

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'EXPÉRIENCE DE DIFFICULTÉS PERSONNELLES ACTUELLES CHEZ LES
THÉRAPEUTES ET LA GESTION DE LEURS RÉPERCUSSIONS SUR LA PRATIQUE ET
LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

FRANÇOIS DELISLE

NOVEMBRE 2024

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.12-2023). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Au moment de remettre ce manuscrit de thèse, je tiens à remercier tous les « facteurs de résilience » que j'ai eu la chance d'avoir autour de moi et qui m'ont accompagné tout au long de ce processus et de son aboutissement.

Tout d'abord, je souhaite remercier mon directeur de thèse, Dr Marc-Simon Drouin, que je connais depuis que « je suis haut de même » et qui m'a accompagné avec patience, rigueur et bienveillance tout au long de ce parcours doctoral. Merci de m'avoir encouragé à poursuivre ces études malgré tous les défis qui m'attendaient à ma sortie du baccalauréat et merci d'avoir été là pour me ramener sur le chemin dans mes errances méthodologiques et mes angoisses existentielles de doctorant.

Je tiens aussi à remercier mes correcteurs pour leur apport à cette thèse, mais aussi à mon parcours. Merci au Dr Christian Thiboutot de m'avoir accepté dans son séminaire en tant qu'étudiant libre avant mon entrée officielle au doctorat et de m'avoir initié aux bases phénoménologiques et existentielles de l'approche humaniste qui me sont aussi utiles dans mon travail que dans ma vie personnelle. Merci aussi au Dr Olivier Laverdière que j'ai eu la chance de rencontrer à mon premier congrès du SPR à Berkeley et avec qui j'ai pu présenter pour la première fois dans un congrès de l'OPQ. Et merci au Dr Joao Da Silva Guerreiro d'avoir généreusement accepté de participer à ce jury malgré l'approche d'une sabbatique et qui a porté une attention à la fois rigoureuse et généreuse à ce manuscrit.

Je remercie également mes superviseurs et formateurs cliniques, Danielle Desjardins, Sébastien Côté, Caroline Bouchard et Cyrille Bertrand, pour leur soutien précieux dans ma formation et dans mon appréciation de la réalité d'être psychothérapeute.

Merci aussi à Hugues Leduc, qui m'a grandement aidé au niveau de mes analyses statistiques et qui a su me donner espoir qu'au fur et à mesure des étapes, un dépôt de thèse arriverait éventuellement. Merci de ta patience avec mes deux banques de données et mes quelques centaines d'items.

J'aimerais aussi remercier mes deux parents, Gilles Delisle et Line Girard, qui m'ont accompagné depuis mes premiers souffles et avec qui j'ai la chance aujourd'hui de partager un métier. Merci

de votre inspiration professionnelle respective, mais surtout, merci de votre accompagnement continu à travers tous les aléas de la vie qui ont fait de moi l'homme que je suis aujourd'hui, avec sa persévérance, sa résilience et sa joie de vivre.

Merci aussi à ma femme, Fatoumata Diariou Barry, qui m'a soutenu dans bien plus d'épreuves et de défis dans les 12 dernières années que ce doctorat. Merci de faire de moi un homme meilleur chaque jour et merci d'être là et de m'aimer, peu importe les résultats. Ce parcours aurait été tellement plus difficile si je n'avais pas eu la chance de rentrer le soir à tes côtés. Petit clin d'œil aussi à notre petite Luna et notre Rocco qui m'ont maintes fois rappelé le moment présent quand j'en avais particulièrement besoin.

Merci à ma famille, que vous soyez Delisle, Couture, Girard, Lespérance, Barry ou Tounkara, merci de me soutenir, de m'aimer et de m'inspirer.

Je tiens à remercier tous mes amis et collègues du doctorat. Que l'on se soit rencontré dans des cours, au CSP ou au CSCP, sachez que vous êtes pour beaucoup dans le plaisir que j'ai eu à faire ce parcours doctoral. Merci de m'avoir aidé à dédramatiser et à apprécier mes processus de recherche et de psychothérapie. Un petit clin d'œil tout spécial à mon groupe d'intervision qui m'a été très précieux dans les dernières années. C'est bon de penser de vous avoir dans ma vie.

Bien évidemment, je tiens à souligner ma reconnaissance pour tous les thérapeutes qui ont généreusement accepté de participer à mon étude. Cette thèse n'aurait pas été possible sans vous. Merci pour le temps que vous m'avez accordé et merci d'avoir accepté de vous livrer à moi sur des sujets aussi sensibles que la vulnérabilité. Au-delà de votre apport à cette thèse, sachez que vous aurez aussi donné de l'espoir à un jeune doctorant qui deviendra un jour psychologue.

Pour finir, je tiens à faire une mention toute spéciale à mes amis d'enfance, du secondaire et de karaté. C'est bien d'avancer et de se développer professionnellement, mais ma vie serait bien terne si elle n'était que ça. Merci de me sortir de ma tête, de me rappeler qui je suis et de me permettre d'être juste François.

Merci !

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES TABLEAUX	viii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....	x
RÉSUMÉ	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 - MISE EN CONTEXTE	3
1.1. L'efficacité thérapeutique et l'effet de la variable thérapeute	4
1.2. Recherche internationale sur le développement des psychothérapeutes.....	8
1.3. La vie personnelle au service du développement de l'expertise professionnelle et de la pratique efficace.....	11
1.4. Lien entre l'état de bien-être subjectif du thérapeute et son travail thérapeutique	13
1.5. La résilience	17
1.5.1. La résilience du thérapeute	19
1.5.2. Le bien-être et la résilience professionnelle des thérapeutes	21
1.6. La résilience du thérapeute et les effets « soignants » ou « guérissants » de ses propres expériences de difficultés pour ses clients	25
1.7. Conclusion	27
1.8. Questions de recherche	29
1.8.1. Question de recherche principale.....	29
1.8.2. Sous-questions	29
1.8.3. Les difficultés personnelles actuelles et la qualité de vie personnelle actuelle	30
1.8.4. Importance de la présente étude pour l'avancement des connaissances.....	31
1.8.5. Utilisation d'un devis mixte.....	32
CHAPITRE 2 - DEVIS QUANTITATIF	34
2.1. Méthodologie	34
2.1.1. Devis de recherche.....	34
2.1.2. Participants.....	34
2.1.3. Instrument de mesure.....	35
2.1.4. Procédure	39

2.1.5. Éthique	42
2.2. Résultats	43
2.2.1. Sentiment de développement et de compétence professionnelle	44
2.2.2. Relation de soutien personnel et professionnel vertical.....	47
2.2.3. Sentiment de bien-être et de satisfaction personnelle et professionnelle.....	48
2.2.4. Attitudes et manières d’être en relations personnelles et intimes	51
2.2.5. Éléments d’histoire développementale dans la famille d’origine	53
2.2.6. Religion et spiritualité.....	54
2.2.7. Autres résultats d’intérêt	55
2.3. Discussion	56
2.4. Conclusion	63
CHAPITRE 3 - DEVIS QUALITATIF	65
3.1. Méthodologie	65
3.1.1. Introduction.....	65
3.1.2. Participants.....	66
3.1.3. Entrevue semi-structurée	69
3.1.4. Procédure	70
3.1.5. Analyse thématique.....	71
3.1.6. Biais possibles.....	75
3.1.7. Éthique	76
3.2. Résultats	77
3.2.1. Impacts des difficultés personnelles sur la pratique des thérapeutes.....	78
3.2.2. Éléments favorisant la gestion des impacts de la difficulté sur la pratique	84
3.3. Discussion	95
3.3.1. Sensibilité à la vulnérabilité versus vulnérabilité défensive.....	96
3.3.2. Ne pas attendre la survenue d’une difficulté pour penser en termes de résilience.	99
3.3.3. Un espace de contact et un espace de retrait envers la difficulté.....	103
3.3.4. Autres résultats d’intérêts	105
3.4. Conclusion	106
CHAPITRE 4 - SYNTHÈSE ET DISCUSSION.....	107
4.1. Première sous-question	107
4.2. Deuxième sous-question	110
4.3. Troisième sous-question	111

4.4. Limites et recherches futures	113
CONCLUSION.....	116
ANNEXE A - ANNONCE DE RECRUTEMENT	117
ANNEXE B - CANEVAS D'ENTREVUE	119
ANNEXE C - CONSENTEMENT DPCCQ.....	122
ANNEXE D - CONSENTEMENT ENTREVUE.....	125
ANNEXE E - FIGURES	129
ANNEXE F - TABLEAUX.....	131
ANNEXE G - CERTIFICAT ÉTHIQUE	160
ANNEXE H - AVIS FINAL DE CONFORMITÉ.....	161
RÉFÉRENCES	162

LISTE DES FIGURES

Figure E.1. Arbre thématique représentant les impacts des difficultés personnelles sur la pratique des thérapeutes.....	129
Figure E.2. Arbre thématique représentant les éléments favorisant la gestion des impacts de la difficulté sur la pratique des thérapeutes.....	130

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leur développement professionnel actuel ressenti.....	44
Tableau 2.2. Test du Khi carré pour des variables dichotomisées comparant les fréquences dans les groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leur développement professionnel actuel ressenti.	45
Tableau 2.3. Test du khi carré comparant les fréquences dans les groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leur propre thérapie personnelle.....	47
Tableau 2.4. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leur sentiment de bien-être et de satisfaction professionnelle.....	48
Tableau 2.5. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leur appréciation subjective de leur vie personnelle actuelle.	49
Tableau 2.6. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leurs attitudes dans leurs relations personnelles intimes.	51
Tableau 2.7. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leur histoire développementale et familiale.	53
Tableau 2.8. Test du Khi carré comparant les fréquences dans les groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leurs valeurs religieuses.	54
Tableau F.1. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leurs caractéristiques démographiques et professionnelles.....	131
Tableau F.2. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leurs caractéristiques démographiques et professionnelles.....	132
Tableau F.3. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leur développement professionnel ressenti en carrière.	133
Tableau F.4. Test du Khi carré comparant la fréquence des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de la détérioration professionnelle ressentie au cours de la carrière....	134
Tableau F.5. Test du Khi carré comparant la fréquence de participation à la formation post-universitaire et à la supervision pour les groupes de thérapeutes résilients et non résilients.	135
Tableau F.6. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de la gravité de la symptomatologie de leurs clients.	136
Tableau F.7. Test du Khi carré comparant les fréquences des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de la gravité de la symptomatologie de leurs clients.	137
Tableau F.8. Test t comparant les moyennes entre les groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leur manière d’être en séance.....	138
Tableau F.9. Test du Khi carré pour des variables dichotomisées comparant les fréquences dans les groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leur manière d’être en séance.	140

Tableau F.10. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leur sentiment de compétence thérapeutique en séance.	141
Tableau F.11. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leurs difficultés rencontrées en séance.	142
Tableau F.12. Test du Khi carré comparant les fréquences dans les groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau des difficultés rencontrées en séance.	144
Tableau F.13. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients dans leurs tentatives de résoudre leurs difficultés en séances de manière productive.	145
Tableau F.14. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients dans leurs tentatives de résoudre leurs difficultés en séances de manière défensive. .	146
Tableau F.15. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leurs attitudes envers leurs clients.	147
Tableau F.16. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leur gestion du cadre thérapeutique.	148
Tableau F.17. Test du Khi carré pour une variable dichotomisée comparant les fréquences dans les groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leur gestion du cadre thérapeutique.	149
Tableau F.18. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients sur le plan de leurs sources d'apprentissages	150
Tableau F.19. Test du khi carré pour des variables dichotomisées comparant les fréquences dans les groupes de thérapeutes résilients et non résilients sur le plan de leurs sources d'apprentissages.	151
Tableau F.20. Test du khi carré comparant les fréquences dans les groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leur propre thérapie personnelle.	152
Tableau F.21. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leur propre thérapie personnelle.	153
Tableau F.22. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de la gestion de leur frontière entre leur vie professionnelle et personnelle.	154
Tableau F.23. Test du Khi carré comparant les fréquences dans les groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leur situation de vie personnelle actuelle.	155
Tableau F.24. Test du Khi carré comparant les fréquences dans les groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leur structure familiale d'origine.	156
Tableau F.25. Test du Khi carré comparant les fréquences dans les groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leurs valeurs religieuses.	157
Tableau F.26. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leur manière d'être dans les relations personnelles intimes.	158

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

DPCCQ (Development of Psychotherapist Common Core Questionnaire)

ISPD (International Study of Psychotherapist Development)

PGRO (Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet)

CIG (Centre d'Intégration Gestaltiste)

UQÀM (Université du Québec à Montréal)

RÉSUMÉ

Au cours des dernières années, plusieurs recherches et écrits ont été publiés concernant la résilience des thérapeutes dans un contexte de difficultés professionnelles telles que le trauma vicariant et la fatigue de compassion. La présente recherche s'intéresse principalement à la résilience du thérapeute sous l'angle de la gestion des répercussions de ses difficultés personnelles actuelles sur leur pratique et leur développement professionnel. Nous avons cherché à comprendre ce qui permet aux thérapeutes de gérer leurs difficultés personnelles actuelles, pour éviter qu'elles interfèrent dans leur travail avec les clients en utilisant un devis mixte et exploratoire.

Nous avons tout d'abord utilisé les réponses de 129 participants au *DPCCQ* qui vivaient des difficultés personnelles actuelles en les répartissant en deux groupes selon leur patron de pratique. Nous avons formé un groupe de thérapeutes « résilients », comptant 86 participants qui affichaient un patron de pratique efficace et un groupe de thérapeutes « non résilients », comptant 43 participants qui affichaient un patron de pratique autre qu'efficace. Nous avons ensuite comparé les moyennes de ces deux groupes à l'aide de tests *t* et de tests du khi carré sur un ensemble d'items du *DPCCQ* afin de faire ressortir les caractéristiques personnelles et professionnelles significativement différentes entre les thérapeutes résilients et non résilients.

Ensuite, nous avons rencontré 10 thérapeutes québécois qui vivaient des difficultés personnelles et qui ont accepté de répondre à une entrevue semi-structurée. Les verbatims de ces entrevues ont ensuite été analysés selon les principes de l'analyse thématique afin de faire ressortir les impacts possibles des difficultés personnelles actuelles sur la pratique et les éléments qui favorisaient la gestion de leurs répercussions sur la pratique.

Nos résultats permettent de souligner l'importance des éléments personnels, professionnels et relationnels, présents et passés, qui contribuent à la résilience personnelle du thérapeute. Il est indéniable que les difficultés personnelles actuelles peuvent bel et bien avoir un effet négatif sur la pratique des psychothérapeutes et qu'il faut appréhender la résilience du thérapeute face à celles-ci comme un phénomène complexe et global.

Mots clés : résilience du thérapeute, difficultés personnelles actuelles, développement du thérapeute, vie personnelle du thérapeute.

ABSTRACT

In recent years, several research and writings have been published regarding the resilience of therapists in the context of professional difficulties such as vicarious trauma and compassion fatigue. This research is primarily interested in therapist resilience from the perspective of managing the repercussions of their current personal difficulties on their practice and professional development. We sought to understand what allows therapists to manage their current personal difficulties, to prevent them from interfering in their work with clients using a mixed method exploratory design.

We first used the responses of 129 participants on the DPCCQ who were experiencing current personal difficulties, dividing them into two groups according to their practice pattern. We formed a group of “resilient” therapists, including 86 participants who displayed an effective practice pattern, and a group of “non-resilient” therapists, including 43 participants who displayed a practice pattern other than effective. We then compared the means of these two groups using t-tests and chi-square tests on a set of DPCCQ items in order to highlight the personal and professional characteristics that were significantly different between resilient and non resilient therapists.

Then, we met 10 Quebec therapists who were experiencing personal difficulties and who agreed to respond to a semi-structured interview. The verbatim transcripts of these interviews were then analyzed according to the principles of thematic analysis in order to highlight the possible impacts of current personal difficulties on practice, and the elements which favored the management of their repercussions on practice.

Our results highlight the importance of personal, professional and relational elements, present and past, which contribute to the therapist's personal resilience. It is undeniable that current personal difficulties can indeed have a negative effect on the practice of psychotherapists, and that the therapist's resilience in the face of these must be understood as a complex and global phenomenon.

Key words: therapist resilience, current personal difficulties, therapist development, therapist personal life.

INTRODUCTION

Au Québec, surtout depuis d'adoption du projet de loi 21 encadrant la pratique de la psychothérapie en juin 2009, la communauté scientifique et professionnelle se questionne quant aux éléments nécessaires à la bonne conduite de l'acte psychothérapeutique et aux éléments essentiels de la formation des psychothérapeutes. Ces questionnements ont généré un grand intérêt pour la recherche et les écrits sur les données probantes, l'efficacité thérapeutique et le développement des thérapeutes.

À l'international aussi, l'un des principaux champs d'intérêt de la recherche en psychologie clinique contemporaine est la question de l'efficacité thérapeutique. On cherche à savoir si une aide psychologique, principalement la psychothérapie, mène aux effets escomptés, soit d'améliorer la santé mentale de manière significative et durable des personnes qui consultent (Van Deth, 2013).

Depuis quelques années et en partie grâce aux études de Wampold (2001) sur les facteurs tant communs que spécifiques de l'efficacité thérapeutique, la recherche en psychothérapie se penche davantage sur les variables d'efficacité associées à la personne du thérapeute, ce qui a mené à la production d'une littérature nouvelle et à un champ d'étude portant sur le développement des psychothérapeutes. De plus en plus se pose la question de ce qui, chez la personne du thérapeute, contribue à son efficacité. On cherche à savoir qui sont les thérapeutes efficaces et comment ils se développent. Pour ce faire, on s'intéresse à leurs caractéristiques personnelles et professionnelles qu'on met ensuite en lien avec leur formation et leur pratique de la psychothérapie.

La présente thèse doctorale est largement fondée sur ces études du développement des psychothérapeutes, plus particulièrement sur les travaux d'Orlinsky et Ronnestad. Nous cherchons à mieux comprendre ce qui, dans la personne du thérapeute, module et régule l'effet de ses difficultés personnelles actuelles sur sa pratique et sur son développement professionnel.

Afin de situer notre objet d'étude, nous présenterons d'abord la place qu'occupe la variable de la personne du thérapeute dans les recherches actuelles sur l'efficacité thérapeutique. Ensuite, nous aborderons sommairement une étude de grande envergure sur la question : *l'International Study*

of Psychotherapist Development (ISPD) d'Orlinsky et Ronnestad (2005) et Orlinsky, (2022), pour mieux saisir le concept de pratique efficace et celui d'amélioration professionnelle développementale ressentie. Nous verrons également comment s'intègrent le développement et la vie personnelle des thérapeutes dans leur développement professionnel et dans leur manière de s'impliquer dans leur pratique. Nous présenterons ensuite les effets nuisibles et/ou facilitants que les difficultés personnelles actuelles du thérapeute peuvent avoir sur son efficacité thérapeutique. Nous terminerons par la définition et l'approfondissement du concept de la résilience du thérapeute, qui lui permet de limiter les effets nuisibles de ses difficultés personnelles, tout en favorisant leurs effets facilitants et en générant des effets soignants ou guérissants dans leur travail avec leurs clients. Nous tenterons d'élaborer davantage ce concept à travers les résultats de la présente étude.

C'est au moyen d'une recherche à devis mixte que nous tenterons de cerner ce qui permet aux thérapeutes, autant dans leurs caractéristiques personnelles et professionnelles, que dans leurs actions et leurs processus de développement professionnel, de gérer leurs difficultés personnelles actuelles pour éviter qu'elles interfèrent dans leur travail avec les clients et dans leur développement professionnel. Notre étude portant spécifiquement sur la gestion des difficultés personnelles actuelles des thérapeutes, nous laisserons de côté les éventuelles difficultés vécues dans l'enfance, de même que celles vécues dans le cadre professionnel, comme les suivis difficiles avec les clients, l'épuisement professionnel, la fatigue de compassion et le trauma vicariant. Nous en ferons toutefois mention dans la présente revue de littérature aux fins d'introduire et de préciser notre objet d'étude. Pour les mêmes raisons, il ne sera pas non plus question de l'effet des variables propres au client ou au pairage thérapeute-client sur la capacité de gestion des difficultés personnelles actuelles du thérapeute dans son contact avec ses clients.

CHAPITRE 1

MISE EN CONTEXTE

À travers la présente mise en contexte de notre recherche, nous allons tenter de faire ressortir la pertinence et l'importance de la résilience personnelle du thérapeute dans son développement professionnel et son travail thérapeutique avec les clients.

Nous commencerons par aborder la question de l'efficacité thérapeutique, ainsi que la contribution de la personne du thérapeute à celle-ci.

Nous survolerons ensuite la première recherche internationale (Orlinsky et Ronnestad, 2005) portant spécifiquement sur la personne et le développement du thérapeute afin d'en faire ressortir les aspects importants des notions de développement professionnel et d'efficacité thérapeutique qui en émergent.

Nous ferons ensuite état de l'importance de la vie personnelle du thérapeute dans son développement et son efficacité thérapeutique.

Nous décrirons par la suite l'effet du sentiment du bien-être du thérapeute sur son efficacité et son développement professionnel ainsi que l'effet paradoxal, à la fois potentiellement adverse et facilitant, de sa propre vulnérabilité et de ses expériences difficiles, sur sa manière de travailler avec ses clients et de les rencontrer dans le cadre thérapeutique.

Nous nous concentrerons par la suite sur la notion de résilience, pouvant permettre au thérapeute de vivre davantage d'effets facilitants que d'effets adverses dans ses moments de vulnérabilité et de difficulté sur sa compétence et son développement professionnel. Pour cela, nous décrirons la notion de résilience de manière générale pour explorer ensuite de quelle manière elle peut s'appliquer à la réalité des psychothérapeutes. Nous nous appuierons principalement sur la littérature portant sur la résilience professionnelle des thérapeutes étant donné le manque de connaissances actuelles sur leur résilience personnelle.

Nous concluons cette section de la thèse en posant l'importance des expériences de vulnérabilité et de résilience du thérapeute dans son potentiel thérapeutique et « soignant » pour les clients.

1.1. L'efficacité thérapeutique et l'effet de la variable thérapeute

Rendre compte de l'efficacité thérapeutique en recherche n'est pas chose facile. En quoi consiste-t-elle exactement ? Parlons-nous de réduction des symptômes, d'amélioration du fonctionnement global, d'augmentation du sentiment de bien-être subjectif ?... et selon qui ? Le thérapeute, le client ou encore une tierce personne ?

Peu importe comment nous la conceptualisons et malgré l'engouement actuel pour les données probantes et les études sur l'efficacité thérapeutique, la recherche en psychothérapie se penche davantage, depuis quelques années, sur les variables d'efficacité associées à la personne du thérapeute. En effet, tout un courant en recherche soutient que l'efficacité thérapeutique n'est pas liée à une approche particulière, mais plutôt à la personne du thérapeute (Barkham & coll., 2017; Lecomte & coll., 2004; Lecomte, 2009; Norcross, 2014; Wampold, 2001 et 2015).

L'effet de la variable du thérapeute désigne la part de variance des résultats thérapeutiques positifs pouvant être expliquée par la personne du thérapeute, dans sa singularité, ses qualités relationnelles et son unicité, plutôt que par l'orientation théorique et les techniques qu'il utilise (Barkham & coll., 2017).

La part de la variance de l'efficacité thérapeutique due à la personne du thérapeute a d'abord été rapportée dans l'étude de Ricks (1974) comparant deux thérapeutes traitant une population adolescente en difficulté. Il a trouvé que chez les jeunes traités par un des thérapeutes, seulement 27 % avaient développé une schizophrénie à l'âge adulte, alors que pour l'autre cette proportion s'élevait à 85 %. Selon ses analyses, la variabilité entre les 2 thérapeutes venait principalement de leur manière d'être en interaction avec leurs clients les plus difficiles, le premier ayant été plus engagé et soutenant pour ses clients, alors que l'autre était plus déprimé et désengagé.

La méta-analyse conduite par Crits-Christoph et coll. (1991) constitue le premier appui empirique quantitatif que l'effet de la variable thérapeute expliquerait 8.6% de la variance des résultats

thérapeutiques. Ce résultat a été corroboré par la recherche de Kim, Wampold et Bolt (2005) se basant sur l'analyse des données du *National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program (NIMH TDCRP)* visant à estimer la proportion de la variance des résultats thérapeutiques attribuable aux thérapeutes en comparaison au traitement proposé. Par contre, Elkin et ses collaborateurs (2006) ont utilisé une méthodologie semblable à cette recherche et ont trouvé que l'effet du thérapeute était plutôt négligeable. D'autres recherches subséquentes ont également rapporté un effet minimal de la variable de la personne du thérapeute (Ehlers & coll., 2013; Erickson & coll., 2012; Huppert et & coll., 2014).

Baldwin, Wampold et Imel (2007) ont étudié la part de variance relative au thérapeute et au client dans la valeur prédictive de l'alliance sur les résultats thérapeutiques. Ils ont analysé les réponses de 331 clients, suivis par 80 thérapeutes différents, sur des mesures de qualité de l'alliance et de résultats thérapeutiques en utilisant un modèle multivarié pour explorer l'importance relative de la variance entre les thérapeutes comparée à celle relative aux clients. Leurs résultats appuient que la variabilité de la qualité de l'alliance chez les thérapeutes prédisait les résultats thérapeutiques alors que la variabilité de la qualité de l'alliance chez les clients ne les prédisait pas. Zuroff, Blatt et Wampold (2010) ont tentés de répliquer et d'approfondir les analyses de cette recherche en analysant les réponses de 157 clients, suivis par 27 thérapeutes différents, à des mesures des conditions thérapeutiques rogériennes (empathie, regard positif inconditionnel et authenticité) et des résultats thérapeutiques en utilisant un modèle multivarié pour explorer cette fois-ci l'importance relative de la variance entre les thérapeutes et à l'intérieur de la clientèle des thérapeutes dans la valeur prédictive de l'alliance sur les résultats thérapeutiques. Leurs résultats soutiennent que l'association établie entre les conditions rogériennes et les résultats thérapeutiques relevait de manière notable, mais non exclusive, des différences entre les thérapeutes.

La variabilité de détection de l'effet de la personne du thérapeute dans la littérature semble dépendre des composantes méthodologiques de la recherche et de certaines composantes relatives aux clients (Pereira & coll., 2016). Du côté des composantes méthodologiques, il semblerait y avoir un enjeu avec la puissance statistique de certaines études, dû à des tailles d'échantillons trop petites, à l'hétérogénéité des caractéristiques descriptives dans les échantillons et aux divergences entre les instruments de mesure d'efficacité (Schiefele & coll., 2016).

Pour ce qui est des composantes relatives aux clients, c'est surtout la sévérité de leur état de santé mentale qui joue sur les résultats. Plus la sévérité est élevée, plus l'effet de la variable du thérapeute sera observé (Saxon & Barkham, 2012; Schiefele & coll., 2016).

Wampold et Brown (2005) ont analysé les résultats thérapeutiques de 6 146 clients, suivis par 581 thérapeutes et ont trouvé un effet de la variable thérapeute d'environ 5 % lorsque la sévérité initiale du trouble était prise en compte et que le thérapeute était considéré comme une variable aléatoire.

Baldwin et Imel (2013) ont fait un résumé de la littérature sur l'effet de la variable thérapeute. Ils concluent à un effet moyen de 5% de la variable du thérapeute. Les auteurs affirment qu'il y a un réel besoin d'études sur l'effet du thérapeute dans les recherches futures, déplaçant ainsi vers les thérapeutes l'attention jusque-là portée sur les traitements (Barkham & coll., 2017).

En 2018, Johns, Barkham et Saxon révisent cette première revue de littérature afin de tenir compte des recherches les plus récentes dans la littérature scientifique. Ils confirment ainsi que l'effet de la variable du thérapeute est un phénomène bien établi malgré l'hétérogénéité des recherches et corroborent un effet moyen de 5% pour la variable du thérapeute (Johns, Barkham et Saxon, 2018).

Selon Barkham et coll. (2017), même s'il n'y a pas encore de consensus sur la part exacte de variance des résultats thérapeutiques expliquée par la variable du thérapeute, l'effet de la variable thérapeute se distribuerait à peu près selon une courbe normale, avec 15 à 20 % des thérapeutes qui auraient des résultats thérapeutiques significativement supérieurs avec leurs clients, 15 à 20 % qui auraient des résultats significativement inférieurs avec leurs clients et 60 à 70 % des thérapeutes qui auraient des résultats plutôt moyens avec la plupart de leurs clients.

La thèse doctorale d'Edmonstone (2021) évaluait le pourcentage de variance de l'efficacité liée à la personne du thérapeute chez des stagiaires faisant leur premier stage en psychothérapie au Centre de Services Psychologiques et de Recherche (*Psychological Services and Research Center (PSRC)*) de l'Université de Windsor en Ontario. Les conclusions de sa recherche ont permis d'observer un écart moyen de 44.2 points, entre le stagiaire le moins efficace et le stagiaire le plus efficace de son étude, sur les scores de leurs clients au OQ-45 (Outcome Questionnaire 45) avant et après la thérapie, appuyant cette idée que la différence d'efficacité chez les thérapeutes est plus

prononcée dans les extrêmes et ce, même pour les thérapeutes qui en sont encore aux premiers stades de leur formation professionnelle (Edmonstone, 2021).

Lorsqu'on étudie l'effet de la variable du thérapeute, on s'intéresse donc à ce qui fait que certains thérapeutes ont systématiquement de meilleurs résultats que d'autres.

Selon Orlinsky et Ronnestad (2005), on pourrait résumer l'effet qu'a le thérapeute sur le cheminement thérapeutique de son client selon trois grandes variables. Premièrement, il y a ce que le thérapeute fait en séance, c'est-à-dire sa capacité à être en relation avec son client et à intervenir auprès de lui en utilisant ses connaissances et ses habiletés dialogales et interactives. Deuxièmement, ce que le thérapeute ressent en séance, donc son ouverture expérientielle et affective et sa capacité d'auto-régulation et d'hétéro-régulation. Troisièmement, ce que le thérapeute est, autant dans son rôle de thérapeute que dans son individualité propre, au contact de son client. Il s'agit donc de sa façon d'être et de se présenter face à ce dernier et qui est donc par définition teinté de son histoire développementale, de sa formation académique et professionnelle, mais aussi de ses expériences de vie personnelles et actuelles. Étant donné le fait que le processus thérapeutique repose principalement sur la capacité du thérapeute à écouter et parler au client, à former une relation de confiance et de sécurité avec lui et à utiliser ses ressources affectives, cognitives et interactives à son service, nous entrevoyons l'importance de sa manière d'être sur sa capacité à solliciter ces habiletés thérapeutiques (Orlinsky et Ronnestad, 2005).

De ces trois grandes variables, nous pouvons faire ressortir un ensemble de caractéristiques personnelles et professionnelles propres au thérapeute et à sa manière d'être avec ses clients, qui influencent de manière générale ses résultats thérapeutiques. Parmi les caractéristiques personnelles importantes liées à l'efficacité du thérapeute, on considère sa personnalité, son style d'attachement, son historique interpersonnel, sa formation, ses expériences de vie et son cheminement en thérapie personnelle (Constantino et coll., 2017). Pour ce qui est des caractéristiques professionnelles du thérapeute, il s'agit de sa capacité à former une alliance thérapeutique avec un large éventail de clients, de ses interventions en séances, de son attitude et de son implication envers ses clients, de son degré de croyance en l'efficacité du traitement qu'il prodigue, de sa maîtrise des techniques propres à la psychothérapie et de ses habiletés d'expression interpersonnelle (Constantino et coll., 2017). Il est important de noter ici que cette énumération ne

constitue pas la liste exhaustive de l'ensemble des résultats empiriques sur les caractéristiques importantes du thérapeute, mais plutôt une liste des caractéristiques personnelles et professionnelles du thérapeute généralement reconnues dans le champ d'études sur les variables associées à la personne du thérapeute.

1.2. Recherche internationale sur le développement des psychothérapeutes

En 1991, le *Collaborative Research Network* a mis sur pied une étude internationale sur le développement des psychothérapeutes (*ISPD*). Le projet est principalement dirigé par deux chercheurs du *Collaborative Research Network* : David E. Orlinsky et Michael H. Ronnestad. Des données provenant de divers pays où l'on pratique la psychothérapie continuent d'être collectées et analysées à l'heure actuelle. Il s'agit de la première étude globale portant sur les psychothérapeutes et non sur les psychothérapies (Orlinsky, 2022; Orlinsky et Ronnestad, 2005). Après un peu plus de 30 ans, la base de données de l'échantillon international de l'*ISPD* compte environ 12 000 répondants (Orlinsky, 2022).

L'instrument utilisé pour cette recherche est un questionnaire autoadministré, le *DPCCQ*, dont nous parlerons plus en détails dans la méthodologie de la présente thèse. Il est à noter que ce questionnaire a connu quelques versions différentes. Pour la présente thèse, nous utilisons la version française traduite en 2016 (Delisle et Delisle), qui est la version la plus à jour pour le moment. La première version du *DPCCQ* (1991) ne comportait que quelques items à caractère personnel qui se limitaient principalement à des données sociodémographiques et descriptives. Étant donné un intérêt grandissant pour la vie et les caractéristiques personnelles des thérapeutes, les versions plus récentes de l'instrument ont commencé à inclure des items sur le statut conjugal et parental, le statut socioéconomique, la qualité de vie, l'histoire développementale, l'attachement, la manière d'être en relation intime avec les proches et la dimension spirituelle et religieuse (Orlinsky, 2022).

Un premier ouvrage, *How Psychotherapists Develop : a Study of Therapeutic Work and Professional Growth*, a été publié en 2005 par les deux chercheurs et porte principalement sur les caractéristiques professionnelles, l'expérience de travail et le développement professionnel des thérapeutes (Orlinsky et Ronnestad, 2005). L'ouvrage le plus récent, *How Psychotherapists Live :*

the Personal Self and Private Life of Professional Healers, traite davantage des caractéristiques personnelles, de l'histoire de vie et des expériences personnelles des thérapeutes (Orlinsky, 2022).

Le *DPCCQ* vise à mesurer un ensemble de variables nous permettant de mieux comprendre ce qui module le développement des thérapeutes. Parmi ces variables, nous retrouvons le développement professionnel actuel ressenti (traduction libre de l'anglais *Currently experienced development*) et les patrons de pratique (traduction libre de l'anglais *practice patterns*) du thérapeute (Orlinsky et Ronnestad, 2005).

Pour évaluer le développement ressenti par les psychothérapeutes, Orlinsky et Ronnestad (2005) ont construit 2 échelles mesurant le sentiment général et actuel face à leur développement professionnel. Premièrement, l'échelle d'amélioration développementale est associée à un sentiment général de progression, un sentiment de maîtrise des habiletés thérapeutiques, l'approfondissement de sa compréhension de la psychothérapie, le dépassement des limites passées et l'enthousiasme croissant pour la pratique de la thérapie. Deuxièmement, celle de la détérioration développementale est associée plutôt à la dégradation des habiletés thérapeutiques, le sentiment de désillusion et de démotivation face au travail thérapeutique, la perte des capacités d'empathie et le sentiment de travailler de manière routinière. Ces deux échelles sont largement indépendantes, ce qui signifie que le score à l'une des échelles n'influence pas nécessairement son score à l'autre échelle. Les thérapeutes cotent sur les deux échelles et des « *cut off points* » sont utilisés pour déterminer s'ils vivent des niveaux élevés ou faibles d'amélioration et/ou de détérioration de leurs compétences thérapeutiques, ce qui nous permet d'inférer leur développement professionnel actuel ressenti (Orlinsky et Ronnestad, 2005).

Pour évaluer les patrons de pratique des psychothérapeutes, les chercheurs ont créé des échelles d'implication thérapeutique, mesurant la manière dont les thérapeutes s'impliquent avec leurs clients. L'échelle d'implication guérissante évalue à quel point le thérapeute se sent investi personnellement, efficace, chaleureux, amical, stimulé et inspiré en séance et à quel point il réagit de manière constructive face aux difficultés qui surgissent avec ses clients. L'échelle d'implication stressante, elle, évalue à quel point le thérapeute se sent ennuyé ou anxieux en séance et à quel point il a tendance à éviter les difficultés qui surviennent en séance, ce qui le rend inefficace. Comme pour les deux échelles précédentes, celles-ci sont également indépendantes l'une de l'autre.

Les thérapeutes cotent sur les deux échelles et des « *cut off points* » sont utilisés pour déterminer s'ils vivent des niveaux élevés ou faibles d'implication guérissante et stressante, ce qui permet d'inférer de leurs patrons de pratique (Orlinsky et Ronnestad, 2005).

Dans le cadre de la présente étude, nous avons adopté la définition de la pratique efficace donnée par Orlinsky et Ronnestadt (2005), comme étant caractéristique du thérapeute qui vit un niveau élevé d'implication guérissante et un faible niveau d'implication stressante envers ses clients. L'implication guérissante serait le facteur optimal du thérapeute permettant d'amener le client vers la guérison. Un thérapeute qui vit beaucoup d'implication guérissante et peu d'implication stressante dans son travail possède des qualités relationnelles de base, se sent efficace et dispose d'une grande variété de stratégies pour gérer et surmonter ses difficultés. Inversement, les thérapeutes vivant un niveau élevé d'implication stressante et/ou peu d'implication guérissante envers leurs clients rapportent des difficultés fréquentes en séance et ressentent de l'ennui et une anxiété prononcée dans leur travail thérapeutique. En bref, ce qui semble le mieux distinguer les deux types d'implications n'est pas tant la présence ou l'absence de difficultés en séance, mais plutôt la capacité ou l'incapacité à les surmonter d'une manière constructive pour soi et pour le client.

Selon Orlinsky et Ronnestad (2005), les deux trajectoires de développement (amélioration et détérioration) sont généralement liées aux deux types d'implication (guérissante et stressante), que nous définissons précédemment, formant ainsi deux spirales : une positive et une négative. La spirale positive est à l'œuvre lorsqu'un sentiment d'amélioration élevé est jumelé avec une implication guérissante élevée. En effet, un thérapeute qui a le sentiment de s'améliorer professionnellement présentera moins d'anxiété face à ses clients, ce qui le rendra plus disponible à s'impliquer de manière guérissante envers eux, ce qui, en retour, lui permettra de profiter davantage de ses contacts thérapeutiques pour se développer en tant que clinicien. À l'inverse, la spirale négative désigne un sentiment de détérioration élevé jumelé à une implication stressante élevée de la part du professionnel. Un thérapeute qui a le sentiment de se détériorer aura tendance à être plus anxieux face à ses clients, car moins confiant en ses capacités à les aider. Cela le placera dans une implication thérapeutique plus stressante qui le rendra moins présent à ses clients, donc moins apte à profiter du contact avec eux pour s'améliorer professionnellement.

Les échelles d'implication guérissante et stressante ainsi que les patrons de pratique ont aussi été étudiés dans leurs liens avec les caractéristiques personnelles des thérapeutes dans l'ouvrage de 2022 écrit par Orlinsky. Les résultats de ces recherches montrent que les thérapeutes s'évaluant comme chaleureux/attentionné et passionné/expressif dans leurs relations personnelles et vivant un haut niveau de satisfaction dans leur vie personnelle, tendent à avoir un plus haut niveau d'implication guérissante avec leurs clients en thérapie. À l'inverse, les thérapeutes s'évaluant comme solitaires/distants dans leurs relations personnelles, ayant un type d'attachement anxieux ou évitant et vivant un haut niveau de stress ou de fardeaux dans leur vie personnelle, tendent à avoir un plus haut niveau d'implication stressante comme professionnels. De manière générale, l'auteur stipule que la qualité de vie et des relations personnelles des thérapeutes prédisent de manière significative et influencent possiblement, la qualité de leur travail en thérapie avec les clients (Orlinsky, 2022).

1.3. La vie personnelle au service du développement de l'expertise professionnelle et de la pratique efficace

Le chemin vers l'expertise et la pratique efficace demande un engagement soutenu et constant du thérapeute envers son propre développement professionnel et personnel et ce, tout au long de sa carrière (Hill & Castonguay, 2017; Orlinsky, 2022; Skovholt, 2012). Selon Orlinsky (2022), les caractéristiques et qualités personnelles des thérapeutes pourraient expliquer une bonne part de ce qui fait en sorte que certains thérapeutes ont systématiquement de meilleurs résultats avec leurs clients et donc, une plus grande efficacité dans leur pratique, que d'autres. Les résultats de son étude démontrent d'ailleurs qu'une part majeure de la variance prédite par rapport aux types d'implications des thérapeutes était définie par leurs caractéristiques personnelles, plutôt que par leurs caractéristiques professionnelles (Orlinsky, 2022).

Avant même de commencer à pratiquer la psychothérapie, il y aurait déjà une dimension très personnelle dans la motivation à devenir thérapeute. Dans son livre explorant les raisons pouvant mener une personne à choisir le métier de thérapeute, « *A Curious Calling* », Sussman (2007) s'est basé sur l'étude approfondie de la littérature disponible à ce sujet ainsi que l'analyse qualitative de plusieurs entrevues avec des thérapeutes différents pour constater le désir de résoudre ses propres difficultés émotionnelles comme élément majeur de cette motivation. L'étude d'Elliott et Guy

(1993) basée sur l'analyse comparative des réponses portant sur la santé et le fonctionnement psychologique de 340 femmes travaillant en santé mentale comparés à celles de 2623 femmes pratiquant un autre type de profession, a permis d'observer que les professionnels de la santé mentale venaient plus souvent de familles dysfonctionnelles et avaient vécu davantage de traumatismes psychologiques que les autres professionnels dans la population générale, mais qu'ils présentaient pourtant moins de psychopathologies à l'âge adulte. Dans les autres motivations recensées par Sussman (2007), on retrouve aussi la volonté de se rapprocher d'un idéal et d'être vu comme une « bonne » personne, une curiosité et un intérêt sincère pour l'existence et la nature humaine, de même que le désir appréhendé de ressentir la satisfaction et les bienfaits dérivés de la pratique et de la posture d'aidant. En s'intéressant au passé développemental des thérapeutes, on y retrouve aussi souvent, d'ailleurs, le fait d'avoir occupé un rôle d'aidant auprès d'un proche ou d'une personne significative (Orlinsky, 2022; Skovholt, 2012).

