

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

VÉCUS D'INTERVENANTS AUPRÈS DE PARENTS ATTEINTS DU TROUBLE
DE LA PERSONNALITÉ LIMITE

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
NATHAN GRENIER GAUVIN

MAI 2023

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION) (D.Ps.)

Direction de recherche :

Lyne Desrosiers, Ph. D. directrice de recherche
Université du Québec à Trois-Rivières

Karine Poitras, Ph. D. codirectrice de recherche
Université du Québec à Trois-Rivières

Jury d'évaluation :

Karine Poitras, Ph. D. codirectrice de recherche
Université du Québec à Trois-Rivières

Dominick Gamache, Ph. D. évaluateur interne
Université du Québec à Trois-Rivières

Geneviève Piché, Ph. D. évaluatrice externe
Université du Québec en Outaouais

Ce document est rédigé sous la forme d'articles scientifiques, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (138) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Le (les) article (s) a (ont) été rédigé (s) selon les normes de publication de revues reconnues et approuvées par le Comité d'études de cycles supérieurs en psychologie. Le nom du directeur de recherche pourrait donc apparaître comme coauteur de l'article soumis pour publication.

Sommaire

Cet essai doctoral a pour objectif de documenter le vécu des intervenants auprès de parents ayant un trouble de la personnalité limite (TPL). Une première étude qualitative a été réalisée auprès de 12 intervenants psychosociaux de milieux de pratique variés. Les entretiens de recherche semi-structurés ont été analysés selon les lignes directrices de Smith (2011). Ainsi, des thèmes ont été identifiés, puis sous-divisés selon les perceptions, les émotions et les stratégies d'intervention émergeant chez les intervenants au contact de parents ayant un TPL. Les résultats de l'étude confirment que les intervenants perçoivent ces parents comme instables et représentant une charge de travail supplémentaire. Malgré la présence d'un certain plaisir à œuvrer auprès de ces parents, les intervenants peuvent ressentir de la colère, de la tristesse, de l'anxiété et du désespoir. Les difficultés émotionnelles ont été explorées dans une deuxième étude quantitative effectuée auprès de 204 intervenants psychosociaux d'institutions variées, en protection de la jeunesse (PJ), dans les services de première ligne ou en centres locaux de services communautaires (CLSC). Les buts de cette étude étaient de documenter la prévalence du stress traumatique secondaire (STS) chez ces intervenants et d'identifier les facteurs de risque qui sont associés, dont les difficultés de régulation émotionnelle. Afin d'atteindre ces objectifs, des questionnaires et instruments de mesure standardisés ont été complétés par les intervenants : (1) Questionnaire sociodémographique; (2) Échelle de qualité de vie professionnelle (ProQOL-V) de Stamm (2010); et (3) Échelle des difficultés de régulation émotionnelle (DERS) de Gratz et Roemer (2004). Les résultats de cette étude indiquent que 70 % des intervenants rapportent un niveau de STS modéré ou élevé. De plus, les

analyses de régression multiple effectuées ont permis de préciser que les risques de développer un STS augmentent lorsque l'intervenant est inexpérimenté (particulièrement pour ceux travaillant en PJ), qu'il éprouve de la difficulté à gérer ses réactions impulsives et à appliquer des stratégies de régulation émotionnelle. Il apparaît pertinent de reconnaître le contexte d'intervention complexe et spécifique aux services de PJ ainsi que de former et superviser les intervenants en lien avec le TPL et le STS. Puisque le travail auprès des parents ayant un TPL bouleverse les intervenants et que la régulation émotionnelle est un facteur de risque au développement d'un STS, il s'avère primordial de soutenir ces intervenants sur le plan affectif.

Table des matières

Sommaire.....	iv
Liste des tableaux	xi
Remerciements	xii
Introduction générale	1
Contexte théorique	6
Trouble de la personnalité limite	7
Parentalité et trouble de la personnalité limite.....	9
Vécu des intervenants travaillant auprès d’individus ayant un TPL.....	10
Stress traumatique secondaire chez les intervenants.....	12
Régulation émotionnelle	18
Objectifs.....	20
Chapitre 1 Article scientifique 1 – Parents présentant un trouble de personnalité limite : perceptions, émotions et travail des intervenants psychosociaux	21
Résumé.....	23
Abstract	24
Introduction.....	25
Perceptions et expériences des intervenants	27
Objectifs.....	30
Méthode	30
Échantillon	31
Collecte de données	32
Analyses.....	32

Résultats.....	33
Une double tâche.....	34
Perceptions.....	34
Émotions	35
Impacts sur l'intervention	35
Omission de la perspective de son enfant.....	36
Perceptions.....	37
Émotions	37
Impacts sur l'intervention	37
Siphon d'énergie.....	38
Perceptions.....	38
Émotions	39
Impacts sur l'intervention	39
Instabilité avec l'enfant.....	40
Perceptions.....	40
Émotions	41
Impact sur l'intervention.....	41
Instabilité dans la relation d'aide	42
Perceptions.....	42
Émotions	43
Impacts sur l'intervention	43
Désorientés par le vortex	44

Perceptions.....	44
Émotions	44
Impacts sur l'intervention	45
Des petits pas versus des coups d'épée dans l'eau	45
Perceptions.....	46
Émotions	46
Impacts sur l'intervention	47
Discussion	48
Régulation émotionnelle des intervenants	49
Reparentage.....	51
Organisation des services.....	51
Limites et recherches futures	53
Références	55
Chapitre 2 Article scientifique 2 – Determinants of Secondary Traumatic Stress Among Psychosocial Service Providers Working with Parents with Borderline Personality Disorder.....	61
Introduction.....	65
Emotional Regulation	66
Parents with Borderline Personality Disorder.....	68
STS in Child Protective Services	69
Methods.....	71
Participants.....	71
Measures	72

