auprès de parents présentant un TPL et des gestionnaires de services ayant accueilli l'intervention Mon enfant et moi. Les participants devront participer à un groupe de discussion et/ou à une rencontre individuelle. Merci de faire suivre ce courriel aux intervenants et parents que vous connaissez et qui pourraient être intéressés à participer au projet. La participation à ce projet est entièrement volontaire et que le refus de participer n'aura aucun impact sur les services reçus.

Critères d'inclusion pour les parents :

- des parents ayant participé au programme Mon enfant et moi ce critère permettra une connaissance suffisante du contenu de l'intervention

Critères d'inclusion pour les intervenants :

- des intervenants travaillant auprès de parents ayant un trouble de la personnalité limite

Les personnes intéressées peuvent contacter les chercheurs à l'adresse suivante afin d'avoir plus d'information concernant le projet : cassandra.prefontaine@uqtr.ca ou à compléter une fiche d'autorisation de contact pour être contacté par l'équipe de recherche.

Merci pour votre collaboration

Fiche autorisation de contact

Titre du projet de recherche : Adaptation du programme Mon enfant et Moi à la période périnatale

Objectif du projet de recherche :

- 1) Évaluer les besoins des parents ayant un trouble de la personnalité limite durant la période périnatale.
- 2) Adapter le programme « Mon enfant et moi » pour la phase périnatale.

Chercheur responsable : Lyne Desrosiers, Ph.D., erg., psychothérapeute, Chercheur universitaire régulier Institut universitaire jeunes en difficulté

Dans le cadre d'un projet de recherche se déroulant à l'Institut universitaire jeunes en difficulté, nous recrutons des participants afin de contribuer à l'adaptation d'une intervention. Acceptez-vous de rencontrer un membre de l'équipe de recherche afin qu'ils puissent vous donner plus d'informations sur cette recherche? Prenez bien note que votre accord ne constitue pas un consentement à participer à la recherche, mais uniquement une autorisation pour qu'un membre de l'équipe de recherche vous donne de l'information.

La participation à ce projet est entièrement volontaire et que le refus de participer n'aura aucun impact sur les services reçus.

Nom : _____

Numéro de téléphone: _____

Courriel : _____

Pouvez-vous indiquer quel moment est le plus opportun pour qu'un membre de l'équipe de recherche vous contacte ?

Disponibilités : _____

Annexe IV : canevas d'entrevues

CANEVAS D'ENTREVUE AUX PARENTS

Section 1 : Forces et besoin des parents

Quelles sont vos forces comme parent ?

Qu'est-ce qui était facile pour vous comme parent ?

Décrivez-moi comment cela s'est passé/qu'auriez-vous eu besoin pour/quelle aide vous avez reçu pour :

- La grossesse
- L'accouchement
- Les premières semaines avec le bébé
- L'allaitement/nourrir le bébé
- Les nuits
- La proximité avec l'enfant
- Répondre aux besoins de l'enfant
- Communiquer avec l'enfant
- Réagir face aux pleurs du bébé
- Décoder ses signaux
- Mettre des limites à l'enfant
- Laisser l'enfant explorer
- Lorsque l'enfant a un comportement problématique
- Les routines
- Jouer avec l'enfant
- La relation et la communication avec le père de l'enfant
- La relation avec l'entourage de l'enfant
- La période où l'enfant débute à marcher/à se déplacer

- Lorsque l'enfant débute à aller à la garderie
- La période d'opposition de l'enfant
- Prendre soin du logement

Section 2 : Besoin de formation des intervenants

Qu'avez-vous apprécié de vos intervenants ?

Qu'est-ce que vous n'avez pas aimé de vos intervenants ?

Comment est/que fait un intervenant idéal ?

Qu'est-ce qu'un intervenant a besoin d'apprendre pour bien travailler avec vous ?

Section 3 : Facilitateurs et obstacles organisationnels

Qu'avez-vous pensé du fait faire le programme en groupe ?

Qu'avez-vous pensé du nombre de rencontres et de leurs durées ?

Qu'avez-vous pensé du lieu des rencontres ?

Quels seraient les défis de le faire avec un jeune enfant ?

CANEVAS ENTREVUE AUX INTERVENANTS

Section 1 : Forces et besoin des parents

Quelles sont les forces de ces parents ?

Décrivez-moi ce que vous avez pu observé/quels étaient les besoin pour/quelle aide vous avez dû fournir pour :

- La grossesse
- L'accouchement
- Les premières semaines avec le bébé
- L'allaitement/nourrir le bébé
- Les nuits
- La proximité avec l'enfant
- Répondre aux besoins de l'enfant
- Communiquer avec l'enfant
- Réagir face aux pleurs du bébé
- Décoder ses signaux
- Mettre des limites à l'enfant
- Laisser l'enfant explorer
- Lorsque l'enfant a un comportement problématique
- Les routines
- Jouer avec l'enfant
- La relation et la communication avec le père de l'enfant
- La relation avec l'entourage de l'enfant
- La période où l'enfant débute à marcher/à se déplacer
- Lorsque l'enfant débute à aller à la garderie
- La période d'opposition de l'enfant
- Prendre soin du logement

Section 2 : Besoin de formation des intervenants

Qu'est-ce qu'un intervenant a besoin d'apprendre pour bien travailler avec ces parents ?

Quels sont les défis de travailler avec cette clientèle ?

Qu'est-ce qui fonctionne auprès de cette clientèle ?

Comment est/que fait un intervenant idéal ?

Qu'avez-vous eu besoin d'apprendre/de développer en travaillant auprès de cette clientèle ?

Section 3 : Facilitateurs et obstacles organisationnels

Que pensez-vous du fait faire le programme en groupe ?

Qu'avez-vous pensé du nombre de rencontres et de leurs durées ?

Qu'avez-vous pensé du lieu des rencontres ?

Quels seraient les défis de le faire avec un jeune enfant ?

Quels sont les enjeux pour le recrutement et l'engagement de ces parents ?

CANEVAS D'ENTREVUE AUX GESTIONNAIRES

Facilitateurs et obstacles organisationnels à l'implantation

1. Caractéristiques de l'intervention

Quelle est la pertinence d'une telle intervention selon vous ?

Quels sont les enjeux logistiques (locaux, matériel, horaire, nombre de semaines) ?

Quels sont les enjeux financiers ?

Quels sont les enjeux liés au fait de faire une intervention de groupe ?

2. Contexte externe

Quelles sont les offres de services actuelles pour cette clientèle ?

Quels sont les mécanismes de collaboration actuelle, les corridors de services existants ?

3. Contexte interne

Dans quels services/programmes retrouve-t-on cette clientèle ?

Quels sont les mécanismes de référencement ?

Quels sont les enjeux au niveau du fonctionnement interne ?

Quels sont les enjeux au niveau du personnel ?

4. Caractéristiques des individus

Quels enjeux sont différents lorsqu'on travaille avec des parents dans la période périnatale comparativement à des parents d'enfant plus vieux ?

5. Processus de mise en œuvre de l'intervention

Quels sont les enjeux pour recruter et engager cette clientèle ?

Y a-t-il d'autres enjeux auxquels vous pensez qui n'ont pas été abordés ?