Dans un ouvrage inspiré de plus de trente années d'expériences comme clinicien, superviseur, professeur et chercheur, Skovholt (2012) soutient que le développement du psychothérapeute se jouerait sur trois plans simultanés, formant ce qu'il appelle un « triangle d'apprentissage ». Le premier plan est celui de l'apprentissage en milieu académique, qui est un apprentissage plus théorique, permettant un corpus de connaissances plus conceptuelles et théoriques des manières de travailler avec les clients. La théorie permet au thérapeute d'apprendre non seulement comment travailler, mais aussi de comprendre les phénomènes psychiques plus complexes propres à l'expérience humaine. C'est le type d'apprentissage qui est le plus favorisé dans la formation préprofessionnelle et dans le monde de la recherche, car il est basé sur les similarités entre les êtres humains. Le deuxième plan est celui de l'expérience pratique, qui désigne l'exercice réel, avec des clients, des compétences requises en psychothérapie. C'est un apprentissage dynamique à travers lequel le thérapeute développe de plus en plus de maîtrise sur les techniques et les stratégies psychothérapeutiques, dans un contexte relationnel et professionnel réel. Finalement, le troisième plan est celui de la vie personnelle. Vivre sa propre vie, surtout dans le champ d'intérêt de la psychothérapie, est une source importante de connaissance, puisque cela permet au professionnel de se former une base de référence et de résonance subjective à l'expérience de ses clients. Il est largement reconnu aujourd'hui que le fait de s'engager profondément dans son développement personnel favorise aussi l'excellence en tant que clinicien, puisque le thérapeute acquiert des

qualités « d'être » qui sont essentielles au bon fonctionnement du cheminement psychothérapeutique. Le fait de vivre ainsi sa vie permet au clinicien de développer une forme de sagesse personnelle dont ses clients pourront grandement bénéficier.

En plus de ce triangle d'apprentissage alliant développement professionnel et personnel, Skovholt et Ronnestad (1992) soutiennent l'importance de les intégrer à l'identité du thérapeute. Dans cet ouvrage inspiré de l'analyse qualitative d'une centaine d'entrevues avec des thérapeutes et d'une analyse attentive de la littérature, les deux auteurs soulèvent que plus un thérapeute prend de l'expérience, plus ses identités personnelle et professionnelle tendent à se rapprocher. Selon eux, il est important, si l'on veut avoir une pratique efficace, d'arriver à ce qu'ils appellent une « individuation professionnelle », c'est à dire d'assimiler au Soi du thérapeute, donc à son identité propre, les connaissances et les compétences acquises tout au long de la formation et de la carrière professionnelle. Le thérapeute devient donc de moins en moins divisé entre ses deux identités au fur et à mesure qu'il développe son expertise.

L'identité et la vie personnelle et professionnelle des thérapeutes tendent donc à s'influencer tout au long de leur carrière. S'il est vrai que la vie personnelle des thérapeutes influence leur travail thérapeutique (Orlinsky, 2022; Skovholt, 2012), il est tout aussi vrai que la pratique de la psychothérapie influence aussi la manière dont les thérapeutes vivent leurs vies personnelles, en leur permettant de se développer comme personne, en influençant leur manière d'être en relation intime avec leurs proches et en les conduisant à organiser leur vie personnelle d'une manière qui peut soutenir leur capacité à offrir une réelle présence thérapeutique à leurs clients (Râbu & coll., 2016).

1.4. Lien entre l'état de bien-être subjectif du thérapeute et son travail thérapeutique

Selon les résultats de la méta-analyse de Beutler et ses collaborateurs (2004), l'une des caractéristiques du thérapeute ayant le plus grand impact sur ses résultats thérapeutiques, peu importe la clientèle traitée et le traitement utilisé, c'est son sentiment de bien-être subjectif général. Un faible sentiment de bien-être est corrélé à de moins bons résultats thérapeutiques.

De la même manière, la santé mentale des thérapeutes constitue un élément déterminant de la qualité du travail qu'ils font avec leurs clients et de leur capacité à offrir des soins psychologiques (Brillon, 2020; Laverdière & coll. 2018; Salyers & coll., 2017).

Selon Orlinsky, Hartmann et Ronnestad (2018), un des meilleurs prédicteurs de l'implication guérissante et de l'amélioration professionnelle est le sentiment de satisfaction dans la vie personnelle du thérapeute. L'étude de Nissen-Lie et ses collaborateurs (2017), basée sur les l'analyse des données de l'échantillon international de l'*ISPD*, a démontré que le niveau de qualité de vie personnelle rapportée par les thérapeutes prédisait la qualité de l'alliance de travail avec leurs clients, surtout lorsque cette alliance était mesurée par les clients. Les résultats de cette recherche indiquent que l'effet de la qualité de vie personnelle du thérapeute sur sa manière d'être et de développer l'alliance de travail avec ses clients était significativement plus prononcé lorsque le niveau de stress et de fardeaux rapportés par les thérapeutes dans leur vie personnelle était élevé (Nissen-Lie & coll., 2017). Ce niveau de stress et de fardeaux dans la vie personnelle, tel que rapporté par les thérapeutes, est d'ailleurs le principal prédicteur d'un niveau d'implication stressante plus élevé auprès des clients (Orlinsky, 2022).

La souffrance et l'insatisfaction actuelle dans la vie personnelle des thérapeutes peuvent affecter négativement le processus thérapeutique (Rice, 2011), puisqu'elles tendent à diminuer le degré d'implication guérissante et à augmenter celui d'implication stressante, ce qui donne un patron de pratique pénible, plutôt qu'efficace (Orlinsky, Ronnestad & Hartmann, 2018, Orlinsky, 2022).

On pourrait donc en conclure, un peu hâtivement, que les meilleurs thérapeutes sont ceux qui vont bien dans leur vie personnelle et y rencontrent peu de difficultés.

Cependant, des facteurs interpersonnels, comme le soutien de l'entourage professionnel, la thérapie personnelle et la supervision professionnelle, ainsi que des facteurs intrapersonnels, tels que l'*awareness* et la résilience, la volonté d'accepter ses difficultés et de les travailler, limitent les effets néfastes de la souffrance du thérapeute sur ses clients (Rice, 2011; Skovholt, 2012; Skovholt, 2016).

De plus, le développement personnel peut être propulsé de plusieurs façons, parfois même, par des facteurs non facilitants (Gallagher, 2014), tout comme le développement professionnel peut être propulsé par des expériences d'adversité professionnelle (Bordeleau, 2013) et personnelle (Gallagher, 2014; Rice, 2011). Ainsi, il serait possible pour un clinicien de vivre des périodes de difficultés et d'insatisfaction personnelle, tout en profitant d'une spirale professionnelle positive l'amenant à être un meilleur thérapeute. Le psychothérapeute étant son propre instrument de travail, il importe qu'il sache prendre soin de lui-même hors du cadre professionnel de thérapie avec ses clients et qu'il puisse se préserver et se réguler, malgré les difficultés, pour être en mesure d'aider pleinement les gens qui viennent le consulter (Skovholt, 2012).

Adams, dans son ouvrage de 2014, parle du *myth of the untroubled therapist*, entretenu dans la population générale et parfois chez certains professionnels de la santé mentale, voulant que les thérapeutes soient, en quelque sorte, fondamentalement différents du commun des mortels, possédant une sagesse profonde, ainsi qu'une source infinie de patience, d'ouverture et de compréhension. L'auteure consacre son ouvrage à défaire ce mythe pour présenter le côté « humain » des thérapeutes, avec leurs souffrances et leurs difficultés personnelles, en se basant sur l'analyse qualitative de l'expérience de vulnérabilité de 40 thérapeutes telle qu'explorée à l'occasion d'entrevues individuelles. Elle met également en garde contre le principe de sacrifice de soi souvent entretenu par les gens qui choisissent le métier de thérapeute et peut les mener à tomber dans le piège du déni et de l'évitement de leurs propres besoins dans leur vie privée et de la honte face à leur vulnérabilité. La revue de littérature de King et de ses collaborateurs (2020) révèle que même auprès des professionnels de la santé mentale, il existe encore des préjugés négatifs envers la souffrance et les difficultés des thérapeutes, invalidant ou minimisant leur compétence et leur légitimité professionnelle. Adams (2014) insiste sur l'importance de la supervision et de la thérapie personnelle dans les moments difficiles afin de composer avec sa propre souffrance, tout en se questionnant sur ses effets dans notre pratique de la psychothérapie et notre manière d'être avec nos clients. La revue de littérature de King et de ses collègues (2020) permet aussi de corroborer l'importance de relations significatives avec des gens de confiance, comme des collègues, un superviseur ou un thérapeute personnel, pour diminuer l'expérience de honte du thérapeute face à sa vulnérabilité et l'aider à réfléchir sur les impacts de ses vulnérabilités dans le travail avec les clients afin de limiter leurs effets néfastes potentiels. Sur ce point, Kierski

(2016), dans une critique du livre d'Adams, ajoute aussi l'importance d'avoir d'autres personnes significatives, même dans nos vies personnelles pour nous soutenir et nous nourrir dans les moments difficiles que nous traversons.

Dans un article sous forme d'essai, Michaud Labonté (2021) prône l'importance pratique et déontologique d'une attitude réflexive en tant que thérapeute par rapport à nos clients et à notre propre vulnérabilité, afin de pouvoir leur offrir une présence thérapeutique incarnée, tout en acceptant l'expérience de souffrance personnelle qui peut émerger chez le thérapeute à l'intérieur de l'espace thérapeutique. Cette présence incarnée, impossible sans l'émergence de notre vulnérabilité, est ce qui permet entre autres au thérapeute de porter à la fois attention à l'expérience du client, à sa propre expérience et à ce qui se vit dans leur interaction, comme levier thérapeutique (Geller, 2017; Michaud Labonté, 2021). Il explique que :

(...) dans une pratique clinique incarnée, se sentir limité, voire diminué, peut être potentiellement enrichissant. Cela nous convie à en faire moins, à entretenir notre humilité et à soigner nos idéaux professionnels parfois irréalistes et improductifs. Dans ces circonstances, ralentir le rythme peut devenir un levier pour ouvrir l'espace de la relation thérapeutique et favoriser le contact avec les émotions. Un rythme lent permet aussi au psychologue de trouver l'espace intérieur nécessaire pour réguler sa détresse en utilisant les outils qu'il connaît, quels qu'ils soient, même pendant la rencontre.

(Michaud Labonté, 2021, p.33)

Cvetorac et Adame (2017), ont fait ressortir comme thème central de leur étude, portant sur l'analyse qualitative de 11 récits narratifs autorapportés publiés par des thérapeutes ayant vécu des blessures personnelles, que l'expérience de détresse personnelle du thérapeute pouvait renforcer la qualité de la relation thérapeutique avec leurs clients, facilitant ainsi le travail thérapeutique.

Il serait donc à la fois irréaliste et non souhaitable de nous attendre à ce qu'un thérapeute possède cette qualité « mythique » de ne pas vivre de difficultés personnelles et d'être pleinement satisfait de sa vie privée.

Les récits et les recherches portant sur la vulnérabilité personnelle des thérapeutes et leur rétablissement sont récents et constituent un domaine d'étude émergent dans la recherche en psychothérapie (King & coll., 2020; Michaud Labonté, 2021).

Par contre, les études sur le concept psychanalytique de contre-transfert connaissant une histoire plus longue et établie dans les connaissances théoriques, permettaient déjà de se questionner sur les vulnérabilités du thérapeute et leurs effets sur l'analyse de leurs patients. On y voyait déjà la même dichotomie que celle observée aujourd'hui dans le champ d'études sur le bien-être et la vie personnelle des professionnels de la santé mentale, les blessures potentielles du thérapeute, tout comme ses réactions contre-transférentielles, pouvant tout autant faciliter la thérapie que la mettre à risque.

En effet, Freud forgea le concept de contre-transfert pour expliquer comment le client pouvait venir réveiller, spontanément ou par son transfert, des conflits non résolus chez le thérapeute et ainsi, entraver le processus thérapeutique. Il suggérait donc aux thérapeutes de travailler ces conflits non résolus dans leur analyse personnelle afin de pouvoir les dépasser et ne plus les laisser interférer avec le travail auprès des clients (Freud, 1911-15; Kahn, 1997; Rice, 2011). Pour Freud, la blessure du thérapeute était donc un obstacle à la thérapie. À l'inverse, Jung soutenait plutôt que les blessures personnelles du thérapeute, réveillées par le client, constituaient des données utiles au processus thérapeutique. Il se caractérisait lui-même comme un « Guérisseur Blessé » (traduction libre de « *Wounded Healer* ») et utilisait ses blessures de manière éclairée pour comprendre et aider ses clients (Rice, 2011). Certains auteurs (Gelso et Hayes, 2007; Heinmann, 1950; Normandin et Ensink, 2007) conceptualisent le contre-transfert comme une expérience totale, c'est-à-dire qu'elle comprend l'ensemble de ce que ressent le thérapeute et qui lui permet de mieux comprendre et apprécier l'expérience intime et parfois souffrante, du client. Dans cette perspective, une part de la souffrance du thérapeute peut être mise au service de la résonance empathique à celle du client.

1.5. La résilience

Le concept de résilience est d'abord apparu en physique pour désigner « la capacité d'un objet à retrouver son état initial après un choc ou une pression continue » (Mathieu, 1991, p.567). L'étymologie de ce concept viendrait du latin, *Resilio*, qui signifie : rebondir (Mathieu, 1991).

Le concept a ensuite été adopté dans les sciences sociales et principalement en psychologie pour parler de l'aptitude particulière et hors normes de certaines personnes à se reconstruire suite à un traumatisme qui aurait dû les terrasser (Cyrulnik, 2003). Dans le cadre de la présente thèse, nous nous éloignons de cette conception de la résilience propre à un contexte traumatique pour nous intéresser davantage à la résilience comme la capacité d'une personne à réussir à bien maîtriser le changement (Flach, 1988), le processus dynamique permettant à un individu de s'adapter et de se développer positivement face à l'adversité (Luthar & coll., 2000).

Lidderdale (2009), se basant sur les données qualitatives de son étude sur la résilience personnelle et professionnelle de 7 thérapeutes femmes homosexuelles au mitan de leur vie, décrit la résilience comme un processus complexe, dynamique et interactif à travers lequel :

(1) an individual experiences a significant challenge that causes a change in her/his life path or life perspective; (2) an individual responds to and overcomes the challenge through internal and/or external actions; (3) in responding to the challenge an individual relies on internal resources (e.g., abilities, attitudes, skills, values); (4) in responding to the challenge an individual relies on external resources (e.g. relationships, opportunities, status); (5) an individual emerges from the challenge with positive outcomes (e.g., growth, new skills, goals, attitudes); (6) an individual also emerges from the challenge with some negative outcomes (e.g. stress, loss, health issues); (7) an individual's actions result in changes related to the environment (e.g. relationship to environment, perspective on environment, elements of the environment); (8) an individual forms a new system of meaning or perspective of life as a result of the resilience experience; (9) an individual experiences the resilience process across the lifespan with cumulative effects; and (10) the accumulative experience of the resilience process has an outcome of increasing an individual's awareness of others and motivation to foster resilience within the individuals environment.

((Lidderdale, 2009, p. 228-229) tel que cité par Hou, 2015, p.32)

Nous pouvons donc souligner ici l'effet transformateur de la résilience, qui engage l'individu dans un processus dynamique de changement à travers son expérience de difficulté.

Richardson et ses collaborateurs (1990 et 2002) ont proposé une modélisation théorique permettant de comprendre l'expérience de déséquilibre face à des difficultés et de résilience qui peut s'en suivre en se basant sur l'étude approfondie de la littérature disponible à ce sujet. Dans cette

élaboration théorique, ils soutiennent que chaque individu évolue selon le principe d'une recherche d'homéostasie, d'équilibre, qu'il soit bon ou mauvais, en s'adaptant à son environnement et à sa situation. Partant d'un état d'homéostasie, un individu qui fait face à un stresser se verra être éloigné de son état d'homéostasie initiale malgré lui et sera amené à réintégrer son expérience stressante pour s'adapter et retrouver une forme d'équilibre. Selon les auteurs, cette réintégration peut prendre 4 formes différentes : (1) la réintégration dysfonctionnelle, qui consiste à adopter des comportements compensatoires mésadaptés, voire même toxiques; (2) la réintégration avec perte, qui consiste en une introspection donnant l'apparence d'une guérison, mais à travers laquelle les espoirs et la mobilisation s'estompent avec le temps; (3) la réintégration de retour à l'homéostasie initiale, qui consiste à retourner à l'équilibre initial sans tenir compte de l'expérience stressante et; (4) la réintégration résiliente, qui consiste à investir un nouvel équilibre en tenant compte des insights et de l'introspection faites à partir de l'expérience stressante et qui permet à la personne de mûrir et de se développer (Hou, 2015; Richardson, 2002; Richardson et coll. 1990).

Nous pouvons donc conceptualiser la résilience psychologique, ici, comme la capacité à se réengager dynamiquement dans une ligne développementale positive suite à une difficulté, plutôt qu'à la manière d'une habileté extraordinaire à se relever suite à un traumatisme, comme le conceptualise Cyrulnik ou alors, comme un simple état de préservation ou de retour à son état initial après un choc, une rupture ou une discontinuité vécue, tel que conceptualisé en physique.

Selon Miller (2002), il y a des manières d'être et des attitudes qui mènent naturellement à améliorer la capacité à naviguer à travers les moments durs de la vie. La première serait la capacité à écouter et à répondre à ses propres besoins, donc la capacité à conscientiser ses états et à prendre soin de soi et la seconde serait quant à elle la quête de sens, donc la recherche de compréhension et de symbolisation de ses expériences.

1.5.1. La résilience du thérapeute

Dans un ouvrage conceptuel sur les thérapeutes résilients, Skovholt (2012) définit la résilience du thérapeute comme la capacité à demeurer très engagé et impliqué dans le travail thérapeutique même lorsqu'on se sent dépassé ou fatigué. Cette définition de la résilience s'applique autant dans le cas de difficultés professionnelles que personnelles, même si Skovholt l'a davantage élaborée

dans le cadre de difficultés professionnelles. Elle permet d'inclure des contextes ou des difficultés à caractère vulnérabilisant, mais non traumatiques, pouvant être vécues.

Les thérapeutes résilients arrivent à conserver un patron de pratique efficace et continuent de s'améliorer professionnellement malgré les difficultés qu'ils rencontrent dans leurs vies personnelles. Pour O'Leary (2011), dans un chapitre de livre où il aborde l'état de la littérature sur l'efficacité thérapeutique, la résilience serait même un attribut vital du thérapeute efficace.

Ce type de résilience est généralement construit sur une bonne capacité de gestion de stress et sur la présence de soutien dans l'entourage professionnel, que ce soit de la part d'un mentor, d'un professeur, d'un superviseur ou même d'un collègue. On trouve aussi généralement chez les thérapeutes résilients une histoire développementale à travers laquelle l'individu a vécu des stress significatifs qu'il a réussi à gérer et à utiliser de manière constructive, dans une vie plus profonde et significative, sans en être envahi et sans se couper de son expérience interne. Souvent et assez tôt dans leur vie, ces thérapeutes ont endossé le rôle d'aidant, que ce soit auprès de parents ou d'amis (Skovholt, 2012).

Le thérapeute résilient serait donc une personne qui s'intéresse à sa propre histoire personnelle et au sens existentiel de ses difficultés, tout en étant capable de s'en détacher dans le cadre professionnel afin d'être en mesure d'accueillir l'expérience du client. Dans un monde idéal, les thérapeutes seraient des individus heureux et sereins dans leur vie personnelle actuelle, tout en ayant accès à leur souffrance développementale, qu'ils auraient réussi à gérer et à dépasser avec les années (Skovholt, 2012).

Les recherches portant sur le développement du thérapeute permettent d'identifier 3 fonctions de soutien sur lesquelles nous pouvons nous appuyer et qui peuvent cultiver et favoriser notre résilience. Il s'agit des fonctions de soutien interpersonnelle, cognitive et physique (Bertrand, 2019; Drouin et Delisle, 2021; Grosch et Olsen, 1994; Hou, 2015; Klein, Bernard et Schermer, 2011). La fonction de soutien interpersonnelle comprend l'ensemble des relations sur lesquelles les thérapeutes peuvent s'appuyer pour répondre à leurs besoins et chercher du support dans les moments difficiles pour nourrir leur résilience (Bertrand, 2019; Drouin et Delisle, 2021; Hou, 2015; Mullenbach et Skovholt, 2011; Skovholt, 2012). La fonction de soutien cognitive réfère davantage

à nos systèmes de valeurs et de croyances fondamentaux sur lesquels nous pouvons nous appuyer pour soutenir nos réflexions et nos introspections face aux souffrances et aux adversités que nous rencontrons (Richardson, 2002 ; Hou, 2015 ; Bertrand, 2019; Drouin et Delisle, 2021). La fonction de soutien physique correspond à la bonne santé et à l'entretien de notre corps et de notre système biologique en tant que support de notre appareil psychique et de nos capacités de régulation affective (Baker, 2012 ; Bertrand, 2019 ; Drouin et Delisle, 2021; Harrison et Westwood, 2006 ; Pearlman, 1999; Schauben et Frazier, 1995).

Il est aussi intéressant de noter que certaines recherches montrent même que les professionnels de la santé mentale sont mieux capables de faire face à l'adversité et de s'y adapter que la population générale (Brillon, 2021; Lee & coll., 2019; Zeidner & coll., 2013) en raison à la fois de leurs connaissances sur la détresse humaine et la santé mentale et de leurs expériences professionnelles, qui leur ont permis d'adopter et de développer de bonnes stratégies de régulation émotionnelle (Brillon, 2021; Koller et Hicks, 2016; Manning-Jones & coll., 2016). Ainsi, le fait même d'être formé et de pratiquer la psychothérapie, serait aussi un des éléments importants de la résilience des thérapeutes.

Il existe un nombre limité de recherches et d'écrits portant sur la résilience personnelle des thérapeutes. C'est pourquoi nous devons nous tourner vers le champ d'études un peu plus spécifique, mais connexe de la résilience professionnelle. Celle-ci est sollicitée face à des difficultés qui trouvent leur origine dans le cadre du travail thérapeutique avec les clients. Nous pourrions ainsi alimenter nos réflexions et voir si certains éléments de réponses peuvent se transposer ou non dans le cadre de difficultés personnelles actuelles, telles que nous les décrivons dans la présente recherche et qui peuvent tout de même venir impacter le thérapeute dans son rôle et son travail de thérapeute.

1.5.2. Le bien-être et la résilience professionnelle des thérapeutes

Certaines difficultés vécues dans la vie professionnelle des thérapeutes peuvent influencer à la fois leur sentiment de bien-être et leur implication dans le travail thérapeutique ainsi que leur manière d'être et de travailler avec les clients. Plusieurs efforts de recherche et de nombreuses publications dans les dernières années se sont concentrés sur la résilience des thérapeutes sous l'angle de leur

capacité à se mobiliser pour prendre soin d'eux et à rebondir suite à des difficultés professionnelles. C'est d'ailleurs le thème de l'ouvrage de Skovholt qui en a publié la 3^{ème} édition en 2016 « *The Resilient Practitioner : Burnout and Compassion Fatigue Prevention and Self-Care Strategies for the Helping Professions* ». Tout un champ de la recherche en psychothérapie actuelle s'intéresse particulièrement à la fatigue de compassion et au trauma vicariant.

En 2020, Posluns et Gall ont publié une revue de littérature examinant l'effet du *Self Care* sur le sentiment de bien-être des professionnels de la santé mentale et sur leur pratique de la psychothérapie. Selon les auteurs, la littérature actuelle suggère qu'au-delà d'améliorer le sentiment de bien-être des thérapeutes, le fait de s'engager proactivement à prendre soin de soi aide à réduire les impacts négatifs du thérapeute et à améliorer la qualité des soins donnés aux patients. Les auteurs évoquent plusieurs dimensions importantes du *Self Care* des thérapeutes, comme (1) l'*awareness*, avoir une bonne conscience de soi et de la réalité du travail thérapeutique, (2) l'équilibre, pouvoir compter sur des sources variées de satisfactions et d'accomplissements, (3) la flexibilité mentale, faire preuve d'ouverture et de capacité d'adaptation face aux stress de la vie, (4) la santé physique, prendre de soin de son corps et de sa santé en adoptant de bonnes habitudes de vie, (5) le support social, recevoir du soutien de la part d'autres personnes et avoir des interactions qui permettent de mieux composer avec les circonstances difficiles de la vie et (6) la spiritualité, être à la recherche du sacré et du sens de la vie.

Selon Baker (2012), suite à l'analyse qualitative de 11 entrevues avec des « maîtres-thérapeutes » pratiquant avec une clientèle traumatisée, la capacité à prendre soin de soi en tant que thérapeute, particulièrement dans le contexte de traumatisme vicariant, se déclinerait sur 3 niveaux fondamentaux. Le premier niveau touche la sphère intellectuelle ou professionnelle, qui désigne l'ensemble des contacts humains avec des collègues, superviseurs ou mentors, qui permet de valider l'expérience et d'avoir du soutien de la part des personnes qui connaissent la réalité du travail, ainsi que les contacts documentaires et réflexifs avec des élaborations théoriques qui permettent de mieux comprendre et de mieux naviguer à travers les expériences difficiles. Le deuxième niveau touche davantage la spiritualité et la quête de sens, qui tend souvent à être approfondi dans les moments de souffrances humaines et qui se caractérise par le fait de s'adonner à une pratique religieuse ou spirituelle. Le troisième niveau est davantage physique et consiste à prendre soin de son corps et de ses fonctions biologiques à travers de bonnes habitudes de vie, mais

aussi à s'activer physiquement pour équilibrer la tendance sédentaire et mentale du travail de psychothérapeute.

La thèse doctorale de Jian-Ming Hou (2015), de l'Université du Minnesota, porte sur les caractéristiques soutenant de la résilience des thérapeutes qu'il qualifie de « hautement résilients ». Il définit cette catégorie de thérapeutes comme suit :

While working as a therapist over many years, a highly resilient therapist is effective as a therapist with their clients and is able to be fully engaged with client after client. Over time, a highly resilient therapist is able to continually bounce back from discouraging and disruptive aspects of clinical work. The highly resilient therapist is also able to develop recurrent professional optimism and vitality, as well as experience on-going professional growth.

(Jian Ming Hou, 2015, p.78)

Les résultats de ses analyses qualitatives de 10 entrevues semi-structurées avec des thérapeutes « hautement résilients » lui ont permis de faire ressortir 4 grandes caractéristiques qui soutiennent la résilience. La première est une attirance envers des relations interpersonnelles solides. La seconde est la possession de valeurs et de croyances fondamentales, c'est-à-dire d'une représentation de soi et du monde qui permet de donner du sens à la condition humaine et aux difficultés qui peuvent être rencontrées au cours de l'existence. La troisième est un engagement actif envers le Soi, c'est-à-dire la nature fondamentale et centrale de l'individu. Et finalement, le quatrième est un désir continu d'apprendre et de se développer. Une caractéristique centrale, permettant de lier chacune des autres caractéristiques des thérapeutes « hautement résilients » est le celle de la connectivité, ou du sentiment d'être authentiquement lié à soi et aux autres. L'auteur est le premier à soulever l'élément de la connectivité comme élément central de la résilience du thérapeute et insiste sur l'importance d'y porter attention dans les recherches futures (Jian-Ming Hou, 2015).

Au niveau de leurs caractéristiques professionnelles, les thérapeutes plus jeunes, ayant moins d'expériences pratiques de la psychothérapie et qui investissent moins leur développement professionnel en termes de formation continue et de pratique réfléchie (traduction libre de *deliberate practice*), tendent à vivre plus de détresse professionnelle et être moins résilient (Aafjes-

van Doorn & coll., 2020; Brillon, 2021; Jennings et Skovholt, 2004; Orlinsky, 2022; Pereira & coll., 2016).

Les participants de l'étude de Baker (2012) sur le trauma vicariant et le développement de la résilience des étudiants de troisième cycle ont tous soulevés la nécessité d'un cours de niveau doctoral pour tous les professionnels de la santé mentale afin de les sensibiliser aux risques de trauma vicariant et de les aider à développer des connaissances et des outils afin de prendre soin d'eux tout en pratiquant efficacement la thérapie auprès d'une clientèle ayant subi des traumatismes.

Jian Ming Hou (2015) soulève d'ailleurs le fait que plusieurs programmes de formation semblent sensibles aux risques psychologiques de la pratique de la psychothérapie et aux bienfaits de développer des stratégies pour prendre soin de soi, mais qu'ils manquent encore de spécificité sur les qualités et les caractéristiques personnelles à nourrir chez les thérapeutes pour leur permettre d'être plus résilients. Grâce à sa recherche, il fait ressortir 6 éléments principaux tournant autour de son concept central de « connectivité » qui devraient être pris en considération par les programmes de formations : (1) mettre l'emphasis sur l'importance des relations personnelles significatives, (2) entretenir un réseau de soutien professionnel, (3) développer un système de valeurs personnelles et de croyances de base, (4) investir le Soi fondamental, (5) encourager et valider le sentiment personnel de vocation envers le rôle professionnel de thérapeute, (6) développer la curiosité et le plaisir d'apprendre.

Au Québec, la résilience professionnelle des thérapeutes émerge de plus en plus comme question d'intérêt. En juin 2021, la revue *Psychologie Québec*, revue officielle de l'Ordre des psychologues du Québec, a publié un numéro spécial traitant précisément de la souffrance, la vulnérabilité et la résilience des thérapeutes. Le titre de ce numéro était « Et nous ? La détresse professionnelle : pour aider sans s'enliser ».

Pascale Brillon (2020), se basant sur la littérature actuelle relative à la fatigue de compassion et au trauma vicariant et sur ses années d'expériences cliniques en trauma, a publié un livre portant sur les risques professionnels associés aux métiers d'aidants, comme la fatigue de compassion et le trauma vicariant et y propose des pistes de solutions pour prendre soin de soi, autant pendant les

séances que dans la vie quotidienne, entretenir sa vitalité et son niveau de satisfaction et prévenir la détresse liée aux situations de bouleversements dans le travail de la relation d'aide. Elle met l'accent sur l'importance d'un investissement sain et réaliste du travail en tant que thérapeute pour développer une bonne capacité de résilience. Face au phénomène de la fatigue de compassion, elle encourage les thérapeutes à développer leur « satisfaction de compassion » en se concentrant sur les aspects inspirants et vitalisants de leur pratique. De la même manière, elle encourage aussi les thérapeutes à développer leur « résilience vicariante », face au trauma vicariant, en laissant aussi inspirer par la force de vivre et les capacités d'adaptation de leurs clients, rappelant qu'il n'y a pas que la détresse qui est contagieuse dans les contacts avec les clients et qu'il y a aussi une part de chance, de grand et de beau dans la pratique de la psychothérapie (Brillon, 2020 et 2021).

En 2013, Vincent Bordeleau a publié une thèse portant sur l'expérience des thérapeutes face aux gestes suicidaires de leurs patients. Il y analysait de manière qualitative les liens entre cette expérience vécue et des composantes professionnelles et personnelles qui en permettaient une meilleure assimilation et une meilleure métabolisation à long terme. Élaborant sur le principe de résilience dans le contexte du développement professionnel, l'auteur aborde la confrontation au geste suicidaire d'un patient comme d'une « opportunité de croissance personnelle post-adversité » (Bordeleau, 2013, p.3). Ses résultats montrent une grande influence du niveau de développement et de la maturité professionnelle du thérapeute sur l'intensité des réactions qu'il peut avoir face au geste suicidaire d'un patient, les thérapeutes avec un plus faible niveau de développement ayant des réactions plus intenses à court terme et des impacts plus vifs à long terme. La personnalité du thérapeute aurait moins d'effet sur sa réaction immédiate, mais davantage dans la métabolisation à long terme de son expérience. Les thérapeutes avec un style autorégulateur plus bienveillant, entre autres, arriveraient à un plus grand apaisement et une meilleure intégration de leur expérience avec le temps. Ces thérapeutes vivent donc souvent une croissance professionnelle qui passe aussi, entre autres, par une forme de deuil d'un idéal professionnel grandiose et irréaliste (Bordeleau, 2013; Henry, 2006).

1.6. La résilience du thérapeute et les effets « soignants » ou « guérissants » de ses propres expériences de difficultés pour ses clients

Selon la proposition théorique de Skovholt (2005) du « modèle de soin », pour aider leurs clients et établir et maintenir une bonne alliance thérapeutique avec eux, les thérapeutes doivent utiliser leur propre part de vulnérabilité pour arriver à prendre soin de l'Autre. Skovholt l'appelle « *the underside of the turtle* » (Hou, 2015; Skovholt, 2005). En d'autres mots, pour avoir accès à son « potentiel de guérison », le thérapeute doit aussi ouvrir et composer avec sa propre vulnérabilité. C'est dans leur humanité que les thérapeutes rejoignent leur client. En portant et en vivant lui-même des expériences douloureuses, le thérapeute peut résonner à partir de sa propre vulnérabilité avec celle du client, sans nécessairement avoir vécu les mêmes écueils, mais en ayant eu la possibilité d'en avoir vécu en tant qu'expérience profondément humaine. C'est un peu le propre de l'identification projective qui fait que c'est notre humanité qui permet de recevoir la communication inconsciente et souffrante de l'autre (Tansey et Burke, 1996).

Tel que discuté plus haut, eu égard à la souffrance, il n'y a pas de différences essentielles entre la vie des thérapeutes et celle des clients. Les uns comme les autres peuvent avoir vécu des blessures psychologiques dans l'enfance et tout au long de leurs vies d'adultes. Certains thérapeutes, comme certains clients, ont aussi vécu ces blessures de manière traumatique. Là où la plupart des thérapeutes résilients diffèrent réellement de leurs clients, c'est qu'ils arrivent à gérer les difficultés et à les transformer en potentiel de guérison. L'important ici, encore une fois, étant de rester en contact avec cette vulnérabilité partagée plutôt que d'avoir vécu la même souffrance que le client. L'un des objectifs principaux de la psychothérapie est justement que cette capacité du thérapeute à accepter la souffrance et à s'en guérir soit transférée au client de sorte qu'il puisse l'intérioriser et contacter son propre potentiel de ce que Rice (2011) appelle le « guérisseur interne ». Se développer de manière résiliente est par définition un cheminement qui est très personnel et singulier. L'expérience de la souffrance humaine nous force à sortir des sentiers battus et à nous appuyer sur nos relations, nos expériences et nos réflexions pour nous engager dans un chemin de vie plus satisfaisant (Miller, 2002; Rice, 2011).

À travers son développement personnel, le thérapeute devient de plus en plus conscient de sa propre souffrance (Gallagher, 2014), ou à tout le moins de sa condition humaine imparfaite et vulnérable et est propulsé dans son développement professionnel par la volonté de venir à bout des répercussions de celle-ci (Rice, 2011).

Certaines études démontrent d'ailleurs que les thérapeutes les plus efficaces tendent à être significativement plus résilients que les thérapeutes moins efficaces (Green & coll., 2014; Pereira & coll., 2016).

Pour être efficace, c'est-à-dire affectivement et relationnellement disponible et utile pour leurs clients, les thérapeutes se doivent de développer leur résilience afin d'être en bon état psychologique, malgré leurs propres zones de vulnérabilités (Miller, 2002).

1.7. Conclusion

Le travail du psychothérapeute implique la capacité à rencontrer les clients de manière guérissante, malgré la présence d'émotions intenses, de grande souffrance et à travers une dynamique interpersonnelle généralement complexe (Safran & Muran, 2000). Environ 10 % des thérapeutes rapportent avoir, à un moment ou à un autre de leur carrière, dû travailler avec leurs clients malgré une détresse personnelle trop importante pour y arriver efficacement. C'est donc une question de l'ordre de la santé publique que de s'interroger sur les aspects plus négatifs de l'expérience de travail des thérapeutes (Pope, Tabachnik & Keith-Spiegel, 1987).

De plus en plus, la vie personnelle, la vulnérabilité et la résilience des thérapeutes sont à la base de réflexions importantes, tant pour les chercheurs que pour les cliniciens en psychothérapie (Brillon, 2021; Michaud Labonté, 2021; Orlinsky, 2022).

Comme nous l'avons vu plus haut, certains thérapeutes arrivent à utiliser leur vulnérabilité et leurs expériences d'adversité et de difficulté pour travailler de manière efficace avec leurs clients (Michaud Labonté, 2021; Skovholt, 2005, 2012 et 2016) et se développer à un haut niveau en tant que psychothérapeutes (Gallagher, 2014; Hou, 2015; Skovholt, 2012).

Comment pouvons-nous apprendre des thérapeutes qui arrivent à se développer positivement et à demeurer efficaces dans leur travail avec les clients malgré l'adversité et les souffrances qu'ils peuvent rencontrer dans leur vie personnelle ? Que pouvons-nous apprendre de ceux qui arrivent à gérer leurs difficultés personnelles et à les utiliser de manière thérapeutique ?

Dans la présente revue de littérature, nous avons tenté de faire ressortir quelques éléments de réponses en regard de l'état actuel des connaissances quant à ce qui permet à certains thérapeutes de mieux composer avec leur vulnérabilité et leurs difficultés, afin qu'ils puissent rester disposés à offrir des services de qualité à leurs clients et en assez bonne forme psychologique pour le faire. Le premier élément que nous retenons est l'importance d'avoir et d'entretenir des relations interpersonnelles significatives, que ce soit dans la vie professionnelle, ou personnelle des thérapeutes (Baker, 2012 ; Bertrand, 2019; Drouin et Delisle, 2021; Hou, 2015; King & coll., 2020; Mullenbach et Skovholt, 2011; Orlinsky, 2022; Posluns et Gall, 2020; Skovholt, 2012). Le deuxième est d'ordre plus réflexif et touche principalement la quête de sens, qu'elle se rapporte au sens de la vie de manière générale, ou au sens des difficultés et des souffrances que nous pouvons rencontrer (Baker, 2012 ; Bertrand, 2019; Drouin et Delisle, 2021; Hou, 2015; Miller, 2002; Richardson, 2002). Cette quête de sens peut aussi parfois inclure une dimension plus spirituelle ou religieuse qui aide à s'en approcher (Baker, 2012; Orlinsky, 2022; Posluns et Gall, 2020). Le troisième élément retenu est l'importance de la personnalité et du self personnel des thérapeutes, qui peuvent influencer leur manière d'être affecté et de réagir aux difficultés qu'ils rencontrent (Bordeleau, 2013; Hou, 2015; Orlinsky, 2022), mais aussi leur engagement envers leurs propres besoins et leur capacité à y répondre de manière adaptée (Miller, 2002; Posluns et Gall, 2020; Skovholt, 2012 et 2016). Le quatrième élément est celui de l'activité physique et de l'importance d'entretenir une bonne hygiène de vie (Baker, 2012; Bertrand, 2019; Drouin et Delisle, 2021; Harrison et Westwood, 2006; Pearlman, 1999; Posluns et Gall, 2020; Schauben et Frazier, 1995). Le cinquième et dernier élément a davantage trait au contact avec les clients et aux connaissances scientifiques en psychologie, lesquels permettent aux thérapeutes de posséder un bon bagage sur lequel appuyer leur expérience de la souffrance et leur résilience (Brillon, 2020 et 2021; Hou, 2015; Koller et Hicks, 2016; Lee & coll., 2019; Manning-Jones & coll., 2016; Zeidner & coll., 2013).

Il est à noter que la plupart des éléments de réponses cités ici reposent surtout sur l'étude plus spécifique de la résilience des thérapeutes en contexte de difficultés professionnelles comme le trauma vicariant, la fatigue de compassion, etc. Nous pourrions alimenter l'état actuel des connaissances avec les résultats de notre présente recherche afin de voir les rapprochements et les distinctions qui peuvent être faites par rapport à la résilience spécifique à des difficultés que l'on pourrait qualifier de personnelles et d'actuelles, à l'extérieur de la spécificité de leur travail en tant

que thérapeute et qui peuvent tout de même venir influencer, ou non, la sphère professionnelle de leur vie.

Nous nous intéressons donc à la résilience des thérapeutes lorsqu'ils vivent des difficultés dans ce qu'ils ont d'humanité partagée avec la population générale, plutôt que les difficultés bien spécifiques aux particularités de leur profession.

1.8. Questions de recherche

1.8.1. Question de recherche principale

Notre recherche est une étude exploratoire visant à répondre à certaines questions et sous-questions de recherche, plutôt qu'à vérifier des hypothèses spécifiques.

De manière générale, nous nous sommes intéressé à la question suivante : qu'est-ce qui permet aux thérapeutes de gérer leurs difficultés personnelles actuelles, pour éviter qu'elles interfèrent dans leur travail avec les clients ?

1.8.2. Sous-questions

Notre réflexion par rapport à cette question portera sur trois sous-questions plus spécifiques :

(1) Qu'est-ce qui peut caractériser les thérapeutes du Québec qui arrivent à conserver un patron de pratique efficace malgré le fait qu'ils vivent des difficultés dans leurs vies personnelles actuelles ?

Nous voulions arriver à cerner les caractéristiques personnelles et professionnelles particulières de thérapeutes québécois qui gardent un patron de pratique efficace malgré la présence, dans leur vie personnelle, de difficultés.

Pour ce faire, nous devons tout d'abord voir « Comment se répartissent des thérapeutes québécois qui vivent des difficultés personnelles actuelles dans les patrons de pratiques identifiés par Orlinsky et Ronnestad (2005) ? » Il s'agira là de la prémisse de la composition de nos groupes qui nous

permettra de conduire des analyses comparatives entre un groupe de thérapeutes « résilients » et « non résilients ».

(2) Quels impacts peuvent avoir les difficultés personnelles actuelles des thérapeutes sur leur travail avec les clients ?

Nous avons tenté d'élucider les impacts que peuvent avoir les expériences de souffrances personnelles actuelles, dans la pratique des thérapeutes et leur sentiment de développement professionnel. Nous tenterons de voir comment ces expériences peuvent être utilisées pour améliorer nos pratiques.