Procedure	73
Analyses	74
Results	75
Mean Comparison and Descriptive Data	75
Bivariate Analyses	75
Discussion	80
Limitations and Future Directions	83
Conclusion	84
References	85
Discussion générale.....	92
Retour sur les résultats	93
Surcharge de travail et surcharge émotionnelle	94
Reparentage.....	99
Formations initiales et continues	104
Supervision	107
Retour sur les forces.....	109
Retour sur les limites	110
Conclusion.....	113
Références générales.....	116
Appendice A Normes de la <i>Revue québécoise de psychologie</i>	128
Appendice B Normes de la revue <i>Journal of Psychology</i>	134
Appendice C Canevas d’entrevue préformation	138

Appendice D Échelle des difficultés de régulation émotionnelle (EDRS)	140
Appendice E Échelle de qualité de vie professionnelle (ProQOL) Satisfaction par la compassion et usure de la compassion (ProQOL) Version 5 (2009)	144

Liste des tableaux

Tableaux

1	Descriptive Statistics of STS.....	75
2	Pearson Correlations, Means and Standard Deviations	77
3	Hierarchical Regression Model of Experience, Perception, Emotional Regulation and Work Setting on Secondary Traumatic Stress.	78

Remerciements

J'aimerais tout d'abord remercier ma conjointe qui a su me supporter, m'écouter et m'encourager dans ce long projet. La présence et l'appui de cette merveilleuse femme m'ont grandement aidé dans la création de cet ouvrage. Je tiens aussi à remercier les membres de ma famille, en particulier mon père pour ses encouragements, ma mère pour son dévouement envers mon éducation et ma sœur pour m'avoir montré l'exemple.

Je remercie également mes directrices sans qui ce travail n'aurait pas eu lieu. Au travers des épreuves, leur bienveillance, leurs encouragements et le temps qu'elles m'ont accordé m'ont permis de persévérer et de découvrir le chercheur en moi. Lyne et Karine, sincèrement, merci.

Quelques personnes ont aussi fourni leur support à différents moments de ce travail. Je tiens à remercier Jean-François Cardin pour sa disponibilité et ses judicieux conseils en matière d'analyse quantitative, ainsi que Kristina Kasparian pour son amabilité et la qualité de sa traduction.

Je tiens à remercier tous les participants de cette recherche. Leur ouverture et leur accueil lors des entrevues qualitatives furent très appréciés. J'admire le travail qu'ils effectuent auprès des familles vulnérables et je crois qu'ils méritent tout le soutien dont ils ont besoin. Leur travail s'avère essentiel dans notre société et j'espère que cet ouvrage s'ajoutera aux écrits qui permettront de les soutenir et d'améliorer leur condition.

Pour finir, je tiens à remercier Lyne, ma directrice, de m'avoir permis de me joindre à son projet et d'accéder à du financement. Merci au Fonds de recherche du Québec-Société et culture et au Soutien financier à la recherche évaluative de l'institut universitaire des Jeunes en difficulté.

À tous les travailleurs en relation d'aide.

“It is one of the most beautiful compensations of this life that you cannot sincerely try to help another without helping yourself.”

Ralph Waldo Emerson, philosophe

Introduction générale

Plusieurs recherches ont évalué l'efficacité des psychothérapies et il s'avère que l'alliance thérapeutique, définie par le lien interpersonnel et l'accord sur les buts et les tâches entre un intervenant et son client, serait le prédicteur le plus constant et robuste du succès des suivis, peu importe l'approche thérapeutique privilégiée par l'aidant (Alexander & Luborsky, 1986; Horvat & Greenberge, 1994). Plus récemment, une méta-analyse de 295 études (publiées entre 1978 et 2017) avec plus de 30 000 patients a révélé que la qualité de l'alliance thérapeutique a effectivement un lien positif avec le succès de la thérapie (Flückiger et al., 2018). Plusieurs traits psychologiques ou modes relationnels caractéristiques des troubles de la personnalité peuvent nuire au traitement en provoquant des ruptures d'alliance difficiles à réparer (Safran & Muran, 2000). En effet, les individus ayant un trouble de la personnalité constitueraient une population ayant de la difficulté à former une alliance thérapeutique (Forster et al., 2014). De façon plus spécifique, en présence d'un trouble de la personnalité limite (TPL), un trouble reconnu pour créer de l'instabilité dans les relations interpersonnelles (American Psychiatric Association [APA], 2013), la qualité de l'alliance thérapeutique peut varier rapidement (Levy et al., 2010). En effet, il est reconnu que l'impulsivité et les difficultés relationnelles inhérentes au trouble de la personnalité limite peuvent compliquer les suivis (Bodner et al., 2011; Clarkin et al., 2004; Russell et al., 2007) et mettre l'alliance thérapeutique à rude épreuve (Masterson, 1990). Ainsi, les clients ayant un TPL entraineraient de fortes émotions chez les

professionnels (Bessette, 2010; Bouchard, 2010; Colli et al., 2014), ce qui peut aller jusqu'à provoquer du rejet de la part du clinicien (Aviram et al., 2006).