(3) Comment des thérapeutes québécois s'y prennent-ils pour tenter de gérer les impacts négatifs de leurs difficultés personnelles actuelles sur leur travail avec les clients ?

Nous avons tenté de comprendre les actions et les démarches que prennent des thérapeutes dans leur vie professionnelle et personnelle pour arriver à gérer ces difficultés. De la même manière, nous croyons qu'il est tout aussi important de faire ressortir les moyens que prennent certains thérapeutes pour gérer leurs difficultés et qui ne mènent pas à une pratique efficace. Selon nous, notre profession gagnera autant à connaître et à comprendre les moyens qui semblent fonctionner, que ceux qui ne mènent pas aux résultats espérés.

1.8.3. Les difficultés personnelles actuelles et la qualité de vie personnelle actuelle

Nous avons donc choisi de laisser de côté les souffrances développementales passées du thérapeute, sujet déjà largement étudié par la recherche sur le développement et la motivation à devenir psychothérapeute pour nous concentrer plus spécifiquement sur ses difficultés de vie personnelle actuelle.

Ce que nous qualifions de difficultés de vie personnelle actuelle consiste dans les difficultés rencontrées par des thérapeutes à l'extérieur de leur rôle professionnel et qui peuvent influencer négativement leur qualité de vie. Telle que définie par Orlinsky (2022), la qualité de vie serait composée de deux éléments. Le premier est le sentiment de satisfaction dans la vie personnelle du

thérapeute, corrélé positivement à sa qualité de vie et le deuxième est la charge de stress et de fardeaux dans la vie personnelle, corrélé négativement à la qualité de vie du thérapeute.

Pour bien répondre à notre question de recherche, nous devons faire la distinction entre deux types de difficultés actuelles qui, selon nous, impliquent des éléments d'expériences subjectives de la souffrance personnelle bien différents. Cette distinction nous semble nécessaire si nous voulons avoir un portrait juste de la place de la souffrance personnelle vécue par des thérapeutes dans leur capacité à être impliqués de manière guérissante avec leurs clients. Le premier type de difficulté réfère aux stress, pressions et préoccupations que des thérapeutes peuvent vivre dans leur vie quotidienne. Cet item est celui qui est le plus fortement et positivement, corrélé avec le niveau de stress et de fardeau actuel dans la vie personnelle. Le deuxième type de difficultés réfère plutôt aux conflits interpersonnels et aux pertes significatives. Nous pouvons penser ici à un divorce, la perte d'un être cher ou une relation difficile avec un enfant ou un autre membre de l'environnement social. Cet item est celui qui est le plus fortement et négativement, corrélé avec le niveau de satisfaction actuel dans la vie personnelle.

Il est à noter que les types de difficultés choisis ici ne sont pas les seuls que des thérapeutes rencontrent dans leurs vies personnelles, mais c'est sur celles-ci que nous avons décidé de baser notre étude puisqu'elles démontrent bien les deux types d'influences probables qu'elles peuvent avoir sur la qualité de vie personnelle des thérapeutes. Le premier augmentant le niveau de stress et le deuxième diminuant le niveau de satisfaction.

1.8.4. Importance de la présente étude pour l'avancement des connaissances

Nous estimons que notre recherche est essentielle pour le champ de pratique de la psychothérapie, puisqu'en tant qu'être humain, nous sommes appelés à vivre des moments difficiles au cours de nos vies. En tant que psychothérapeutes, nous sommes notre principal outil pour travailler avec la souffrance humaine. C'est pourquoi nous voulons, à travers cette recherche, amener des pistes de réflexion sur comment prendre soin de la nôtre, afin de mieux pouvoir prendre soin de celle des autres. Puisque l'expérience de la souffrance est inévitable dans nos vies personnelles, nous ferions bien de nous donner des moyens pour nous en servir d'une manière qui soit utile à notre mission professionnelle.

Comme thérapeutes, il est important de nous questionner sur les éléments qui nous permettent de travailler efficacement avec nos clients malgré nos difficultés personnelles actuelles, ainsi que sur les démarches à suivre si nous ne voulons pas être envahis par ces difficultés quand nous nous retrouvons face à nos clients.

En répondant à nos questions de recherche, nous espérons arriver à dresser un portrait possible de l'influence de l'expérience et de la gestion des souffrances personnelles actuelles dans le développement et la pratique professionnelle des psychothérapeutes.

Nos questions de recherche nous permettent de nous approcher de ce qui permet aux thérapeutes de gérer leurs difficultés personnelles actuelles, pour qu'elles n'interfèrent pas dans leur travail avec les clients, selon leurs caractéristiques personnelles et professionnelles, leurs actions et leur processus de développement professionnel.

1.8.5. Utilisation d'un devis mixte

Pour ce faire et face à la complexité de notre question de recherche, nous avons choisi d'utiliser un devis mixte. En effet, nos trois sous-questions de recherches demandent des qualités et des analyses de données bien différentes.

Au niveau des caractéristiques personnelles et professionnelles des thérapeutes, nous avons besoin d'un grand nombre de données sur un ensemble de caractéristiques prédéfinies, afin de pouvoir faire ressortir celles qui sont particulières et largement endossées par des thérapeutes résilients. Nous devons donc collecter un grand nombre de répondants pour analyser des différences de moyennes entre le groupe résilient et le groupe non résilient.

Pour ce qui est des deux autres objectifs, soit sur les actions résilientes et le développement professionnel, nous nous trouvons plus près d'un paradigme qualitatif à travers lequel nous avons cherché à explorer un ensemble de réponses pour lesquelles il n'existe pas encore de questionnaires standardisés. Nous visions donc à aller chercher des données avec un niveau de profondeur, de détails et de nuances qu'un devis quantitatif seul ne nous permettait pas encore d'atteindre. À travers ces deux derniers objectifs, nous cherchions des données qui nous permettraient de rendre

compte du vécu des thérapeutes par rapport à leurs difficultés personnelles et ce qu'ils en font dans leur vie professionnelle, ce qui demandait une moins grande quantité de données, mais avec plus de qualité l'élaboration. La partie qualitative de notre devis nous permet d'avoir accès à l'expérience subjective des thérapeutes, ce qui ne pouvait pas être accompli par un test objectif. Comme l'expérience de la souffrance est un phénomène largement intime et individuel, nous nous intéressons bien plus aux différentes possibilités particulières d'intégration des difficultés, qu'à quelques lois universelles que ce soit. Ce qui permet l'intégration d'une souffrance ce n'est pas la réalité objective de la difficulté, mais bien le retour à soi, à son identité propre, à son expérience de sujet vivant (Putois, 2013). Nous voulons avoir accès à la façon dont les psychothérapeutes perçoivent, vivent et se représentent à la fois l'expérience de la souffrance et les démarches de résiliences.

CHAPITRE 2

DEVIS QUANTITATIF

2.1. Méthodologie

2.1.1. Devis de recherche

Cette étude suit un devis transversal exploratoire, à travers lequel nous tenterons de répondre à notre question de recherche, plus précisément à notre première sous-question (« Qu'est-ce qui peut caractériser les thérapeutes du Québec qui arrivent à conserver un patron de pratique efficace malgré le fait qu'ils vivent des difficultés dans leurs vies personnelles actuelles ? »), de manière descriptive en comparant les réponses de nos participants, divisées en deux groupes, à un instant donné dans le temps.

Nous tentons ici de faire ressortir les caractéristiques personnelles et professionnelles qui distinguent des thérapeutes qui ont un patron de pratique efficace malgré la présence de difficultés dans leur vie personnelle, de ceux qui n'affichent pas ce patron de pratique. Nous commencerons donc par évaluer les patrons de pratique des thérapeutes afin de former des groupes de comparaison.

Nous pourrions ainsi voir, à travers ce devis, comment des thérapeutes résilients se distinguent des thérapeutes non résilients lorsqu'ils vivent des difficultés personnelles actuelles, tandis que notre devis qualitatif sera plutôt axé sur l'expérience de difficulté et de gestion des impacts de cette dernière, sans faire de distinction entre des thérapeutes résilients et des thérapeutes non résilients.

2.1.2. Participants

Notre échantillon est composé de psychothérapeutes québécois ayant un permis d'exercice octroyé par l'Ordre des Psychologues du Québec et pratiquant actuellement la psychothérapie. Les participants ont été recrutés sur une base volontaire indépendamment de leur profession pour répondre à un questionnaire autorapporté en ligne.

Nos critères de sélection pour la présente étude ciblaient les professionnels québécois qui (1) pratiquent actuellement la psychothérapie au Québec, (2) parlent et comprennent le français, (3) vivent des pressions quotidiennes et/ou des événements/conflits/pertes significatives et (4) qui s'intéressent à l'impact que cela peut avoir dans leur pratique clinique.

Nous avons, dans un premier temps, participé à développer le volet québécois du *DPCCQ* en 2017. Nous avons voulu savoir comment se comportaient les psychothérapeutes québécois en regard de leur développement professionnel de manière général, pour pouvoir comparer un échantillon québécois avec les échantillons internationaux de l'*ISPD*. Cet échantillon comporte les réponses partielles ou complètes de 399 participants qui y avaient répondu sur la plateforme de « *SurveyMonkey* ».

Pour collecter encore davantage de données pour notre étude, le questionnaire français du *DPCCQ* a été retranscrit de « *SurveyMonkey* » à « *LimeSurvey* » afin de permettre une meilleure protection des données. Nous avons envoyé une demande d'aide à la diffusion de la recherche à l'OPQ qui a accepté de relayer l'annonce de notre étude (voir Annexe A) à tous les détenteurs de permis aptes à exercer la psychothérapie selon la loi. Cet envoi a été fait en mars 2021. L'annonce de recrutement à notre recherche s'adressait principalement aux psychothérapeutes vivant des difficultés personnelles actuelles telles que des pressions quotidiennes ou des événements, conflits ou pertes significatives. Le questionnaire a pu être rempli par les volontaires à partir d'un lien sur « *LimeSurvey* ». Les participants ont dû lire et approuver le formulaire de consentement en ligne (voir Annexe C) avant de pouvoir commencer à répondre au questionnaire. En appliquant le même processus de sélection que pour l'échantillon québécois de l'*ISPD*, 36 participants additionnels se sont joints à notre banque de données.

2.1.3. Instrument de mesure

Le questionnaire utilisé dans le cadre de notre recherche est le *Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire*, ou *DPCCQ*. Ce questionnaire compte 191 items portant sur un ensemble de variables touchant au développement et aux caractéristiques personnelles et professionnelles du psychothérapeute. Le temps estimé pour répondre à l'ensemble des items du questionnaire est d'environ une heure.

Le *DPCCQ* s'inscrit dans une étude internationale sur le développement des psychothérapeutes dirigée, entre autres, par David Orlinsky et Michael H. Ronnestad et d'autres membres du *Collaborative Research Network*, ou CRN. La première version de ce questionnaire a été mise sur pied en 1991. Dans le cadre de notre étude, nous avons utilisé la version la plus récente du questionnaire que nous avons traduite de l'anglais au français en 2016. Cette traduction a été vérifiée par deux psychothérapeutes bilingues du Québec, conformément à la procédure requise par le *Collaborative Research Network (CRN)*. Chaque item de la version française a été comparé à l'item de la version originale, puis la justesse de la traduction a été évaluée par les deux évaluateurs de manière indépendante sur une échelle de 0 à 4. Nous avons modifié nos traductions jusqu'à ce que chacun des items soit coté à 3 ou 4 par les deux évaluateurs, puis nous avons envoyé la version française à l'équipe du Dr Orlinsky pour une dernière approbation de la traduction. Lors de l'examen doctoral, nous avons évoqué la possibilité d'effectuer un *back translation* pour évaluer plus adéquatement la validité de notre traduction (Vallerand, 1989), mais nous avons choisi de ne pas aller de l'avant avec cette démarche afin de nous assurer que nos participants additionnels puissent répondre à la même version française du questionnaire par « *Limesurvey* » que nos participants provenant de l'échantillon québécois de l'Étude Internationale sur le Développement des Psychothérapeutes (*ISDP*) qui y avait déjà répondu sur [surveymonkey.com](https://www.surveymonkey.com).

Nous avons retenu ce questionnaire pour notre étude pour trois principales raisons. La première, c'est qu'il nous permet d'inférer de la pratique efficace, ou non, de nos répondants. La seconde, c'est qu'il nous permet également d'inférer la présence et le degré de difficultés personnelles actuelles, de nos thérapeutes. Finalement, ce questionnaire nous permet aussi d'analyser un ensemble de facteurs personnels et professionnels qui ont pu nous éclairer sur les distinctions entre des thérapeutes résilients et non résilients du Québec, lorsqu'ils sont aux prises avec des pressions quotidiennes ou des conflits et pertes significatives.

La pratique efficace des thérapeutes est calculée selon deux échelles, l'implication guérissante et stressante, en utilisant des patrons de réponse préétablis selon des analyses factorielles par les auteurs (Orlinsky et Ronnestad, 2005). Les deux échelles sont évaluées sur 15 points. Zéro, signifiant que le thérapeute ne vit pas le type d'implication évalué et 15 signifiant que le thérapeute vit énormément le type d'implication évalué. Selon les critères de Orlinsky et Ronnestad (2005),

une pratique efficace serait caractérisée par un score supérieur à 7,75 sur l'échelle d'implication guérissante et un score inférieur ou équivalent à 4,4 sur l'échelle d'implication stressante.

L'implication guérissante réfère à six sous-échelles détaillées par Orlinsky et Ronnestad (2005). Chaque sous-échelle comprend une série d'items permettant de les évaluer. La première échelle, celle de la capacité du thérapeute à s'affirmer dans la relation thérapeutique, est composée d'items relatifs au sentiment du thérapeute d'être acceptant (4-15), amical (4-26), chaleureux (4-37), tolérant (4-36), impliqué (4-29) et nourrissant (4-30) pour ses clients. La deuxième échelle, celle de la capacité du thérapeute à établir une relation efficace, est composée d'items relatifs au sentiment du thérapeute d'être efficace (4-25), organisé (4-31) et habile (4-34) avec ses clients. La troisième échelle, celle des habiletés cliniques actuelles du thérapeute, est composée des items portant sur la capacité du thérapeute à établir une alliance de travail (5-18) et un lien empathique (5-20) avec ses clients. La quatrième échelle, celle du sentiment de fluidité en séance chez le thérapeute, est composée d'items relatifs au sentiment du thérapeute d'être absorbé (7-8), stimulé (7-14), inspiré (7-11) et créatif (7-5) avec ses clients. La cinquième échelle, celle de la capacité du thérapeute à gérer les difficultés de pratique par la réflexion est composée d'un seul item relatif à la propension du thérapeute à réfléchir par lui-même quant à comment le problème est survenu (6-30). Finalement, la sixième échelle, celle de la capacité du thérapeute à gérer les difficultés de pratique en consultant, est composée d'items relatifs à la propension du thérapeute à consulter des ouvrages portant sur le problème rencontré (6-22) et à consulter des collègues pour discuter du problème (6-21).

L'implication stressante, elle, est composée de cinq sous-échelles. La première échelle, celle du sentiment de frustration face aux efforts déployés pour le client, est composée d'items relatifs au sentiment de frustration envers des clients qui semblent perdre leur temps en thérapie (6-18), au sentiment d'être pris dans une relation thérapeutique qui ne mène nulle part (6-17) et à l'incapacité du thérapeute à faire évoluer la thérapie dans une direction constructive (6-9). La deuxième échelle, celle des réactions négatives du thérapeute face aux clients, est composée d'items relatifs à l'incapacité d'empathie (6-5), à l'incapacité de résister aux besoins de dépendances émotionnelles du client (6-13) et à l'incapacité à trouver quelque chose à apprécier ou à respecter chez le client (6-14). La troisième échelle, celle de la propension du thérapeute à gérer ses difficultés de pratique en critiquant ou en évitant, est composée d'items relatifs à la propension du thérapeute à éviter

d'aborder les problèmes (6-38), à critiquer le client pour l'apparition des problèmes (6-28) et à montrer sa frustration au client (6-39). La quatrième échelle, celle du sentiment d'ennui du thérapeute en séance, est composée d'items relatifs à la propension du thérapeute à être ennuyé (7-3), somnolent (7-7), inattentif (7-10) et distrait (7-6) avec les clients. La cinquième et dernière échelle, celle du sentiment d'anxiété du thérapeute en séance, est composée d'items relatifs à la propension du thérapeute à être anxieux (7-1), sous pression (7-12), tendu (7-15) et incertain (7-16) avec les clients.

En plus des patrons de pratique, le *DPCCQ* comprend aussi des items relatifs à la qualité de vie personnelle des psychothérapeutes. Telle qu'élaborée par les chercheurs principaux de l'*ISPD* (Orlinsky, 2022; Orlinsky et Ronnestad, 2005), la qualité de vie personnelle du thérapeute correspond à l'intersection entre le niveau de satisfaction personnelle et le niveau de stress et de fardeaux dans la vie personnelle. Le niveau de satisfaction de vie correspond à l'item 12-10 du questionnaire et contribue positivement à la qualité de vie. Le niveau de stress et de fardeaux dans la vie personnelle correspond à l'item 12-11 du questionnaire et influence négativement la qualité de vie. Ces items sont cotés sur une échelle de 0 à 5, 0 signifiant « pas du tout » et 5 « énormément ».

Les items 12-13, portant sur les pressions quotidiennes et 12-16, portant sur les conflits et pertes significatives font partie des items les plus corrélés, de manière négative avec la qualité de vie personnelle du psychothérapeute. L'item portant sur les pressions quotidiennes est celui qui est le plus fortement corrélé positivement avec le niveau de stress et de fardeau actuel dans la vie personnelle et l'item portant sur les conflits et pertes significatives est celui qui est le plus fortement corrélé négativement avec le niveau de satisfaction actuelle dans la vie personnelle. Il est à rappeler que la qualité de vie est évaluée ici selon les degrés relatifs de satisfaction et de fardeau dans la vie personnelle (Orlinsky, 2022). Ce sont d'ailleurs ces deux items qui ont été retenus et utilisés dans notre étude pour former notre échantillon. Nous y reviendrons dans la prochaine section.

La validité conceptuelle de l'ensemble des échelles et des items utilisés dans le *DPCCQ* a été démontrée dans l'Étude Internationale sur le Développement des Psychothérapeutes (*ISDP*) de Orlinsky et Ronnestad (1999 et 2005) et dans l'étude, un peu plus récente, de Nissen-Lie et ses collaborateurs (2010). De ces items, les chercheurs ont produit des séries de facteurs primaires et

secondaires, dont les types d'implication et les patrons de pratique, en conduisant une série d'analyses factorielles (Dennhag, 2012; Orlinsky, 2022; Orlinsky et Ronnestad, 2005; Orlinsky, Ronnestad et coll., 1999).

2.1.4. Procédure

Étant donné les besoins plus spécifiques de la présente recherche et selon nos critères de sélection, nous avons uniquement retenu les données des répondants qui ont coté « moyennement », « beaucoup » ou « énormément » aux items 12-13, portant sur les pressions quotidiennes, et/ou 12-16, portant sur les conflits et pertes significatives. Nous avons donc pu inclure les réponses de 93 participants de l'échantillon du volet québécois de l'*ISPD* ainsi que celles des 36 de notre échantillon additionnel provenant de « *LimeSurvey* », dans nos analyses. Notre étude comprend donc les réponses de 129 participants au *DPCCQ*.

Nous avons utilisé le logiciel SPSS pour réunir nos données des deux banques et pour procéder à l'ensemble de nos analyses quantitatives subséquentes.

Pour procéder à nos analyses, nous avons réparti nos répondants en deux groupes en évaluant chacun des répondants sur les échelles d'implication guérissante et stressante afin de voir s'ils ont une pratique efficace ou non. Nous avons d'abord formé un groupe de thérapeutes « résilients », c'est-à-dire ceux qui affichent un patron de pratique efficace malgré un niveau élevé ou modéré de difficulté à l'item 12-13 (pression quotidienne) et/ou 12-16 (conflits ou pertes significatives), puis un groupe de thérapeutes « non résilient », c'est-à-dire les répondants qui n'affichent pas un patron de pratique efficace et vivent un niveau élevé ou modéré à l'une et/ou l'autre des difficultés. De nos 129 participants, 86 ont été attribués au groupe « résilient » et 43 au groupe « non résilient ».

L'âge moyen de notre échantillon est de 49.9 ans avec un écart type de 11.9 ans et compte 96 femmes, 30 hommes et 3 réponses manquantes. Dans nos groupes, l'âge moyen de nos thérapeutes résilients (51.6 ans) est significativement plus élevé que celui de nos thérapeutes non résilients (46.4 ans) avec une valeur *p* de .019 et une taille d'effet moyenne. Le groupe de thérapeutes résilients est composé de 68 femmes et 16 hommes, avec 2 réponses manquantes et le groupe de thérapeutes non résilients est composé de 28 femmes et de 14 hommes, avec une réponse

manquante. Bien que la proportion d'hommes soit plus élevée dans le groupe non résilient que dans le groupe résilient, il s'agit d'une différence marginale, mais non significative.

Le nombre moyen d'années d'expérience comme psychothérapeute est de 17.8 années avec un écart type de 10.2 années. Notre échantillon couvre une vaste diversité de niveaux d'expérience professionnelle de la psychothérapie. Les années d'expérience de nos thérapeutes varient de la 1^{ère} année d'expérience à la 47^{ème} année d'expérience. Le groupe des thérapeutes résilients possède légèrement plus d'années d'expérience, avec une moyenne de 18.8 années d'expérience, que le groupe de thérapeutes non résilients, avec une moyenne de 15.9 années d'expérience. Cette différence est cependant marginale et non significative.

Pour ce qui est de la formation professionnelle, notre échantillon est composé de 102 psychologues, 21 autres professionnels qualifiés et 1 psychiatre. Il n'y a aucune différence significative entre les 2 groupes.

Au niveau des approches pratiquées, 87 des 129 thérapeutes se reconnaissent, au moins grandement, dans l'approche humaniste, 72 dans l'approche psychodynamique, 37 dans l'approche interpersonnelle, 31 dans l'approche cognitive, 27 dans l'approche systémique et 19 dans l'approche comportementale. Il n'y a aucune différence significative ou marginale entre les groupes résilients et non résilients à ce niveau (voir Tableau F.1. et F.2. dans l'Annexe F).

Une fois les données combinées et les groupes mis sur pied, nous avons comparé leurs résultats sur un ensemble d'items relatif à des caractéristiques personnelles et professionnelles, à l'aide d'un test t pour les échelles de Likert et d'un test du Khi carré pour les échelles dichotomiques, pour voir ce qui ressort comme différences significatives entre les moyennes ou les fréquences des deux groupes.

Étant donné le caractère exploratoire de cette étude, les tests t et du Khi carré ont été effectués sur l'ensemble des items catégoriels, continus et dichotomiques des différentes sections du questionnaire. Comme nous avons interprété nos résultats uniquement sur les items simples et non sur les catégories d'items, nos analyses comportent un risque d'erreur de type familywise alpha. En choisissant de faire plusieurs tests, le risque d'erreur de type 1 se multiplie et nous augmentons

donc les chances de conclure des faux-positifs, c'est-à-dire d'observer une différence qui n'existe pas réellement. Habituellement, il aurait été avisé de corriger ce risque d'erreur en appliquant sur nos tests statistiques une correction de Bonferonni. Cependant, en faisant cela, nos tests seraient devenus beaucoup trop conservateurs et nous aurions augmenté le risque d'erreur de type 2, c'est-à-dire de conclure des faux négatifs, donc de ne pas détecter de différences significatives là où il y en a réellement. Pour cette raison et en gardant en tête l'objectif exploratoire de défrichage de notre recherche, nous avons fait le choix statistique de ne pas appliquer de correction du risque d'erreur à nos tests statistiques et avons plutôt opté pour l'option de nous appuyer sur l'observation des tailles d'effets de nos différences significatives, prenant en considération que les différences de tailles d'effets moyennes à élevées était un bon indicateur de la justesse de nos tests. Néanmoins et malgré cette précaution, les résultats de la présente recherche doivent être pris avec parcimonie et des analyses statistiques subséquentes devraient permettre de les vérifier.

Avant de procéder aux tests t, nous avons vérifié les postulats de normalité en nous assurant que les indices d'asymétrie et d'aplatissement se situaient entre -1 et 1 dans les 2 groupes. Dans les cas où les postulats de normalité n'étaient pas respectés, nous avons appliqué les transformations de variable appropriées avant de procéder aux tests statistiques. Lorsque nous observions une asymétrie positive pour l'un ou l'autre des 2 groupes, nous avons procédé à des transformations logarithmiques, ce qui a été le cas pour 5 variables et pour les asymétries négatives et à des transformations logarithmiques inversées, ce qui a été le cas pour 3 variables, avant d'appliquer les tests t. Lorsque nous étions face à des données extrêmes, nous avons procédé à des winsorisations de la variable avant que les tests t ne soient appliqués, ce qui a été le cas pour une seule variable. Lorsqu'il y avait une trop forte concentration de sujets à la valeur minimale ou maximale d'une échelle, nous procédions à une dichotomisation de la variable sur laquelle nous avons appliqué un test du Khi carré. Nous avons dû procéder à une dichotomisation pour 16 variables.

Nous avons appliqué des tests t avec un seuil de signification de 0,05, un intervalle de confiance à 95 % et une puissance statistique de 0,80 que nous avons établie selon les normes aléatoires habituelles de la recherche en psychologie. Étant donné que notre recherche est exploratoire et que nous ne cherchons pas à vérifier des hypothèses de recherche, nous n'aurons pas besoin que nos analyses soient assez sensibles pour observer de petites tailles d'effet.

Ainsi, nous avons réussi à faire ressortir certaines particularités caractéristiques des thérapeutes résilients et non résilients lorsqu'ils vivent des difficultés personnelles actuelles.

Malgré l'utilité de cette procédure, il y a certains biais possibles qu'il faudra garder en tête au moment de l'interprétation des résultats. Premièrement, le fait que le questionnaire soit autorapporté pourrait introduire certains biais. Par exemple, il pourrait y avoir un biais de désirabilité sociale chez nos répondants, qui pourraient avoir tendance à surévaluer leurs points forts et à minimiser leurs points faibles. De la même manière, les participants peuvent uniquement répondre selon les éléments dont ils ont conscience dans leur pratique et dans leur vie, ce qui pourrait signifier que certaines zones d'ombre ne soient pas reflétées dans les réponses de nos participants et que nous perdions ainsi une partie de leur expérience vécue. Deuxièmement, étant donné que le questionnaire est long à remplir, cela pourrait limiter notre capacité à rejoindre une plus grande diversité de thérapeutes. Nous risquons donc d'avoir parmi nos répondants une plus grande proportion de thérapeutes intéressés à réfléchir à leur développement professionnel, que dans la population générale des psychothérapeutes, ce qui limite les possibilités de généralisation de nos résultats. Troisièmement, nous posséderons un échantillon de convenance et non aléatoire, avec une surreprésentation de psychothérapeutes provenant d'un institut de formation clinique post-universitaire à la PGRO, le CIG, ce qui limite également les généralisations possibles et peut d'autant plus inclure un biais de désirabilité sociale.

2.1.5. Éthique

Tel que mentionné plus haut, notre projet de recherche a fait l'objet d'une évaluation par le CERPE (Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants) de l'UQÀM. Suite à cette évaluation, nous avons reçu un certificat d'éthique que nous avons pris le soin de renouveler chaque année afin de tenir compte des enjeux éthiques pouvant émerger à chaque étape du processus. Cette évaluation a permis d'établir que notre étude présente un faible risque pour nos participants.

Nous nous sommes assurés de garder l'anonymat et la confidentialité des données recueillies sur le *DPCCQ*.

Les participants ont dû lire le formulaire de consentement (Annexe C) pour donner leur consentement libre et éclairé, avant de commencer à répondre au questionnaire sur le site de « *LimeSurvey* ». Comme les données ont été recueillies par internet, les participants n'ont pas eu à signer de formulaire de consentement, mais ont pu le donner en appuyant sur le bouton « commencer » avant de remplir le questionnaire, tel qu'indiqué dans le formulaire de consentement.

2.2. Résultats

La présente section fait état des principaux résultats significatifs et non significatifs qui ressortent de nos tests t et du Khi carré sur les différents items du *DPCCQ*. Il est à noter que nous ne nous sommes pas attardé aux résultats des items qui faisaient déjà partie des échelles d'implication guérissante et stressante, ni aux items des sections qui ressortaient de manière largement non significative, même s'ils se retrouvent dans certains de nos tableaux situés dans l'Annexe F.

Pour répondre à nos questions de recherche, nous nous sommes particulièrement intéressé aux résultats relatifs au sentiment de développement et de compétence professionnelle, aux relations de soutien personnel et professionnel, au sentiment de bien-être et de satisfaction personnelle et professionnelle, aux attitudes et manières d'être en relations personnelles et intimes, aux éléments d'histoire développementale dans la famille d'origine et à l'importance de la religion et de la spiritualité des thérapeutes. La section se termine sur quelques suppléments de résultats significatifs d'intérêts.

L'ensemble de nos tableaux de résultats se retrouve dans la section F de nos annexes. Afin d'alléger la lecture et d'aller plus succinctement à l'essentiel de nos résultats, nous avons décidé d'inclure seulement les tableaux dans lesquels ressortaient les différences les plus marquantes de nos analyses. Il est à noter que certaines différences significatives exposées dans cette section renvoient à des tableaux qui ne sont pas inclus ici, par exemple, dans le cas où le résultat significatif se noierait dans un ensemble de résultats non significatifs. Nous nous sommes cependant assuré d'indiquer explicitement dans le texte les résultats pour lesquels le tableau se retrouve en annexe.

Tel qu'expliqué plus haut dans la section « procédure » de notre méthodologie, de nos 129 participants, 86 thérapeutes affichaient un patron de pratique efficace et ont été attribués au groupe « résilient », tandis que 43 affichaient un autre patron de pratique qu'efficace et ont été attribués au groupe « non résilient ».

2.2.1. Sentiment de développement et de compétence professionnelle

Tableau 2.1. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leur développement professionnel actuel ressenti

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Vous sentez-vous changer en tant que thérapeute ? (1)	2.98	3.05	p = .706	...
Ressentez-vous ce changement comme un progrès, une amélioration ? (1)	3.60	3.35	p = .175	...
Avez-vous l'impression de surmonter vos anciens points faibles en tant que thérapeute ? (1)	3.18 (n = 85)	2.93	p = .152	...
Sentez-vous que vous devenez plus habile dans votre pratique de la thérapie ? (1)	3.67	3.30	p = .054	...
Avez-vous le sentiment d'approfondir votre compréhension de la psychothérapie ? (1)	3.87 (n = 85)	3.65	p = .262	...
Ressentez-vous un enthousiasme croissant pour la thérapie ? (1)	3.6 **	3.02 **	p = .005 **	d = .539 **
Avez-vous le sentiment de devenir désillusionné à propos de la thérapie ? (1) (2)	0.32 ***	0.76 ***	p < .001 ***	d = .815 ***
Sentez-vous que votre façon de travailler devient routinière ? (1) (2)	0.33 ***	0.73 ***	p < .001 ***	d = .850 ***
Votre développement en tant que thérapeute vous tient il à coeur? (1) (2)	1.34	1.19	p = .063	...

Note 1. Items évalués selon une échelle de Likert à 6 points (0 = pas du tout; 1 = légèrement; 2 = quelque peu; 3 = modérément; 4 = beaucoup; 5 = énormément).

Note 2. Variable avec une transformation logarithmique inversée pour laquelle nous avons utilisé un test t

Le tableau 2.1. reflète les résultats de nos tests t et fait ressortir 3 différences significatives entre nos deux groupes, par rapport à leur développement professionnel actuel ressenti. Dans leur pratique, les thérapeutes résilients (3.6) ont rapporté ressentir un enthousiasme croissant pour la thérapie de manière significativement plus importante ($p = .005$) que les thérapeutes non résilients (3.02). La différence est de taille d'effet moyenne ($d = .539$). À l'inverse, les thérapeutes non résilients (0.76) ont répondu avoir un sentiment significativement plus ($p < .001$) grand de devenir désillusionnés à propos de la thérapie, que les thérapeutes résilients (0.32). On observe une grande taille d'effet ($d = .815$). De la même manière, les thérapeutes non résilients (0.73) ont rapporté avoir un sentiment significativement plus élevé ($p < .001$) que les thérapeutes résilients (0.33), que leur façon de travailler devenait routinière. La taille d'effet de cette différence est grande ($d = .850$). Il est à noter que les items rapportés ici sont généralement liés à la détérioration développementale actuelle ressentie (Orlinsky et Ronnestad, 2005).

Cependant, aucune différence significative n'a été relevée entre les deux groupes dans leur sentiment de changer en tant que thérapeute et dans le fait que leur développement en tant que thérapeute leur tient à cœur. De la même manière, il n'y avait aucune différence significative entre les deux groupes dans leurs réponses aux items généralement liés à l'amélioration développementale actuelle ressentie (Orlinsky et Ronnestad, 2005), comme le sentiment de progresser et de s'améliorer, l'impression de surmonter ses anciens points faibles en tant que thérapeute, le sentiment de devenir plus habile dans sa pratique et le sentiment d'approfondir sa compréhension de la psychothérapie.

Tableau 2.2. Test du Khi carré pour des variables dichotomisées comparant les fréquences dans les groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leur développement professionnel actuel ressenti.

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Le ressentez-vous comme une détérioration ou un recul ? (1) (2)	Oui (10.5 %) *	Oui (27.9 %) *	$p = .021 *$	$\Phi = .223 *$

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Avez-vous le sentiment de perdre votre capacité d'empathie ? (1) (2)	Oui (20.9 %) ***	Oui (55.8 %) ***	p < .001 ***	Phi = .351 ***

Note 1. Items évalués selon une échelle de Likert à 6 points (0 = pas du tout; 1 = légèrement; 2 = quelque peu; 3 = modérément; 4 = beaucoup; 5 = énormément).

Note 2. Variable dichotomisée pour laquelle nous avons utilisé un test du khi carré.

Le tableau 2.2. reflète les résultats des tests du Khi carré que nous avons utilisés pour deux variables liées au développement professionnel actuel ressenti que nous avons dû dichotomiser à postériori étant donné une trop forte concentration à la valeur minimale dans les réponses de nos participants.

Les deux résultats qui en ressortent sont significatifs et font aussi référence à l'échelle de détérioration développementale actuelle ressentie (Orlinsky et Ronnestad, 2005). 27,9 % des thérapeutes non résilients ont rapporté ressentir une détérioration ou un recul dans leur développement professionnel actuel, alors que 10,5 % des thérapeutes résilients ont rapporté la même chose. La différence entre ces deux effectifs est significative ($p = .021$) et la taille d'effet est entre petite et moyenne ($\Phi = .223$). De la même manière, 55,8 % des thérapeutes non résilients ont rapporté avoir le sentiment de perdre leur capacité d'empathie, alors que 20,9 % des thérapeutes résilients ont rapporté le même sentiment. La différence est significative ($p < .001$) et la taille d'effet, moyenne ($\Phi = .351$).

Pour ce qui est de leur sentiment de développement depuis le début de leur carrière (voir Tableau F.4. dans l'Annexe F), les thérapeutes non résilients ont répondu à 23,3 % qu'ils en ressentaient une détérioration, alors que seulement 5.8 % des thérapeutes résilients avaient affirmé la même chose. La différence entre les fréquences est significative ($p = .004$) et nous relevons une taille d'effet entre petite et moyenne ($\Phi = .526$).

Par rapport à leur sentiment de compétence thérapeutique en séance (voir Tableau F.10. dans l'Annexe F.), quelques résultats significatifs ressortent. Tout d'abord, les thérapeutes résilients (3.18) ont affirmé arriver à comprendre ce qui se passe à chaque instant d'une séance de manière significativement ($p = .034$) plus importante que les thérapeutes non résilients (2.86). Il s'agit ici

d'une taille d'effet entre petite et moyenne ($d = .400$). Ensuite, les thérapeutes résilients (3.67) ont répondu qu'ils pouvaient significativement mieux ($p = .009$) utiliser leurs propres réactions personnelles à l'égard de leurs clients de manière constructive que les thérapeutes non résilients (3.26). La taille d'effet de cette différence est moyenne ($d = .552$). Finalement, les thérapeutes résilients ont rapporté avoir atteint un degré de précision, de subtilité et de finesse significativement plus grand ($p = .002$) que celui rapporté par les thérapeutes non résilients (2.95). Cette différence est de taille d'effet moyenne ($d = .585$).

2.2.2. Relation de soutien personnel et professionnel vertical

Tableau 2.3. Test du khi carré comparant les fréquences dans les groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leur propre thérapie personnelle.

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Êtes-vous présentement en thérapie personnelle ou en analyse ?	Oui (36.5 %) * (n = 85)	Oui (58.1 %) *	$p = .024 *$	$\Phi = .206 *$
Avez-vous déjà été en thérapie personnelle ou en analyse ?	Oui (91.9%)	Oui (97.7%)	$p = .268$...

Le tableau 2.3. reflète les résultats de nos tests du Khi carré, par rapport à la thérapie personnelle des thérapeutes. La comparaison des effectifs dans nos deux groupes fait ressortir une différence significative ($p = .024$) dans laquelle les thérapeutes non résilients ont répondu à 58,1 % qu'ils étaient présentement en thérapie ou en analyse personnelle, alors que dans le groupe résilient, c'était le cas de seulement 36.5 % des thérapeutes. Il s'agit ici d'une taille d'effet qui se situe entre petite et moyenne ($\Phi = .206$). Par contre, dans le fait d'avoir déjà été ou non en thérapie ou en analyse personnelle, il n'y a pas de différence significative. Les deux groupes de thérapeutes rapportent en très grande majorité avoir déjà été en thérapie ou en analyse personnelle, soit 91,9 % des thérapeutes résilients et 97,7 % des thérapeutes non résilients.

Nous observons à peu près la même tendance par rapport aux processus de supervision (voir Tableau F.5. dans l'Annexe F). Les thérapeutes non résilients ont répondu à 73,2 % recevoir présentement de la supervision pour certains de leurs cas sur une base régulière, alors que ce taux

de réponse est de seulement 47,1 % du côté des thérapeutes résilients. Cette différence d'effectif entre les deux groupes est significative ($p = .006$) et de taille d'effet moyenne ($\Phi = .246$).

2.2.3. Sentiment de bien-être et de satisfaction personnelle et professionnelle

Tableau 2.4. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leur sentiment de bien-être et de satisfaction professionnelle.

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Comment décririez-vous votre bien-être psychologique et émotif actuel ? (1)	4.48 ***	3.91 ***	p < .001 ***	d = .713 ***
Quel degré de satisfaction éprouvez-vous dans votre pratique actuelle de psychothérapeute ? (2)	3.26 **	2.84 **	p = .007 **	d = .563 **
Quel degré d'insatisfaction éprouvez-vous dans votre pratique actuelle de psychothérapeute ? (2)	1.26 ***	1.74 ***	p < .001 ***	d = .745 ***

Note 1. Items évalués selon une échelle de Likert à 6 points (1 = Très faible, j'arrive à peine à faire face aux choses de la vie quotidienne; 2 = Plutôt faible, la vie est vraiment difficile pour moi par moment.; 3 = Comme ci comme ça, je continue à fonctionner avec un certain effort.; 4 = Assez bien, J'ai mes hauts et mes bas.; 5 = Très bien, Je n'ai aucun problème majeur; 6 = Parfaitement bien, Les choses se passent plutôt comme je le souhaite.).

Note 2. Items évalués selon une échelle de Likert à 6 points (0 = aucun; 1 = minime; 2 = modéré; 3 = élevé; 4 = très élevé; 5 = absolu).

Le tableau 2.4. reflète les résultats des tests t qui nous ont permis de comparer les moyennes de nos deux groupes de thérapeutes par rapport à leur sentiment de bien-être et de satisfaction professionnelle.

Les thérapeutes résilients (4.48) ont évalué leur niveau de bien-être psychologique et émotionnel actuel de manière significativement plus positive ($p < .001$) que les thérapeutes non résilients (3.91). Cet écart entre nos deux groupes est de grande taille d'effet ($d = .713$).

Pour ce qui est du niveau de satisfaction dans leur vie professionnelle, les thérapeutes résilients (3.26) ont aussi rapporté éprouver un plus haut degré de satisfaction dans leur pratique actuelle de

psychothérapie que les thérapeutes non résilients (2.84). Cette différence est significative ($p = .007$) et de taille d'effet moyenne ($d = .563$). À l'inverse, les thérapeutes non résilients (1.74) ont rapporté éprouver un plus haut degré d'insatisfaction dans leur pratique actuelle que les thérapeutes résilients (1.26). Cette différence est également significative ($p < .001$) et de grande taille d'effet ($d = .745$).

Tableau 2.5. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leur appréciation subjective de leur vie personnelle actuelle.

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
À quel point êtes-vous satisfait de votre vie actuelle ? (1)	3.74 *	3.44 * (n = 41)	p = .014 *	d = .471 *
À quel point êtes-vous stressé par votre vie actuelle ? (1)	2.73 ** (n = 85)	3.29 ** (n = 42)	p = .002 **	d = .595 **
Êtes-vous capable d'exprimer vos pensées et vos émotions librement ? (2)	3.86	3.65	p = .214	...
Éprouvez-vous des moments de plaisirs sans réserve ? (2)	3.48 **	2.84 **	p = .001 **	d = .620 **
Sentez-vous que vous êtes l'objet d'un souci authentique de la part des autres ? (2)	2.98 (n = 85)	2.91	p = .778	...
Portez-vous un lourd fardeau de responsabilité, d'inquiétude ou de soucis pour vos proches ? (2)	2.20	2.44	p = .272	...
Vivez-vous des relations intimes ou affectives qui vous laissent satisfait ? (2)	3.68 * (n = 85)	3.09 *	p = .017 *	d = .499 *
Êtes-vous préoccupé par l'argent et votre sécurité financière ? (2)	2.10	2.51	p = .126	...
Êtes-vous préoccupé par votre santé physique ? (2)	1.81	2.18	p = .093	...
Prenez-vous le temps de relaxer et de vous ressourcer ? (2)	3.29 *	2.84 *	p = .034 *	d = .400 *

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Avez-vous le sentiment d'appartenir à une communauté personnellement significative ? (2)	2.83	2.53	p = .263	...

Note 1. Items évalués selon une échelle de Likert à 6 points (0 = pas du tout; 1 = très peu; 2 = peu; 3 = modérément; 4 = beaucoup; 5 = énormément).

Note 2. Items évalués selon une échelle de Likert à 6 points (0 = jamais; 1 = rarement; 2 = occasionnellement; 3 = modérément; 4 = souvent; 5 = très souvent).

Le tableau 2.5. quant à lui, rapporte les résultats des tests t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients par rapport à leur appréciation subjective de leur vie personnelle actuelle.

Les thérapeutes résilients (3.74) se décrivent comme significativement ($p = .014$) plus satisfaits de leur vie actuelle que les thérapeutes non résilients (3.44). La taille d'effet est moyenne ($d = .471$). De la même manière, les thérapeutes résilients (3.48) ont rapporté éprouver significativement ($p = .001$) plus de moments de plaisirs sans réserve que les thérapeutes non résilients (2.84). La taille d'effet de cet écart est entre moyenne et grande ($d = .620$). De plus, les thérapeutes résilients (3.68) ont aussi répondu vivre significativement ($p = .017$) plus de relations intimes ou affectives qui les laissent satisfaits que les thérapeutes du groupe non résilient (3.09). La taille d'effet de cette différence est moyenne ($d = .499$). Le groupe résilient (3.29) a également rapporté en moyenne prendre significativement ($p = .034$) plus le temps de se relaxer et de se ressourcer que le groupe non résilient (2.84). La taille d'effet ici est entre petite et moyenne ($d = .400$). À l'inverse, les thérapeutes non résilients (3.29) se sont décrits comme significativement ($p = .002$) plus stressés par leur vie actuelle que les thérapeutes résilients (2.73). La taille d'effet est entre moyenne et grande ($d = .595$).

Il n'y avait aucune différence significative entre les deux groupes par rapport à leur capacité à exprimer leurs pensées et leurs émotions librement, leur sentiment d'être l'objet d'un souci authentique de la part des autres, leur sentiment de porter un lourd fardeau de responsabilité, d'inquiétude ou de soucis pour leurs proches, leur niveau de préoccupation par rapport à l'argent

et à la sécurité financière, leur niveau de préoccupation par rapport à leur santé physique et leur sentiment d'appartenir à une communauté personnellement significative.

2.2.4. Attitudes et manières d'être en relations personnelles et intimes

Tableau 2.6. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leurs attitudes dans leurs relations personnelles intimes.

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Je crains que d'autres ne tiennent pas à moi autant que je tiens à eux. (1)	3.35	3.71 (n = 42)	p = .244	...
Dans les relations intimes, je veux me rapprocher des autres, mais j'ai toujours mes réserves (1)	3.62	4.12	p = .089	...
Je deviens nerveux quand les autres se rapprochent trop de moi (1)	2.87 **	3.81 **	p = .002 **	d = .599 **
Mon désir intense de rapprochement fait parfois fuir les autres (1)	2.05 * (n = 85)	2.62 * (n = 42)	p = .019 *	d = .448 *
J'essaie d'éviter de trop me rapprocher des autres (1)	2.65 *	3.23 *	p = .034 *	d = .399 *
J'ai un fort besoin qu'on me rassure que l'on m'aime (1)	3.26 *	4 *	p = .017 *	d = .452 *
Je ne m'inquiète pas tellement d'être abandonné (1)	4.37	4.35	p = .937	...
Les autres ne se rapprochent pas autant de moi que je le souhaiterais (1)	3.51	3.77	p = .375	...
Je discute habituellement de mes problèmes et de mes préoccupations avec mes intimes (1)	5.5	5.16	p = .174	...
Je suis frustré lorsque les autres ne sont pas là quand j'ai besoin d'eux (1)	3.35	3.5 (n = 42)	p = .598	...
Ça aide de se tourner vers les autres dans les moments difficiles (1)	5.92	5.56	p = .088	...

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Je me tourne vers les autres pour plusieurs raisons, incluant me faire reconforter et rassurer (1)	5.16 (n = 85)	4.84	p = .221	...

Note 1. Items évalué selon une échelle de Likert à 7 points (1 = fortement en désaccord; 2 = modérément en désaccord; 3 = en désaccord; 4 = neutre/partagé; 5 = en accord; 6 = modérément en accord; 7 = fortement en accord).

Le tableau 2.6. reflète les résultats de tests t utilisés pour comparer les moyennes des deux groupes sur un ensemble d'items liés aux attitudes des thérapeutes dans leurs relations personnelles et intimes. Des différences significatives sont observées sur quatre variables. La première différence significative ($p = .002$) fait référence au fait que les thérapeutes non résilients (3.81) ont rapporté une plus grande propension à devenir nerveux quand les autres se rapprochent d'eux que les thérapeutes résilients (2.87). La taille d'effet est entre moyenne et grande ($d = .599$). La deuxième différence significative ($p = .019$) vient du fait que les thérapeutes non résilients (2.62) se sont davantage reconnus dans le fait que leur désir intense de rapprochement pouvait parfois faire fuir les autres que le groupe de thérapeutes résilients (2.05). La taille d'effet de cette différence est moyenne ($d = .448$). La troisième différence significative ($p = .034$) indique que les thérapeutes non résilients (3.23) se reconnaissent davantage dans le fait d'éviter de trop se rapprocher des autres que les thérapeutes résilients (2.65). La taille d'effet ici est entre petite et moyenne ($d = .399$). Et finalement, la quatrième différence significative ($p = .017$) fait référence au fait que les thérapeutes non résilients (3.23) ont répondu plus fortement avoir besoin qu'ou les rassure qu'on les aime, dans leurs relations personnelles et intimes, que les thérapeutes résilients (3.26). La taille d'effet est moyenne ($d = .452$).

Cependant, aucune autre différence significative dans les différences de moyennes entre les groupes n'a été relevée pour les autres items, comme la crainte que les autres ne tiennent pas à eux autant qu'eux tiennent à ces autres, la volonté de se rapprocher des autres tout en gardant toujours leur réserve, le fait de ne pas être tellement inquiet d'être abandonné, le sentiment que les autres ne se rapprochent pas autant d'eux qu'ils le voudraient, l'habitude de discuter de leurs problèmes et de leurs préoccupations avec leurs intimes, le sentiment que ça aide de se tourner vers les autres dans les moments difficiles et le fait de se tourner vers les autres pour plusieurs raisons incluant être reconforté et rassuré.

Pour ce qui est des manières d’être avec les autres dans leurs relations intimes (voir Tableau F.26. dans l’Annexe F), aucune différence significative n’a émergé des test t entre les deux groupes, à part le fait d’être critique dans les relations personnelles ($p = .015$). Les thérapeutes non résilients (1.23) s’évaluent comme plus fortement critique en moyenne que les thérapeutes résilients (0.98). La taille d’effet de cette différence est moyenne ($d = .483$).

2.2.5. Éléments d’histoire développementale dans la famille d’origine

Tableau 2.7. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leur histoire développementale et familiale.

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d’effet
À quel point les circonstances économiques dans lesquelles vous avez grandi étaient-elles matériellement confortables ou difficiles ? (1)	2.93 *	2.56 *	p = .024 *	d = .428 *
Votre famille fonctionnait-elle bien psychologiquement et affectivement ? (2)	2.31	2.47	p = .444	...
Avez-vous vécu le sentiment qu’on se souciait réellement de vous et qu’on vous soutenait ? (2)	2.52	2.72	p = .384	...
Avez-vous vécu des expériences significativement traumatiques ou abusives au plan émotionnel ? (2)	2.45	2.58	p = .644	...

Note 1. Items évalués selon une échelle de Likert à 5 points (1 = Très confortable; on a toujours eu tout ce qu’on voulait; 2 = Confortable; on avait tout ce dont on avait besoin ainsi qu’un peu de superflu; 3 = Économiquement indépendant; on avait un peu plus que l’essentiel; 4 = Économiquement précaire; ma famille avait des soucis financiers récurrents; 5 = Économiquement marginal: Nous avons de réels problèmes financiers ou de grandes difficultés).

Note 2. Items évalués selon une échelle de Likert à 6 points (0 = pas du tout; 1 = très peu; 2 = peu; 3 = modérément; 4 = beaucoup; 5 = énormément).

Le tableau 2.7. reflète les résultats de tests t utilisés pour comparer les moyennes des deux groupes sur quatre items liés à l’histoire développementale et familiale des thérapeutes. La seule différence significative ($p = .024$) témoigne du fait que les thérapeutes résilients (2.93) évaluent avoir grandi dans des circonstances économiques matériellement plus difficiles que ce qu’ont rapporté les thérapeutes non résilients (2.56) par rapport à leur propre histoire développementale. La taille d’effet se situe entre petite et moyenne ($d = .428$).

Aucune différence significative n'a été relevée par rapport au fonctionnement psychologique et affectif familial, au sentiment que leur famille se souciait d'eux et qu'elle les soutenait et au fait d'avoir vécu des expériences significativement traumatiques ou abusives au plan émotionnel.

2.2.6. Religion et spiritualité

Tableau 2.8. Test du Khi carré comparant les fréquences dans les groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leurs valeurs religieuses.

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Vous identifiez-vous présentement comme appartenant à une conviction religieuse ou à une religion spécifique ?	Oui (27.1 %) (n = 85)	Oui (32.6%)*	p = .541	...
Votre vie personnelle est-elle influencée par des engagements religieux ? (1) (2)	Oui (23.3 %) *	Oui (45.2 %) *	p = .014 *	Phi = .224 *
Votre travail en tant que thérapeute est-il influencé par des engagements religieux ? (1) (2)	Oui (12.8 %)	Oui (21.4 %) (n = 42)	p = .299	...

Note 1. Items évalués selon une échelle de Likert à 6 points (0 = pas du tout; 1 = très peu; 2 = peu; 3 = modérément; 4 = beaucoup; 5 = énormément).

Note 2. Variable dichotomisée pour laquelle nous avons utilisé un test du khi deux

Le tableau 2.8. rapporte les résultats des tests du Khi carré pour comparer les fréquences dans les deux groupes de thérapeutes au niveau de leurs valeurs religieuses. Une différence significative ($p = .014$) est observée par rapport au fait que 45,2 % des thérapeutes non résilients ont rapporté que leur vie personnelle est influencée par des engagements religieux, alors qu'ils n'étaient que 23,3 % du côté des thérapeutes résilients. Cette taille d'effet est entre petite et moyenne ($\Phi = .224$).

Par contre, il n'y a pas de différences significatives entre les fréquences des deux groupes par rapport au fait de s'identifier ou non comme appartenant à une conviction religieuse ou à une religion spécifique et au fait que leur travail en tant que thérapeute soit influencé ou non par des engagements religieux.

Il est à noter que des questions similaires ont été posées par rapport aux valeurs spirituelles des thérapeutes (voir Tableau F.25. dans l'Annexe F), mais nous n'avons relevé aucune différence significative entre les deux groupes à ce niveau.

2.2.7. Autres résultats d'intérêt

Tout d'abord, les thérapeutes non résilients (2.91) ont rapporté avoir significativement ($p = .044$) plus de clients avec des symptômes modérés que les thérapeutes résilients (2.21). La taille d'effet est entre petite et moyenne ($d = .383$) Il en va de même pour les clients avec des symptômes graves, qui ont significativement ($p = .013$) davantage été rapportés dans les réponses des thérapeutes non résilients (1.5) que dans celles des résilients (1.11). La taille d'effet ici est moyenne ($d = .443$) (voir Tableau F.6. dans l'Annexe F).

Ensuite, le groupe non résilient (19 %) démontre une fréquence significativement ($p < .001$) plus élevée de thérapeutes qui se considèrent comme faisant partie d'une minorité sociale, culturelle ou ethnique dans le pays où ils vivent, que le groupe résilient (0%). Il s'agit ici d'une taille d'effet moyenne ($\Phi = .364$) (voir tableau F.23. dans l'Annexe F).

Au niveau des tentatives de résolution de leurs difficultés professionnelles en séance qui ne font pas déjà partie de l'échelle d'implication stressante (voir Tableau F.14. dans l'Annexe F), les thérapeutes non résilients (1.90) rapportent rechercher une satisfaction compensatoire en dehors de la thérapie de manière significativement ($p = .038$) plus importante que les thérapeutes résilients (1.36). La taille d'effet de cet écart entre les moyennes des groupes est entre petite et moyenne ($d = .404$). De la même manière, les thérapeutes non résilients (1.37) ont significativement ($p = .001$) plus souvent tendance à simplement espérer que les choses s'arrangent d'elles-mêmes que les thérapeutes résilients (0.83). La différence est de taille d'effet entre moyenne et grande ($d = .621$).

Finalement, au niveau de la gestion de la frontière entre leur vie professionnelle et personnelle (voir Tableau F.22. dans l'Annexe F), les thérapeutes non résilients (1.91) ont répondu s'être significativement ($p = .008$) plus fréquemment trouvés, dans les derniers jours avant de répondre au questionnaire, en train d'éprouver, en dehors des séances, ce que l'un de leurs clients a éprouvé,

que c'était le cas pour les thérapeutes résilients (1.42). La taille d'effet de cet écart est moyenne ($d = .505$).

2.3. Discussion

Les résultats de nos analyses nous permettent de faire ressortir certains éléments de réponse par rapport à notre question de recherche. Qu'est-ce qui permet à certains thérapeutes plutôt qu'à d'autres de vivre moins d'impacts négatifs de leurs difficultés personnelles actuelles sur leur pratique de la psychothérapie ?

Nos analyses suggèrent que, bien qu'ils vivent des difficultés personnelles susceptibles d'affecter leur qualité de vie, les thérapeutes résilients rapportent tout de même, en moyenne, un plus grand niveau de bien-être psychologique et émotif que les thérapeutes non résilients. De la même manière, les thérapeutes résilients rapportent aussi un plus grand niveau de satisfaction tant dans leur vie professionnelle que personnelle et un plus faible niveau de stress. De plus, le groupe résilient a aussi signalé éprouver davantage de moments de plaisirs sans réserve. Le groupe de thérapeutes résilients semble donc vivre moins d'impacts négatifs de leurs difficultés que le groupe non résilient sur le plan des éléments qui contribuent généralement à la qualité de vie (Nissen-Lie & coll., 2017; Orlinsky, 2022). Cela pourrait expliquer en partie pourquoi ils réussissent à garder une pratique efficace, la qualité de vie étant corrélée positivement avec l'implication guérissante et négativement avec l'implication stressante (Hartmann, Ronnestad et Orlinsky, 2018; Orlinsky, 2022).

Sur le plan de leur sentiment de développement professionnel, qu'il soit actuel ou reflétant leur cheminement depuis le début de leur carrière, le groupe non résilient est celui qui rapporte en moyenne le plus haut niveau de détérioration professionnelle ressentie. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que ces thérapeutes pourraient être en train de tomber dans une spirale négative entre leur implication thérapeutique et leur sentiment de développement professionnel (Orlinsky et Ronnestad, 2005). De plus, les thérapeutes non résilients sont ceux qui ont rapporté le plus haut niveau d'insatisfaction face à leur pratique.

À l'inverse, nos résultats ne nous ont pas permis d'observer d'indices qu'une spirale positive entre l'implication guérissante et l'amélioration ressentie pourrait être à l'œuvre chez les thérapeutes résilients. En effet il n'y avait aucune différence significative entre nos groupes sur les items liés à l'échelle d'amélioration actuelle ressentie. Cela pourrait cependant s'expliquer par le fait qu'en composant nos groupes selon les patrons de pratique, cela a fait en sorte que les participants ayant un haut niveau d'implication stressante se retrouvaient, par définition, uniquement dans le groupe non résilient alors que les participants rapportant un niveau élevé d'implication guérissante pouvaient se retrouver dans un groupe comme dans l'autre, divisant ainsi les probabilités d'observer une spirale positive dans nos deux groupes (Orlinsky et Ronnestad, 2005).

Les thérapeutes non résilients rapportent aussi un plus grand niveau de désillusion par rapport à leur pratique, un sentiment plus fréquemment endossé de perdre leur capacité d'empathie et un plus grand sentiment de travailler de manière routinière. Ces résultats nous font penser, entre autres, à ce que l'on pourrait s'attendre d'une pratique désincarnée, telle que la décrit Michaud Labonté (2021) et dans laquelle le thérapeute pourrait avoir du mal à être présent à son client. Cela pourrait peut-être aussi faire écho à une difficulté chez certains de ces thérapeutes à être en contact avec leur propre vulnérabilité et donc à demeurer engagés dans leur pratique malgré des difficultés personnelles. À l'inverse, les thérapeutes non résilients rapportent aussi s'être plus fréquemment trouvés en train d'éprouver ce que l'un de leurs clients avait éprouvé, en dehors des séances, ce qui pourrait potentiellement laisser présager un risque de contagion ou d'envahissement émotionnel dans le travail avec les clients. Donc, que ce soit à travers la coupure ou l'envahissement émotionnel, les thérapeutes non résilients semblent avoir du mal à investir une pratique incarnée et présente, tel que discuté dans notre contexte théorique, tout en régulant leur propre vulnérabilité (Michaud Labonté, 2021).

Les thérapeutes non résilients semblent donc effectivement, même au-delà des items relatifs à l'implication stressante, ceux pour lesquels la vie professionnelle semble plus difficile et insatisfaisante.

Nos résultats démontrent aussi que les thérapeutes non résilients ont plus tendance à rechercher une satisfaction compensatoire en dehors de la thérapie lorsqu'ils sont en difficulté avec leurs clients. Nous pourrions émettre l'hypothèse ici que lorsque les thérapeutes non résilients vivent

des moments difficiles dans leur carrière, ils peuvent parfois tomber dans une dynamique où ils sont pris entre des difficultés personnelles et professionnelles, sans réelle échappatoire d'un côté ni de l'autre ce qui pourrait faire peser encore plus lourd le poids de leurs difficultés dans un sentiment d'insatisfaction un peu généralisé. Nous pourrions donc imaginer qu'un autre type de spirale pourrait peut-être s'opérer entre la vie personnelle et professionnelle pour certains thérapeutes, qui se retrouvent soit dans une insatisfaction et des difficultés professionnelles et personnelles, soit dans une satisfaction relative dans les deux sphères de leur vie.

Nos analyses et nos résultats ne nous permettent pas de nous avancer avec certitude au sujet des liens d'influences possibles entre une expérience de vie personnelle et professionnelle comme insatisfaisante et la capacité de résilience du thérapeute. Cependant, nous croyons que l'hypothèse de tels liens soulevés ici devrait faire l'objet d'une attention plus approfondie dans les études sur la résilience du thérapeute.

Nous pourrions donc poser que, de manière générale, d'après l'ensemble de ces résultats, les thérapeutes résilients sont ceux qui profitent le plus d'une bonne qualité de vie. Ils sont aussi ceux qui éprouvent le moins d'insatisfaction, tant dans leurs vies personnelles et professionnelles. Tout cela malgré les difficultés personnelles actuelles qu'ils rencontrent.

Une question demeure : comment se fait-il que certains thérapeutes semblent vivre une forme de satisfaction et de bien-être généralisé tandis que pour d'autres, c'est l'insatisfaction et l'expérience difficile qui semblent prendre le dessus ?

Sans pouvoir répondre avec certitude à cette question, nous pourrions imaginer que, bien que les thérapeutes de nos deux groupes vivent les mêmes difficultés, cela ne constitue qu'un seul facteur de risque dans un ensemble bien plus complexe de facteurs de risques et de protections pour la qualité de vie et la pratique.

Il serait ainsi raisonnable de penser que les thérapeutes résilients sont tout simplement ceux qui profitent davantage de facteurs de protection que de facteurs de risque dans leur vie personnelle et professionnelle.

Quels pourraient-êre certains de ces facteurs selon les résultats que nous avons jusqu'à maintenant ?

Nous constatons tout d'abord que les thérapeutes résilients rapportent vivre davantage de relations intimes et affectives satisfaisantes. Cela semble cohérent avec l'état des connaissances actuelles sur l'importance des relations personnelles (Hou, 2015; Posluns et Gall, 2020; Skovholt, 2012) dans la résilience. Ils rapportent aussi prendre plus de temps pour relaxer et se ressourcer. Cet élément pourrait être lié, entre autres, à la capacité à prendre soin de soi, également largement appuyé dans la littérature sur la résilience (Brillon, 2020; Miller, 2002; Posluns et Gall, 2020). Les deux résultats rapportés ici sont aussi cohérents avec ce qui avait été observé par Orlinsky (2022) dans le fait que d'avoir des relations intimes satisfaisantes augmentait le niveau de satisfaction alors que le fait de pouvoir relaxer et se ressourcer permettait de diminuer la charge de stress et de fardeau. Les deux items seraient donc liés, à leur manière, à une amélioration générale de la qualité de vie des thérapeutes (Orlinsky, 2022).

Ensuite, on remarque aussi dans nos résultats, lorsqu'on examine les items relatifs aux relations intimes, que les thérapeutes non résilients se reconnaissent plus fortement dans le fait de devenir nerveux lorsque les autres se rapprochent d'eux et d'essayer d'éviter de trop se rapprocher des autres. Ces résultats se rapprochent de ce qui avait été constaté par Orlinsky (2022) à l'effet que le fait d'être plus solitaire et distant dans les relations intimes était l'un des prédicteurs les plus importants d'un niveau élevé d'implication stressante.

Les participants du groupe non résilient ont aussi rapporté se reconnaître plus fortement dans le fait d'avoir un désir intense de rapprochement qui fait parfois fuir les autres et d'avoir un fort besoin d'être rassuré qu'on les aime.

Ces données semblent pointer vers le fait que les thérapeutes non résilients pourraient porter certaines insécurités relationnelles plus lourdement que les thérapeutes résilients. Ce résultat est cohérent avec les recherches soulevant une influence du style d'attachement sur les résultats thérapeutique (Constantino & coll., 2017), plus particulièrement sur le fait que les styles d'attachement anxieux et évitant du thérapeute étaient corrélés à un plus haut niveau d'implication stressante (Orlinsky, 2022).

Ces différents résultats pourraient aussi être liés à la constatation que les thérapeutes non résilients se trouvaient moins satisfaits par leurs relations intimes et affectives. Ainsi, même si les thérapeutes non résilients se tournent vers les autres dans les moments difficiles et discutent de leurs problèmes et de leurs préoccupations avec leurs proches, ils n'en profitent peut-être pas de la même manière que les thérapeutes résilients.

Il serait intéressant d'explorer plus précisément l'influence des types d'attachements des thérapeutes sur leur résilience et sur leur capacité à profiter ou non de leurs relations intimes pour répondre à leurs besoins de manière satisfaisante.

De plus, nous constatons aussi que près d'un cinquième (1/5) des thérapeutes non résilients se sont reconnus dans le fait de faire partie d'une minorité sociale, culturelle ou ethnique, alors que ce n'était le cas d'aucun de nos participants du groupe résilient. Nous pourrions formuler l'hypothèse que le fait d'appartenir à une minorité pourrait limiter le sentiment et peut-être même parfois les possibilités, de support et de soutien social, en plus de la possibilité de vivre certains stress additionnels propres aux stress de minorités ou d'acculturation dans certains cas (Drouin, 2020; Mathieu, 2020; Meyer, 2003). L'APA (*American Psychological Association*, 2017) a publié un rapport sur les disparités socioéconomiques au niveau de la santé, attestant, entre autres, du fait que les personnes issues de minorités raciales et ethniques vivaient des niveaux de stress largement plus élevés que les personnes faisant partie de la population majoritaire. Ces éléments pourraient donc contribuer en partie à un moins grand sentiment de bien-être et une moins bonne qualité de vie chez les thérapeutes faisant partie d'une minorité sociale, culturelle ou ethnique.

Finalement, en nous intéressant à leurs conditions développementales dans l'enfance, nos deux groupes de thérapeutes rapportent avoir grandi dans des familles avec un fonctionnement psychologique et affectif sensiblement similaire et avoir eu le même sentiment qu'on se souciait réellement d'eux et qu'on était là pour les soutenir. De la même manière, il n'y a pas de différences entre les groupes quant à la fréquence d'expériences d'abus et de traumatismes. Nous pourrions imaginer que ce manque de différence reflète peut-être tout simplement un portrait et une trajectoire de vie assez similaire et largement partagée dans la population des psychothérapeutes, tel que mentionné dans notre contexte théorique (Elliott et Guy, 1993; Sussmann, 2007).

Cependant, une différence est observée au niveau du statut socio-économique dans l'enfance, avec le groupe de thérapeutes résilients rapportant avoir grandi dans des circonstances moins confortables, est en phase avec des éléments soulevés par Orlinsky (2022) par rapport à la qualité de vie. En effet, l'auteur avait trouvé que les thérapeutes venant de familles économiquement précaires ressentaient une plus grande satisfaction dans leur vie personnelle à l'âge adulte et que les thérapeutes venant de milieux plus confortables avaient tendance à rapporter un plus haut niveau de stress et de fardeau dans leur vie personnelle. Il explique que cela pourrait s'expliquer par le fait que les circonstances socioéconomiques dans l'enfance pourraient façonner certaines attentes ou standards à partir desquels nous évaluons nos degrés de satisfactions et de stress ou de fardeau à l'âge adulte (Orlinsky, 2022). Nous pourrions peut-être aussi penser que chez les thérapeutes qui viennent d'un milieu plus défavorisé, il y a une amélioration financière et matérielle par rapport à leur milieu d'origine alors que ce n'est peut-être pas le cas de ceux qui viennent d'un milieu plus aisé et qui pourraient le vivre plutôt comme une stagnation de leurs de leur contexte ou de leur situation socioéconomique.

Cet élément de discussion introduit donc le fait qu'au-delà des différences objectives supposées dans la qualité de vie rapportée par nos participants, il y a aussi un aspect de différences de perception et d'interprétation de cette réalité objective qui pourrait entrer en ligne de compte dans la manière dont les thérapeutes éprouvent leur réalité. Nous pourrions entre autres penser, par exemple, que le fait que les thérapeutes non résilients aient rapporté une plus forte propension à être critiques dans leur vie et leurs relations personnelles, pourrait peut-être expliquer en partie le fait qu'ils se sentent aussi plus insatisfaits et stressés, que les thérapeutes résilients.

Il serait intéressant de porter une attention particulière aux attentes élevées et au caractère critique ou non des thérapeutes sur la manière dont ils réagissent et composent avec leurs difficultés personnelles pour observer les liens possibles discutés plus haut avec la qualité de vie rapportée et le fait de pouvoir profiter des occasions qui se présentent dans leur vie personnelle et professionnelle pour l'améliorer.

De manière surprenante, nos résultats démontrent aussi que ce sont les thérapeutes du groupe non résilient qui ont le plus haut taux de participation actuelle à la supervision et à la thérapie ou l'analyse personnelle. Ces résultats sont contraires à ce à quoi on se serait attendu étant donné les

supports théoriques quant à l'importance de la thérapie personnelle et de la supervision (Hou, 2015; Orlinsky, 2022; Skovholt, 2012) dans la résilience et la pratique efficace des thérapeutes.

Cependant, nous pourrions comprendre ces résultats en nous appuyant sur d'autres éléments qui ressortent de nos analyses. Par exemple et tel que discuté plus haut, les thérapeutes non résilients rapportent un plus faible niveau de bien-être psychologique et de satisfaction dans la vie personnelle, en même temps qu'un plus haut niveau de stress personnel. Nous pourrions donc penser qu'ils vivent un moment de leur vie où ils ont davantage de motifs de consulter en thérapie personnelle que les thérapeutes résilients. Comme les deux groupes de thérapeutes semblent avoir été en thérapie personnelle de manière équivalente dans l'ensemble de leurs vies, nous pourrions aussi supposer que les thérapeutes du groupe résilient avaient peut-être déjà profité d'acquis de leurs suivis passés en thérapie personnelle et qu'ils avaient peut-être moins besoin de consulter à nouveau. Cet élément de discussion fait écho à la constatation d'Orlinsky (2022) qu'au-delà du fait d'être présentement en thérapie et au-delà du nombre d'années en suivi thérapeutique, ce serait plutôt la qualité des bénéfices retirés de la thérapie personnelle qui aurait la plus grande influence sur la pratique et la qualité de vie.

Pour ce qui est de la supervision actuelle, nous pourrions aussi le comprendre par le fait que les thérapeutes non résilients sont ceux qui affirment vivre le plus grand sentiment d'insatisfaction et qui rapportent le plus grand sentiment de perdre certaines de leurs compétences thérapeutiques. De plus, ils sont aussi les thérapeutes qui rapportent avoir le plus de cas avec des symptômes modérés ou graves dans leur clientèle. Ils seraient donc probablement, comme ça semble être le cas pour la thérapie personnelle, ceux présentant le plus grand besoin de supervision.

Ces résultats nous démontrent aussi que bien que les thérapeutes non résilients rapportent davantage espérer que les choses s'arrangent d'elles-mêmes lorsqu'ils ont des difficultés en séance et vivre moins de relations intimes qui les laissent satisfaits, ils semblent tout de même bien disposés à aller chercher du soutien en thérapie et en supervision.

Une étude plus précise des expériences de supervision et de thérapie personnelle dans le contexte d'un soutien à la résilience du thérapeute qui vit des difficultés personnelles actuelles permettrait de mieux élaborer et comprendre comment elles peuvent aider les thérapeutes qui s'y adonnent et

comment ceux-ci peuvent en profiter pleinement. Nous pourrions aussi nous questionner sur les effets de ces deux activités non seulement sur la pratique efficace directement, mais aussi sur le sentiment de bien-être et de satisfaction personnelle et professionnelle qui peuvent en retour améliorer la pratique (Nissen-Lie & coll., 2017; Orlinsky, 2022).

Un autre résultat surprenant est celui d'une plus grande représentation de personnes pour qui leur vie personnelle est influencée par des engagements religieux dans le groupe de thérapeutes non résilients. Tout aussi surprenante est l'absence de différence significative entre les deux groupes au niveau de l'importance de leurs engagements spirituels. Ces résultats sont bien différents que ce à quoi nous nous serions attendu étant donné les appuis de l'importance de la spiritualité dans la littérature (Baker, 2012; Orlinsky, 2022; Posluns et Gall, 2020).

Une hypothèse d'explication de l'absence de différence significative pourrait être en partie liée à la réalité québécoise de notre échantillon qui a peut-être un rapport plus homogène et modéré par rapport à la spiritualité que dans d'autres endroits du monde où la religion et la spiritualité sont plus investies. Pour ce qui est de la plus grande proportion de personnes dont la vie personnelle est influencée par des engagements religieux, on pourrait se demander ce que ces engagements demandent d'eux dans leurs vies personnelles et ce qu'elles peuvent potentiellement leur faire porter intérieurement par rapport à leur propre vulnérabilité et la possibilité de prendre soin de soi. Autrement dit, ce ne sont peut-être pas tant l'engagement religieux que ce qu'il peut traduire des personnes qui l'endossent qui est d'intérêt par rapport à la résilience.

Une étude plus approfondie des particularités spirituelles et religieuses des thérapeutes québécois pourrait nous permettre de mieux comprendre la nature de leurs engagements religieux et spirituels et faire des liens plus éclairés avec leur résilience.

2.4. Conclusion

Pour conclure, le présent devis nous a permis de faire ressortir certains éléments de réponse, mais aussi de faire émerger des questionnements et pistes de réflexion pour les recherches futures afin d'en approfondir notre compréhension.

De manière générale, nos résultats permettent de conclure que les thérapeutes résilients profitent davantage d'un sentiment de satisfaction assez généralisé et d'une bonne qualité de vie malgré la présence de difficultés personnelles actuelles. Les thérapeutes résilients semblent aussi moins à risque de tomber dans le piège de la pratique désincarnée, de vivre un sentiment de détérioration professionnelle et de tomber dans une spirale négative dans leur pratique de la psychothérapie. Bref, les thérapeutes résilients semblent profiter d'un sentiment de satisfaction significativement plus grand, tant de leur vie personnelle que professionnelle, que leurs collègues non résilients.

Dans les facteurs qui pourraient favoriser ce haut niveau de satisfaction personnel et professionnel, nous avons discuté du fait que les thérapeutes résilients semblent vivre des relations personnelles et intimes qui répondent davantage à leurs besoins, qu'ils aient moins tendance au repli et à l'insécurité dans leurs relations intimes que les thérapeutes du groupe non résilient et qu'ils semblent peut-être tout simplement mieux disposés à se contenter et à profiter de ce qu'ils ont dans leurs vies personnelles et professionnelles.

Voici donc l'état actuel de nos résultats à la suite de nos analyses quantitatives. Celles-ci nous ont permis de faire un bon tour d'horizon des caractéristiques personnelles et professionnelles particulières des thérapeutes résilients au Québec. Nous souhaitons maintenant nous tourner vers des analyses qualitatives pour approfondir les impacts possibles des difficultés personnelles actuelles sur la pratique professionnelle des thérapeutes, ainsi que ce qui permet à ces derniers d'en gérer les impacts négatifs.

CHAPITRE 3

DEVIS QUALITATIF

3.1. Méthodologie

3.1.1. Introduction

À la suite de l'analyse de nos données quantitatives, nous nous tournons maintenant vers la méthode qualitative afin d'approfondir davantage notre question de recherche. Nous tenterons principalement à travers ce devis de répondre à nos sous-questions de recherche 2 et 3, tout en continuant d'alimenter les éléments de réponse quantitative à notre 1^{re} sous-question.

Nous cherchons donc à mieux comprendre les impacts que peuvent avoir les expériences de souffrances personnelles actuelles de nos répondants dans leur pratique et leur sentiment de développement professionnel. Nous repérons aussi les actions et les démarches que prennent les thérapeutes dans leur vie professionnelle et personnelle pour arriver à gérer leurs difficultés personnelles actuelles.

Pour ce faire, nous tenterons de répondre à deux objectifs de recherche :

- (1) Décrire les impacts des difficultés personnelles actuelles des thérapeutes sur leur pratique thérapeutique.
- (2) Décrire les éléments favorisant la gestion des impacts de ces difficultés sur la pratique des thérapeutes.

Tel que mentionné dans la première section de cette thèse, nous utilisons cette partie qualitative de notre devis mixte afin d'avoir accès à davantage de détails et de profondeur sans être contraints par des catégories prédéfinies de données qui pourraient limiter notre exploration (Patton, 2002; Putois, 2013). Nous cherchons à examiner les perspectives individuelles d'un nombre restreint de répondants afin d'avoir un aperçu et une meilleure compréhension de leur expérience singulière

plutôt que de tenter de faire ressortir des généralisations empiriques (Heppner & coll., 1999; Patton, 2002). Nous aurons donc accès à travers ce devis à une pluralité d'expériences subjectives uniques et différentes sur la place des difficultés personnelles actuelles dans la pratique et le développement professionnel des thérapeutes.

3.1.2. Participants

Notre échantillon est composé de psychothérapeutes québécois ayant un permis d'exercice octroyé par l'Ordre des Psychologues du Québec et pratiquant actuellement la psychothérapie. Les participants ont été recrutés sur une base volontaire pour participer à une entrevue semi-structurée par vidéoconférence (via zoom).

Le recrutement pour cette partie de notre devis a été plus complexe que pour la partie quantitative et s'est étalé sur une période de 2 ans et demi afin d'atteindre le nombre d'entrevues à analyser que nous visions lors de l'examen doctoral (entre 10 et 12). Une hypothèse sur la difficulté à recruter des participants vient en partie du fait que notre recrutement s'est effectué en pleine pandémie de COVID-19, dans un moment où les psychothérapeutes étaient déjà particulièrement sollicités, tant au niveau professionnel que personnel et que nos entrevues demandaient un plus grand niveau d'investissement et de dévoilement de leur part que le fait de répondre à un questionnaire anonyme en ligne comme c'était le cas pour les participants de notre devis quantitatif.

Nous avons tout d'abord envoyé une demande d'aide à la diffusion de la recherche à l'OPQ qui a accepté de relayer l'annonce de notre étude (voir Annexe A) à tous les détenteurs de permis aptes à exercer la psychothérapie selon la loi. Cet envoi a été fait en mars 2021. Nos critères de sélection pour la présente étude ciblaient les professionnels québécois qui (1) pratiquent actuellement la psychothérapie au Québec, (2) parlent et comprennent le français, (3) vivent des pressions quotidiennes et/ou des événements/conflits/pertes significatives et (4) qui s'intéressent à l'impact que cela peut avoir dans leur pratique clinique. Quatre thérapeutes ont été recrutés lors de cet envoi et ont participé à l'entrevue semi-structurée enregistrée entre mars et décembre 2021.

Pour avoir accès à davantage de participants, nous avons également fait appel à quatre psychologues d'approches différentes afin qu'ils puissent acheminer notre annonce de recrutement

à leur liste d'envoi professionnelle. Les quatre psychologues ont accepté et relayé l'annonce comme prévu. Six thérapeutes ont été recrutés de cette manière et ont participé aux entrevues semi-structurées enregistrées entre mai 2022 et janvier 2023.

Nous avons donc retenu les données d'entrevues de 10 thérapeutes. Nous avons atteint une grande variabilité dans notre échantillon de thérapeutes, autant au niveau démographique que professionnel. L'âge de nos participants varie de 32 ans à 74 ans et leurs années d'expérience clinique de la première année de pratique à la 48^{ème}. Quatre de nos participants sont des hommes et six sont des femmes. Huit de nos répondants ont une formation de psychologue et deux faisaient partie des autres professions qualifiées à pratiquer la psychothérapie, un étant travailleur social de formation et l'autre sexologue de formation. La plupart de nos répondants ont des approches qu'ils décrivent comme intégratives, tout en ayant une approche principale au centre de cette intégration. Deux de nos participants se décrivaient comme principalement TCC, trois comme principalement humanistes, quatre comme principalement psychodynamiques et un comme principalement systémique. De nos dix participants, seulement deux travaillent exclusivement dans le système public, alors que les huit autres ont une pratique privée. Des huit thérapeutes ayant une pratique privée, deux travaillent également dans le secteur public à temps partiel.

Voici une courte description de chacun de nos 10 participants, que nous identifions ici par des prénoms fictifs afin de conserver leur anonymat, par ordre du moment où a été effectuée l'entrevue :

La première participante (Marie), est une femme avec 6 années de pratique, qui travaille exclusivement auprès d'une clientèle adulte en clinique privée. Elle aborde les suites d'un long processus en clinique d'infertilité qui s'est terminé par une fausse couche qu'elle a vécue comme un deuil plutôt significatif.

Le deuxième participant (Jean), est un homme avec une trentaine d'années d'expérience, qui travaille dans le secteur public auprès d'une population adulte de première ligne. Il aborde des difficultés avec sa fille et des préoccupations quotidiennes.

La troisième participante (Sylvie), est une femme avec une quinzaine d'années de pratique, qui travaille en clinique privée avec une population adulte. Elle aborde son expérience de recevoir un diagnostic de cancer et d'entreprendre des traitements en même temps qu'elle continue une pratique de psychothérapie.

Le quatrième participant (Jacques), est un homme qui pratique la psychothérapie depuis un peu moins de cinquante ans auprès des couples et des familles. Il aborde les problèmes de santé physique et chronique de sa conjointe, ainsi que les défis que cela pose au quotidien.

La cinquième participante (Johanne), est une femme avec 3 années de pratique, qui travaille en clinique privée auprès d'une population adulte. Elle aborde le décès de son père et des turbulences dans sa vie personnelle et conjugale dans un moment de transition personnelle.

La sixième participante (Caroline), est une femme avec une dizaine d'années d'expérience en sexothérapie et en psychothérapie qui travaille en clinique privée avec une clientèle adulte, autant en individuel qu'en couple. Elle aborde l'hospitalisation de sa mère, ainsi que celle de sa fille.

Le septième participant (Paul), est un homme avec une trentaine d'années d'expérience dans le secteur public auprès des hommes violents. Il aborde des difficultés conjugales ainsi que des turbulences avec sa fille.

La huitième participante (Annie), est une femme qui en est à sa première année d'expérience comme psychologue clinicienne et qui travaille en clinique privée auprès d'une clientèle adulte. Elle aborde des difficultés familiales et de couple, ainsi que des préoccupations financières.

Le neuvième participant (Pierre), est un homme avec une dizaine d'années de pratique en clinique privé auprès d'une population générale ainsi que dans le secteur public auprès des hommes violents. Il aborde des conflits familiaux et des préoccupations importantes par rapport à des procédures légales et des conflits au sein d'un organisme à but non lucratif dans lequel il était impliqué.

La dixième participante (Michèle), est une femme avec un peu moins d'une cinquantaine d'années d'expérience clinique qui pratique en clinique privée auprès d'une clientèle adulte. Elle aborde son expérience d'avoir été 3 fois proche aidante, soit auprès de son père, puis de son conjoint et maintenant de sa mère.

3.1.3. Entrevue semi-structurée

Nous avons adopté une approche d'entrevue semi-structurée puisqu'elle nous permettait à la fois d'aller chercher un grand éventail d'informations sur un ensemble de questions tout en nous permettant aussi la souplesse et l'ouverture d'aborder les éléments importants tels qu'ils émergeaient au cours de la rencontre avec nos participants. Celle-ci a permis de favoriser un discours plus spontané de la part de nos participants (Tracy, 2013).

Nous avons élaboré le canevas d'entrevue (voir Annexe B) en 2019. Il est séparé en deux sections de questions avec une première section portant sur la ou les difficultés ainsi que leurs impacts sur la pratique de la psychothérapie et une deuxième section sur les tentatives de gestion des répercussions de la difficulté sur la pratique ainsi que leurs effets sur celle-ci.

Nous avons-nous-même conduit toutes les entrevues. Au moment des entrevues, j'étais un homme dans la fin vingtaine, doctorant et interne en psychologie d'approche humaniste et intégrative et j'avais déjà terminé sa première année de stage clinique.