De plus, les individus ayant un TPL seraient reconnus pour avoir vécu des traumatismes (Eyden et al., 2016; van IJzendoorn et al., 2020; Zanarini et al., 1997), ce qui exposerait les intervenants à des récits traumatiques (Laporte et al., 2014) ou à de nombreux comportements parentaux problématiques observables chez cette clientèle traumatisée (Eyden et al., 2016; Feske et al., 2006; Zalewski et al., 2014). Lorsque les clients rapportent ces expériences traumatiques, les intervenants pourraient en être bouleversés. En effet, cette exposition peut créer du stress, ce qui affecterait de manière secondaire leur qualité de vie (Laporte et al., 2014; Wooten et al., 2011). Spécifiquement, le stress traumatique secondaire (STS), un stress occasionné par l'écoute de récits traumatiques (Stamm, 2010) pourrait se développer chez ces intervenants, causant divers symptômes liés à l'État de stress post-traumatique (ESPT) (Figley, 1995) et nuisant à leur capacité d'établir une alliance thérapeutique avec leurs clients (Pryce et al., 2007).

Les intervenants peuvent se retrouver avec deux rôles difficiles à concilier : aider le parent et protéger l'enfant (Laporte et al., 2014). La Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) dicte à tous les intervenants de prioriser la protection de l'enfant en situation de compromission et ils peuvent devoir signaler à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) une situation familiale, nécessitant une levée du secret professionnel auprès de l'adulte. Évidemment, lorsque les intervenants travaillent au sein de la protection de la

jeunesse (PJ), la situation est déjà signalée. Dans le cadre de leur mandat, ils peuvent soutenir le parent afin que ce dernier puisse rétablir la situation de compromission et favoriser le maintien de l'enfant dans leur milieu. Cependant, ils peuvent être appelés à exprimer leur opinion notamment sur les capacités parentales et la collaboration des parents au suivi offert, opinion qui pourrait être défavorable à la position du parent, par exemple dans une situation où le placement de l'enfant est recommandé comme mesure de protection. Ce double rôle peut ainsi compliquer l'alliance thérapeutique auprès du parent ayant un TPL (Bouchard, 2010; Darlington et al., 2010). En somme, les intervenants œuvrant dans divers milieux peuvent ressentir de fortes émotions face à la tension générée par ce double rôle (Le Nestour et al., 2007).

Dans le cadre de cette introduction générale, nous ferons un état des lieux sur le diagnostic de TPL, aborderons la parentalité des individus qui en sont atteints et l'expérience des intervenants auprès d'eux et brosserons un portrait de la littérature scientifique sur le stress traumatique secondaire et la régulation émotionnelle. Nous présenterons ensuite les deux articles qui sont au cœur de cet essai. Le premier article publié et intitulé « Parents présentant un trouble de personnalité limite : perception, émotions et travail des intervenants psychosociaux » décrit l'expérience des intervenants provenant des services de première ligne et de la PJ auprès des parents ayant un TPL (voir Appendice A pour les normes de la *Revue québécoise de psychologie*). Le second article, soumis à la revue *Journal of Psychology* et intitulé *Determinants of Secondary Traumatic Stress Among Psychosocial Providers Working with Parents with Borderline Personality*

Disorder, documente la prévalence du STS au sein de ce groupe de travailleurs et identifie l'importance de certains facteurs de risque associés au développement du STS, entre autres, les difficultés de régulation émotionnelle (voir Appendice B pour les normes de la revue *Journal of Psychology*). Pour conclure, nous effectuerons un retour sur les résultats des deux articles et nous discuterons des thèmes les plus importants qui en découlent.

Contexte théorique

Cette section vise à présenter les informations jugées pertinentes pour cet ouvrage. Dans l'ordre, le TPL, la parentalité des individus qui en sont atteints, l'expérience des intervenants auprès d'eux, le stress traumatique secondaire et la régulation émotionnelle seront présentés.

Trouble de la personnalité limite

Le trouble de la personnalité limite réfère à une impulsivité marquée et à un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, des conduites et des expériences vécues qui dévient de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, le tout engendrant de la souffrance ou une altération de son fonctionnement. Le diagnostic est posé lorsque la personne présente au moins cinq des neuf critères diagnostiques suivants (APA, 2013) : (1) la personne fait preuve d'efforts effrénés pour éviter des abandons réels ou imaginés; (2) son mode de relations interpersonnelles est instable et intense, alternant entre des positions d'idéalisation et de dévalorisation; (3) l'identité de la personne est perturbée par une instabilité marquée de l'image ou de la notion de soi; (4) la personne est impulsive dans au moins deux domaines dommageables pour elle, par exemple, dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crise de boulimie, etc.; (5) la personne répète des comportements, des gestes ou des menaces suicidaires ou d'automutilation; (6) la personne fait preuve d'une instabilité émotionnelle causée par une réactivité marquée de l'humeur de quelques heures ou

rarement plus de quelques jours; (7) la personne ressent de façon chronique un vide; (8) la personne a de la difficulté à contrôler sa colère ou bien agit des colères intenses et inappropriées; et (9) une survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

La prévalence dans la population générale oscillerait entre 1,6 et 5,9 %. Au sein des services de santé, la prévalence du TPL serait d'environ 6 % dans les services de soins primaires, d'environ 10 % chez les individus en soins ambulatoires et d'autour de 20 % chez les patients hospitalisés en psychiatrie (APA, 2013). Dans la majorité des cas (75 %), le TPL serait diagnostiqué chez les femmes (APA, 2013), bien qu'il pourrait se retrouver en proportions égales entre les hommes et les femmes dans la population générale (Grant et al., 2008; Sansone & Sansone, 2011). Ce trouble serait généralement diagnostiqué à l'âge adulte (APA, 2013), mais pourrait l'être à l'adolescence (Sharp & Fonagy, 2015). Il découlerait d'une interaction entre une vulnérabilité génétique et un environnement dysfonctionnel durant l'enfance (Chanen & Kaess, 2012). En effet, les personnes souffrant d'un TPL sont à risque d'avoir vécu des mauvais traitements et de l'instabilité pendant l'enfance et de démontrer une perturbation sur le plan de l'attachement et de la régulation émotionnelle (Frias et al., 2016; Gunderson, 1996; Keinänen et al., 2016; Peng et al., 2021).

Parentalité et trouble de la personnalité limite

Les parents ayant un TPL peuvent eux-mêmes avoir de la difficulté à exercer leurs capacités parentales en raison des difficultés occasionnées par le trouble, notamment sur les plans relationnel et affectif (Lamont, 2006). Plusieurs caractéristiques des mères ayant un TPL peuvent interférer avec le développement de leurs enfants. En effet, elles auraient un faible niveau de sensibilité maternelle, seraient plus enclines à adopter des comportements intrusifs, hostiles et abusifs envers leurs enfants et exposeraient ceux-ci à davantage de comportements violents et suicidaires (Eyden et al., 2016; Petfield et al., 2015). De plus, ces parents rapportent trois fois plus souvent que les parents sans diagnostic de trouble de la personnalité s'être adonnés à des pratiques parentales éducatives inadéquates pouvant avoir un impact négatif sur le développement de l'enfant (Dutton et al., 2011).

Considérant ces difficultés émotionnelles et relationnelles présentées par les parents souffrant d'un TPL, il n'est pas étonnant que leurs enfants puissent présenter un style d'attachement insécurisé (Carlson et al., 1989) et des perturbations socioaffectives et comportementales (Abela et al., 2005; Eyden et al., 2016; Petfield et al., 2015). Ces perturbations sont d'une telle importance que ces enfants sont plus susceptibles de commettre des tentatives de suicide (Hobson et al., 2005), de souffrir de dépression (Abela et al., 2005) et même de développer des problèmes de santé mentale à long terme, notamment le TPL (Barnow et al., 2013).

Considérant les difficultés parentales et les conséquences pour les enfants, un nombre significatif de mères recevant les services de la PJ ont un diagnostic de TPL ou des traits s'y apparentant (Laporte et al., 2017) et 40 % des enfants ayant une mère présentant un TPL sont retirés de leur foyer (Feldman et al., 1995; Lowenstein, 2014). Ce taux augmenterait à 83 % lorsqu'un expert se prononce à la Cour sur la santé mentale du parent ayant un TPL (Grenier Gauvin et al., 2018). Au Québec, les directeurs de protection de la jeunesse s'assurent de la sécurité et du bon développement des enfants selon la LPJ. Plusieurs mandats leur sont octroyés, dont l'accompagnement des parents pour soutenir leurs capacités parentales (CJM-IU : Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire, 2014). Une étude réalisée dans deux centres jeunesse québécois montre que 61 % des mères étaient atteintes d'un trouble de santé mentale (Laporte et al., 2014). Plus récemment, Laporte et al. (2017) ont indiqué que 34 % des mères dans les services de la PJ auraient spécifiquement un TPL ou des traits s'y apparentant. Ainsi, les intervenants en PJ travaillent souvent auprès des familles dont la mère est atteinte de ce trouble.

Vécu des intervenants travaillant auprès d'individus ayant un TPL

Cette clientèle est aussi qualifiée de difficile (Cleary et al., 2002) et les professionnels peuvent éprouver de la difficulté à se maintenir empathiques face à eux (Treloar, 2009). Lorsque vient le temps d'intervenir auprès de clients ayant un TPL, les professionnels en santé mentale peuvent stigmatiser ces clients en les percevant de façon négative (Aviram et al., 2006), par exemple, en les qualifiant imprévisibles (Koekkeok et al., 2009) et inflexibles (Sansone & Sansone, 2013). Selon Goffman (1963), l'individu atteint d'un

trouble de santé mentale devient la source du discrédit, puisque la stigmatisation mène à considérer le problème comme émanant de la personne et non du trouble. Aviram et al. (2006) suggèrent que de percevoir les patients comme responsables de leurs comportements peut perpétuer la stigmatisation du TPL, par exemple, lorsque les professionnels attribuent les comportements de cette clientèle à un manque de volonté plutôt qu'aux impacts du TPL. Ainsi, les perceptions négatives mènent parfois les professionnels à refuser de traiter cette clientèle, car ils croient que le TPL est intraitable ou que la personne n'est pas malade (Sulzer, 2015). La stigmatisation constitue donc une embûche à recevoir des traitements (Corrigan, 2004), un constat corroboré par les personnes ayant reçu le diagnostic de TPL (Rogers & Acton, 2012). Puisque l'offre des services peut être affectée par les perceptions des intervenants, il apparaît pertinent d'examiner leur expérience auprès des patients ayant un TPL.

La stigmatisation ne semble pas être la seule embûche pour offrir des traitements aux individus ayant un TPL. En effet, les intervenants rapportent des difficultés émotionnelles au contact de cette clientèle. Notamment, ceux-ci identifient des expériences d'inconfort, d'anxiété et de frustration. Ils peuvent également se sentir apathiques, manipulés, ainsi que moins préoccupés par le bien-être de leurs patients TPL que par celui d'autres patients vivant avec d'autres problématiques de santé mentale (Sansone & Sansone, 2013). Les réactions des professionnels face à ces clients les amènent parfois à se distancier, à devenir défensifs et moins aidants, à démontrer moins d'empathie et à exprimer de la colère (Sansone & Sansone, 2013).