Ce canevas a été mis à l'épreuve au début de l'année 2020 lors d'un prétest auprès de deux thérapeutes, un homme et une femme. Les entrevues n'ont pas été enregistrées et n'ont donc pas été incluses dans nos analyses étant donné la proximité des répondants avec le chercheur. Les deux entrevues ont eu lieu par vidéoconférence étant donné le contexte pandémique qui empêchait les rencontres en personne. À la fin des entrevues, une vingtaine de minutes ont été allouées afin de permettre une rétroaction sur le canevas d'entrevue de la part de nos deux participants au prétest. Dans les deux cas, les participants ont soulevé la pertinence des questions abordées pour permettre un point de départ à leur réflexion, mais aussi de l'aspect semi-structuré de l'entrevue qui leur a permis de se sentir accompagné et soutenu dans leurs réflexions spontanées et émergentes. De la même manière, les chercheurs ont pu remarquer que le canevas leur a permis de couvrir un riche

ensemble d'informations permettant de répondre à leurs questions de recherche. Le prétest fut donc concluant et le canevas d'entrevue semi-structurée a été adopté pour l'ensemble des entrevues subséquentes.

La durée d'entrevue visée était d'environ 1 heure 30 minutes, mais la durée réelle des entrevues avec nos répondants a plutôt varié de 55 minutes à 2 heures et 5 minutes.

Dans certains cas, l'entrevue a suivi une logique linéaire abordant d'abord les questions de la première section, puis celles de la deuxième. Dans d'autres cas, l'entrevue a suivi une logique davantage itérative, avec des allers-retours entre les questions des deux différentes sections, le but étant de s'adapter à ce qui émergeait pour nos répondants.

3.1.4. Procédure

Tel qu'indiqué dans notre annonce de recrutement (voir Annexe A), les thérapeutes intéressés et volontaires à participer à l'entrevue semi-structurée nous ont contacté directement par courriel à notre adresse institutionnelle. Dans un des deux cas, la personne n'a pas été retenue pour l'étude étant donné qu'il s'agissait d'une difficulté vécue avec un client en thérapie et ne répondait donc pas à notre critère de difficulté personnelle actuelle. Pour les autres participants potentiels, la vérification de l'éligibilité à la participation a été faite par courriel selon les critères de sélection mentionnés plus haut.

Pour les 10 participants retenus lors des deux vagues de recrutement, un rendez-vous par vidéoconférence a été prévu avec le chercheur principal pour procéder à l'entrevue semi-structurée. Une seule participante a été vue en personne étant donné la non-disponibilité, de son côté, de moyens technologiques appropriés à la vidéoconférence. Une semaine avant l'entrevue, le formulaire de consentement (voir Annexe D) a été envoyé aux participants afin qu'ils puissent le lire, le compléter et le renvoyer au chercheur principal au moment du rendez-vous. Les participants ont été invités à poser leurs questions sur le fonctionnement de l'entrevue et le consentement par courriel ainsi qu'au début de chaque entrevue.

Nous avons également invité nos participants à l'entrevue à remplir le *DPCCQ* en ligne. Étant donné la longueur du questionnaire, la moitié (5) nous ont répondu qu'il s'agissait d'un trop gros investissement supplémentaire, mais qu'ils demeuraient disponibles pour l'entrevue d'une heure, alors que l'autre moitié (5) a accepté de le remplir en plus de leur participation à l'entrevue.

Nous avons décidé de ne pas insister sur la participation au *DPCCQ* étant donné la difficulté que nous avons eu à solliciter des participants pour le devis qualitatif et avons décidé de garder les deux participations séparées l'une de l'autre. Les réponses au *DPCCQ* de nos participants à l'entrevue ont déjà été analysées dans la partie quantitative de la présente recherche.

Le consentement a été réabordé et reconfirmé oralement au début de chaque entrevue avant de démarrer l'enregistrement. Nous demandions ensuite aux participants de nous fournir un code à 4 chiffres afin de pouvoir les identifier tout en gardant leur anonymat. Les entrevues semi-structurées ont été enregistrées de manière audio et vidéo sur la plateforme *Zoom* que nous utilisons pour rencontrer nos participants. Les enregistrements vidéo ont été détruits immédiatement après la fin de la rencontre afin de protéger l'anonymat de nos participants et seules les versions audio ont été conservées et enregistrées sur un ordinateur de manière sécurisée avec le code à 4 chiffres fourni préalablement par nos répondants.

Des verbatims ont ensuite été retranscrits par le chercheur principal à partir des enregistrements audio et enregistrés dans des dossiers sécurisés intitulés selon les codes à 4 chiffres fournis par nos participants. Le chercheur principal s'est assuré de retranscrire les verbatims au plus proche de ce qui avait été enregistré, incluant les tics de langages, les anglicismes, les tournures de phrases, etc., afin de respecter au meilleur de sa compétence le témoignage et l'expression de ses répondants.

3.1.5. Analyse thématique

À travers nos analyses, nous avons tenté de faire ressortir des éléments de réponse à nos objectifs de recherche en restant au plus près de l'expérience individuelle et subjective de nos participants, nous situant ainsi dans une logique plus descriptive qu'interprétative. Nous avons donc tenté de rester fidèles à leurs propos (Paillé et Mucchielli, 2012).

Pour ce faire, nous avons choisi d'utiliser l'analyse thématique, puisqu'elle nous permet deux choses. Premièrement, elle nous permet de repérer les thèmes pertinents à nos questions de recherche et deuxièmement, elle nous permet de faire des liens dans leurs affinités et leurs divergences à travers la construction d'un arbre thématique. Il s'agit de ce que Paillé et Mucchielli (2012) ont appelé la fonction de repérage et de documentation de l'analyse thématique.

Nous avons procédé à une analyse thématique continue selon les étapes définies par Paillé et Mucchielli (2012). Nous commencerons par détailler les étapes que nous avons suivies pour procéder à l'analyse du premier verbatim, puis nous décrirons le reste de cette procédure pour la suite des verbatims. Les verbatims ont été analysés selon l'ordre dans lequel les entrevues ont eu lieu.

Tout d'abord, nous avons procédé à une première lecture du verbatim tout en écoutant son enregistrement audio afin de nous imprégner du discours général du participant ou de la participante. À la suite de cette première lecture, nous avons pris le temps de revenir à nos questions de recherche afin de pouvoir bien orienter la suite de notre analyse du verbatim. Nous avons aussi pris le temps de revenir consciemment à notre posture de description plutôt que d'interprétation afin de demeurer le plus proche possible du discours du participant ou de la participante avec un niveau d'inférence faible lors de la thématisation. Pour favoriser une attitude d'ouverture de notre part face au verbatim, nous avons aussi procédé à une forme d'épochè afin de nous permettre de prendre conscience de nos préconceptions sur notre sujet d'étude pour ensuite les laisser volontairement de côté et éviter qu'elles viennent trop indûment interférer dans notre processus d'analyse (Paillé et Mucchielli, 2012).

Ensuite, nous avons effectué une seconde lecture en procédant à un découpage et à une thématisation préalable de manière progressive et linéaire, c'est-à-dire en suivant graduellement le cours de l'entrevue. Un thème permet de synthétiser les propos d'une personne sous la forme d'un court titre. Nous avons procédé à cette première thématisation à l'aide de notes en marge du verbatim en version numérique tout en inscrivant des notes dans notre journal de bord sur l'évolution de nos intérêts et de nos présupposés au fur et à mesure de la thématisation. Cela a aussi été l'occasion, après une première thématisation, d'entreprendre une réflexion sur nos préconceptions théoriques, venant principalement de notre parcours académique et de nos intérêts

pour les champs de recherche du développement et de la résilience du thérapeute. Nous y avons ajouté aussi nos préconceptions expérientielles un peu plus personnelles, venant plutôt de nos propres expériences de stage et de difficultés personnelles (Paillé et Mucchielli, 2012).

Finalement, nous avons procédé à une troisième lecture qui nous a permis de revenir sur notre première thématization pour affiner ou corriger nos thèmes et constituer notre relevé de thèmes (Paillé et Mucchielli, 2012).

La même procédure a été répétée pour le deuxième verbatim, à partir duquel nous avons aussi entamé un journal de thématization dans lequel nous avons consigné nos réflexions et nos décisions par rapport au processus de thématization. Lors de l'analyse du deuxième verbatim, nous commençons à être alertes aux récurrences et à la saillance de certains thèmes, en utilisant la même thématization lorsqu'il y avait une récurrence. Nous étions également particulièrement sensible aux possibilités de regroupements thématiques (Paillé et Mucchielli, 2012).

Après avoir complété l'analyse des deux premiers verbatims, nous avons procédé à un accord interjuges que nous décrirons davantage dans la prochaine section sur la validité.

Nous avons ensuite procédé à l'analyse du troisième verbatim de la même manière que le second tout en entamant une analyse de notre relevé de thème et en enrichissant notre journal de thématization en commençant à faire des essais de regroupement lorsque cela s'y prêtait (Paillé et Mucchielli, 2012).

Les sept autres verbatims ont été analysés de la même manière que le troisième. Nous avons pu construire graduellement nos arbres thématiques au fur et à mesure de ces dernières analyses (Paillé et Mucchielli, 2012). C'est à partir de ces arbres thématiques que nous avons pu faire ressortir les thèmes centraux présentés dans la section « Résultats » de ce devis. Nous avons construit un premier arbre thématique pour les thèmes liés à la description des impacts de la difficulté sur la pratique et un deuxième pour les thèmes liés à la description des éléments favorisant la gestion des impacts de la difficulté sur la pratique.

Avant de procéder à l'analyse thématique de l'ensemble des verbatims, nous avons commencé par faire vérifier notre thématisation sur une portion (10 %) des deux premiers verbatims par une collègue doctorante de l'Université de Sherbrooke qui a l'habitude des analyses thématiques afin d'en arriver à un accord interjuges. Cette procédure nous a permis d'ajuster notre analyse et d'atteindre un accord interjuges à 90 % qui nous permet une meilleure confiance dans la validité de nos analyses et de nos résultats (Tracy, 2013).

Bien que nous pratiquions nous-même la psychothérapie dans une approche intégrative, à l'intersection entre l'approche humaniste Gestaltiste et l'approche psychodynamique des Relations d'Objet (Delisle, 1998), nous avons tenu à traduire nos analyses et à les discuter d'une manière qui pouvait s'adresser à un ensemble de professionnels de la santé mentale d'horizons différents. Le vocabulaire utilisé dans nos résultats et notre discussion se veut donc rassembleur sans se prétendre universel ou universalisant. Malgré cet effort théorique, nous reconnaissons tout de même que notre manière d'appréhender et de commenter nos résultats a pu être influencée, mais aussi bénéficier, de notre conception, PGRiste et gestaltiste, de concevoir l'expérience humaine. Étant donné que nous nous intéressons à l'expérience des thérapeutes face à leurs difficultés et la gestion des répercussions de celles-ci sur leur pratique, il nous apparaît utile d'énoncer ici quelques principes qui ont pu nous guider dans notre compréhension de celle-ci et qui pourront aider le lecteur à mieux comprendre le cadre théorique dans lequel peuvent s'inscrire certains aspects de notre discussion.

La perspective gestaltiste, à laquelle nous adhérons, conçoit l'expérience humaine comme un phénomène vivant, se déployant dans l'ici et maintenant à travers des cycles de contact et de retrait (Ginger, 1996; Perls, Hefferline et Goodman, 1951). Cette approche thérapeutique d'abord théorisée dans les années 50 emprunte plusieurs concepts à la « Gestalt psychologie » qui s'était intéressée à la manière dont l'être humain organise l'information perceptuelle qu'il reçoit pour en faire sens (Corbeil et Poupard, 1978). Selon les gestaltistes, notre vie psychique se déploie à travers une configuration perpétuellement en mouvement entre la figure et le fond, dans laquelle des émergences apparaissent en figure et avec lesquelles l'individu entre en contact. De cette émergence s'entame un cycle à travers lequel une sensation prend forme chez l'individu, il la symbolise, pour ensuite se mobiliser envers elle et finalement poser une action à la frontière entre lui et son environnement. Il s'en suit un contact avec cette action pour finalement en éprouver la

justesse et vivre ce que l'on appelle la situation achevée, c'est-à-dire l'expérience complétée du cycle de contact. À l'inverse, nous parlerons de situation inachevée si cette expérience est entravée à un moment ou à un autre du cycle. Suite à ce contact, l'individu retrouve une période de retrait où l'émergence retourne à son état de fond indifférencié et lui permet d'être à nouveau disponible à de nouveaux cycles de contact et de nouvelles expériences. Dans cette conception de l'expérience humaine, l'individu n'est pas appréhendé de manière indépendante de son environnement et son expérience doit être appréciée dans son ensemble, c'est-à-dire composé à la fois d'éléments affectifs, cognitifs, sensorimoteurs, imaginaires et contextuels. C'est pourquoi d'ailleurs les gestaltistes parlent d'une unité expérientielle entre l'organisme et son environnement où l'un ne peut s'abstraire de l'autre, mais où l'un transige avec l'autre dans un espace mitoyen appelé la frontière-contact. Il ne faut donc pas comprendre ici l'action comme un simple comportement actif ou comme une activité, mais plutôt comme une manière de moduler et de négocier le contact avec l'environnement à la frontière avec celui-ci. De la même manière, le retrait n'est pas une abstraction de l'individu face à son environnement mais plutôt cet espace d'ouverture où le cycle de contact précédent achevé se fond dans le champ de conscience et l'individu retrouve sa disposition naturelle à de nouvelles émergences et de nouveaux cycles (Corbeil et Poupard, 1978; Ginger, 1996; Perls, Hefferline et Goodman, 1951). De la perspective plus particulièrement PGRiste, nous retenons surtout, dans le contexte de cette recherche, les expériences présentes sans s'attarder nécessairement à l'histoire développementale de ceux qui la vivent. Il est intéressant toutefois, de savoir que dans un champ expérientiel entre l'organisme et l'environnement, nous retrouvons des facteurs de risques et de résiliences de part et d'autre de la frontière-contact qui peuvent à la fois favoriser ou entraver le déploiement de ces cycles de contact (Delisle, 1998).

3.1.6. Biais possibles

Certains biais possibles sont à garder en tête tout au long de la procédure. Premièrement, comme nous l'avons déjà mentionné, nous n'aurons pas accès d'emblée aux thérapeutes résilients et étant donné que nous n'avons pas pu avoir accès à des réponses complètes au questionnaire du *DPCCQ* pour l'ensemble de nos participants, nous ne pouvons pas non plus inférer de leur patron de pratique. Deuxièmement, il pourrait y avoir un biais de désirabilité sociale, d'autant plus que les entrevues ont été menées par un étudiant au doctorat en psychologie et donc, par un futur collègue de nos participants. Troisièmement, il pourrait y avoir certains biais provenant de la perspective

du chercheur principal qui procède aux analyses thématiques. Étant au fait des recherches et de la littérature sur la résilience et le développement des thérapeutes, son interprétation des éléments amenés par les répondants pourrait en être teinté.

Tel que mentionné plus haut et afin d'assurer la rigueur scientifique de nos analyses, nous avons fait l'effort conscient d'adopter une posture réflexive tout au long du processus de recherche (Paillé et Mucchielli, 2012; Tracy, 2013). Premièrement, nous avons tenu un journal de bord, version papier, afin de documenter le déroulement et les développements de notre devis qualitatif. Deuxièmement, nous avons tenté de nous placer régulièrement dans un état d'épochè, que ce soit au moment des entrevues ou des analyses, afin d'éviter de trop orienter nos résultats de nos propres préconceptions. Pour ce faire, nous avons régulièrement pris le temps de nous questionner sur nos intérêts et nos *a priori* par rapport à notre sujet de recherche, afin que nous puissions volontairement les mettre momentanément de côté, de sorte que nous puissions demeurer ouvert aux émergences de la rencontre avec nos participants, puis avec leurs témoignages. Nous nous sommes cependant permis de revenir à notre cadre conceptuel dans la section « discussion » de ce chapitre afin d'éclairer l'interprétation et le commentaire de nos résultats. Troisièmement, des rencontres ont eu lieu avec notre direction de recherche tout au long des analyses afin d'affiner et de préciser la formulation des thèmes émergents ainsi que la construction de nos arbres thématiques. Après une première tentative d'arbre thématique avec les analyses de cinq verbatims, une première rencontre a été prévue avec notre directeur de thèse, une deuxième après huit verbatims analysés et une dernière fois lorsque les dix avaient été analysés.

3.1.7. Éthique

Un certificat éthique a été approuvé par le CERPE de l'UQÀM pour la présente recherche doctorale et a été renouvelé chaque année afin de tenir compte des changements potentiels apportés au projet.

Notre étude présente un faible risque pour nos participants, mais nous nous assurerons de protéger l'anonymat des psychothérapeutes qui ont participé à nos entrevues afin qu'ils ne subissent aucun préjudice à parler de leurs difficultés personnelles ainsi que de l'impact qu'elles ont sur leurs pratiques.

Comme notre étude porte sur des difficultés réelles vécues par des psychothérapeutes, nous devons nous assurer de mener nos entrevues dans le respect de la dignité de nos participants. Même si nous n'invitons pas les participants à parler du détail de leurs difficultés, il se pourrait qu'ils y soient replongés en parlant de l'impact qu'elles ont eu sur leur pratique et leur développement. Les entrevues ont été menées par un étudiant au doctorat en psychologie, pratiquant également la psychothérapie à titre de doctorant en psychologie, qui avait déjà complété son stage d'évaluation avant de débiter les entrevues et était donc habilité à soutenir les participants dans l'élaboration de leur expérience ainsi que dans ce qu'ils pouvaient vivre lors des entrevues. Au moment des entrevues, deux psychothérapeutes d'expérience se sont rendus disponibles afin que nos participants puissent communiquer avec eux au besoin s'ils ressentaient quelque détresse ou inconfort par rapport aux sujets discutés lors de l'entrevue. Nous n'avons finalement pas eu à recourir à cette procédure lors de nos entrevues et nos participants n'ont pas semblé vivre de détresse ou d'inconfort tel qu'appréhendé au début de la recherche dans nos échanges avec le CERPE.

3.2. Résultats

La présente section des résultats est divisée en deux parties.

La première représente les résultats de l'analyse thématique se rapportant à la description des impacts des difficultés personnelles sur la pratique des thérapeutes. Cette analyse permet principalement de répondre à notre deuxième sous-question de recherche :

Quels impacts peuvent avoir les difficultés personnelles actuelles des thérapeutes sur leur travail avec les clients ?

La deuxième représente les résultats de l'analyse thématique se rapportant plutôt à la description des éléments favorisant la gestion des impacts des difficultés personnelles sur la pratique, qui permet quant à elle de répondre à nos première et troisième sous-questions de recherche :

Qu'est-ce qui peut caractériser les thérapeutes du Québec qui arrivent à conserver un patron de pratique efficace malgré le fait qu'ils vivent des difficultés dans leurs vies personnelles actuelles ?

Comment les thérapeutes québécois s’y prennent-ils pour tenter de gérer les impacts négatifs de leurs difficultés personnelles actuelles sur leur travail avec les clients ?

3.2.1. Impacts des difficultés personnelles sur la pratique des thérapeutes

L’analyse thématique des verbatims d’entrevue de nos participants nous a permis de faire ressortir des impacts tant négatifs que positifs de leurs difficultés personnelles actuelles sur leur pratique de la psychothérapie. Dans la présente section, nous allons identifier et décrire les thèmes associés à chacun de ces types d’impacts, tout en les illustrant avec des citations tirées directement de nos verbatims d’entrevue (voir Figure E.1. dans Annexe E).

3.2.1.1. *Impacts négatifs*

En ce qui a trait aux impacts négatifs des difficultés personnelles sur la pratique des thérapeutes, trois grands thèmes sont ressortis. Le premier réfère à des pensées personnelles intrusives qui viennent nuire au contact, en séance, avec les clients. Le deuxième se rapporte à un manque de disponibilité émotionnelle envers les clients. Le troisième fait référence aux similarités dans les difficultés vécues par le thérapeute et ses clients et qui peuvent venir brouiller son regard clinique.

3.2.1.1.1. Pensées personnelles intrusives en séance qui viennent nuire au contact avec les clients

Tout d’abord, 4 participants sur 10 ont décrit avoir eu des pensées intrusives à propos de leurs difficultés personnelles actuelles pendant leurs séances avec des clients, ce qui les rendait moins présents et attentifs au contact avec ces derniers.

Ces pensées pouvaient prendre la forme de préoccupations, de souvenirs ou même de *flash* d’un évènement difficile et parfois d’une forme de projection ou de planification d’une démarche appréhendée. Les participants ont décrit ces pensées comme passagères, mais intrusives et envahissantes.

(...) c'est sûr que je remarquais des fois que... il y avait une pensée qui me venait par rapport à ça, ou je savais que ma mère avait passé des tests ou... faque c'est sûr que dans ces moments-là, tsé, ça amène à décrocher, faque là je me ramenait (dans la séance)... plus souvent que j'ai à me ramener d'habitude.

(Caroline)

3.2.1.1.2. Manque de disponibilité émotionnelle envers les clients

Ensuite, 5 participants sur 10 ont rapporté avoir vécu des moments de manque de disponibilité émotionnelle envers leurs clients en raison de la surcharge émotionnelle trop importante qu'ils portaient déjà dans leur propre vie personnelle.

Tsé c'est comme si là... moi j'ai moi-même à composer avec mes difficultés, là c'était comme difficile d'avoir de l'espace pour les difficultés de mes clients (...)

(Johanne)

Ce manque de disponibilité pouvait amener les thérapeutes à éprouver une diminution de leur motivation à travailler et une fatigue professionnelle accrue, à remarquer une diminution de leur capacité empathique, à éviter le contact avec l'expérience émotionnelle de leurs clients et à ressentir une forme de culpabilité face à leur manque de disponibilité.

3.2.1.1.2.1. Diminution de la motivation et fatigue professionnelle accrue

4 participants sur 10 ont soulevé avoir remarqué une forme de fatigue professionnelle et une diminution dans leur motivation à pratiquer la psychothérapie et à se développer comme psychothérapeute.

Ouais, ben quand je ressens ce trop-plein-là... comme je disais tantôt, je pense qu'il va y avoir moins de motivation... tsé genre... moins envie de voir mes clients (...)

(Johanne)

Ces situations-là (grande charge affective en séance) m'amenaient moins des questions théoriques, mais plus des... « ah, je suis fatiguée, pis ah ça fait beaucoup !... pis ah ça me tente pas ! » (...)

(Marie)

3.2.1.1.2.2. Diminution de la capacité empathique envers les clients

5 participants sur 10 ont rapporté avoir vu leur capacité empathique diminuer face à leur client. Certains d'entre eux mentionnent même avoir pu remarquer ressentir de l'irritation ou de l'impatience face à leurs clients. Ils attribuaient cette diminution empathique en partie au fait qu'ils pouvaient se sentir eux-mêmes plus en difficulté ou en souffrance que certains de leurs clients lorsqu'ils se comparaient à eux.

(...) des fois... les patients arrivent aussi avec des... des petites préoccupations tellement futiles... des fois à côté de... de ma vie personnelle, que ça crée une irritation ça aussi tsé.

(Paul)

Ouais, c'est sûr que quand ils me parlaient de leurs problèmes tsé... il y avait inévitablement une partie de mon esprit qui faisait une espèce de comparaison avec ce qui se passait dans ma vie pis... en tout cas... l'empathie était... tsé... moins là. (...) ça me faisait prendre conscience de... comment je vivais des choses d'autant plus... compliquées.

(Pierre)

3.2.1.1.2.3. Évitement du contact avec l'expérience émotionnelle du client

3 participants sur 10 ont mentionné avoir pu recourir à des stratégies d'évitement de l'expérience émotionnelle de leurs clients par moment. Ils ont par exemple fait mention d'une suractivation

défensive dans la recherche de solutions et d'une plus grande tendance à l'intellectualisation qui avait pour effet de diminuer le contact avec l'expérience émotionnelle du client.

(...) j'ai l'impression que je tombais plus dans essayer de m'activer pour le client. Plus anxieuse dans le fond, à sentir l'impuissance pis me dire « Oh, faut que je fasse quelque chose ». Faque je m'active un peu plus, alors j'imagine que si j'ai fait ça, j'étais moins dans l'expérience du client, pis j'étais un peu envahie.

(Marie)

(...) je suis devenue sensiblement plus philosophique et mon... mon analyste m'a fait réaliser récemment que c'était aussi probablement une façon d'alléger c'est parce que ça, c'était une façon de... d'être plus abstrait en étant philosophique... parler des grandes questions... ou des valeurs et des aspirations... et ne pas avoir besoin de porter la lourdeur de leur vécu émotionnel (...)

(Sylvie)

3.2.1.1.2.4. Sentiment de culpabilité face à son manque de disponibilité

3 thérapeutes sur 10 ont décrit avoir ressenti une certaine culpabilité dans leur travail envers leurs clients face à leur manque de disponibilité. Cette culpabilité semble liée au sentiment de ne pas donner le meilleur de soi-même comme thérapeute lorsqu'ils manquaient de présence ou de disponibilité affective.

Oui, ce l'est aussi actuellement tsé... Quand j'ai une journée plus difficile, je me sens mal de... ouais de peut-être me sentir moins présente, moins disponible... faque il y a peut-être ça là aussi qui vient de... d'une culpabilité. (...)

(Johanne)

3.2.1.1.3. Difficultés similaires vécues par le thérapeute et le client qui vient brouiller le regard clinique

Finalement, 5 thérapeutes sur 10 ont mentionné comment le fait d'être en contact avec des clients qui évoquaient des situations ou des difficultés similaires à celles qu'ils vivaient eux-mêmes pouvait venir brouiller momentanément leur regard clinique et les mener à confondre ce qui leur appartient de ce qui appartient au client dans cette expérience.

(...) en ce moment, quand j'ai des clients qui me parlent de leurs relations amoureuses, d'une possible séparation... ouf, ça vient, ça vient activer des choses en moi tsé... pis là c'est peut-être plus difficile de faire la part des choses autour de... « qu'est-ce qui m'appartient, qu'est-ce qui ne m'appartient pas ? ».

(Johanne)

Ben c'est sur ça peut avoir des impacts, parce que les jeunes femmes comme ça, ... comme ma fille, j'en vois de temps en temps... un peu désœuvrée, qui vont pu à l'école, qui n'ont pas fini leur secondaire, qui sont très isolées socialement... quand je vois des clientes comme ça, je pense aussi à ma fille là tsé... peut-être que des fois je ne suis pas très objectif là, (...) Des fois je me compare... je confonds les rôles de père et de psychologue.

(Jean)

3.2.1.2. *Impacts positifs*

Pour ce qui est maintenant des impacts positifs des difficultés personnelles sur la pratique des thérapeutes, trois thèmes sont ressortis. Le premier réfère au fait que les clients peuvent parfois percevoir une part de vulnérabilité chez leur thérapeute, pouvant amener ainsi de nouvelles opportunités thérapeutiques. Le deuxième se rapporte à une sensibilité accrue chez le thérapeute qui favorise son contact avec ses clients. Le troisième fait référence à l'adoption d'une posture plus en retrait du thérapeute qui laisse plus de place au déploiement de l'expérience du client.

3.2.1.2.1. Le client perçoit la vulnérabilité du thérapeute ce qui amène une nouvelle opportunité thérapeutique

En premier lieu, 3 participants sur 10 ont exprimé comment le fait que certains clients puissent percevoir une part de la vulnérabilité du thérapeute amène parfois de nouvelles occasions thérapeutiques et ce, même si cette vulnérabilité affective n'est pas nécessairement explicitement abordée ou consciemment perçue.

(...) une fois j'ai porté ma perruque... et c'est pas confortable... et dans un moment quand je pensais que le client n'a pas regardé j'ai fait quelque chose pour l'ajuster... mais immédiatement après... et peut-être le client ne l'a pas vue consciemment... mais il a commencé à parler de la mort de sa mère et il a commencé à parler du fait que sa mère a nié le fait qu'elle était malade et... alors... et ça a ouvert sur plein de choses

(Sylvie)

Fauche celle-là, c'est pour te dire que on a beau vouloir rester... je ne sais jamais c'est quoi le bon mot... neutre, en tout cas, pas émotionnellement impacté... mais ça c'est pas vrai parce qu'on est tout le temps émotionnellement interpellé... pis ça fait de quoi au client... pis c'est ça qui est intéressant... ça se travaille.

(Jacques)

3.2.1.2.2. Sensibilité accrue qui favorise le contact avec les clients

En deuxième lieu, 5 thérapeutes sur 10 ont soulevé comment le fait de se trouver dans un état de sensibilité particulièrement accrue en raison de leur propre expérience personnelle difficile pouvait aussi favoriser leur contact avec l'expérience émotionnelle et vulnérable de leurs clients.

En effet, cette sensibilité-là... des fois elle peut être très utile, parce que ça me permet d'être à un autre endroit où est-ce que je peux être plus... plus proche de l'autre... peut-être plus en consonance... pis ça m'amène à être plus sensible, comme à des micro-mouvements tsé (...)

(Johanne)

(...) ceux qui sont en lien... tsé qui sont dans leur souffrance, mais qui sont en lien avec moi... c'est comme si le fait d'être souffrante moi aussi, on a une expérience partagée sans qu'ils le sachent, pis... l'empathie va... en tout cas c'est ça, va circuler quand même... pis peut-être même mieux.

(Annie)

3.2.1.2.3. Posture de retrait qui laisse plus de place au déploiement de l'expérience du client

En dernier lieu, 3 thérapeutes sur 10 ont décrit avoir eu naturellement plus tendance à adopter une posture de retrait dans leurs séances de thérapie et que cela semblait laisser plus de place à leurs clients afin qu'ils puissent déployer davantage leurs expériences.

(...) peut-être que je me vois être... tsé plus en retrait, moins interventionniste tsé comme peut-être plus... à laisser plus d'espace à l'autre.... Pis tsé ça aussi avec l'expérience, je constate que quand ben moi j'ai un trop-plein mettons, pis là je suis plus en retrait, ou moins dans les interventions ou tsé, moins dans les interprétations, moins dans les confrontations... ben ça amène le client à prendre plus de place dans les séances

(Johanne)

3.2.2. Éléments favorisant la gestion des impacts de la difficulté sur la pratique

À la lumière de nos analyses thématiques, nous avons également fait ressortir un ensemble d'éléments qui ont favorisé la gestion des impacts des difficultés vécues par les thérapeutes sur leur pratique. Certains éléments étaient déjà présents dans la vie personnelle et dans la vie professionnelle des thérapeutes avant la survenue de la ou des difficultés, tandis que d'autres ont été mis en place par les thérapeutes dans leur vie personnelle et leur vie professionnelle pour faire face à la difficulté suite à leur survenue. Dans la section qui suit, nous aborderons d'abord les éléments personnels, puis professionnels préexistants à la difficulté, pour ensuite aborder les

éléments personnels et professionnels, mis en place face à la difficulté (voir Figure E.2. dans Annexe E).

3.2.2.1. Éléments personnels préexistant à la difficulté

Pour ce qui est des éléments personnels préexistant à la ou les difficultés personnelles, nous retrouvons les ressources personnelles du thérapeute, son propre cheminement en thérapie personnelle, la présence de liens personnels significatifs sécurisants et des habitudes de vie qui soutiennent sa santé et son bien-être.

3.2.2.1.1. Ressources personnelles face aux difficultés

Pour commencer, 6 participants sur 10 ont soulevé des ressources personnelles qu'ils possédaient déjà et qui les aident de manière générale à faire face à l'adversité et aux difficultés de la vie. Ces ressources peuvent à la fois faire partie de leur tempérament ou de leur personnalité de base, ou avoir été acquises à travers leur développement et les aléas de la vie précédant leur entrée dans la profession de psychothérapeutes.

La pulsion de vie est très forte chez nous (ma femme et moi) ... plutôt combative. Ma 2^{ème} analyste m'avait dit « vous vous êtes comme un chat. Quand vous tombez, vous tombez, mais vous tombez sur vos pattes ». Et... ça m'a beaucoup parlé.

(Jacques)

(...) j'avais une certaine forme de sensibilité, pis j'avais eu d'autres types de difficultés avant dans ma vie... faque oui, j'étais déjà très sensible à ce moment-là de « ok, comment on prend soin de nous à travers ça »... pis pas se laisser tomber.

(Johanne)

3.2.2.1.2. Cheminement thérapeutique personnel

Ensuite, 4 participants sur 10 ont décrit comment leur propre cheminement thérapeutique dans leur thérapie ou leur analyse personnelle les avait préparés, d'une certaine manière, à faire face aux situations difficiles qu'ils ont rencontrées par la suite.

Une autre chose qui qui... une raison pourquoi je ne me suis pas reconnue comme quelqu'un qui a vécu une crise c'est parce que j'ai géré tout ce processus pas mal bien et puis... et aussi parce que j'avais au total probablement quasiment 20 ans d'analyse derrière-moi. L'analyse personnelle qui est là... c'est un facteur stabilisant.

(Sylvie)

3.2.2.1.3. Présence de liens significatifs sécurisants

De plus, 6 participants sur 10 ont aussi mentionné l'importance de leurs relations personnelles significatives, que ce soit leur conjoint / conjointe, leur famille ou leurs amis, en insistant particulièrement sur l'aspect sécurisant de celles-ci.

(...) et quelqu'un qui ... qui est seul dans sa crise... qui n'a pas d'amis ou... des gens autour... ça peut créer beaucoup plus de panique... so moi j'étais chanceuse d'avoir ça... de... je me sentais bien entourée.

(Sylvie)

Et ça c'est important, parce que... oui il y a les difficultés réelles, de santé pis tout ça... mais il y a la qualité pis la nature du lien... ça c'est une cristie de belle compensation. Plus jeune, je ne connaissais pas ça..., pis c'est avec ma femme que j'ai le plus vécu ça. Alors la nature du lien est importante, pis le paradoxe de ça c'est... ben merde, si je le perds un jour... ça ne sera pas drôle tsé. Mais la puissance du lien fait que... des fois on se regarde pis on se dit « Ostie on va l'avoir ». Il y a une puissance apaisante là-dedans.

(Jacques)

3.2.2.1.4. Habitudes de vie qui soutiennent la santé et le bien-être

Pour finir, 5 participants sur 10 ont appuyé sur l'importance d'avoir une hygiène de vie et des habitudes de vie qui soutiennent la santé et le sentiment de bien-être, tant physique que psychologique. Il en ressort qu'au-delà des stratégies concrètes utilisées pour prendre soin de soi, c'est surtout le fait de trouver ce qui nous fait du bien et de l'utiliser à son service qui compte vraiment.

(...) pis je fais plus attention à moi là, par exemple au niveau de la santé, je m'alimente bien, je fais plus de sport qu'avant, je suis plus en forme maintenant que je l'ai été il y a 20 ans, c'est quand même pas pire... je m'entraîne quand même pas mal.

(Jean)

(...) je fais beaucoup de sport, je fais de la méditation, je fais... j'ai une ostéopathe qui me fait des traitements énergétiques... je vais m'asseoir dans le bois pour méditer... je me suis acheté des bols de cristal pour faire de la méditation en jouant du cristal... tsé c'est... au final j'ai l'impression que... peu importe, c'est quoi nous notre affaire, faut aller vers ce qui nous fait du bien, pis nous *ground* pour être capable après ça d'être plus disponible pour les patients... pis moi ça s'exprime comme ça.

(Annie)

3.2.2.2. *Éléments professionnels préexistant à la difficulté*

Du côté des éléments professionnels préexistant à la ou les difficultés personnelles, nous retrouvons la présence d'un réseau professionnel soutenant, le niveau de satisfaction professionnelle et un aménagement de la pratique qui convient aux besoins du thérapeute.

3.2.2.2.1. Présence d'un réseau professionnel soutenant

Premièrement, 6 participants sur 10 ont mentionné le caractère précieux de pouvoir compter sur des relations professionnelles auprès de leurs superviseurs et d'autres collègues qui leur permettent

une base de sécurité professionnelle pour être entendus et soutenus dans leur expérience, tant au niveau personnel que professionnel, de la difficulté.

(...) je n'ai pas caché le fait de ma maladie... que j'ai eu ce diagnostic... à mes, mes collègues...et ça fait du bien aussi d'être capable de parler avec... un collègue... un superviseur... de ces expériences-là... ouvertement.

(Sylvie)

(...) avec la pandémie on nous incitait à limiter beaucoup les contacts, alors j'ai eu beaucoup moins de contacts avec mes collègues, beaucoup moins de support, beaucoup moins d'entraide, pis ça j'ai trouvé ça particulièrement difficile aussi.... Faque ouais, la présence de collègues ça aide à se donner de l'air (...)

(Paul)

3.2.2.2.2. Niveau de satisfaction professionnelle

Deuxièmement, 3 participants sur 10 ont rapporté comment le niveau de satisfaction professionnelle qu'ils ressentaient à effectuer leur travail de thérapeute pouvait les aider à demeurer motivés et engagés dans leur vie professionnelle malgré le fait qu'ils vivaient des difficultés personnelles. Les participants ont entre autres nommé l'importance de l'atmosphère générale de travail, que ce soit avec les clients ou au sein de la clinique ou de l'établissement pour lequel ils travaillent.

Je vois une différence aussi, parce que moi je travaille dans 2 services... Pis ici, ça va très mal ici ces temps-ci avec l'administration. (...) Actuellement là on nous dit de plus en plus quoi faire, pis ça devient vraiment agressant... comment faire nos notes, comment faire nos évaluations ... on devient des exécutants pis moi je n'ai plus de fun là-dedans (...) C'est sûr que ça joue sur ma motivation, ça joue sur mon engagement (...) Pis quand je suis à l'autre place...ma fille n'est quand même pas à l'école et mon toit coule encore, mais je pense que je l'aborde différemment dans mon travail... je ne suis pas autant oppressé pis dans ma tête. J'ai plus envie d'être là tsé. Je peux mieux faire la part des choses... et je suis plus motivé d'aller au travail, je retrouve du plaisir dans ce que je fais et je me sens utile, alors je pense moins aux autres choses qui se passent dans ma vie pis qui me préoccupe.

(Jean)

3.2.2.2.3. Aménagement de la pratique qui convient aux besoins

Finalement, 4 participants sur 10 ont décrit le fait d'avoir réussi à instaurer dans leur pratique, des aménagements d'horaires et de logistique qui convenaient à leurs besoins, tant professionnels que personnels. Ces participants ont souligné comment le fait d'avoir aménagé une pratique qui leur convenait réellement leur permettait de garder un certain équilibre entre leur vie personnelle et professionnelle, qu'ils vivent des difficultés ou non, mais que cet équilibre était particulièrement utile dans les moments difficiles.

(...) je vais en bloc de...peut-être 4 clients le matin, ou 4 clients l'après-midi, faque ça fait que j'ai toujours des matins ou des après-midi de libres. Pis ça c'est là, c'est présent, que je vive des moments difficiles ou non. (...), mais je pense que c'est moins difficile... si je vis une passe plus rough, de me dire : « Ok ben là j'ai ma matinée de client, mais après je vais avoir mon après-midi de libre » et non de le voir comme montagne de... « Bon ben là j'en ai de 8 à 4 ». Faque ça c'est une façon aussi de me préserver (...)

(Johanne)

Pis ça cet aspect-là d'horaire, c'est quelque chose que j'ai retravaillé beaucoup dans les années... de trouver c'est quoi l'horaire qui me convient mieux pour... justement... tsé moi je ne fais pas du 9 à 5 là. Chaque jour est différent... pour avoir le plus de plages horaires à des heures différentes pour mes clients. Mais c'est important pour moi aussi d'avoir du temps pour... du temps à la maison, toute seule... prendre soin de moi, de ma famille.

(Caroline)

3.2.2.3. *Éléments personnels mis en place face à la difficulté*

Pour ce qui est maintenant des éléments personnels mis en place face à la ou les difficultés personnelles, nous retrouvons la métabolisation des émotions suscitées par la difficulté, le fait de

solliciter le soutien de l'entourage personnel, l'engagement dans la résolution concrète et effective de la difficulté et le fait d'investir parallèlement un espace de retrait de la difficulté.

3.2.2.3.1. Métabolisation des émotions suscitées par la difficulté

En premier lieu, 4 participants sur 10 ont décrit le besoin de métaboliser les expériences émotionnelles diverses suscitées par la difficulté, que ce soit simplement pour se permettre de vivre leurs émotions sans trop devoir se contenir dans leur vie personnelle ou pour retrouver un certain niveau de disponibilité à recevoir les charges affectives de leurs clients en thérapie.

(...) faut penser aussi que j'ai arrêté ma pratique pendant... quelques mois tsé... quand mon conjoint est décédé. J'ai fait une pause peut-être de 2 mois... pour en revenir un peu... pis pour vivre mon deuil. Je ne me serais pas vu recevoir des clients à ce moment-là.

(Michèle)

Juste le fait de prendre l'auto pis de me rendre au travail, juste ça ça me faisait du bien. Juste ce petit moment-là... c'est peut-être 15 minutes... mais c'était un bon moment. Ça m'a donné du bien-être, pis c'était un petit peu mon moment d'introspection là aussi. (...) c'était un petit peu le moment que je me permettais de pleurer.

(Marie)

3.2.2.3.2. Solliciter le soutien de l'entourage personnel

En second lieu, 3 participants sur 10 ont rapporté le fait d'avoir pu solliciter le soutien de certaines personnes de leur entourage personnel afin de pouvoir trouver réponse à leurs besoins, qu'ils aient été d'ordre affectif ou même plutôt d'ordre instrumental ou concret.

(...) ce qui est arrivé, c'est que... quand mon conjoint est décédé... Donc j'ai quand même eu... je suis allé chez mon frère une fin de semaine... c'est lui qui a pris soin de moi. Donc... il m'a fait à manger, des recettes différentes à tous les jours, donc... tsé pis dans ce temps-là il m'a aidé aussi pour tous les préparatifs funéraires.