Il peut être difficile d'intervenir auprès de cette clientèle et les traitements pourraient se terminer abruptement. Les perceptions et les émotions des intervenants peuvent les mener vers un désengagement envers leur client, ce qui provoquerait en retour des réactions intenses chez leurs clients TPL en raison de leur sensibilité au rejet, provoquant un cercle vicieux (Aviram et al., 2006). Il se pourrait aussi que la présence d'hostilité chronique au sein de la relation thérapeutique incluant un individu ayant un TPL nuise aux traitements et mène les clients à abandonner prématurément leur suivi (Gamache et al., 2018). Paris (1997) reprend la suggestion de Matlsberger et Bum (1973) qui indiquent que les thérapeutes se sentent parfois tellement envahis par les problèmes des personnes atteintes d'un TPL qu'ils peuvent en venir à souhaiter le départ de ces clients. La charge émotionnelle des intervenants, comme le sentiment d'inefficacité ou la fatigue (Laporte, 2007), peut devenir lourde à porter et les intervenants pourraient nécessiter un soutien important pour gérer ces situations cliniques (Bessette, 2010). Il est aussi plausible que les traumatismes vécus par les clients ayant un TPL puissent créer une charge émotionnelle supplémentaire pour les intervenants, susceptibles de vivre un stress traumatique secondaire.

Stress traumatique secondaire chez les intervenants

Au cours de la vie, chaque personne développe des façons de se percevoir et de percevoir son environnement, selon des croyances, des présomptions et des attentes (Trippany et al., 2004). La vision du monde de chacun peut être modifiée par l'environnement et éventuellement, un intervenant peut en venir à percevoir le monde qui

l'entoure selon les lunettes de ses clients (Pryce et al., 2007), parfois construites à partir d'un vécu d'abus et de violence. Ainsi, l'intervenant peut être affecté par les traumatismes vécus par le parent ou l'enfant et il est possible que plusieurs émotions vives émergent. En effet, l'exposition répétée à des traumatismes peut créer des modifications cognitives chez les intervenants, notamment sur les plans de leur estime de soi, de leurs relations interpersonnelles et de leurs sentiments de sécurité, de confiance et/ou de contrôle (Trippany et al., 2004).

Le stress traumatique secondaire se définit par le stress ressenti par les intervenants qui sont indirectement exposés à des traumatismes via des récits traumatiques (Figley, 1995). Ainsi, les professionnels deviendraient eux-mêmes des victimes indirectes de ces traumatismes. Lorsque les chercheurs s'intéressent aux victimes indirectes des traumatismes, il existe une variabilité de termes utilisés comme « usure de compassion », « stress traumatique secondaire » et « traumatisme vicariant ». Nimmo et Huggard (2013) ont effectué une méta-analyse portant sur l'usure de compassion et ils indiquent ce qui est commun à ces trois termes : (1) ils peuvent être présents chez les professionnels en relation d'aide; (2) ils sont le résultat d'une exposition à la souffrance de la clientèle; et (3) ils peuvent mener à des conséquences négatives au long cours comme la difficulté à assurer une relation thérapeutique sécuritaire et efficace. Ces auteurs distinguent également chacun de ces trois termes. Premièrement, ils décrivent l'usure de compassion comme la diminution de la capacité des professionnels à prendre soin lorsqu'ils sont en contact avec la souffrance de leurs clients. Ensuite, ils proposent que le traumatisme vicariant soit un

changement cognitif et perceptuel à la suite de contacts avec des clients traumatisés, alors que le STS réfère plutôt à la détresse émotionnelle occasionnée par le travail auprès de clients traumatisés. De leur côté, Bride et al. (2007) précisent que le terme usure de compassion est un synonyme du STS et qu'il a été introduit pour être plus convivial. Quant à Stamm (2010), elle définit le STS comme étant l'une des composantes de l'usure de compassion, l'autre composante étant l'épuisement professionnel. Selon Stamm, les intervenants atteints par le STS sont préoccupés par des pensées associées aux gens qu'ils aident et ils se sentent emprisonnés, réactifs, épuisés, dépassés et envahis par le trauma de leur client. Cette dernière définition de Stamm sera utilisée pour cet essai.

Les symptômes vécus par les professionnels ayant un STS peuvent se manifester par des images intrusives reliées au traumatisme du client, une activation de symptômes somatiques, une altération de leur état émotionnel, des croyances négatives persistantes et un fonctionnement perturbé, comme des difficultés de sommeil (Bride et al., 2004; Brillon, 2020; Stamm, 2010). Le STS est aussi reconnu pour provoquer des manifestations ressemblant à l'État de stress post-traumatique, comme des comportements d'évitement et de l'hypervigilance (Figley, 1995). En 2013, le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition* (DSM-5) a inclus le fait d'être exposé d'une manière répétée ou extrême aux détails d'un événement traumatique dans les critères diagnostiques de l'ESPT (APA, 2013). De plus, plusieurs conséquences affecter les intervenants et leur travail lorsque celui-ci s'effectue auprès d'une clientèle traumatisée; ils peuvent avoir l'impression de ne plus avoir de frontières entre soi et le client entraînant une réactivité

émotionnelle, avoir un sentiment de lassitude, voir une absence de motivation face à leur travail, ressentir une surcharge émotionnelle, observer que leur empathie est émoussée, ou opter pour des comportements de distanciation envers les autres (Brillon, 2020). Les intervenants exposés d'une manière récurrente à la souffrance peuvent démontrer de la difficulté à établir une relation de confiance et à offrir un accueil chaleureux (Pryce et al., 2007). Les difficultés occasionnées par cette exposition peuvent même mener les intervenants à quitter leur travail (van Hook & Rothenberg, 2009). Ce phénomène peut être lourd de conséquences, particulièrement en PJ, puisque ces intervenants travaillent auprès d'enfants vulnérables ayant besoin d'un intervenant offrant une relation émotionnellement saine (Winter, 2009) et une continuité relationnelle, en raison de problématiques sur le plan de l'attachement ou de la confiance (van Hook & Rothenberg, 2009).

Parmi 284 travailleurs sociaux ayant une maîtrise, sélectionnés au hasard aux États-Unis, 70 % présenteraient un symptôme de STS, 55 % vivraient avec au moins une manifestation du ESPT (intrusion, évitement, hypervigilance) et 15,2 % pourraient obtenir un diagnostic d'ESPT (Bride, 2007). En contexte de protection de la jeunesse, Pryce et al. (2007) mentionnent qu'un jeune intervenant de ce milieu assiste à plus de mal et de souffrance en quelques mois de pratique qu'un individu de la population générale dans l'entièreté de sa vie. Il est ainsi plausible d'anticiper qu'un STS puisse se développer dans ces conditions et plusieurs études rapportent que c'est effectivement le cas. Van Hook et Rothenberg (2009) indiquent que 15,2 % des intervenants en PJ souffriraient de STS, alors

que Conrad et Kellar-Guenther (2006) suggèrent que 50 % de ces intervenants présenteraient un niveau élevé ou très élevé de STS. Plusieurs hypothèses sont plausibles quant à la disparité de ces résultats : (1) ces deux études n'ont pas utilisé le même instrument afin d'évaluer le STS et leur sensibilité pourrait être différente (2) Conrad et Kellar-Guenther ont analysé les réponses d'intervenants participant à un séminaire sur le STS et il se pourrait que leur intérêt pour le séminaire soit garant de la présence d'une problématique liée au STS pour eux; et (3) l'échantillon était principalement composé d'hommes dans l'étude de van Hook et Rothenberg, alors que pour Conrad et Kellar-Guenther, l'échantillon était principalement composé de femmes et celles-ci seraient plus vulnérables au STS selon la littérature (Molnar et al., 2017). Lorsqu'il est demandé aux professionnels d'indiquer s'ils considèrent avoir vécu un STS, 74,7 % auraient répondu par l'affirmative (Caringi, 2007). Plus spécifiquement en lien avec la réalité québécoise, Tessier (2018) indique que 29,8 % des intervenants québécois en PJ dépasseraient le seuil clinique d'un STS et que la majorité d'entre eux (97,6 %) indiquerait être en contact avec un client ayant vécu des événements traumatiques.

Brillon (2020) propose cinq processus du développement du STS chez les intervenants. Le premier trouve sa source dans la surcharge émotionnelle. Elle mentionne que le corps n'est plus en mesure d'absorber des charges émotionnelles intenses. Cela peut être provoqué par diverses causes, comme des frontières floues entre le vécu du client et soi-même, de même que les effets du phénomène des neurones miroirs, lesquels provoquent une activation des zones dépressives ou anxieuses comme celles activées par

le traumatisme chez le client. Le deuxième processus possible pour développer un STS serait la contamination d'une structure de peur post-traumatique. Les structures de peur sont des associations entre : la victime elle-même, les gestes traumatiques, les stimuli présents lors de l'événement et les sentiments attribués à ces associations. Dans ce cas de figure, l'intervenant en vient à faire les mêmes associations que son client, voire à s'approprier certaines images traumatiques. Le troisième processus pouvant mener à un STS serait l'émergence de blessures morales et de confrontations des croyances fondamentales. En effet, constater des événements bouleversants pourrait remettre en question les propres valeurs de l'intervenant, occasionnant une perte de repères chez celui-ci. De plus, dans ces circonstances, il est possible que le pouvoir d'action pour prévenir les événements considérés immoraux soit limité, engendrant de la culpabilité. Le quatrième processus serait une difficulté des intervenants à prendre soin d'eux, à s'écouter et à respecter leurs propres limites. Finalement, le cinquième processus serait celui où des facteurs précipitants et l'accumulation de facteurs de risques, présents avant ou après l'évènement, s'additionnent. L'auteure suggère plusieurs facteurs précipitants comme le climat de travail et la lourdeur de la clientèle et des facteurs de risque circonstanciels liés au travail ou liés à l'intervenant, notamment ses traits de personnalité et sa gestion émotionnelle.

Plusieurs facteurs de risque ont été associés au STS, tant sur le plan professionnel que personnel. Au travail, les intervenants peuvent devenir plus vulnérables au développement d'un STS selon leur degré d'autonomie professionnelle (Regehr et al., 2004), leur charge

de travail, par exemple, la proportion de clients traumatisés (Dagan et al., 2016; Hensel et al., 2015), le soutien organisationnel reçu (Caringi, 2007; O'Bryant, 2008; Regehr et al., 2004) et le soutien social (Michalopoulos & Aparicio, 2012). Plusieurs caractéristiques propres aux intervenants peuvent influencer le développement d'un STS comme le sexe (Molnar et al., 2017), l'âge (Cavanagh et al., 2020; Hensel et al., 2015; Molnar et al., 2017), les antécédents d'un traumatisme personnel (Dagan et al., 2016; Hensel et al., 2015; Tessier, 2018), les capacités relationnelles, le degré de contrôle sur soi (Regehr et al., 2004), l'empathie (Caringi, 2007; Wagaman et al., 2015), le style d'attachement (Baugerud et al., 2018) et les stratégies d'adaptation au stress (Anderson, 2000). Malgré l'impact documenté du STS sur l'état émotionnel des intervenants (Bride et al., 2004; Figley, 1995; Stamm, 2010), il apparaît que l'association entre le STS et la régulation émotionnelle comme facteur psychologique personnel semble avoir été peu explorée.