(Michèle)

Tsé j'ai des personnes que je le sais que... ils ont eux-mêmes une plus grande capacité de... sans être thérapeute ils ont une meilleure capacité, mettons d'écoute, ou de... de comprendre, ou d'être là pour moi, faque dans les moments comme ça je vais cibler un peu plus les personnes, pis... pour vraiment avoir une réponse tsé plus... davantage à ce besoin-là. Versus à mettons d'autres où... ben tsé je peux leur en parler après coup, mais que sur le moment (...) quand j'ai ce besoin-là, là je vais aller vers des personnes plus précises qui vont m'offrir ça.

(Caroline)

3.2.2.3.3. Engagement dans la gestion concrète de la difficulté

En troisième lieu, 5 participants sur 10 ont soulevé le fait d'être en mesure de s'engager soi-même plus concrètement dans la résolution ou la gestion de la difficulté au quotidien afin de trouver des solutions aux problèmes qui émergent. De manière générale, ces participants ont relaté que le fait de poser des actions concrètes pour améliorer leur situation dans leur vie personnelle leur permettait de limiter certains impacts négatifs de la difficulté, tant d'un point de vue personnel que professionnel.

Donc ça c'est très actuel dans ma vie, c'est très présent... c'est au quotidien... des séjours à l'hôpital, ma femme en fait 3-4 par semaine... pour des tests, des examens, des traitements, pis toute sorte d'affaires... je ne suis pas toujours capable d'aller la reconduire pis d'aller la chercher... donc on a un budget taxi maintenant... euh parce qu'à peut plus conduire à cause de son état. Alors il ya tout ça au quotidien, mais de de savoir qu'il y a de quoi... que ce n'est pas un problème... que c'est réglé... au moins cette partie-là... ça aide.

(Jacques)

(...) je le gardais à la maison ... pis moi je ne suis pas préposée aux bénéficiaires, mais... je ne me suis jamais servie du lève-personne. Je me suis servie de ma propre

personne avec une technique supervisée par une physio, mais je n'ai jamais eu de problème. C'était une expérience qui était nouvelle pour moi, mais je l'ai faite.

(Michèle)

3.2.2.3.4. Espace de retrait face à la difficulté

En dernier lieu, 5 participants sur 10 ont décrit le besoin de pouvoir investir un espace personnel de retrait face à la difficulté dans laquelle ils pouvaient ressentir des émotions plus positives et garder une image d'eux-mêmes et de leur vie personnelle qui allait au-delà de la lourdeur de leurs difficultés.

Alors, c'est préoccupant, c'est dérangeant... mais faut que j'aie des lieux pour sortir de ça aussi... y compris de pouvoir parler avec des amis... de voir autre chose... de parler d'autre chose (...)

(Jacques)

Mon conjoint et moi on était un couple, donc ce n'est pas parce qu'il est malade qu'on est plus un couple. Donc comment faire pour... même si... les rôles peuvent un peu changer, donc nécessairement, veut veut pas, il est l'aidé, pis je suis l'aidante, mais... tous les contextes ne sont pas des contextes de maladie. Donc, si vous recevez des amis, ben peut-être qu'on peut échanger sur... des moments... autres qu'un contexte de maladie (...) on a été voir des spectacles, on est allé au théâtre, on est allé... c'est ça, c'est parce que là on introduit aussi c'est quoi la qualité de vie là... mais, c'est ça. Faque c'était de garder les activités... qu'on aime (...)

(Michèle)

3.2.2.4. *Éléments professionnels mis en place face à la difficulté*

Et finalement du côté des éléments professionnels mis en place face à la ou les difficultés personnelles, nous retrouvons le fait de solliciter un soutien professionnel, le fait d'investir la sphère professionnelle comme refuge de la difficulté personnelle, un réaménagement logistique de

la pratique et la capacité à s'appuyer sur un discours interne qui leur permet de se recentrer en séance.

3.2.2.4.1. Solliciter un soutien professionnel

Tout d'abord, 6 participants sur 10 ont rapporté avoir pu solliciter un soutien professionnel, que ce soit en supervision ou en thérapie personnelle, pour faire face à leurs difficultés et aux impacts de celles-ci sur leur pratique et leur vie de manière générale.

C'est vrai que ça a été des grosses années.... Mais je pense que sans l'espace de la thérapie dans tout ça... ça aurait été immensément plus difficile de me rendre là où je suis maintenant. J'aurais probablement reglissé dans faire des compromis qui me font mal (...)

(Pierre)

(...) j'adore la supervision aussi... d'avoir cet espace privilégié pour discuter ouvertement de... de nos expériences... de qu'est-ce qu'on fait avec ça... avec les clients... et j'ai aussi une thérapeute... je suis revenue à mon ancienne analyste que je connaissais depuis... et je n'étais pas en thérapie au moment du diagnostic, mais je suis revenue et elle m'a aidé beaucoup aussi à... alors... travailler l'expérience *you know*.

(Sylvie)

3.2.2.4.2. Le travail investi comme refuge

Ensuite, 4 participants sur 10 ont souligné les bienfaits de leur travail comme thérapeute et de pouvoir continuer à investir leur vie professionnelle comme un espace de retrait de leurs difficultés personnelles. Le travail devient alors une forme de refuge face à une vie personnelle déjà largement teintée par la difficulté.

Pis curieusement moi ça m'a fait découvrir que... le travail c'est très bon pour la santé mentale. C'est-à-dire que pendant que je travaille, je ne suis pas dans des pensées de cette nature-là. Ça ne veut pas dire que ça n'existe plus et que ce n'est plus là... mais le travail devient un peu nourrissant... parce que ça pallie à des préoccupations, des

inquiétudes... à des moments plus tristes, des moments plus fâchés contre la vie... Et puis donc le centre n'est plus sur moi pis sur nous comme couple, mais il est sur quelqu'un d'autre... alors ça c'est très aidant aussi.

(Jacques)

3.2.2.4.3. Réaménagement logistique de la pratique

De plus, 5 participants sur 10 ont mentionné avoir dû effectuer un remaniement logistique de leur pratique afin de pouvoir accommoder la réalité de leur difficulté personnelle. Les remaniements rapportés touchaient principalement à l'horaire de travail, au type de clientèle et de problématiques rencontrées en thérapie et au nombre de cas pris en charges.

(...) à ce moment-là, c'était important que j'organise mon horaire, parce que ça prend des ressources. Euh... j'ai eu la chance qu'il y avait un préposé dans une ressource qui a fait de l'aide à domicile... et lui c'était un préposé qui me donnait sa journée de congé. Donc moi je devais voir mes patients seulement une journée par semaine... donc je n'avais pas vraiment de marge de manœuvre. Et c'était fragile, parce que si mettons... il avait de jeunes enfants... et s'il ne pouvait pas être présent la journée que vous avez besoin... est-ce qu'il va falloir annuler les patients.... Mais je n'en ai pas trop vécu. Et ce qui était aidant c'était que c'était sur de longues périodes, donc moi je pouvais quitter à 7 h le matin, revenir à 10 h le soir et ça ne posait pas de problèmes.

(Michèle)

(...) j'ai fait une sorte de triage dans ma clientèle. So d'abord... j'ai d'abord... j'ai mis de côté les clients les plus récents... les gens que j'ai vus juste 2,3 fois... ensuite j'ai mis de côté les gens qui étaient ... que j'ai senti... étaient au bord de finir... quand même... ou étaient dans une sorte de processus de terminaison et j'ai mis de côté aussi... les gens qui... qui venaient d'une façon irrégulière de toute façon... qui sont venus un peu à la carte quand ils ont... ouais... et aussi les gens que j'ai... j'ai senti étaient capables de prendre une pause d'une demi-année ou un peu plus et fonctionner et revenir après si ça leur tentait c'est ça là... et j'ai gardé à peu près 1/3 et j'ai gardé... j'ai gardé d'abord les clients qui... étaient le plus en crise, qui... qui a récemment perdu leur mari, ou... quelqu'un qui est dans une transition difficile d'une sorte ou une autre (...)

(Sylvie)

3.2.2.4.4. Discours interne qui aide à se recentrer en séance

Pour finir, 5 participants sur 10 ont décrit avoir eu parfois recours à un discours interne dans leurs journées de travail ou même pendant des séances afin de pouvoir se recentrer sur leurs clients et leur travail thérapeutique dans des moments où ils se sentaient plus envahis ou aspirés par leur difficulté ou par leur expérience émotionnelle en rapport à cette difficulté

Il y a des matins faut que je me parle un petit peu. Pis ça finit par aller, mais ça ne serait pas la première affaire que j'aurais envie de faire. Alors il y a quelques fois comme ça que ça arrive.

(Jacques)

(...) c'est comme de voir les deux images en parallèle... pis c'est de voir en fait qu'est-ce qui appartient au client, pis qu'est-ce qui appartient à moi... pis de voir là un moment donné je suis de mon côté à moi, pis de dire « ok, ça ça m'appartient à moi, ça c'est ma part, je m'en occuperai après » ... pis je reviens du côté du client.

(Paul)

3.3. Discussion

À travers nos entrevues et analyses subséquentes, nous nous sommes questionné à savoir : « Qu'est-ce qui permet aux thérapeutes de gérer leurs difficultés personnelles actuelles, pour éviter qu'elles interfèrent dans leur travail avec les clients ? ».

Tel que décrit plus tôt, nous avons tenté de répondre à deux objectifs de recherche. Le premier objectif de nos analyses visait à décrire les impacts que pouvaient avoir leurs expériences de souffrances personnelles actuelles, dans leur pratique et leur sentiment de développement professionnel. Le deuxième objectif de nos analyses thématiques était de nous aider à mieux comprendre les éléments personnels et professionnels, ainsi que les actions et les démarches que

prenaient les thérapeutes dans leur vie professionnelle et personnelle leur permettant de mieux gérer les impacts professionnels de leurs difficultés personnelles actuelles.

Nos entrevues et analyses thématiques nous ont permis d'avoir accès à une pluralité d'expériences subjectives uniques et différentes sur la place des difficultés personnelles actuelles dans la pratique et le développement professionnel de thérapeutes pour répondre à cette question et ces objectifs de recherche.

Nous ferons maintenant ressortir trois points importants de nos résultats actuels. Premièrement, nous explorerons les différents impacts d'une plus grande sensibilité éprouvée par les thérapeutes, dus à leur propre expérience de difficulté personnelle actuelle. Nous pouvons remarquer deux expériences distinctes que nous définirons ici comme une sensibilité à la vulnérabilité et une vulnérabilité défensive. Deuxièmement, nous aborderons les éléments d'ordre préventif et réactif de la résilience des thérapeutes qui ressortent des témoignages de nos participants et qui nous amènent à voir qu'il ne faut pas attendre la survenue d'une difficulté pour penser en termes de résilience. Troisièmement, nous élaborerons l'importance d'investir à la fois un espace de contact et un espace de retrait face aux difficultés vécues afin d'avoir une résilience équilibrée.

3.3.1. Sensibilité à la vulnérabilité versus vulnérabilité défensive

Pour commencer, nous avons pu remarquer deux types d'expériences de vulnérabilité différentes dans lesquelles les thérapeutes de notre étude pouvaient se retrouver face à leurs clients dans le contexte où ils vivaient eux-mêmes une difficulté dans leur vie personnelle actuelle.

Le premier type d'expérience pourrait être qualifié de sensibilité à la vulnérabilité, désignant, tel qu'elle a été décrite par nos participants, une forme d'ouverture et de disponibilité plus grande tant face à sa propre souffrance que devant celle de l'autre, permettant un meilleur contact avec cette dernière. Cette expérience réfère principalement au thème d'une « sensibilité accrue qui favorise le contact avec les clients », mais nous pourrions également penser que la « posture de retrait qui laisse plus de place au déploiement de l'expérience du client » et le fait que « le client aperçoit une vulnérabilité chez son thérapeute, ce qui amène une nouvelle opportunité thérapeutique », sont liés

à cette ouverture et cette disponibilité particulière dans laquelle le thérapeute se trouve face à sa propre vulnérabilité et qui en retour facilite le contact thérapeutique avec son client.

Le deuxième type d'expérience, pourrait être défini comme une vulnérabilité sensible, dans le sens « à fleur de peau » et défensive, dans le sens de réactive et portant vers l'évitement expérientiel plutôt que vers l'ouverture et la disponibilité. Cette expérience réfère plutôt aux thèmes d'un « manque de disponibilité émotionnelle envers les clients », de « difficultés similaires vécues par le thérapeute et le client qui vient brouiller son regard clinique » et de « pensées personnelles intrusives en séance qui viennent nuire au contact avec les clients ». Telle que rapportée par nos participants, ce genre d'expérience semble plutôt être le fruit d'un état de surcharge cognitive et affective du thérapeute face à sa propre vulnérabilité, ce qui peut le mener à utiliser, de manière généralement involontaire, des stratégies défensives d'évitement de sa propre souffrance et de celle de l'autre. Lorsque le thérapeute se retrouve dans ce genre d'expérience, le contact avec l'expérience émotionnelle du client se ferait plus difficilement étant donné les ruptures de contact qu'il peut engendrer. Nous pouvons penser ici aux autres thèmes liés au manque de disponibilité émotionnelle tels que la « diminution de la capacité empathique envers les clients », la « diminution de la motivation et la fatigue professionnelle accrue » et « l'évitement du contact avec l'expérience émotionnelle du client ».

Ces observations semblent être en phase avec ce qui est décrit dans la littérature actuelle comme une présence thérapeutique incarnée ou désincarnée (Geller, 2017; Michaud Labonté, 2021). Nous pourrions en effet voir, dans la présence incarnée en tant que posture thérapeutique réflexive, cette sensibilité et cette ouverture face à sa propre vulnérabilité et celle de l'autre que nous évoquions plus haut. Michaud Labonté (2021), soulignait d'ailleurs que le fait d'être en contact avec sa propre souffrance amenait le thérapeute à ralentir le rythme de ses interventions et à en faire moins, permettant ainsi d'ouvrir l'espace de la relation thérapeutique et de favoriser le contact avec les émotions. Nous pouvons donc ici faire un rapprochement assez clair avec notre thème d'une « posture de retrait qui laisse plus de place au déploiement de l'expérience du client ». De la même manière, Cvetic et Adame (2017) ont pu conclure dans leurs recherches que l'expérience de détresse personnelle du thérapeute avait tendance à renforcer la relation thérapeutique avec leurs clients, facilitant en retour le travail thérapeutique. Cette information peut nous éclairer sur ce qui fait en sorte que, lorsque « le client perçoit la vulnérabilité du thérapeute, cela amène une nouvelle

opportunité thérapeutique ». Nous pourrions aussi penser que le thérapeute n'étant pas dans une expérience défensive face à sa propre vulnérabilité, cela pourrait permettre à son client de prendre contact avec une expérience nouvelle dans la relation thérapeutique, celle d'être en face d'un autre souffrant qui reste là et ainsi ouvrir de nouvelles opportunités thérapeutiques. Dans sa thèse, Jian Ming Hou (2015) abordait aussi le principe de « connectivité » comme caractéristique centrale des thérapeutes résilients en tant que sentiment de connexion authentique à soi et aux autres et qui pourrait être rapprochée de cette idée de sensibilité à la vulnérabilité et de présence incarnée du thérapeute permettant une connectivité à la vulnérabilité. Skovholt (2005) quant à lui avait aussi déjà posé, avec son concept du « *underside of the turtle* », l'importance d'un contact authentique à sa vulnérabilité pour travailler efficacement avec les clients. La vulnérabilité du thérapeute étant pour lui le lieu de son potentiel thérapeutique, puisqu'elle le reconnecte avec sa propre humanité, pour autant qu'elle soit relativement régulée.

À l'inverse, nous pourrions qualifier d'une pratique désincarnée (Geller, 2017; Michaud Labonté, 2021), les moments où les thérapeutes sont davantage dans une expérience de vulnérabilité réactive et défensive où ils coupent le contact avec l'expérience douloureuse de leurs clients et se dévitalisent en tant que thérapeute, soit par évitement ou envahissement de leur propre souffrance, effritant ainsi, du moins momentanément, le lien thérapeutique. Nous retrouvons aussi dans cette expérience défensive de la vulnérabilité certains éléments associés à l'échelle d'implication stressante (Orlinsky, 2022; Orlinsky et Ronnestad, 2005), soit l'incapacité à éprouver de l'empathie pour un client, liée à la sous-échelle des réactions négatives du thérapeute face au client et la propension du thérapeute à être ennuyé, inattentif et distrait en séance, référant plutôt à la sous-échelle d'un sentiment d'ennui du thérapeute.

Un point important à mentionner par rapport à ces deux expériences est le fait que les thérapeutes ne se retrouvent pas uniquement dans l'une ou l'autre de ces deux expériences de sensibilité et de vulnérabilité, mais bien dans les deux, à des degrés différents. La plupart de nos participants ont décrit comment ils pouvaient se sentir moins disponibles par moment, ou avec certains clients, alors qu'ils pouvaient tout autant se retrouver dans davantage de sensibilité et d'ouverture à d'autres moments, ou auprès d'autres clients. Nous observons d'ailleurs de manière générale que les clients qui vivent des expériences trop similaires à celles du thérapeute semblent faire émerger chez ce dernier davantage d'envahissement de sa propre expérience souffrante amenant ainsi une

plus grande confusion dans le contact à l'expérience de son client. Alors que lorsque l'expérience vulnérable du client ne rappelle pas trop celle du thérapeute, ce dernier tend à être plus sensible et ouvert au contact avec celle-ci. Les thérapeutes qui vivent des difficultés dans leur vie personnelle actuelle ne rentreraient donc pas dans des catégories d'ouverture ou de fermeture à la vulnérabilité, mais éprouveraient plutôt les deux à des degrés divers. Cet élément d'une expérience duelle à différents degrés semble ajouter un peu plus de fluidité et de mouvement entre ces deux expériences que les principes, conceptuellement plus fixes et stables, de la pratique incarnée et désincarnée ne semble le laisser entendre. Nous pourrions cependant penser que le développement de la conscience réflexive de soi, en interaction, puisse possiblement être un bon rempart contre les écueils possibles d'une certaine fermeture à la vulnérabilité.

Il serait donc intéressant pour des recherches futures d'étudier plus en profondeur ces deux expériences auprès d'un large échantillon de thérapeutes afin de voir si elles ressortent vraiment de manière significative et si elles interagissent entre elles pour former des patrons de sensibilité et de vulnérabilité, un peu à la manière des échelles d'implication guérissante et stressante qui interagissent entre elles pour former les différents patrons de pratique (Orlinsky, 2022; Orlinsky et Ronnestad, 2005). De la même manière, nous pourrions vérifier si le fait de vivre une difficulté trop proche de celles vécues par les clients amène, de manière réellement significative, plus souvent dans une expérience de vulnérabilité défensive que dans une expérience de sensibilité et d'ouverture face à ces derniers. Nous pourrions également étudier l'existence d'autres facteurs contributeur au type d'expérience de sensibilité et de vulnérabilité dans laquelle se retrouvera le thérapeute.

3.3.2. Ne pas attendre la survenue d'une difficulté pour penser en termes de résilience.

Ensuite, les participants de notre étude ont décrit tout un ensemble d'éléments qui leur avait permis de mieux gérer les impacts de leurs difficultés personnelles actuelles sur leur pratique et leur développement en tant que psychothérapeutes. Ce qui est intéressant, c'est que certains de ces éléments étaient déjà en place dans leurs vies personnelle et professionnelle avant même la survenue de la ou des difficultés.

Nous pouvons effectivement voir, dans les réponses de nos participants, toute l'importance d'une vie que l'on pourrait qualifier d'investie et d'entretenu, dans le sens où la personne s'y est activement impliquée afin qu'elle puisse répondre de manière généralement satisfaisante à ses besoins. Cela se rapproche, dans la littérature actuelle sur les thérapeutes résilients, de l'idée d'un engagement soutenu envers leurs propres besoins et d'une capacité à y répondre de manière adaptée (Miller, 2002; Posluns et Gall, 2020; Skovholt, 2012 et 2016).

Nous retrouvons également à travers la plupart des témoignages de ces thérapeutes, l'importance d'un équilibre dans l'investissement de la sphère personnelle et professionnelle, l'une ne pouvant pas se substituer à l'autre. Ce résultat est cohérent avec l'état actuel des connaissances sur le développement de l'expertise thérapeutique voulant que pour se développer à un haut niveau comme psychothérapeute, il faut être en mesure de s'engager de manière soutenue et constante dans son propre développement professionnel et personnel et ce, tout au long de la carrière (Hill & Castonguay, 2017; Orlinsky, 2022; Skovholt, 2012). Nous pouvons donc relever ici un bel exemple de recoupement entre les principes de développement de l'expertise professionnelle et de la résilience telle que l'avait soulevé Jian Ming Hou (2015) dans sa thèse. Bien que l'idée d'un équilibre d'investissement entre la vie professionnelle et personnelle ne soit pas explicitement nommé comme telle dans la littérature sur la résilience du thérapeute, nous la retrouvons implicitement dans l'idée d'investir à la fois son développement professionnel (Aafjes-van Doorn & coll., 2020; Brillon, 2021; Jennings et Skovholt, 2004; Orlinsky, 2022; Pereira & coll., 2016) et le fait de prendre soin de soi dans sa vie personnelle (Brillon, 2020; Hou, 2015; Posluns et Gall, 2020).

Au niveau de la sphère professionnelle, nous avons pu remarquer à quel point nos participants ont su investir leur développement professionnel et leur soi professionnel à travers des espaces relationnels professionnels sur lesquels ils ont pu s'appuyer au cours de leur carrière, qui semblent avoir été soutenant pour eux à plusieurs égards. Nous pensons ici tant à la supervision qu'aux contacts informels avec des collègues et à la formation de groupes de discussion ou d'« intervision » plus formels (Baker, 2012 ; Bertrand, 2019; Drouin et Delisle, 2021; Hou, 2015; King & coll., 2020; Mullenbach et Skovholt, 2011; Orlinsky, 2022; Posluns et Gall, 2020; Skovholt, 2012).

Un point important et original qui est ressorti de nos analyses a été le fait de pouvoir investir et aménager une pratique professionnelle qui convienne à leurs besoins et puisse les satisfaire professionnellement. Bien que Jian Ming Hou (2015) avait déjà abordé le plaisir d'apprendre et de se développer comme thérapeute, il s'agit plutôt ici d'une pratique professionnelle qui répond aux besoins personnels et professionnels plus larges du thérapeute et qui permet de garder un équilibre satisfaisant entre la vie personnelle et professionnelle. Le fait que cet élément de réponse soit ressorti dans nos analyses, alors qu'il n'apparaît pas dans la littérature pourrait venir du fait que les recherches actuelles se concentrent majoritairement sur la résilience professionnelle et que donc, par définition, c'est sur le plan de leur vie professionnelle que les thérapeutes se trouvent en difficulté. Il serait donc attendu, dans ces circonstances, qu'ils éprouvent d'emblée une certaine insatisfaction professionnelle.

Du côté de l'investissement et de l'entretien de la vie personnelle relevé dans nos analyses, nous pouvons retrouver plusieurs éléments en commun avec ce qui est ressorti des études sur la résilience professionnelle du thérapeute. Premièrement, nous retrouvons le fait d'investir son propre développement personnel, que ce soit à travers l'établissement de ressources personnelles solides sur lesquelles s'appuyer face à l'adversité et dans les moments plus difficiles (Bordeleau, 2013; Hou, 2015; Orlinsky, 2022), l'instauration d'une hygiène de vie qui favorise la santé et le bien-être (Baker, 2012; Bertrand, 2019; Drouin et Delisle, 2021; Harrison et Westwood, 2006; Pearlman, 1999; Posluns et Gall, 2020; Schauben et Frazier, 1995), ou à travers un cheminement thérapeutique significatif dans sa propre thérapie personnelle (Skovholt, 2012). Deuxièmement, nous avons aussi pu observer dans les réponses de nos participants l'importance d'avoir et d'entretenir des liens personnels significatifs avec leur entourage (Baker, 2012 ; Bertrand, 2019; Drouin et Delisle, 2021; Hou, 2015; King & coll., 2020; Mullenbach et Skovholt, 2011; Orlinsky, 2022; Posluns et Gall, 2020; Skovholt, 2012).

Bien que la majorité des éléments de réponses énoncés ici confirment l'état actuel des connaissances, l'idée d'un entretien préventif de la résilience comme une démarche continue, tant dans la vie personnelle que professionnelle, nous apparaît comme une contribution majeure de la présente étude. En effet, la résilience du thérapeute ne semble pas avoir encore été abordée sous l'angle de sa valeur préventive à proprement parler, mais plutôt sous celui de sa valeur réactive.

La résilience personnelle des thérapeutes ne serait donc pas seulement une qualité à solliciter en réponse à l'adversité ou à des difficultés, mais bien aussi une qualité qui se construit et se développe avant même qu'on ait à y faire face. Ainsi, nous pourrions voir la résilience non seulement comme un processus d'intégration résiliente (Richardson, 2002) suite à la survenue d'une situation adverse, mais aussi comme la capacité à mettre en place, à travers un investissement continu de sa vie personnelle, de sa vie professionnelle et de ses relations, les éléments favorisant cette intégration.

Un parallèle intéressant pourrait être fait ici également avec le concept de pratique réfléchie (traduction libre de l'anglais *deliberate practice*) tel que conceptualisé par Rousmaniere (2016). L'auteur explique que le nombre d'heures passées à pratiquer la psychothérapie est moins déterminant, du point de vue du développement de l'expertise thérapeutique, que le fait de s'engager dans un effort délibéré et réfléchi des compétences centrales à la psychothérapie, souvent à travers des exercices pratiques, en s'appuyant sur l'état des connaissances en matière de développement professionnel. Ainsi, nous pourrions imaginer que, de la même manière que nous pouvons nous exercer à la pratique de la psychothérapie, il serait aussi possible d'entretenir nos caractéristiques personnelles, professionnelles et relationnelles essentielles à la résilience.

Pour reprendre l'image de la résilience comme de la capacité à rebondir suite à une difficulté, nous pourrions ajouter qu'il y a aussi un effort à fournir à long terme pour entretenir la malléabilité et l'élasticité de son matériau pour éviter qu'il ne se rigidifie et pour qu'il puisse être en mesure de rebondir dans les moments critiques.

Nous pourrions donc parler de la résilience du thérapeute comme d'un investissement actif continu, plutôt qu'une simple action ponctuelle face à une difficulté.

Nous suggérons donc, pour des recherches futures, d'étudier plus en profondeur ce principe d'une vie personnelle et professionnelle investie et activement entretenue en lien avec la résilience des thérapeutes. Il serait intéressant de pouvoir faire ressortir les qualités optimales d'un investissement à la fois sain et équilibré des sphères personnelles et professionnelles à travers des analyses qualitatives, mais aussi de pouvoir documenter les risques du désinvestissement et/ou d'un déséquilibre dans l'investissement d'une sphère aux dépens de l'autre. Nous pensons ici particulièrement aux thérapeutes qui pourraient avoir tendance à surinvestir la sphère

professionnelle de leur vie et à désinvestir la sphère personnelle lorsqu'ils se retrouvent face à des difficultés ou de l'adversité dans celle-ci, tout comme à l'inverse ceux qui pourraient se tourner totalement vers leur vie personnelle tout en délaissant leur pratique et en mettant leur développement professionnel de côté. De part et d'autre, il serait intéressant de mieux comprendre ce qui peut mener à de tels déséquilibres ainsi que les conséquences différentes et partagées qu'elles peuvent engendrer.

3.3.3. Un espace de contact et un espace de retrait envers la difficulté

Pour finir, nous pouvons aussi observer dans nos résultats, en nous penchant sur les éléments mis en place face à la difficulté, deux tendances distinctes, mais complémentaires dans les éléments rapportés par les thérapeutes. La première étant la capacité du thérapeute à prendre contact avec la difficulté et ce qu'elle suscite en lui en tant qu'expérience émotionnelle difficile. La deuxième étant sa capacité à se donner un espace de retrait, de refuge, face à la difficulté et à l'expérience émotionnelle qu'elle suscite. Nous pourrions donc dire en ce sens que la résilience est composée à la fois de sa capacité à faire face à ses difficultés, mais aussi de sa capacité à s'en soustraire par moments. Encore une fois, les témoignages de nos participants nous amènent à considérer l'importance de la recherche d'un équilibre entre ces deux tendances, plutôt que le surinvestissement de l'une aux dépens de l'autre.

Nous retrouvons dans la capacité à faire face le fait de s'engager soi-même dans « la résolution et la gestion concrète de la difficulté », le « réaménagement logistique de la pratique » et la « métabolisation des émotions suscitées par la difficulté », mais aussi le fait d'être capable de reconnaître ses limites et d'aller chercher du soutien extérieur en allant « solliciter le soutien de son entourage personnel » et en « sollicitant un soutien professionnel ».

Pour ce qui est de la capacité à se soustraire de l'expérience difficile, nous parlons ici bien sûr d'une soustraction temporaire et ponctuelle permettant de retrouver des parties de soi et de sa vie qui nous éloignent de l'envahissement et du caractère parfois obsédant de la difficulté et non d'une expérience défensive d'évitement ou de déni de la réalité difficile. Nous retrouvons ici principalement les thèmes d'un « espace de retrait face à la difficulté » dans la vie personnelle et du « travail investi comme un refuge » de la difficulté dans la vie professionnelle. Il s'agit donc

ici d'une capacité à demeurer investi dans sa vie personnelle et professionnelle malgré la présence d'une difficulté personnelle qui pourrait amener à vouloir se centrer complètement sur elle et désinvestir le reste.

Ces espaces de contact et de retrait tels que définis ici touchent donc autant à l'aspect comportemental et cognitif qu'à l'aspect plus affectif de l'expérience du thérapeute, faisant de la résilience du thérapeute une expérience globale qui engage l'ensemble de la personne du thérapeute et qui comporte à la fois des éléments intrapersonnels et interpersonnels.

L'état actuel des connaissances sur la résilience du thérapeute insiste beaucoup sur le contact avec la difficulté et la capacité à y faire face, que ce soit en s'appuyant sur ses relations personnelles et professionnelles (Baker, 2012 ; Bertrand, 2019; Drouin et Delisle, 2021; Hou, 2015; King & coll., 2020; Mullenbach et Skovholt, 2011; Orlinsky, 2022; Posluns et Gall, 2020; Skovholt, 2012)., ou en s'engageant soi-même dans une forme de *self-care* et une quête de sens pour métaboliser l'expérience difficile et les émotions qu'elle suscite (Baker, 2012 ; Hou, 2015 ; Miller, 2002; Posluns et Gall, 2020; Richardson, 2002 ; Skovholt, 2012 et 2016). Un aspect nouveau qu'apportent nos résultats par rapport à cette capacité à faire face à ses difficultés personnelles est la « gestion concrète de la difficulté » qui, bien qu'elle constitue un élément de réponse plutôt intuitif n'a pas encore été relevée, à proprement dit, dans la littérature. Cela pourrait être dû au fait que le type de difficulté généralement abordé dans les recherches s'y prête moins en raison de leur caractère professionnel et donc, partagé avec les clients, ce qui complexifie leur gestion concrète.

L'espèce de retrait de la difficulté, la capacité à s'en soustraire pour prendre contact avec des aspects plus positifs de sa vie, où l'on se sent moins impacté et contraint par la difficulté, contribuant ainsi à un certain niveau de bien-être, a quant à lui été peu étudié et rapporté dans la littérature sur la résilience des thérapeutes. L'élément s'en approchant le plus serait la conception de Skovholt (2012) de la résilience professionnelle du thérapeute comme étant aussi fonction de la capacité du thérapeute à prendre soin de lui-même et de ses difficultés hors du cadre professionnel de thérapie avec ses clients, pour qu'il puisse préserver son Soi (Skovholt, 2012). Cependant, l'auteur semble faire référence ici encore une fois à la capacité de prendre soin de ce que la difficulté fait vivre, mais tout de même d'une manière qui fait en sorte que le thérapeute reste indirectement en contact avec son expérience difficile. Le principe de retrait de l'expérience

difficile semble donc bel et bien constituer un apport original aux connaissances actuelles. Le fait de se réfugier d'une manière saine et appropriée, sans se surinvestir, dans le travail et la sphère professionnelle semble aussi constituer un apport important de notre recherche.

Il serait intéressant que des recherches futures puissent se pencher davantage sur les éléments à la fois personnels, mais aussi situationnels et circonstanciels qui peuvent favoriser et/ou entraver la capacité à faire face et la capacité à s'abstraire de la difficulté. Il serait également pertinent d'étudier plus précisément les liens entre le type de difficultés personnelles vécues et l'équilibre à privilégier en termes de contact et de retrait face à celle-ci. Certaines difficultés pourraient effectivement appeler à davantage de contact alors que d'autres à davantage de retrait afin de favoriser son processus d'intégration résiliente par le thérapeute.

3.3.4. Autres résultats d'intérêts

Tout d'abord, certains de nos participants ont souligné le fait qu'ils pouvaient ressentir une certaine culpabilité face à leur manque de disponibilité émotionnelle. Ce résultat semble plutôt cohérent par rapport aux standards élevés de la pratique de psychothérapeute décrits comme exigeant une capacité extraordinaire et inatteignable de sacrifice ou de don de soi (Adams, 2014). King et ses collaborateurs (2020), ont également abordé les préjugés négatifs entourant les expériences de vulnérabilité vécues et parfois même endossées, par les thérapeutes, voulant que celles-ci puissent potentiellement minimiser ou diminuer leur compétence, voire même leur légitimité, thérapeutique. Aucun de nos participants n'a exprimé cette intensité de remise en question dans leur culpabilité, mais nous avons tout de même pu observer qu'elle faisait partie de leur champ expérientiel, même si elle semblait relativement bien régulée.

Ensuite, nous pouvons remarquer que près de la moitié de nos participants ont rapporté avoir sollicité un discours interne à travers lequel ils arrivaient à laisser de côté leurs tracas et leurs expériences émotionnelles difficiles et immédiates afin de se recentrer volontairement sur leurs clients et leur travail thérapeutique. Il pourrait être intéressant de creuser davantage les caractéristiques de ce discours interne, afin de mieux comprendre si tous les discours internes permettent le même résultat, ou si certaines de ses composantes peuvent faire en sorte qu'un discours interne sera plus efficace qu'un autre à laisser de côté une expérience interne personnelle

pour revenir à ce qui se passe dans l'interaction thérapeutique. Nous pourrions envisager que ce discours puisse avoir certaines affinités avec ce que Bordeleau (2013) qualifiait de style autorégulateur dans sa thèse. Nous pourrions tenter de voir dans des recherches futures quels styles autorégulateurs ressortent le plus chez les thérapeutes en séance et lesquels mènent réellement à une meilleure présence thérapeutique dans les moments où ils sont impactés par des difficultés personnelles actuelles.

3.4. Conclusion

Pour conclure, le présent devis nous a permis de faire ressortir plusieurs éléments de réponses, certains confirmant et appuyant l'état actuel des connaissances sur la résilience des thérapeutes et d'autres permettant des éclairages nouveaux et importants sur notre conception de ce qui permet aux thérapeutes de limiter les interférences et les impacts négatifs de leurs difficultés personnelles sur leur pratique professionnelle.

De manière générale, nos résultats permettent de conclure qu'en effet, l'expérience de difficultés personnelles actuelles peut avoir à la fois des impacts négatifs et des impacts positifs sur la pratique professionnelle des thérapeutes, plus particulièrement sur leur capacité à offrir une présence incarnée à leurs clients et à entrer en contact avec leur expérience émotionnelle de vulnérabilité de manière ouverte et empathique. Les thérapeutes vivraient à la fois des moments de vulnérabilité plus défensive où ils manqueraient d'espace mental et de disponibilité émotionnelle pour leur client et des moments plus sensibles et connectés à leur propre vulnérabilité et celle de leurs clients.

Au niveau des éléments qui permettent aux thérapeutes de solliciter leur résilience et de faire en sorte que leurs difficultés personnelles engendrent le moins possible d'impacts négatifs sur leur pratique avec les clients, nous avons pu observer l'importance d'entretenir sa résilience en investissant et en entretenant activement sa vie personnelle et professionnelle. Nos analyses permettent également de souligner l'importance de trouver un équilibre entre la capacité à prendre contact avec l'expérience difficile pour y faire face et être capable d'investir des espaces de retrait dans lesquels on peut s'en soustraire pour entretenir l'espoir et des sentiments plus positifs de bien-être et de stabilité.

CHAPITRE 4

SYNTHÈSE ET DISCUSSION

Dans la présente thèse, nous avons tenté de comprendre ce qui permettait aux thérapeutes de demeurer impliqués et efficaces dans leur travail de thérapeutes malgré le fait qu'ils puissent vivre des difficultés dans leur vie personnelle actuelle.

Pour ce faire, nous avons utilisé deux méthodes de recherche et d'analyse différentes. Premièrement, nous avons utilisé un devis quantitatif comparant les réponses de 129 participants, divisés en un groupe de thérapeutes « résilients » et un autre groupe de thérapeutes « non résilients », à un questionnaire autorapporté en ligne, le *DPCCQ*, en utilisant des tests t et du Khi carré. Deuxièmement, nous avons monté, indépendamment du volet *DPCCQ*, une entrevue semi-structurée à laquelle ont participé 10 thérapeutes et nous avons procédé à des analyses thématiques de leurs verbatims d'entrevue.

La question principale à laquelle nous avons tenté de répondre à travers cette thèse est celle-ci : « Qu'est-ce qui permet aux thérapeutes de gérer leurs difficultés personnelles actuelles pour éviter qu'elles interfèrent dans leur capacité à travailler avec les clients ? ».

Pour y répondre, nous avons émis trois sous-questions de recherche auxquelles nous allons maintenant répondre de manière systématique en synthétisant les résultats de nos deux devis de recherche.

4.1. Première sous-question

Nous nous sommes tout d'abord intéressés à savoir : « Qu'est-ce qui peut caractériser les thérapeutes du Québec qui arrivent à conserver un patron de pratique efficace malgré le fait qu'ils vivent des difficultés dans leurs vies personnelles actuelles ? »

Dans leur histoire développementale, nous avons pu remarquer plusieurs similarités entre les thérapeutes résilients et non résilients, mais une différence majeure semble ressortir au niveau de

leur statut socio-économique pendant l'enfance. Les thérapeutes résilients rapportent en moyenne avoir grandi dans des circonstances matériellement moins confortables que les thérapeutes non résilients. Une interprétation plausible de l'importance de ce résultat quant à la compréhension de la résilience du thérapeute nous vient d'Orlinsky (2022) qui avait trouvé que les thérapeutes venant de familles économiquement moins confortables ressentaient une plus grande satisfaction dans leur vie personnelle à l'âge adulte et que les thérapeutes venant de milieux plus confortables avaient tendance à rapporter un plus haut niveau de stress et de fardeau dans leur vie personnelle. Cela serait dû, selon lui, au fait qu'il puisse y avoir une différence dans la perception et l'interprétation des thérapeutes face à leur réalité objective actuelle en comparaison avec la réalité dans laquelle ils ont grandi dans l'enfance, portant ceux qui ont grandi dans plus de précarité à être plus facilement satisfaits de ce qu'ils ont.

Nous avons aussi évoqué, dans notre devis quantitatif, la propension rapportée par les thérapeutes non résilients à être plus critiques dans leur vie et leurs relations personnelles. Cela pourrait expliquer, en partie, le fait qu'ils se sentent aussi plus insatisfaits et stressés dans leur vie que les thérapeutes résilients.

L'appréciation subjective que les thérapeutes ont de leur vie pourrait ainsi être plus importante dans leur résilience que la réalité objective des circonstances dans lesquelles ils se trouvent. Cela pourrait avoir comme effet de faire en sorte que les thérapeutes résilients se sentent moins en souffrance, à difficulté égale, que les thérapeutes non résilients et donc, qu'ils sont naturellement moins impactés négativement par leurs difficultés que ces derniers.

Au niveau de leur vie actuelle, le groupe de thérapeutes résilients semble effectivement vivre moins d'impacts négatifs liés à leurs difficultés que le groupe non résilient au niveau des éléments qui contribuent généralement à la qualité de vie. Les thérapeutes résilients rapportent un plus grand niveau de bien-être psychologique et émotif et un plus grand niveau de satisfaction tant dans leur vie professionnelle que personnelle. De la même manière, ils rapportent un plus faible niveau de stress et de fardeaux que les thérapeutes non résilients.

Ces résultats quantitatifs font écho à ce que nous avons pu faire ressortir de nos analyses qualitatives à l'effet que les thérapeutes décrivaient comment le fait d'avoir une vie personnelle et

professionnelle qui répond de manière générale à leurs besoins leur permettait de mieux gérer les impacts de leurs difficultés personnelles.

Une autre caractéristique des plus marquantes de la vie actuelle des thérapeutes résilients semble être liée aux qualités de leurs relations personnelles et professionnelles. En effet, à travers notre devis quantitatif, nous avons pu remarquer que les thérapeutes résilients rapportaient vivre davantage de relations intimes et affectives satisfaisantes alors que les thérapeutes non résilients se trouvaient moins satisfaits par leurs relations intimes et affectives. De la même manière, les répondants à notre devis qualitatif ont rapporté que le fait d'avoir des relations significatives sécurisantes dans leur vie personnelle et un réseau de relations professionnelles soutenantes leur permettait de mieux gérer les impacts de leurs difficultés personnelles sur leur pratique.

Le fait d'entretenir des relations interpersonnelles significatives et satisfaisantes semble donc un point important de la résilience des thérapeutes, mais nous pouvons aussi remarquer à travers les résultats de nos analyses quantitatives comment les thérapeutes non résilients peuvent avoir tendance à vivre plus d'insécurité relationnelles que les thérapeutes résilients. Les thérapeutes non résilients se sont par exemple plus largement reconnus dans le fait de devenir nerveux lorsque les autres se rapprochent d'eux et d'essayer d'éviter de trop se rapprocher des autres. Les participants du groupe non résilient ont aussi rapporté se reconnaître plus fortement dans le fait d'avoir un désir intense de rapprochement qui fait parfois fuir les autres et d'avoir un fort besoin d'être rassuré qu'on les aime.

Les thérapeutes résilients ont donc des relations significatives et satisfaisantes qu'ils entretiennent avec leur entourage personnel et professionnel, en plus de vivre moins d'insécurité relationnelle que les thérapeutes non résilients.