Régulation émotionnelle

La régulation émotionnelle est un processus par lequel une personne reconnaît et ajuste ses émotions dans le but de réduire leur intensité ou de répondre adéquatement aux demandes de l'environnement (Gratz & Roemer, 2004; Rottenberg & Gross, 2003). Quelques recherches ont démontré qu'un déficit sur le plan de la régulation émotionnelle est associé à l'apparition et à la sévérité d'un trouble du stress post-traumatique suivant l'exposition à un événement traumatique (Bardeen et al., 2013; Forbes et al., 2020). Măirean (2016) a analysé les stratégies de régulation émotionnelle chez 190 infirmiers et médecins. Cette chercheuse suggère que la restructuration cognitive réduirait les

symptômes du STS, alors que des efforts pour inhiber l'expérience émotionnelle en augmenteraient certains symptômes. Quant à eux, Benuto et al. (2020) ont étudié la régulation émotionnelle au sein d'un échantillon de 262 intervenants en protection de la jeunesse et en protection des aînés et ils suggèrent qu'une amélioration de la régulation émotionnelle réduirait l'utilisation de stratégies d'adaptation dysfonctionnelles et l'intensité du STS.

En effet, quelques chercheurs ont trouvé des associations entre le STS et les stratégies d'adaptation dysfonctionnelle chez des professionnels de la santé. Ogińska-Bulik et al. (2021) ont examiné les réponses de 419 infirmiers et travailleurs paramédicaux. Ils suggèrent que le regret (se blâmer pour la souffrance du client) et le déni (éviter de procéder au traitement de l'information en lien avec le traumatisme des clients) seraient des facteurs de risque au développement d'un STS, alors que d'opter pour une attitude rationnelle (fournir des efforts pour résoudre la situation ou l'accepter si cela s'avère impossible) permettrait une réduction du STS. Une autre recherche effectuée auprès de 607 professionnels travaillant dans plusieurs domaines de la santé indique qu'une propension marquée à la critique de soi serait un facteur de risque au développement de l'usure de compassion (Ondrejková & Halamová, 2022).

Les stratégies d'adaptation semblent avoir un impact sur les symptômes du STS. Ainsi, une amélioration de la régulation émotionnelle pourrait entraîner une amélioration de ces stratégies d'adaptation utilisées et indirectement avoir un impact sur le STS. Or,

très peu de recherches portent sur le lien direct entre la régulation émotionnelle et le STS. De plus, la majorité des recherches semblent porter principalement sur des professionnels de la santé en milieu hospitalier. À notre connaissance, seule la recherche de Benuto et al. (2020) porte sur des intervenants en contexte d'intervention psychosociale, mais elle n'évalue pas directement les liens entre la régulation émotionnelle et le STS.

Objectifs

Considérant les difficultés d'intervention auprès des personnes avec un TPL, le premier article porte un éclairage sur le travail des intervenants psychosociaux accompagnant les parents présentant un TPL. Pour ce faire, un devis qualitatif a été utilisé et les réflexions de ces intervenants ont été recueillies par le biais d'entrevues. L'étude qui y est présentée examine leurs perceptions du parent, leurs émotions en lien avec celui-ci et comment celles-ci influencent leurs interventions. Intervenir auprès de ces parents, une clientèle susceptible d'avoir vécu de nombreux traumatismes, peut avoir un impact sur la santé psychologique des intervenants. Le deuxième article documente la prévalence du STS chez des intervenants en protection de la jeunesse ainsi que dans d'autres milieux d'intervention. Nous posons l'hypothèse que les intervenants en PJ souffrent davantage de STS en raison de leur contexte d'intervention particulier et difficile. De plus, cet article explore les liens entre les capacités de régulation émotionnelle et le développement d'un STS; nous émettons l'hypothèse que certaines difficultés de régulation émotionnelles seront liées à un STS plus sévère et que le rôle de l'expérience et du milieu d'intervention agiront comme modérateurs de cette association.

Chapitre 1

Article scientifique 1 – Parents présentant un trouble de personnalité limite :
perceptions, émotions et travail des intervenants psychosociaux

**PARENTS PRÉSENTANT UN TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE :
PERCEPTIONS, ÉMOTIONS ET TRAVAIL DES INTERVENANTS
PSYCHOSOCIAUX**

**PARENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER:
PSYCHOSOCIAL WORKERS' PERCEPTIONS, EMOTIONS AND
INTERVENTIONS**

Nathan GRENIER GAUVIN¹, Karine POITRAS, Ph.D.², Lise LAPORTE, Ph.D.³
et Lyne DESROSIERS, Ph.D.⁴

¹ candidat au D.Psy, *Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières*, 819-995-5145, nathan.grenier.gauvin@uqtr.ca

² Professeure, *Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières*, 819-376-5011, poste 3535, karine.poitras@uqtr.ca

³ *Centre de recherche, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, Programme des troubles de la personnalité, Centre universitaire de santé McGill*, 514-934-1934, poste 35318, lise.laporte@muhc.mcgill.ca

⁴ *Centre de recherche, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières*, 819-376-5011, poste 3730
lyne.desrosiers@uqtr.ca

Parents présentant un trouble de personnalité limite : perceptions, émotions et travail des intervenants psychosociaux

Résumé

Les parents ayant un trouble de personnalité limite présentent des caractéristiques qui ont des impacts sur leur rôle parental et leur capacité à s'engager pleinement dans relation d'aide. Le travail clinique auprès de ceux-ci représente un défi pour les intervenants psychosociaux. L'objectif de cette étude vise à décrire et explorer les perceptions, les expériences émotionnelles et les interventions des personnes œuvrant auprès des parents ayant un TPL. Les résultats mettent en évidence les défis perçus par les intervenants et balisent des pistes de réflexion quant aux meilleures pratiques.