Un résultat à premier abord contre-intuitif, provenant de nos analyses quantitatives, était à l'effet que les thérapeutes non résilients étaient actuellement davantage dans des processus de supervision et de thérapie personnelle que les thérapeutes résilients. Des hypothèses explicatives de ce résultat ont déjà été abordées dans la section « discussion » de notre devis quantitatif, mais nous pouvons ici appuyer sur celle voulant que le cheminement personnel en thérapie soit un élément qui favorise particulièrement la résilience, tel que cela a été décrit aussi par les participants à l'entrevue semi-

structurée de notre devis qualitatif. Il pourrait aussi y avoir un aspect évolutif à prendre en considération, dans le sens où un thérapeute pourrait passer d'un moment de non-résilience à un moment de résilience. Nous pourrions effectivement nous demander ce qui advient à plus long terme du patron de pratique et de la résilience de ces thérapeutes du groupe non résilient qui étaient impliqués dans des processus de thérapie personnelle et de supervision au moment de répondre au questionnaire.

Nous pourrions donc dire que bien que le fait de solliciter un soutien professionnel en contexte de difficulté personnelle actuelle soit un élément favorisant la résilience des thérapeutes, il ne faut pas oublier l'importance des acquis et du cheminement des thérapeutes par ailleurs, tout au long de leur vie et de leur carrière dans ces deux espaces privilégiés de supervision et de thérapie personnelle.

4.2. Deuxième sous-question

Ensuite, nous nous sommes efforcés de faire ressortir : « Quels impacts peuvent avoir les difficultés personnelles actuelles sur la pratique et le développement professionnel des thérapeutes ? »

Nous pouvons voir se dessiner, à travers nos analyses thématiques, à la fois des impacts négatifs et des impacts positifs de l'expérience de difficulté personnelle du thérapeute par rapport à la vulnérabilité et au contact avec ses clients. Comme nous l'expliquions plus haut, il ne s'agit pas ici de dire que certains thérapeutes vivent systématiquement des impacts positifs tandis que d'autres vivent les impacts négatifs, mais plutôt que les thérapeutes qui sont face à des difficultés dans leur vie personnelle peuvent osciller, à différents degrés, entre deux expériences bien distinctes. La première, associée aux impacts positifs, favorisait le contact avec la vulnérabilité et l'expérience émotionnelle du client. La deuxième, associée plutôt aux impacts négatifs, traduisait davantage un manque de disponibilité mentale et affective de la part du thérapeute, ce qui pouvait l'amener à réagir de manière plus défensive ou désincarnée à la vulnérabilité et à l'expérience émotionnelle du client.

En comparant certains de nos résultats quantitatifs avec les thèmes qui sont ressortis de nos analyses qualitatives, nous pouvons remarquer que le groupe de thérapeutes que nous avons

qualifiés de non résilients reflète bien le cas de thérapeutes qui sembleraient vivre un haut niveau d'impacts négatifs dans leur pratique. En effet, sur le plan de leur sentiment de développement professionnel, qu'il soit actuel ou reflétant leur cheminement depuis le début de leur carrière, le groupe non résilient est celui qui rapporte en moyenne le plus haut niveau de détérioration professionnelle ressentie. De la même manière, ils rapportent aussi un plus haut niveau d'insatisfaction face à leur pratique que les thérapeutes résilients, ce qui est cohérent avec le fait que le niveau de satisfaction professionnel soit ressorti comme un des éléments déjà mis en place avant la survenue de la difficulté et qui permettait de favoriser la gestion de ses impacts sur la pratique par la suite. De plus, les thérapeutes non résilients rapportent aussi un plus grand niveau de désillusion par rapport à leur pratique et un plus grand sentiment de travailler de manière routinière, ce qui pourrait faire écho au thème reflétant le manque de motivation et le sentiment de fatigue professionnelle accrue comme l'un des impacts négatifs de la difficulté personnelle sur la pratique. Ensuite, le sentiment de perdre sa capacité d'empathie était l'un des items plus largement endossés par les thérapeutes du groupe non résilient. Cette érosion de la capacité empathique fait aussi partie des thèmes rapportés par nos participants dans les impacts négatifs de leurs difficultés. Finalement, les thérapeutes non résilients rapportent aussi avoir plus souvent éprouvé, hors séance, ce que l'un de leurs clients avait éprouvé, en dehors des séances. Nous avons déclaré dans la section discussion de notre devis quantitatif que ce résultat pourrait potentiellement laisser présager un risque de contagion ou d'envahissement émotionnel dans le travail avec les clients. Ce résultat prend une autre forme à travers le thème démontrant comment une expérience de difficulté similaire vécue par le client et le thérapeute pouvait mener ce dernier à être plus confus dans son regard clinique sur l'expérience de son client. Parallèlement à ce potentiel de contagion, nous observons aussi le risque inverse à travers le thème d'un manque de disponibilité émotionnelle, particulièrement lié à cette idée d'une surcharge émotionnelle qui rend le thérapeute moins disponible au contact avec ses clients et plus à risque de mettre à distance leur vulnérabilité et même leur expérience émotionnelle plus large.

4.3. Troisième sous-question

Finalement, nous avons tenté de comprendre : « Quelles sont les actions et les démarches entreprises par les thérapeutes dans leur vie personnelle et professionnelle pour arriver à gérer les impacts de leurs difficultés personnelles actuelles ? »

Tel qu'élaboré dans la discussion de notre devis qualitatif, nous avons relevé que le fait de s'adonner à des actions et des démarches qui permettent à la fois le contact et le retrait, la capacité à faire face et à s'abstraire, de l'expérience de difficulté et de ses répercussions, permet de mieux gérer les impacts de ces dernières sur la pratique des thérapeutes.

Pour ce qui est des actions et des démarches qui permettent un contact avec la difficulté et avec son expérience subjective, nous remarquons à travers nos analyses thématiques à la fois la gestion concrète de la difficulté et la métabolisation des émotions qu'elle suscite. De la même manière, une gestion professionnelle des répercussions de la difficulté personnelle semble être à l'œuvre à travers les réaménagements logistiques de la pratique rapportés par les thérapeutes pour se donner de l'espace, tant dans leur vie personnelle que professionnelle, afin de pouvoir gérer adéquatement la difficulté et ses impacts.

Les participants à l'entrevue semi-structurée ont aussi décrit le fait de solliciter activement leur entourage personnel et faire appel à un soutien professionnel comme de bons moyens pour s'appuyer sur les autres dans la recherche de solution et la métabolisation de l'expérience face à la difficulté et ses répercussions.

Nous retrouvons donc un appel à une certaine proactivité et une capacité à faire face aux problèmes dans nos analyses qualitatives. Les analyses quantitatives quant à elles nous ont aussi démontré que les thérapeutes non résilients rapportent davantage espérer que les choses s'arrangent d'elle-même lorsqu'ils rencontrent des difficultés en séance. Ce résultat pourrait pointer vers la présence possible d'une certaine passivité que l'on pourrait retrouver chez les thérapeutes non résilients. À l'inverse, nos analyses thématiques ont aussi permis de voir comment les ressources personnelles déjà présentes chez le thérapeute étaient un élément important d'une bonne gestion des impacts d'une difficulté personnelle sur la pratique. Certains de nos participants avaient d'ailleurs décrit cette ressource comme une forte combativité et une pulsion de vie.

Du côté des actions et des démarches qui permettent un retrait de la difficulté et de son expérience subjective, nous remarquons une tendance un peu similaire dans nos deux devis au niveau de l'importance de prendre soin de soi et de se ressourcer dans sa vie personnelle, que ce soit de manière continue au courant de la vie ou de manière plus ponctuelle face à une difficulté. Nos

analyses quantitatives ont fait ressortir le fait que les thérapeutes du groupe résilient ont davantage endossé qu'ils éprouvaient des moments de plaisirs sans réserve et qu'ils prenaient du temps pour relaxer et se ressourcer, que les thérapeutes du groupe non résilient. Nous avons également pu faire ressortir des résultats similaires dans nos analyses thématiques, comme le fait que nos participants avaient rapporté comment entretenir des habitudes de vie qui soutiennent leur santé et leur bien-être, avant même la survenue de la difficulté. Ce fut un élément soutenant lorsqu'ils ont dû faire face aux moments difficiles. De la même manière, les participants ont relevé les bienfaits de pouvoir investir un espace de retrait lorsqu'ils se retrouvaient face à des difficultés dans leur vie personnelle afin de garder contact avec une partie moins affectée d'eux-mêmes et de la vie qu'ils avaient investie.

Nos résultats quantitatifs démontrent aussi que les thérapeutes non résilients ont plus tendance à rechercher une satisfaction compensatoire en dehors du travail thérapeutique lorsqu'ils sont en difficulté avec leurs clients. Nous pourrions interpréter ce résultat comme une forme de tendance à la fuite ou à l'évitement et nous pouvons tout à fait imaginer que le processus inverse, où un thérapeute puisse vivre une difficulté personnelle et fuir cela en se surinvestissant dans le travail, puisse être aussi délétère à la résilience du thérapeute. À l'inverse, les thérapeutes de notre devis qualitatifs ont pu rapporter comment le fait de pouvoir investir leur travail comme un refuge de leur difficulté avait été aidant pour limiter les impacts négatifs de ces dernières sur leur pratique. Une autre stratégie évoquée par les participants en ce sens avait été le fait de s'appuyer sur un discours interne, dans leur travail, qui leur permettait de mettre de côté leur expérience de difficulté pour se recentrer par la suite sur leur client et le processus thérapeutique. Nous pourrions voir ce discours interne comme permettant à la fois un retrait volontaire de l'expérience difficile tout en s'investissant plus pleinement dans le travail. Le fait de s'appuyer sur le travail, non pas comme recherche de satisfaction compensatoire, mais plutôt comme un moyen de se retirer momentanément de la difficulté pour entrer en contact avec une autre sphère de sa vie, semble être un élément favorisant la résilience du thérapeute.

4.4. Limites et recherches futures

Malgré les forces et l'utilité de notre recherche, certaines limites sont à énoncer.

Premièrement, le caractère autorapporté de nos données quantitatives et qualitatives peut introduire certains biais dans nos résultats. Il pourrait en effet y avoir un biais de désirabilité sociale chez nos participants ainsi qu'une tendance à surestimer leurs points forts et à minimiser leurs points faibles. De plus, le caractère autorapporté de nos instruments de mesure fait aussi en sorte que certaines informations importantes aient pu être occultées étant donné que les participants pouvaient uniquement répondre selon les éléments dont ils avaient eux-mêmes conscience.

Deuxièmement, nous avons eu de la difficulté à rejoindre une plus grande diversité de thérapeutes, principalement parce que nous avons dû utiliser un échantillon de convenance et non aléatoire. De plus, le fait que l'échantillon de notre devis quantitatif reprenait en majorité les répondants de l'échantillon recruté par le CIG, nous avons eu une surreprésentation des approches dites relationnelles et une sous-représentation des approches plus techniques. Il serait donc difficile de généraliser nos résultats à l'ensemble de la population de thérapeutes québécois.

Troisièmement et ce point fait particulièrement référence au recrutement de nos participants au devis qualitatif, nous n'avons pas pu inférer du patron de pratique et donc, de la résilience des thérapeutes, ce qui pourrait limiter la certitude que nous pouvons avoir sur l'efficacité des éléments de gestion des impacts de la difficulté rapportés par ces derniers.

Finalement, le fait que nous ayons recruté des thérapeutes vivant des difficultés personnelles variées et pratiquant dans des contextes thérapeutiques variés pourrait nous avoir mené à occulter certains éléments de réponses plus spécifiques aux réalités distinctes que sont les contextes de pratique et la nature des difficultés personnelles actuelles. La grande majorité de nos répondants avaient une pratique clinique privée auprès d'une population générale adulte, ce qui fait en sorte que nos résultats ont tendance à faire ressortir une part de la réalité de la pratique clinique au Québec, mais ne permet pas réellement une vue d'ensemble sur les divers cadres de pratique existants. Le fait d'avoir peu de répondants travaillant exclusivement au public pourrait également avoir fait en sorte que certains thèmes plus spécifiques à ce cadre de pratique ne se retrouvent pas de manière significative dans les autres témoignages et ne soient donc pas inclus dans nos résultats. Le fait que nous étudions des thérapeutes vivant des difficultés personnelles très différents les uns des autres a aussi amené certains défis lors de l'analyse et de l'interprétation des données, chaque difficulté amenant des impacts et des éléments de gestion plus spécifiques bien différents.

Dans le cadre de recherches futures, il serait important d'inclure une plus grande diversité de répondants grâce à un recrutement aléatoire représentatif de la population de thérapeutes québécois afin de vérifier la possibilité de généraliser nos résultats de recherche. Nous pourrions également évaluer l'idée d'utiliser le rapport ou l'évaluation de tierces personnes quant à l'efficacité thérapeutique des thérapeutes recrutés ainsi que certains éléments personnels et professionnels qu'ils rapportent.

Les données quantitatives gagneraient à être répliquées et vérifiées dans des analyses subséquentes en tant qu'hypothèses de recherche afin d'appuyer ou de réfuter les résultats de notre étude. D'autres recherches pourraient également utiliser un modèle multivarié afin d'évaluer si certaines variables ou classes de variable pourraient permettre de prédire l'appartenance au groupe résilient ou non résilient.

De plus, certaines études plus spécifiques à certains contextes de pratique ou à certaines difficultés personnelles actuelles pourraient être mises sur pied afin de mieux comprendre la distinction entre les éléments généraux et particuliers à certains contextes de la résilience personnelle des psychothérapeutes. Des études qualitatives comparatives pourraient par exemple permettre de faire davantage de liens entre les impacts vécus ou les stratégies de gestion des impacts négatifs et les éléments contextuels et différentiels entre les expériences des participants. De la même manière, d'autres explorations du phénomène étudié pourraient être faites autour de l'impact des variables propres aux clients ou au pairage thérapeute-client. D'autres éclairages théoriques pourraient également bénéficier à notre compréhension de ce phénomène, comme celui du contre-transfert en psychanalyse par exemple.

CONCLUSION

En somme, les résultats de nos analyses nous fournissent un aperçu de ce qui permet aux thérapeutes de composer avec leurs difficultés personnelles actuelles de manière qu'elles ne viennent pas interférer négativement dans leur travail avec les clients. Nous retenons plusieurs éléments de réponses qui méritent encore plus d'attention dans les recherches futures étant donné le caractère exploratoire de la présente. Nos résultats permettent de souligner l'importance des éléments personnels, professionnels et relationnels, présents et passés, qui contribuent à la résilience personnelle du thérapeute. Nous recommandons davantage d'information, au niveau de ce qui peut être fait tant de manière préventive qu'en réponse à une difficulté, soit fourni dans la formation universitaire et professionnelle des thérapeutes afin qu'ils puissent mieux être préparés à faire face aux difficultés qu'ils peuvent être appelés à vivre dans leurs vies personnelles en parallèle de leurs pratiques thérapeutiques. Il est indéniable, selon nos résultats, que les difficultés personnelles actuelles peuvent bel et bien avoir un effet négatif sur la pratique des psychothérapeutes et qu'il faut appréhender la résilience du thérapeute face à celle-ci comme un phénomène complexe et global.



Vous vivez des difficultés dans votre vie personnelle et vous vous questionnez sur leurs impacts dans votre pratique ?

On a besoin de vous !

Dans le cadre de notre recherche sur « l'expérience des thérapeutes qui souffrent dans leur vie personnelle », nous sommes à la recherche de professionnels québécois qui...

- ...pratiquent actuellement la psychothérapie au Québec ;
- ...parlent et comprennent le français ;
- ...vivent des pressions quotidiennes et/ou des événements/conflits/pertes significatives ;
- ...s'intéressent à l'impact que cela peut avoir dans leur pratique clinique.

Nous nous intéressons à l'expérience de difficultés personnelles chez les psychothérapeutes québécois afin d'en savoir plus sur les effets qu'elles peuvent avoir sur leur pratique professionnelle et sur les stratégies qui peuvent être utilisées pour gérer leurs impacts dans le travail thérapeutique. Cette étude est composée à la fois d'un volet quantitatif, qui consiste à répondre à un questionnaire en ligne et d'un volet qualitatif, qui consiste en une entrevue semi-structurée d'environ une heure. Bien que hautement appréciée, la participation aux deux volets n'est pas nécessaire pour prendre part au projet. Nous vous serions déjà reconnaissants de bien vouloir participer à l'un ou l'autre des deux volets, selon vos préférences et votre disponibilité.

Dans un premier temps nous vous invitons à répondre à un questionnaire qui peut vous sembler relativement long. Avec près de 100 questions, répondre au *DPCCQ (Development of Psychotherapist Common Core Questionnaire* ou *Questionnaire sur le développement du tronc commun des psychothérapeutes*) peut prendre un certain temps (45-60 minutes). Toutefois, il permet de dégager des informations nuancées, fines et représentatives de votre pratique et de votre

réalité. Sachez aussi qu'il vous sera possible d'y répondre à votre rythme, puisque vous pourrez le suspendre à tout moment en appuyant sur le bouton « Finir plus tard » en haut à droite du questionnaire. Vous pourrez y revenir par la suite pour le compléter.

L'exercice en lui-même pourrait vous être profitable, en ce qu'il amène le répondant à condenser une réflexion sur sa propre pratique, sur ses grandes étapes, avec les hauts et les bas d'une trajectoire toujours unique.

Ce questionnaire a été conçu par un groupe de cliniciens-chercheurs de différents pays, comme base pour une étude internationale sur le développement personnel et professionnel des psychothérapeutes. On peut répondre à LA PLUPART DES QUESTIONS rapidement en cochant la réponse qui reflète le mieux sa propre expérience. Comme cette étude est internationale, interculturelle et multilingue, nous savons que certaines questions ne s'appliquent pas à tous. Si nécessaire, nous préférons que vous ne répondiez qu'à la moitié des questions plutôt que de ne pas participer du tout.

LES INFORMATIONS que vous partagerez, qui vous concernent vous et votre pratique personnelle, resteront anonymes. Elles ne seront utilisées que de manière anonyme et exclusivement aux fins de la présente recherche et dans l'échantillon québécois de l'étude internationale du développement personnel et professionnel des psychothérapeutes. Aucune donnée individuelle ne sera utilisée pour la recherche ou à des fins de publications.

Vous pouvez répondre au sondage à l'adresse suivante:

<https://limesurvey.uqam.ca/index.php/428154?lang=fr>

Dans un deuxième temps, si vous êtes intéressé(e) à approfondir votre questionnement, nous vous invitons aussi à participer au **volet qualitatif** de cette étude qui consiste en une **entrevue semi-structurée individuelle d'une heure** par vidéo-conférence sur l'application « Zoom ».

Pour participer à l'entrevue individuelle ou pour toute autre question supplémentaire, veuillez communiquer avec le chercheur principal (François Delisle) au :

delisle.francois.3@courrier.uqam.ca

ANNEXE B - CANEVAS D'ENTREVUE

Entrevue semi-structurée

Section 1 (difficulté)

-Les/la difficulté(s) vécue(s)

-L'impact sur la pratique

-L'impact sur le développement professionnel

Section 2 (gestion)

-Les tentatives de gestion de la difficulté

-L'impact sur la pratique

-L'impact sur le développement

-----Questionnaire sur le page suivante-----

Section 1

-Pouvez-vous me parler un peu des difficultés auxquelles vous êtes confrontés ?

-Y a-t-il une de ces difficultés qui vous paraît plus importante en ce moment ?

-Pressions quotidiennes ?

-Évènement, conflit, perte significative ?

-Quels aspects de votre pratique sont les plus touchés par cette difficulté ?

-Sentez-vous des changements dans votre manière de travailler qui pourraient être dues à cette difficulté ?

-Disponibilité vs envahissement émotionnelle

-Présence

-Accordage

-Empathie

-Alliance

-Technique

-Conceptualisation

-Quel est l'impact de cette difficulté sur votre sentiment de développement professionnel ?

-Amélioration / Détérioration / Stagnation

-Motivation à se développer comme thérapeute

-Engagement ou désengagement envers la pratique

-Disponibilité pour participer à des activités de développement

Section 2

-Comment tentez-vous de gérer l'impact de cette difficulté sur votre pratique ?

-...en utilisant des ressources dans votre vie personnelle?

-Relations interpersonnelles

-Famille

-Organisation du quotidien

-Activités

-Hygiène de vie

-Thérapie personnelle

-...en utilisant des ressources dans votre vie professionnelle ?

-Supervision

-Hygiène du thérapeute

-Organisation de la journée de travail

-Formations/séminaires

-Lectures

-Quel est l'impact de ces tentatives de gestion de la difficulté sur votre pratique ?

-Disponibilité vs envahissement émotionnelle

-Présence

-Accordage

-Empathie

-Alliance

-Technique

-Conceptualisation

-Quel est l'impact de ces tentatives de gestion de la difficulté sur votre sentiment de développement professionnel ?

-Amélioration / Détérioration / Stagnation

-Motivation à se développer comme thérapeute

-Engagement ou désengagement envers la pratique

-Disponibilité pour participer à des activités de développement

ANNEXE C - CONSENTEMENT DPCCQ

Consentement *DPCCQ*

Titre du projet de recherche

L'expérience de difficultés personnelles actuelles chez les thérapeutes et la gestion de leurs répercussions sur la pratique efficace et le développement professionnel actuel ressenti.

Étudiant-chercheur

François Delisle

Étudiant au doctorat en psychologie de l'UQAM

delisle.francois.3@courrier.uqam.ca

Direction de recherche

Marc-Simon Drouin

Directeur du département de psychologie de l'UQAM

(514) 987-3000 poste 7006

drouin.marc_simon@uqam.ca

Préambule

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche qui implique de remplir un questionnaire autorapporté d'environ 1 heure. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Description du projet et de ses objectifs

Étude portant sur l'expérience de difficultés de vie personnelle actuelle, telles que des conflits personnels, des pertes significatives, ou des pressions quotidiennes et de l'impact qu'elles peuvent avoir sur la pratique et le développement des thérapeutes du Québec.

Nous cherchons à dresser un portrait de ce qui permet aux thérapeutes de gérer leurs difficultés personnelles actuelles, pour ne pas qu'elles viennent interférer dans leur travail avec les clients, selon leurs caractéristiques personnelles et professionnelles, selon leurs actions et selon leur processus de développement professionnel.

Nature et durée de votre participation

Remplir le *DPCCQ* sur *LimeSurvey*, un questionnaire autorapporté d'environ 191 items portant sur un ensemble de variables personnelles et professionnelles pouvant influencer le développement professionnel et prend près d'une heure à répondre.

Avantages liés à la participation

En plus de contribuer à l'avancement de la science et des connaissances sur le développement des psychothérapeutes, le fait de participer à cette recherche pourrait vous permettre de nourrir et de développer votre réflexion quant à l'influence de vos difficultés personnelles sur votre pratique et votre développement professionnel.

Risques liés à la participation

En principe, aucun risque n'est associé à votre participation à la recherche.

Confidentialité

Les informations que vous partagerez, qui vous concernent vous et votre pratique personnelle, resteront anonymes. Elles ne seront utilisées que de manière anonyme et exclusivement aux fins de la présente recherche et à travers l'échantillon québécois de l'étude internationale du développement personnel et professionnel des psychothérapeutes. Aucune donnée individuelle ne sera utilisée pour la recherche ou à des fins de publications. L'ensemble des documents sera détruit 5 ans après la dernière communication scientifique.

Participation volontaire et retrait

Votre participation est entièrement libre et volontaire. Vous pouvez refuser d'y participer ou vous retirer en tout temps sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous n'avez qu'à aviser le chercheur verbalement; toutes les données vous concernant seront détruites.

Des questions sur le projet?

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation, vous pouvez communiquer avec les responsables du projet dont les coordonnées sont indiquées plus haut.

Des questions sur vos droits? Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE 4) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordonnatrice du CERPE 4): cerpe4@uqam.ca ou 514-987-3000, poste 3642.

Remerciements

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier

Consentement

En appuyant sur le bouton « Suivant », je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tels que présentés dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

? Oui ? Non

Utilisation secondaire des données

Acceptez-vous que les données de recherche soient utilisées pour réaliser d'autres projets de recherche dans le même domaine ?

Ces projets de recherche seront évalués et approuvés par un Comité d'éthique de la recherche de l'UQAM avant leur réalisation. Les données de recherche seront conservées de façon sécuritaire. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des données de recherche, vous ne serez identifié.e que par un numéro de code.

Acceptez-vous que les données de recherche soient utilisées dans le futur par d'autres chercheuses, chercheurs à ces conditions?

? Oui ? Non

(Commencer à remplir le *DPCCQ*)

ANNEXE D - CONSENTEMENT ENTREVUE

Formulaire de consentement (entrevue semi-structurée)

Titre du projet de recherche

L'expérience de difficultés personnelles actuelles chez les thérapeutes et la gestion de leurs répercussions sur la pratique efficace et le développement professionnel actuel ressenti.

Étudiant-chercheur

François Delisle

Étudiant au doctorat en psychologie de l'UQAM

delisle.francois.3@courrier.uqam.ca

Direction de recherche

Marc-Simon Drouin

Directeur du département de psychologie de l'UQAM

(514) 987-3000 poste 7006

drouin.marc_simon@uqam.ca

Préambule

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche qui implique une entrevue d'une heure et demie dans les locaux du département de psychologie de l'UQAM. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Description du projet et de ses objectifs

Étude portant sur l'expérience de difficultés de vie personnelle actuelle, telles que des conflits personnels, des pertes significatives, ou des pressions quotidiennes et de l'impact qu'elles peuvent avoir sur la pratique et le développement des thérapeutes du Québec.

Nous cherchons à dresser un portrait de ce qui permet aux thérapeutes de gérer leurs difficultés personnelles actuelles, pour ne pas qu'elles viennent interférer dans leur travail avec les clients, selon leurs caractéristiques personnelles et professionnelles, selon leurs actions et selon leur processus de développement professionnel.

Nature et durée de votre participation

Entrevue semi-structurée portant sur une difficulté personnelle actuelle, votre façon de la gérer pour ne pas qu'elle vienne interférer votre travail avec vos clients et comment elle influence votre développement professionnel.

- Une rencontre d'une heure et demie
- Locaux du département de psychologie de l'UQAM (200 Sherbrooke Ouest), lieu de travail (à Montréal), ou par vidéoconférence (extérieur de Montréal)
- Enregistrement audio de l'entrevue

Il vous sera également demandé de répondre à un questionnaire en ligne avant l'entrevue.

Avantages liés à la participation

En plus de contribuer à l'avancement de la science et des connaissances sur le développement des psychothérapeutes, le fait de participer à cette entrevue pourrait vous permettre de nourrir et de développer votre réflexion quant à l'influence de vos difficultés personnelles sur votre pratique et votre développement professionnel.

Risques liés à la participation

En principe, aucun risque n'est associé à votre participation à la recherche. Par contre, le fait de parler d'une difficulté personnelle pourrait vous amener à être inconfortable.

Confidentialité

Vos informations personnelles ne seront connues que des chercheurs et ne seront pas dévoilées lors de la diffusion des résultats. Les entrevues transcrites seront numérotées et seuls les chercheurs auront la liste des participants et du numéro qui leur aura été attribué. Les enregistrements seront détruits dès qu'ils auront été transcrits et tous les documents relatifs à votre entrevue seront conservés sous clef durant la durée de l'étude. L'ensemble des documents sera détruit 5 ans après la dernière communication scientifique.

Participation volontaire et retrait

Votre participation est entièrement libre et volontaire. Vous pouvez refuser d'y participer ou vous retirer en tout temps sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous n'avez qu'à aviser le chercheur verbalement; toutes les données vous concernant seront détruites.

Des questions sur le projet?

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation, vous pouvez communiquer avec les responsables du projet dont les coordonnées sont indiquées plus haut.

Des questions sur vos droits ? Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE 4) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez

participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordonnatrice du CERPE 4): cerpe4@uqam.ca ou 514-987-3000, poste 3642.

Remerciements

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier

Consentement

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tel que présenté dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

Prénom Nom

Signature

Date

Engagement du chercheur

Je, soussigné(e) certifie

- (a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire;
- (b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;
- (c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus;
- (d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Prénom Nom

Signature

Date

Utilisation secondaire des données

Acceptez-vous que les données de recherche soient utilisées pour réaliser d'autres projets de recherche dans le même domaine ?

Ces projets de recherche seront évalués et approuvés par un Comité d'éthique de la recherche de l'UQAM avant leur réalisation. Les données de recherche seront conservées de façon sécuritaire. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des données de recherche, vous ne serez identifié.e que par un numéro de code.

Acceptez-vous que les données de recherche soient utilisées dans le futur par d'autres chercheuses, chercheurs à ces conditions?

? Oui ? Non

ANNEXE E - FIGURES

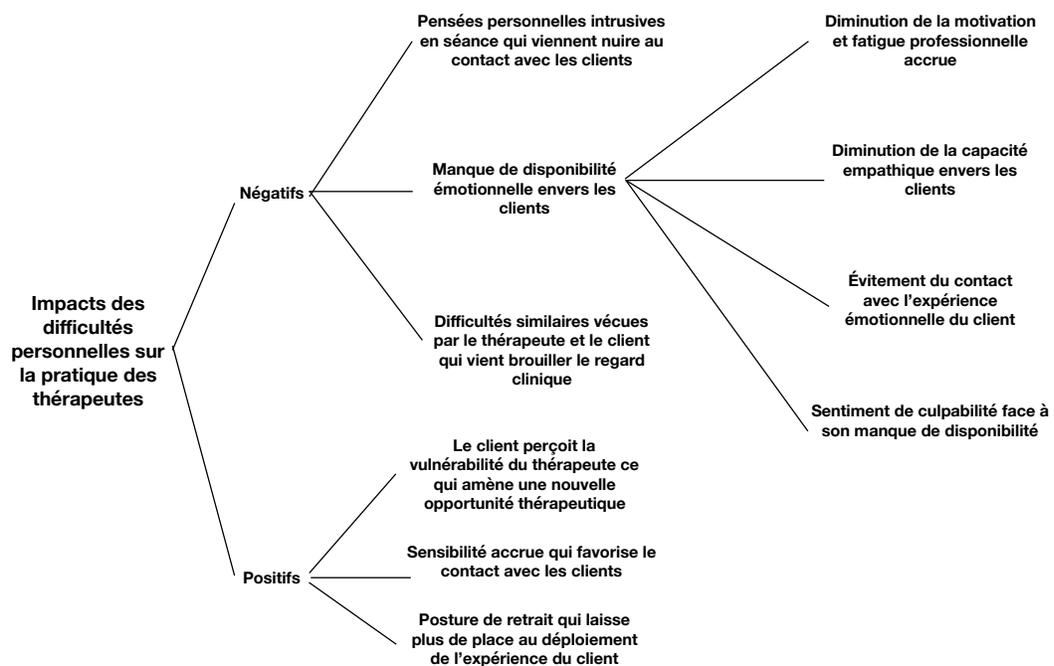


Figure E.1. Arbre thématique représentant les impacts des difficultés personnelles sur la pratique des thérapeutes

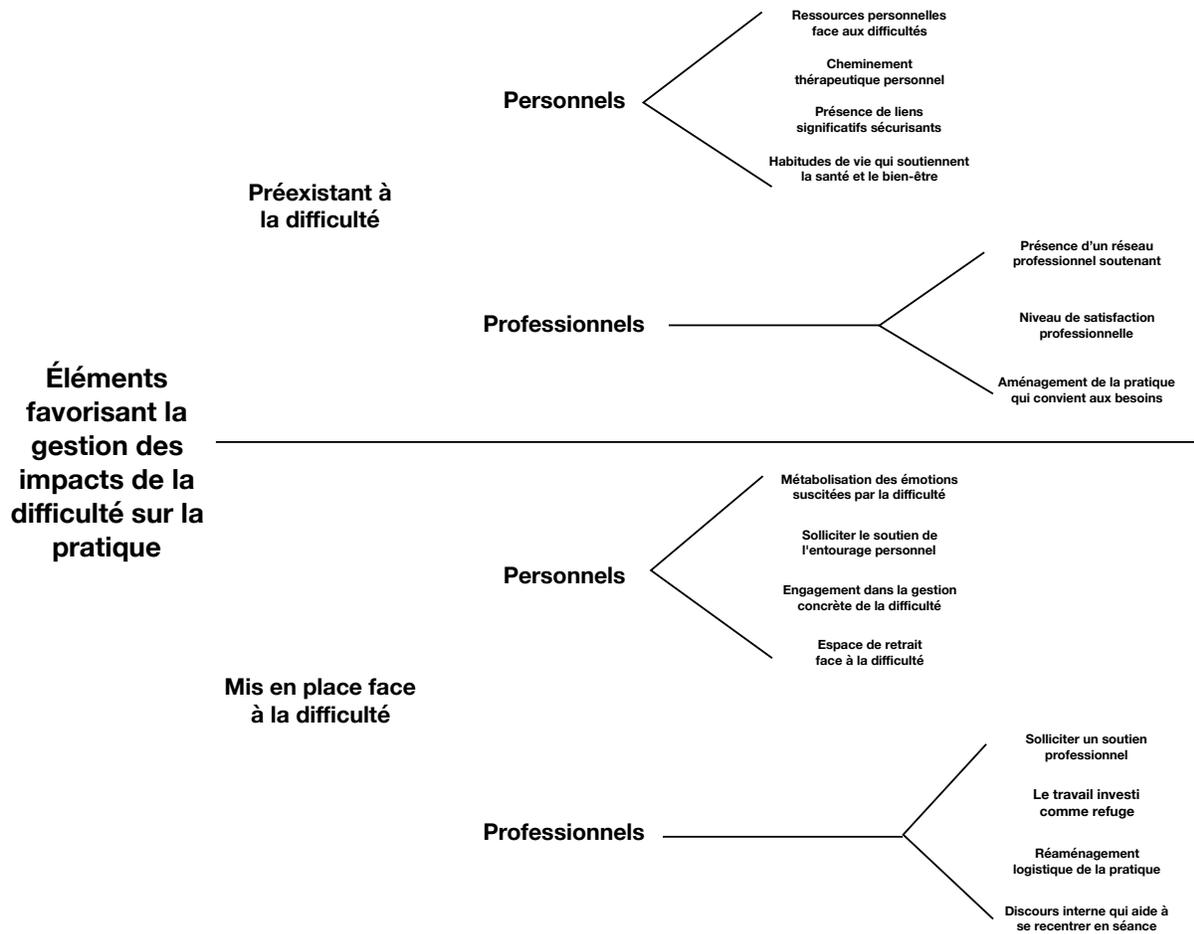


Figure E.2. Arbre thématique représentant les éléments favorisant la gestion des impacts de la difficulté sur la pratique des thérapeutes

ANNEXE F - TABLEAUX

Tableau F.1. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leurs caractéristiques démographiques et professionnelles

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Âge	51.6 ans *	46.4 ans *	p = .025 *	d = .445 *
Années d'expérience	18.8 années (n = 84)	15.9 années	p = .130	...
Psychodynamique (1)	3.24 (n = 85)	3.65 (n = 40)	p = .101	...
Comportementale (1)	2.27 (n = 82)	2.37 (n = 38)	p = .665	...
Cognitive (1)	2.81 (n = 81)	2.67 (n = 39)	p = .500	...
Humaniste (1)	3.85 (n = 84)	3.93 (n = 40)	p = .699	...
Interpersonnelle (1)	2.39 (n = 76)	2.92 (n = 38)	p = .089	...
Systémique (1)	2.21 (n = 81)	2.29 (n = 38)	p = .767	...
Jusqu'à quel point voyez-vous votre approche comme éclectique/intégrative ? (1)	3.85 (n = 85)	3.51 (n = 43)	p = .073	...
Dans quelle mesure cette orientation théorique reflète-t-elle ce que vous pensez et ce que vous croyez au sujet de la psychothérapie ? (1)	4.28	4.16	p = .371	...
Dans quelle mesure cette orientation théorique reflète-t-elle l'influence ou les contraintes imposées par votre milieu de travail ? (1)	1.72 (n = 85)	2.19 (n = 42)	p = .086	...

Note 1. Items évalués selon une échelle de Likert à 6 points (0 = pas du tout; 1 = très peu; 2 = légèrement; 3 = modérément; 4 = grandement; 5 = énormément)

Tableau F.2. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leurs caractéristiques démographiques et professionnelles

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Sexe	68 femmes 16 hommes (n = 84)	28 femmes 14 hommes (n = 42)	p = .076	...
Profession (1)	66 psychologues 1 psychiatre 16 autres professionnels qualifiés (n = 83)	36 psychologues 0 psychiatre 5 autres professionnels qualifiés (n = 41)	p = .464	...

Note 1. La catégorie « autres professionnels qualifiés » comprend tous les professionnels qualifiés à pratiquer la psychothérapie au Québec selon la loi 21, mais qui n'étaient ni psychologue, ni médecin psychiatre.

Tableau F.3. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leur développement professionnel ressenti en carrière.

	Résilient n = 85	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Avez-vous changé, dans l'ensemble, en tant que thérapeute ? (1)	4.07	4	p = .615	...
Considérez-vous ce changement comme un progrès, une amélioration ? (1) (2)	4.33	4.07	p = .055	...
Avez-vous réussi à dépasser les points faibles que vous aviez initialement, comme psychothérapeute ? (1)	3.49 (n = 85)	3.28	p = .162	...
Avez-vous atteint votre plein potentiel comme psychothérapeute ? (1)	2.86	2.63	p = .287	...

Note 1. Items évalués selon une échelle de Likert à 6 points (0 = pas du tout; 1 = très peu; 2 = légèrement; 3 = modérément; 4 = grandement; 5 = énormément).

Note 2. Variable Winsorisée pour laquelle nous avons utilisé un test t.

Tableau F.4. Test du Khi carré comparant la fréquence des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de la détérioration professionnelle ressentie au cours de la carrière.

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Considérez-vous ce changement comme une détérioration ? (1) (2)	Oui (5.8 %) **	Oui (23.3 %) **	p = .004 **	Phi = .256 **

Note 1. Items évalués selon une échelle de Likert à 6 points (0 = pas du tout; 1 = très peu; 2 = légèrement; 3 = modérément; 4 = grandement; 5 = énormément).

Note 2. Variable dichotomisée pour laquelle nous avons utilisé un test du khi carré.

Tableau F.5. Test du Khi carré comparant la fréquence de participation à la formation postuniversitaire et à la supervision pour les groupes de thérapeutes résilients et non résilients.

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Dans le passé, avez-vous complété un cycle de formation concernant un ou plusieurs types spécifique(s) de psychothérapie ?	Oui (82.4 %) (n = 85)	Oui (81.0 %) (n = 42)	p = .847	...
Recevez-vous présentement de la supervision pour certains de vos cas en psychothérapie sur une base régulière ?	Oui (47.1 %) ** (n = 85)	Oui (73.2 %) ** (n = 41)	p = .006 **	Phi = .246 **

Tableau F.6. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de la gravité de la symptomatologie de leurs clients.

	Résilient n = 85	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Symptômes présents seulement de manière transitoire et en réaction à des situations psychosociales difficiles (1) (2)	1.05	1.06	p = .981	...
Symptômes légers, mais soutenus (1) (2)	1.74	1.82	p = .634	...
Symptômes modérés (1) (2)	1.91 *	2.21 *	p = .044 *	d = .383 *
Symptômes graves (1) (2)	1.11 *	1.5 *	p = .013 *	d = .443 *

Note 1. Items sur lesquels les thérapeutes répondaient selon le nombre de clients répondant à chacune des catégories dans leur charge de cas.

Note 2. Variable avec une transformation logarithmique pour laquelle nous avons utilisé un test t.

Tableau F.7. Test du Khi carré comparant les fréquences des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de la gravité de la symptomatologie de leurs clients.

	Résilient n = 85	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Symptômes nuls ou minimes (1)(2)	Oui (31.0 %)	Oui (34.9 %)	p = .654	...
Troubles nets de la perception de la réalité, ou de la communication (1) (2)	Oui (27.4 %)	Oui (32.6 %)	p = .543	...
Troubles graves de la communication ou du jugement (1) (2)	Oui (9.5 %)	Oui (9.3 %)	p = .968	...
Danger imminent de violences contre soi-même ou contre autrui (1) (2)	Oui (23.8 %)	Oui (18.6 %)	p = .503	...

Note 1. Items sur lesquels les thérapeutes répondaient selon le nombre de clients répondant à chacune des catégories dans leur charge de cas.

Note 2. Variable dichotomisée pour laquelle nous avons utilisé un test du khi carré.

Tableau F.8. Test t comparant les moyennes entre les groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leur manière d'être en séance.

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Acceptant (1)	2.38	2.26	p = .228	...
Qui fait autorité (1)	0.92	1.07	p = .148	...
Qui met au défi (1)	0.92	1.05 (n = 42)	p = .261	...
Engagé (1)	2.31 (n = 85)	2.09	p = .056	...
Critique (1)	0.63	0.79	p = .119	...
Exigeant (1)	0.83 *	1.14 *	p = .012 *	d = .475 *
Déterminé (1)	1.74 *	1.47 *	p = .027 *	d = .449 *
Directif (1)	0.99	0.95	p = .734	...
Efficace (1)	1.71 (n = 85)	1.59 (n = 41)	p = .252	...
Amical (1)	1.49	1.21 (n = 42)	p = .228	...
Prudent (1)	1.4	1.67	p = .052	...
Intuitif (1)	2.06	2.16	p = .228	...
Impliqué (1)	2.3 *	2.07 * (n = 41)	p = .032 *	d = .411 *
Qui donne, nourrit (1)	1.87	1.65	p = .076	...
Organisé (1)	1.73	1.6	p = .280	...
Protecteur (1)	1.41	1.37	p = .764	...
Réservé (1)	0.96 (n = 85)	1.14	p = .149	...
Habile (1)	1.64 (n = 85)	1.67 (n = 42)	p = .766	...
Subtil (1)	1.42	1.49 (n = 41)	p = .570	...
Tolérant (1)	2.07	2.09	p = .813	...
Chaleureux (1)	2.2 *	1.95 *	p = .032 *	d = .391 *

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Sage, avisé (1)	1.85 *	1.63 *	p = .040 *	d = .574 *

Note 1. Items évalués selon une échelle de Likert à 4 points (0 = pas du tout; 1 = un peu; 2 = beaucoup; 3 = énormément).

Tableau F.9. Test du Khi carré pour des variables dichotomisées comparant les fréquences dans les groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leur manière d’être en séance.

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d’effet
Froid (1) (2)	Oui (7%) **	Oui (27.9 %) **	p = .002 **	Phi = .285 **
Distant (1) (2)	Oui (17.4 %) **	Oui (39.5 %) **	p = .009 **	Phi = .241 **

Note 1. Items évalués selon une échelle de Likert à 4 points (0 = pas du tout; 1 = un peu; 2 = beaucoup; 3 = énormément).

Note 2. Variable dichotomisée pour laquelle nous avons utilisé un test du khi carré.

Tableau F.10. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leur sentiment de compétence thérapeutique en séance.

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Parvenez-vous à établir une alliance thérapeutique avec vos clients ? (1)	4.15 *	3.88 *	p = .016 *	d = .457 *
Vous sentez-vous "naturel" (authentiquement personnel), face à vos clients ? (1)	4	3.81	p = .145	...
Jusqu'à quel point réussissez-vous à être empathique avec des clients avec lesquels vous avez assez peu de points communs ? (1)	3.61 (n = 85)	3.37	p = .057	...
Jusqu'à quel point comprenez-vous ce qui se passe à chaque instant d'une séance de thérapie ? (1)	3.18 *	2.86 *	p = .034 *	d = .400 *
Jusqu'à quel point êtes-vous efficace à communiquer votre compréhension et votre intérêt à votre client ? (1)	3.74 (n = 84)	3.61	p = .096	...
Jusqu'à quel point maîtrisez-vous les stratégies et les techniques impliquées dans le type de psychothérapie que vous pratiquez ? (1)	3.45	3.26 (n = 42)	p = .134	...
Pouvez-vous détecter et gérer les réactions émotionnelles de vos clients à votre égard ? (1)	3.64	3.42	p = .073	...
Pouvez-vous utiliser de manière constructive vos propres réactions personnelles à l'égard de vos clients ? (1)	3.67 **	3.26 **	p = .009 **	d = .552 **
Quel degré de précision, subtilité, finesse, pensez-vous avoir atteint dans votre travail de psychothérapeute ? (1)	3.4 **	2.95 **	p = .002 **	d = .585 **
Vous sentez-vous capable de guider le développement d'autres thérapeutes ? (1)	2.99 (n = 83)	2.65	p = .116	...

Note 1. Items évalués selon une échelle de Likert à 6 points (0 = pas du tout; 1 = légèrement; 2 = quelque peu; 3 = modérément; 4 = beaucoup; 5 = énormément)

Tableau F.11. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leurs difficultés rencontrées en séance.

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Douter de vos capacités à avoir un effet bénéfique sur votre client. (1)	2.06 **	2.47 **	p = .006 **	d = .551 **
Craindre de faire plus de mal que de bien à un client donné (1)	1.01 **	1.4 **	p = .004 **	d = .592 **
Incertain quant à la meilleure façon de travailler efficacement avec un client. (1)	2.01 ***	2.56 ***	p < .001 ***	d = .841 ***
À risque de perdre le contrôle de la situation thérapeutique avec un client. (1)	0.78 ***	1.23 ***	p < .001 ***	d = .750 ***
Incapable d'avoir une réelle empathie envers le vécu du client (1)	0.7 ***	1.14 ***	p < .001 ***	d = .838 ***
Mal à l'aise parce que vos valeurs personnelles rendent difficile le maintien d'une attitude thérapeutique appropriée face au client. (1)	0.87 **	1.21 **	p = .002 **	d = .581 **
Affligé par votre impuissance à influencer une situation de vie tragique de votre client. (1)	1.53 *	1.93 * (n = 42)	p = .028 *	d = .417 *
Troublé par des problèmes éthiques émergeant dans votre travail avec le client. (1)	1.07	1.30	p = .065	...
Incapable de faire évoluer la thérapie d'un client donné dans une direction constructive. (1)	1.44 ***	1.88 ***	p < .001 ***	d = .722 ***
Irrité par les résistances d'un client qui bloque tous vos efforts. (1)	1.62	1.86	p = .054	...
Découragé par votre incapacité à trouver les moyens d'aider un client. (1)	1.22 **	1.67 **	p = .001 **	d = .615 **
Incapable de comprendre le fond du problème d'un client. (1)	1.14 **	1.51 **	p = .002 **	d = .587 **

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Incapable de supporter la dépendance émotionnelle d'un client. (1)	0.83 ***	1.43 *** (n = 42)	p < .001 ***	d = .951 ***
Frustré par des facteurs de la vie du client qui empêchent des résultats positifs. (1)	1.2 ***	1.84 ***	p < .001 ***	d = .753 ***
Partagé quant à la façon de concilier vos obligations vis-à-vis d'un client donné et des obligations équivalentes vis-à-vis d'autres personnes. (1)	0.82 * (n = 85)	1.26 * (n = 42)	p = .019 *	d = .447 *
Frustré par un client qui vous fait perdre votre temps. (1)	0.71 *** (n = 85)	1.35 ***	1.35 ***	d = 1.027 ***

Note 1. Items évalués selon une échelle de Likert à 6 points (0 = jamais; 1 = rarement; 2 = occasionnellement; 3 = modérément; 4 = souvent; 5 = très souvent).

Tableau F.12. Test du Khi carré comparant les fréquences dans les groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau des difficultés rencontrées en séance.

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Incapable de trouver quelque chose à apprécier ou à respecter chez un client. (1) (2)	Oui (33.7 %) ***	Oui (74.4 %) ***	p < .001 ***	Phi = .385***
Craindre de faire plus de mal que de bien à un client donné (1)	Oui (11.6 %) ***	Oui (47.6 %) *** (n = 42)	p < .001 ***	Phi = .399***

Note 1. Items évalués selon une échelle de Likert à 6 points (0 = jamais; 1 = rarement; 2 = occasionnellement; 3 = modérément; 4 = souvent; 5 = très souvent).

Note 2. Variable dichotomisée pour laquelle nous avons utilisé un test du khi carré

Tableau F.13. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients dans leurs tentatives de résoudre leurs difficultés en séances de manière productive.

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Essayez-vous d'envisager le problème sous un autre angle ? (1)	3.85 *	3.55 * (n = 42)	p = .046 *	d = .379 *
Discutez-vous du problème avec un collègue ? (1)	3.48	3.67	p = .286	...
Consultez-vous des articles ou livres qui traitent du problème ? (1)	3.43	3.09	p = .132	...
Impliquez-vous un autre professionnel ou une institution dans la prise en charge de ce client ? (1)	2.01 * (n = 85)	2.49 *	p = .044 *	d = .380 *
Réfléchissez-vous, par vous-même, à la manière dont le problème a surgi ? (1)	3.97	3.67	p = .079	...
Vous permettez-vous simplement de ressentir des sentiments pénibles et troublants ? (1)	3.59	3.58	p = .950	...
Cherchez-vous à voir si vous pouvez gérer cette difficulté conjointement avec votre client ? (1)	3.26	2.98	p = .211	...
Consultez-vous à ce propos un thérapeute plus expérimenté ? (1)	3.58 (n = 85)	3.63	p = .822	...
Vous inscrivez-vous à une conférence ou un séminaire qui traite de ce problème ? (1)	2.86 (n = 85)	2.67	p = .442	...
Invitez-vous des amis ou des membres de la famille du client à collaborer ? (1)	1	1.09	p = .671	...
Remettez-vous à plus tard le travail de thérapie pour vous occuper des besoins plus immédiats du client ? (1)	1.62	1.86	p = .260	...
Modifiez-vous votre posture ou votre approche thérapeutique avec le client ? (1)	2.17	2.47	p = .134	...

Note 1. Items évalués selon une échelle de Likert à 6 points (0 = jamais; 1 = rarement; 2 = occasionnellement; 3 = modérément; 4 = souvent; 5 = très souvent).

Tableau F.14. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients dans leurs tentatives de résoudre leurs difficultés en séances de manière défensive.

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Recherchez-vous une satisfaction compensatoire en dehors de la thérapie ? (1)	1.36 * (n = 83)	1.90 * (n = 40)	p = .038 *	d = .404 *
Sortez-vous du rôle de thérapeute pour entreprendre quelque action urgente pour le compte de votre client ? (1)	0.39 *** (n = 83)	0.86 ***	p < .001 ***	d = .704 ***
Apportez-vous des changements au contrat thérapeutique que vous avez passé avec le client ? (1)	1.14 (n = 85)	1.31 (n = 42)	p = .303	...
Espérez vous simplement que les choses vont s'arranger ? (1)	0.83 **	1.37 **	p = .001 **	d = .621 **
Critiquez-vous un client qui vous crée des difficultés ? (1)	0.41 *** (n = 85)	0.88 ***	p < .001 ***	d = .773 ***
Envisagez-vous sérieusement de mettre un terme à cette psychothérapie ? (1)	1.16	1.33	p = .240	...
Évitez-vous de travailler sur le problème pour l'instant ? (1)	1.1 ***	1.69 *** (n = 42)	p < .001 ***	d = .791 ***
Vous arrive-t-il de montrer votre frustration au client ? (1)	0.8 **	1.21 **	p = .007 **	d = .598 **
Envisagez-vous sérieusement d'adresser ce client à un autre psychothérapeute? (1)	1.08 (n = 85)	1.21 (n = 42)	p = .313	...

Note 1. Items évalués selon une échelle de Likert à 6 points (0 = jamais; 1 = rarement; 2 = occasionnellement; 3 = modérément; 4 = souvent; 5 = très souvent).

Tableau F.15. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leurs attitudes envers leurs clients.

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Anxieux (1)	0.98 **	1.33 **	p = .001 **	d = .626 **
Disponible (1)	2.7 *	2.49 *	p = .035 *	d = .424 *
Ennuyé (1)	0.87 ***	1.16 ***	p < .001 ***	d = .707 ***
Calme (1)	2.42 **	2.12 **	p = .004 **	d = .557 **
Créatif (1)	2.14 *	1.88 *	p = .017 *	d = .452 *
Distrain (1)	0.86 ***	1.23 ***	p < .001 ***	d = .792 ***
Somnolent (1)	0.55 *** (n = 85)	0.95 ***	p < .001 ***	d = .740 ***
Absorbé (1)	1.93 (n = 85)	1.79	p = .288	...
Concentré (1)	2.43	2.28	p = .088	...
Inattentif (1)	0.73 ***	1.07 ***	p < .001 ***	d = .782 ***
Inspiré (1)	2.05 * (n = 85)	1.79 *	p = .016 *	d = .501 *
Sous pression (1)	0.99 ***	1.56 ***	p < .001 ***	d = 1.180 ***
Détendu (1)	2.23 ***	1.77 ***	p < .001 ***	d = .861 ***
Stimulé (1)	2.36 *	2.16 *	p = .037 *	d = .384 *
Tendu (1)	0.94 ***	1.37 *** (n = 41)	p < .001 ***	d = 1.054 ***
Incertain (1)	1.22 ***	1.72 ***	p < .001 ***	d = .946 ***

Note 1. Items évalués selon une échelle de Likert à 4 points (0 = jamais; 1 = rarement; 2 = souvent; 3 = très souvent).

Tableau F.16. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leur gestion du cadre thérapeutique.

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Proposez-vous, ou acceptez-vous, de recevoir des communications téléphoniques ou des lettres, concernant autre chose que des aménagements pratiques comme la prise de rendez-vous ? (1)	1.56	1.40	p = .423	...
Fixez-vous des séances supplémentaires, ou en urgence ? (1)	1.70	1.67	p = .877	...
Acceptez-vous des rencontres avec un client ailleurs que dans le lieu habituel où se tiennent les séances ? (1)	0.16 (n = 85)	0.24	p = .334	...
Acceptez-vous que certaines séances dépassent nettement la durée prévue ? (1)	1.09 (n = 85)	1.35	p = .167	...
Intervenez-vous pour le compte d'un client auprès d'autres personnes ou d'institutions ? (1)	0.72 (n = 85)	0.86	p = .436	...
Proposez-vous, ou acceptez-vous, des contacts physiques non sexuels autres qu'une poignée de mains ?(Ex: serrer dans les bras) (1)	0.93	0.91	p = .882	...
Acceptez-vous les interruptions durant une séance (Ex: téléphone) ? (1)	0.71	0.91	p = .166	...
Acceptez-vous des petits cadeaux (Ex: fleurs ou sucreries) ? (1) (2)	0.72	0.75	p = .653	...
Acceptez-vous des invitations sociales (Ex: pour une réception) ? (1)	0.04	0.05	p = .759	...

Note 1. Items évalués selon une échelle de Likert à 6 points (0 = jamais; 1 = rarement; 2 = occasionnellement; 3 = modérément; 4 = souvent; 5 = très souvent).

Note 2. Variable avec une transformation logarithmique pour laquelle nous avons utilisé un test t.

Tableau F.17. Test du Khi carré pour une variable dichotomisée comparant les fréquences dans les groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leur gestion du cadre thérapeutique.

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Avez-vous des relations personnelles ou professionnelles avec un client, en dehors du contexte psychothérapeutique ? (1) (2)	Oui (3.5 %)	Oui (9.3 %)	p = .221	...

Note 1. Items évalués selon une échelle de Likert à 6 points (0 = jamais; 1 = rarement; 2 = occasionnellement; 3 = modérément; 4 = souvent; 5 = très souvent).

Note 2. Variable dichotomisée pour laquelle nous avons utilisé un test du khi carré.

Tableau F.18. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients sur le plan de leurs sources d'apprentissages

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Le fait de suivre des cours, des séminaires ou des ateliers (1)	6.51 (n = 84)	6.32 (n = 41)	p = .158	...
Des discussions de cas informelles avec des collègues (1)	6.11 (n = 80)	6.40 (n = 35)	p = .059	...
Lecture de livres ou de revues en rapport avec votre pratique. (1)	6.18 (n = 83)	6.05 (n = 40)	p = .353	...
Superviser régulièrement d'autres thérapeutes ou leur donner des conseils (1)	5.51 (n = 80)	5.36 (n = 39)	p = .507	...
Donner des cours ou des séminaires (1)	5.34 (n = 76)	5 (n = 36)	p = .149	...
Les conditions institutionnelles dans lesquelles vous exercez. (1)	4.02 (n = 49)	3.65 (n = 26)	p = .353	...
Des expériences de votre vie personnelle, extérieures à votre pratique psychothérapeutique (1) (2)	1.28 (n = 53)	1.17 (n = 21)	p = .149	...

Note 1. Items évalués selon une échelle de Likert à 7 points (1 = très négative; 2 = modérément négative; 3 = quelque peu négative; 4 = aucune; 5 = quelque peu positive; 6 = modérément positive; 7 = très positive).

Note 2. Variable avec une transformation logarithmique inversée pour laquelle nous avons utilisé un test t

Tableau F.19. Test du khi carré pour des variables dichotomisées comparant les fréquences dans les groupes de thérapeutes résilients et non résilients sur le plan de leurs sources d'apprentissages.

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Ce que vous vivez en séance avec vos clients (1) (2)	Très positive (76.2 %) (n = 63)	Très positive (73.7 %) (n = 19)	p = 1.00	...
Avoir suivi de la supervision formelle ou de la consultation (1) (2)	Très positive (77.6 %) (n = 85)	Très positive (80 %) (n = 40)	p = .820	...
Avoir fait vous-même une psychothérapie ou une psychanalyse personnelle (1) (2)	Très positive (70.6 %) (n = 85)	Très positive (79.5 %) (n = 39)	p = .383	...

Note 1. Items évalués selon une échelle de Likert à 7 points (1 = très négative; 2 = modérément négative; 3 = quelque peu négative; 4 = aucune; 5 = quelque peu positive; 6 = modérément positive; 7 = très positive).

Note 2. Variable dichotomisée pour laquelle nous avons utilisé un test du khi carré.

Tableau F.20. Test du khi carré comparant les fréquences dans les groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leur propre thérapie personnelle

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Êtes-vous présentement en thérapie personnelle ou en analyse ?	Oui (36.5 %) * (n = 85)	Oui (58.1 %) *	p = .024 *	Phi = .206 *
Avez-vous déjà été en thérapie personnelle ou en analyse ?	Oui (91.9%)	Oui (97.7%)	p = .268	...

Tableau F.21. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leur propre thérapie personnelle.

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Au total, avec combien de thérapeutes différents avez-vous travaillé lors de votre thérapie personnelle/analyse ?	3.18 (n = 77)	3 (n = 39)	p = .541	...
Quel âge aviez-vous approximativement lorsque vous êtes allé(e) pour la première fois en thérapie personnelle ?	25.71 ans (n = 75)	24.15 ans (n = 39)	p = .190	...
Estimez le temps total où vous avez été en thérapie personnelle ?	9.30 années (n = 70)	8.22 années (n = 36)	p = .438	...
Si vous n'êtes pas présentement en thérapie, depuis combien de temps avez-vous terminé votre dernière thérapie ?	9.98 années (n = 46)	7.93 années (n = 14)	p = .344	...

Tableau F.22. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de la gestion de leur frontière entre leur vie professionnelle et personnelle.

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Dans les derniers jours, en dehors des séances, à quelle fréquence vous trouvez-vous en train de penser à la meilleure façon d'aider à résoudre le problème d'un client.	2.34	2.40	p = .749	...
Dans les derniers jours, en dehors des séances, à quelle fréquence vous trouvez-vous en train de vous rappeler les sentiments exprimés par un client.	2.16	2.26	p = .600	...
Dans les derniers jours, en dehors des séances, à quelle fréquence vous trouvez-vous en train de réfléchir à vos propres sentiments envers un client.	2.12	2.35	p = .246	...
Dans les derniers jours, en dehors des séances, à quelle fréquence vous trouvez-vous en train d'imaginer une conversation avec l'un de vos clients.	1.53	1.91	p = .056	...
Dans les derniers jours, en dehors des séances, à quelle fréquence vous trouvez-vous en train d'éprouver ce que l'un de vos clients a éprouvé.	1.42 **	1.91 **	p = .008 **	d = .505 **
Avez-vous l'impression que votre développement en tant que thérapeute a été influencé par votre motivation à comprendre et résoudre vos problèmes personnels ?	4.55 (n = 85)	4.63	p = .736	...

Note 1. Items évalués selon une échelle de Likert à 6 points (0 = jamais; 1 = rarement; 2 = occasionnellement; 3 = modérément; 4 = souvent; 5 = très souvent).

Tableau F.23. Test du Khi carré comparant les fréquences dans les groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leur situation de vie personnelle actuelle.

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Êtes-vous né ailleurs que dans le pays où vous résidez actuellement ?	Oui (7%)	Oui (11.6%)	p = .505	...
Dans le pays où vous vivez, êtes-vous considéré comme faisant partie d'une minorité sociale, culturelle ou ethnique ?	Oui (0%) *** (n = 78)	Oui (19%) *** (n = 42)	p < .001 ***	Phi = .364 ***
Quel est votre statut matrimonial actuel ? (1)	En couple (73.3 %)	En couple (67.4 %)	p = .500	...
Avez-vous des enfants ?	Oui (64%)	Oui (58.1 %)	p = .567	...

Note 1. Les catégories ont été regroupées en 3 (1 = célibataire; 2 = en couple; 3 = séparé/divorcé/veuf)

Tableau F.24. Test du Khi carré comparant les fréquences dans les groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leur structure familiale d'origine.

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Avez-vous des frères et sœurs ?	Oui (87.2%)	Oui (90.7%)	p = .772	...
Votre père est-il vivant ?	Oui (54.7%)	Oui (69.8%)	p = .128	...
Votre mère est-elle vivante ?	Oui (68.6 %)	Oui (74.4%)	p = .544	...
Est-ce que vos parents sont/étaient divorcés ou séparés ?	Oui (25.9%)	Oui (27.9 %)	p = .834	...

Tableau F.25. Test du Khi carré comparant les fréquences dans les groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leurs valeurs religieuses.

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Vous identifiez-vous présentement comme appartenant à une conviction religieuse ou à une religion spécifique ?	Oui (27.1 %) (n = 85)	Oui (32.6%)*	p = .541	...
Votre vie personnelle est-elle influencée par des engagements religieux ? (1) (2)	Oui (23.3 %) *	Oui (45.2 %) *	p = .014 *	Phi = .224 *
Votre travail en tant que thérapeute est-il influencé par des engagements religieux ? (1) (2)	Oui (12.8 %)	Oui (21.4 %) (n = 42)	p = .299	...

Note 1. Items évalués selon une échelle de Likert à 6 points (0 = pas du tout; 1 = très peu; 2 = peu; 3 = modérément; 4 = beaucoup; 5 = énormément).

Note 2. Variable dichotomisée pour laquelle nous avons utilisé un test du khi deux

Tableau F.26. Test t comparant les moyennes des groupes de thérapeutes résilients et non résilients au niveau de leur manière d'être dans les relations personnelles intimes.

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Acceptant (1)	2.21	2.07	p = .145	...
Autoritaire (1)	0.74	0.79	p = .702	...
Qui confronte (1)	0.99	1	p = .927	...
Critique (1)	0.98 *	1.23 *	p = .015 *	d = .483 *
Exigeant (1)	1.28	1.43 (n = 82)	p = .287	...
Démonstratif (1)	1.84	1.63	p = .116	...
Déterminé (1)	1.94	1.72	p = .079	...
Directif (1)	0.93	1	p = .551	...
Énergique (1)	1.72	1.53	p = .150	...
Amical (1)	2.20	2.12	p = .427	...
Prudent (1)	1.47	1.58 (n = 42)	p = .533	...
Intense (1)	1.41 (n = 85)	1.40 (n = 42)	p = .961	...
Intuitif (1)	2.15	2.05	p = .412	...
Qui donne, nourrit (1)	2.12	2.02 (n = 42)	p = .477	...
Optimiste (1)	1.85	1.70	p = .257	...
Organisé (1)	1.84	1.76 (n = 42)	p = .615	...
Pragmatique (1)	1.63	1.51	p = .378	...
Secret (1)	1.08	1.24 (n = 42)	p = .252	...
Protecteur (1)	1.85	1.95	p = .455	...
Tranquille (1)	1.62	1.67	p = .684	...
Réceptif (1)	2.19	2.23	p = .588	...
Réservé (1)	1.22	1.28	p = .698	...

	Résilient n = 86	Non résilient n = 43	Valeur p	Taille d'effet
Sceptique (1)	0.94	1.2 (n = 41)	p = .071	...
Subtil (1)	1.41	1.36 (n = 42)	p = .734	...
Tolérant (1)	2.17	2.05	p = .226	...
Chaleureux (1)	2.21 (n = 85)	2.05	p = .203	...

Note 1. Items évalués selon une échelle de Likert à 4 points (0 = pas du tout; 1 = un peu; 2 = beaucoup; 3 = énormément.

ANNEXE G - CERTIFICAT ÉTHIQUE

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE RENOUVELLEMENT

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (avril 2020) de l'UQAM.

Titre du projet : L'expérience de difficultés personnelles actuelles chez les thérapeutes et la gestion de leurs répercussions sur la pratique efficace et le développement professionnel actuel ressenti

Nom de l'étudiant : François Delisle
Programme d'études : Doctorat en psychologie
Direction(s) de recherche : Marc-Simon Drouin

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année au plus tard un mois avant la date d'échéance (**2025-10-15**) de votre certificat. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.



Sophie Gilbert
Professeure, Département de psychologie
Présidente du CERPÉ FSH

ANNEXE H - AVIS FINAL DE CONFORMITÉ

AVIS FINAL DE CONFORMITÉ

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (avril 2020) de l'UQAM.

Titre du projet : L'expérience de difficultés personnelles actuelles chez les thérapeutes et la gestion de leurs répercussions sur la pratique efficace et le développement professionnel actuel ressenti

Nom de l'étudiant : François Delisle

Programme d'études : Doctorat en psychologie

Direction(s) de recherche : Marc-Simon Drouin

Merci de bien vouloir inclure une copie du présent document et de votre certificat d'approbation éthique en annexe de votre travail de recherche.

Les membres du CERPE FSH vous félicitent pour la réalisation de votre recherche et vous offrent leurs meilleurs vœux pour la suite de vos activités.



Sophie Gilbert
Professeure, Département de psychologie
Présidente du CERPÉ FSH

RÉFÉRENCES

- Aafjes-van Doorn, K., Békés, V. et Prout, T. A. (2020). Grappling with our therapeutic relationship and professional self-doubt during COVID-19: Will we use video therapy again? *Counselling Psychology Quarterly*, p.1-12. doi.org/10.1080/09515070.2020.1773404.
- Adams, M. (2014). *The myth of the untroubled therapist: Private life, professional practice*, Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315880167>
- American Psychological Association, APA Working Group on Stress and Health Disparities. (2017). *Stress and health disparities: Contexts, mechanisms, and interventions among racial/ethnic minority and low-socioeconomic status populations*. Retrieved from <http://www.apa.org/pi/health-disparities/resources/stress-report.aspx>
- Baker, A. A. (2012), Training the resilient psychotherapist : What graduate students need to know about vicarious traumatization, *Journal of Social, Behavioral, and Health Sciences*, Vol. 6(1), p. 1-12.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., Imel, Z. E. (2007), Untangling the alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 75(6), p.842-852.
- Barkham, L. et coll., (2017), Therapist effects, effective therapists, and the law of variability, dans : *How and why are some psychotherapists better than others*, American Psychological Association, p. 13-36.
- Bertrand, C. (2019), *Les systèmes de soutien : points d'appui pour le thérapeute !* <http://neurogestaltinstitut.com/systemes-de-soutien-juillet-2019>.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. et al. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 227–306), Wiley.
- Bordeleau, V. (2013), *Facteurs individuels de résilience et de développement professionnel des psychothérapeutes dans leur expérience du geste suicidaire d'un patient*, Thèse présentée à l'Université du Québec à Montréal.
- Brillon, P. (2020), *Entretenir ma vitalité d'aidant: Guide pour prévenir la fatigue de compassion et la détresse professionnelle*, les Éditions de l'Homme.
- Brillon, P. (2021), Introduction au dossier, *Psychologie Québec*, Juin 2021.

- Constantino, M. J. et coll., (2017), Who works for whom and why? Integrating therapist effects analysis into psychotherapy outcome and process research, dans : *How and why are some psychotherapists better than others*, American Psychological Association, p. 55-68
- Corbeil, J. & Poupard, D. (1978). La Gestalt. *Santé mentale au Québec*, vol. 3(1), p. 61–84
- Crits-Christoph, P. et coll., (1991), Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies, dans : *Psychotherapy Research*, vol. 1(2), p. 81-91.
- Cvetovac, M. E. et Adame, A. L. (2017). The wounded therapist: Understanding the relationship between personal suffering and clinical practice. *The Humanistic Psychologist*, vol. 45(4), p. 348-366. <https://doi.org/10.1037/hum0000071>
- Delisle, G. (1998), *La relation d'objet en Gestalt-thérapie*. Les Éditions du CIG.
- Delisle F., Delisle G. (2016) Development of psychotherapist common core questionnaire (DPCCQ). Version Québec, 2016.
- Dennhag, I. (2012), Thèse : *Learning psychotherapy: An effective study of clients and therapists*, Umea University, Department of Psychology.
- Drouin, D. (2020). *Le stress acculturatif chez les étudiants internationaux universitaires : Une recension systématique des écrits scientifiques* (Essai de maîtrise). Université Laval, Québec.
- Drouin, M.-S., Delisle, F. (2021), Les fonctions de soutien comme assise à la résilience du thérapeute, *Psychologie Québec*, Juin 2021.
- Edmondstone, C., (2021) Therapist effects on the outcomes of psychotherapy and their perspectives on training. *Electronic Theses and Dissertations*. <https://scholar.uwindsor.ca/etd/8551>.
- Ehlers, A., Grey, N., Wild, J., Stott, R., Liness, S., Deale, A. et al. (2013). Implementation of cognitive therapy for PTSD in routine clinical care: Effectiveness and moderators of outcome in a consecutive sample. *Behaviour Research and Therapy*, vol. 51, p.742–752.
- Elkin, I., Falconnier, L., Martinovich, Z., & Mahoney, C., (2006). Therapist effects in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Psychotherapy Research*, vol. 16, p.144-160.
- Elliott, D. M., & Guy, J. D. (1993). Mental health professionals versus non-mental-health professionals: Childhood trauma and adult functioning. *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 24(1), p. 83–90. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.24.1.83>
- Erickson, S.J., Tonigan, J.S., & Winhusen, T., (2012). Therapist effects in a NIDA CTN intervention trial with pregnant substance abusing women: Findings from a RCT with MET

and TAU conditions. *Alcoholism Treatment Quarterly*, vol. 30, p. 224–237.
<https://doi.org/10.1080/07347324.2012.663295>.

Flach, F. F. (1988). *Resilience: Discovering a new strength at times of stress*. Fawcett Columbine.

Freud, S. (1911-15), *Papers on Technique*, Standard Edition vol XII, The Hogarth Press.

Gallagher, R. (2014), Thèse : *The relationship between client work and personal and professional development in counseling psychology training*, University London, Counseling Psychology.

Geller, S. M. (2017). *A practical guide to cultivating therapeutic presence*. American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/0000025-001>

Gelso, C.J. & Hayes, J.A. (2007), *Countertransference and the therapist's inner experience*, Lawrence Erlbaum Publishers.

Ginger, S. (1996), *La Gestalt, l'art du contact*, Marabout.

Green, H., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2014). Therapist effects and IAPT Psychological Wellbeing Practitioners (PWPs): A multilevel modeling and mixed methods analysis. *Behaviour Research and Therapy*, vol. 63, p. 43–54.

Grosch, W. et Olsen, D. (1994). *When Helping Starts to Hurt – A new look at burnout among psychotherapists*, Norton.

Harrison, R. L. et Westwood, M. J. (2009). Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: identifying protective practices. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, vol. 46(2), p. 203–219.

Heimann, P. (1950), On Counter-transference, *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 31, p.81-84.

Henry, M. (2006), *L'impact du décès par suicide d'un patient chez des professionnels en santé mentale*, Thèse présentée à l'Université du Québec à Montréal.

Heppner, P. P., Kivlighan, Jr., D. M., & Wampold, B.E. (1999). *Research design in counseling (2nd ed.)*, Wadsworth Publishing Company.

Hill, C. et Castonguay, L. G., (2017), Therapist Effects : Integration and Conclusion, dans : *How and Why are Some Psychotherapists Better than Others*, American Psychological Association, Washington, DC, p. 325-342.

Hou, J.-M. (2015), *Characteristics of highly resilient therapists*, Thesis presented to the Faculty of the University of Minnesota.

- Huppert, J.D., Kivity, Y., Barlow, D.H., Gorman, J.M., Shear, M.K., Woods, S.W., (2014). Therapist effects and the outcome-alliance correlation in cognitive behavioural therapy for panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy* vol. 52, p. 26–34. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.11.001>
- Jennings, L. et Skovholt, T. (2004). The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapists. *Master Therapists: Exploring Expertise in Therapy and Counseling*, p. 31-52.
- Johns, R. G., Barkham, M., Kellett, S. et al. (2018), A systematic review of therapist effects: A critical narrative update and refinement to Baldwin and Imel's (2013) review. *Clinical Psychology Review*. ISSN 0272-7358
- Kahn, M. (1997) *Between therapist and client: the new relationship*, revised edition, H.B. Fenn and Company Ltd.
- Kierski, W. (2016), Book review : The myth of the untroubled therapist, *Contemporary Psychotherapy*, vol. 8(1).
- Kim, D. M., Wampold, B. E., & Bolt, M. N. (2006) Therapist effects in psychotherapy: A random-effects modeling of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program data, *Psychotherapy Research*, vol. 16(2), p. 161-172.
- King, A. J., Brophy, L. M., Fortune, T. L. et Byrne, L. (2020). Factors affecting mental health professionals' sharing of their lived experience in the workplace: A scoping review. *Psychiatric Services*, vol. 71(10), p. 1047-1064. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900606>
- Klein, R.H., Bernard, H.S. et Schermer, V.L. (2011), *On becoming a psychotherapist*, Oxford University Press.
- Koller, S. L. et Hicks, R. E. (2016). Psychological capital qualities and psychological well-being in Australian mental health professionals. *International Journal of Psychological Studies*, vol. 8(2). <https://doi.org/10.5539/ijps.v8n2p41>
- Laverdière, O., Kealy, D., Ogrodniczuk, J. S. et Morin, A. J. (2018). Psychological health profiles of Canadian psychotherapists: A wake up call on psychotherapists' mental health. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, vol. 59(4), doi.org/10.1037/cap0000159
- Lecomte C. (2009), La clé d'une thérapie réussie ? Le thérapeute !, *Les grands dossiers des Sciences Humaines*, 15, 2009, p. 32-33.
- Lecomte, C., Drouin, M.-S., Savard, R. et Guillon, V. (2004), Qui sont les thérapeutes efficaces, *Revue québécoise de psychologie*, vol. 25(3).
- Lee, Y. R., Lee, J. Y., Kim, J. M., Shin, I. S., Yoon, J. S. et Kim, S. W. (2019). A comparative study of burnout, stress, and resilience among emotional workers. *Psychiatry Investigation*, vol. 16(9). doi: 10.30773/pi.2019.07.10

- Lidderdale, M. A. (2009). *Phenomenological study of resilience in the lives of white, midlife lesbian psychologists in clinical practice*. Retrieved from ProQuest Dissertations. (AAT 3376938)
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, vol. 71(3), p. 543-562.
- Magnusson, K. (2023). *A causal inference perspective on therapist effects*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/f7mvz>
- Manning-Jones, S., de Terte, I. et Stephens, C. (2016). Secondary traumatic stress, vicarious posttraumatic growth, and coping among health professionals: A comparison study. *New Zealand Journal of Psychology*, vol. 45(1).
- Mathieu, V., (2020). *Détresse psychologique et soutien social perçu par des jeunes adultes émergent.e.s du Québec issu.e.s à la fois de minorités sexuelles et de minorités ethnoculturelles*. Essai. Gatineau, Université du Québec en Outaouais, Département de psychoéducation et de psychologie.
- Mathieu J.-P. (1991), *Dictionnaire de physique*, Masson.
- Meyer, I. H., (2003), Prejudice, social stress and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence, *Psychology Bulletin*, vol. 129 (5), p. 674-697.
- Michaud Labonté, T. (2021), Être présent et souffrant : réflexions sur la vulnérabilité des psychologues, *Psychologie Québec*, Juin 2021.
- Miller, B. (2002), The resilient therapist, *California Psychological Association*, cpapsych.org, juillet/aout 2002.
- Mullenbach, M. et Skovholt, T.M., (2011). Burnout prevention and self-care strategies of expert practitioners. In T. M., Skovholt et M. Trotter-Mathison, M. (dir.), *The resilient practitioner: Burnout prevention and self-care strategies for counselors, therapists, teachers and health care professionals* (2nd ed., p. 219-242), Routledge.
- Nissen-Lie, H., Havik, O., Hoglend, P., Monsen, J., & Ronnestad, M. (2017). The contribution of the quality of therapists' personal lives to the development of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, vol. 60(4), p. 483-495.
- Norcross, J. C. (2014), Entrevue vidéo : *Dr. John C. Norcross Discusses the Impact of a Therapist's Confidence*, PsychAlive.
- Normandin, L. & Ensink, K. (2007). La GAC 1 : grille d'analyse du contre-transfert dans le traitement des troubles graves de la personnalité. *Santé mentale au Québec*, vol. 32(1), p. 57-74. <https://doi.org/10.7202/016509>.

- O’Leary, J. (2011), Growing up to be a good psychotherapist or physician-know thyself, dans : Klein, R.H., Bernard, H.S. et Schermer, V.L. (dir.), *On becoming a psychotherapist*, Oxford University Press, p. 29-48.
- Orlinsky, D.E., (2022). *How psychotherapists live: The personal self and private life of professional healers*. Routledge.
- Orlinsky, D. E. et Ronnestad, M. H. (2005), *How psychotherapists develop : a study of therapeutic work and professional growth*, American Psychological Association.
- Orlinsky, D.E., Ronnestad, M. H. et coll., (1999), Development of psychotherapists : Concepts, questions, and methods of a collaborative international study, *Psychotherapy Research*, vol. 9(2), p.127-153.
- Orlinsky, D. E., Ronnestadt, M. H. et Hartmann, H. (2018), Panel : *Professional and personal clinician characteristics as predictors of therapists' work experience and professional development*, 49th SPR International Meeting, Amsterdam.
- Pail e, P. & Mucchielli, A. (2012), L’analyse thématique, *L’analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, p. 231-314.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods (3rd ed.)*. Sage.
- Pearlman, L. A. (1999). Self-care for trauma therapists: Ameliorating vicarious traumatization. In B. HundallStamm (dir.), *Secondary traumatic stress: Self-Care issues for clinicians, researchers, and educators* (p. 51–64). Baltimore, MD: Sidram Press.
- Pereira, J. A., Barkham, M., Kellett, S. et Saxon, D. (2017). The role of practitioner resilience and mindfulness in effective practice: A practice-based feasibility study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, vol. 44, p. 691–704.
- Perls, F. S., Hefferline, R.F. et Goodman, P. (1951), *Gestalt therapy*, Bantam Books.
- Pope, K. S., Tabachnick, B. G., & Keith-Spiegel, P. (1987). Ethics of practice: The beliefs and behaviors of psychologists as therapists, dans : *American Psychologist*, vol. 42(11), pp. 993-1006.
- Posluns, K., Gall, T.L. (2020), Dear mental health practitioners, take care of yourselves: a literature review on self care, *International Journal for the Advancement of Counseling*, vol. 42(1).
- Putois, B., (2013), Entretien avec Jocelyn Benoist : De la transmission de la tradition   la grammaire de l’identité, *Journal of Psychoanalytic Studies*, vol. 2(16), p. 156-165.
- R abu M, Moltu C, Binder PE, McLeod J. (2016), How does practicing psychotherapy affect the personal life of the therapist? A qualitative inquiry of senior therapists' experiences.

Psychotherapy Research, 2016 Nov. 26(6) p. 737-49. doi: 10.1080/10503307.2015.1065354..

- Rice, C. A. (2011), The psychotherapist as wounded healer : A modern expression of an ancient tradition, dans : Klein, R.H., Bernard, H.S. & Schermer, V.L. (2011), *On becoming a psychotherapist*, Oxford University Press, p. 165-189.
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, vol. 58(3), p. 307–321. doi:10.1002/jclp.10020
- Richardson, G. E., Neiger, B. L., Jensen, S., & Kumpfer, K. L., (1990). The resiliency Model, *Health Education*, vol. 21, p. 33-39.
- Ricks, D.F., (1974), Supershrink: Methods of a therapist judged successful on the basis of adult outcomes of adolescent patients. In: Ricks, D.F., Roff, M., Thomas, A. (Eds.), *Life history research in psychopathology*. Vol. 3, University of Minnesota Press, p. 275–297.
- Rousmaniere, T., (2016), *Deliberate practice for psychotherapists (1st edition)*, Routledge.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*, Guilford Press.
- Saxon, D., & Barkham, M. (2012). Patterns of therapist variability: Therapist effects and the contribution of patient severity and risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 80(4), p. 535–546. <https://doi.org/10.1037/a0028898>
- Salyers, M. P., Bonfils, K. A., Luther, L., Firmin, R. L., White, D. A., Adams, E. L. et Rollins, A. L. (2017). The relationship between professional burnout and quality and safety in healthcare: A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, vol. 32(4), p. 475-482. doi.org/10.1007/s11606-016-3886-9
- Schauben, L. J. et Frazier, P. A. (1995). Vicarious trauma. *Psychology Of Women Quarterly*, vol. 19(1).
- Schiefele, A.K., Lutz, W., Barkham, M. et al. (2016), Reliability of therapist effects in practice-based psychotherapy research: a guide for the planning of future studies. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. *Advance Online Publication*. Doi: 10.1007/s10488-016-0736-3.
- Skovholt, T. M. (2005). The cycle of caring: A model of expertise in the helping professions. *Journal of Mental Health Counseling*, vol. 27, p. 82-93.
- Skovholt, T. M. (2012), *Becoming a therapist : On the path to mastery*, John Wiley & Sons.
- Skovholt, T. M. et Ronnestadt, M. H. (1992), Themes in therapists and counselors development, dans : *Journal of Counseling and Development*, vol. 70(4), p. 505-515.

- Skovholt, T. M., & Trotter-Mathison, M. (2016). *The resilient practitioner : burnout and compassion fatigue prevention and self-care strategies for the helping professions (3rd ed.)*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Sussman, M. B., (2007), *A curious calling: Unconscious motivations for practicing psychotherapy (second edition)*, Jason Aronson.
- Tansey, M.J. & Burke, W.F., (1996), *Understanding countertransference : from projective identification to empathy*, The Analytic Press.
- Tracy, S. J. (2013). *Qualitative research methods : Collecting evidence, crafting analysis, communicating impact*. Wiley-Blackwell.
- Vallerand, R. J. (1989) Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques: implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology*. Vol. 30(4), p.662-680.
- Van Deth, R. (2013) *Psychotherapy. A critical guide*, Bohn Stafleu van Loghum.
- Wampold B.E. (2001) *The great psychotherapy debate: model, methods, and findings*, Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, vol. 14(3), p. 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wampold, B. E., & Brown, G. S. (J.). (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 73(5), p. 914-923.
- Zeidner, M., Hadar, D., Matthews, G. et Roberts, R. D. (2013). Personal factors related to compassion fatigue in health professionals. *Anxiety, Stress, and Coping*, vol. 26, p. 595-609
- Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Wampold, B. E., Kelly, A. C. , Leybman, M. J. (2010), Between-therapist and within-therapist differences in the quality of the therapeutic relationship: Effects on maladjustment and self-critical perfectionism, *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 66(7), p. 681--697