Mots clés : Trouble de personnalité limite, perceptions, interventions, intervenants psychosociaux, parentalité

Abstract

Parents with borderline personality disorder have clinical features that impact their parenting and their ability to benefit fully from the helping relationship. Interventions with them are a challenge for psychosocial workers. This study aims to define and explore perceptions, emotional experiences and interventions of those working with parents who have BPD. Results highlight the challenges perceived by the workers and point out avenues for reflection on best practices.

Keywords: Borderline personality disorder, perceptions, interventions, psychosocial workers, parenthood

Introduction

Le trouble de personnalité limite (TPL) se caractérise par une identité diffuse, des relations interpersonnelles instables et intenses, une hypersensibilité au rejet et à l'abandon, des difficultés de régulation émotionnelle, ainsi que des comportements impulsifs et autodestructeurs (American Psychiatric Association [APA], 2013). Cette symptomatologie entraîne des difficultés de mentalisation, soit la capacité d'interpréter et de comprendre les causes psychologiques de son propre comportement et de celui des autres, de même que les pensées, les sentiments, les souhaits et les intentions qui y sont sous-jacents (Bateman & Fonagy, 2010).

Les atteintes fonctionnelles découlant de ce trouble sont nombreuses, notamment sur le plan de l'exercice du rôle parental. Toutefois, la majorité des études sur la parentalité et le TPL porte essentiellement sur les mères. Celles-ci exposeraient leurs enfants à davantage d'adversités : monoparentalité (Skodol et al., 2002), relations conjugales conflictuelles et abusives, pauvreté (Eyden et al., 2016) et abus de substances (Feske et al., 2006). Leur instabilité émotionnelle et comportementale a été associée à des pratiques parentales problématiques telles les punitions sévères et le contrôle par la culpabilité (Zalewski et al., 2014). Ces mères s'avèrent également moins capables de reconnaître les émotions de leur enfant (Elliot et al., 2014), sont moins sensibles à leurs besoins (Laulik et al., 2013), plus hostiles (Macfie et al., 2017; Newman et al., 2007) et auraient davantage tendance à manquer de constance pour les routines et les soins (Desrosiers et al., 2018; Newman & O'Shaughnessy, 2015). Ces difficultés ne sont pas sans conséquence sur le

développement de leurs enfants. Ceux-ci seraient plus à risque de présenter des troubles de comportement, des symptômes dépressifs, de l'anxiété, des conduites suicidaires (Barnow et al., 2006; Danti et al., 1985) et seraient plus susceptibles de développer un TPL à l'âge adulte (Reinelt et al., 2014; Weiss et al., 1996; White et al., 2003). Les mères ayant un TPL s'avèrent ainsi plus à risque d'exposer leurs enfants à de la négligence ou de la maltraitance et d'être prises en charge par les services de protection de la jeunesse (PJ; Westad & McConnell, 2012). Une étude québécoise suggère que 34 % des mères en PJ présenteraient un TPL ou des traits s'apparentant à ce trouble (Laporte et al., 2017). Ce taux contraste avec les prévalences de 1 % du TPL en population générale (Ellison et al., 2018) et de 10 % en consultation externe en psychiatrie (APA, 2013).

Nombreux sont donc les professionnels qui interviennent auprès des personnes ayant un TPL et plusieurs recherches se sont penchées sur leur expérience subjective (Bodner et al., 2011; Koekkoek et al., 2009). Il est reconnu que l'impulsivité et les difficultés relationnelles inhérentes à ce trouble peuvent compliquer les suivis (Bodner et al., 2011) et que les personnes ayant un TPL suscitent d'intenses contre-transferts chez les cliniciens (Bouchard, 2010). Les professionnels de la santé et des services sociaux reconnaissent que leurs attitudes sont parfois contre-thérapeutiques et qu'ils ont besoin de formation ou de supervision (Laporte et al., 2014; Treloar, 2009). Considérant les difficultés des personnes présentant un TPL à utiliser les ressources d'aide, le manque de formation souligné par les intervenants et l'intensité des réactions contre-transférentielles qu'elles peuvent susciter, l'intervention auprès d'un parent présentant ce trouble constitue un défi certain

(Bergeron-Leclerc, 2010). Il appert donc pertinent d'explorer les perceptions et l'expérience des intervenants œuvrant auprès de parents ayant un TPL pour en dégager les impacts sur leurs interventions.

Perceptions et expériences des intervenants

Les professionnels tendent à étiqueter les clients présentant les caractéristiques d'un TPL comme difficiles, notamment en raison de leur imprévisibilité (Koekkoek et al., 2009). Cette clientèle est parmi celles subissant le plus de rejet et de jugements négatifs de la part des cliniciens (Aviram et al., 2006). Cette stigmatisation constituerait une embûche pour accéder aux traitements (Black et al., 2011; Corrigan, 2004; Rogers & Acton, 2012). Dans leur revue de la littérature incluant une majorité d'études effectuées auprès d'infirmières, Sansone et Sansone (2013) suggèrent que les professionnels impliqués auprès de personnes présentant un TPL vivent de l'inconfort, de l'anxiété, de la colère et rapportent se sentir manipulés par celles-ci. Selon ces auteurs, les professionnels ressentent moins d'empathie envers ces clients et se décrivent moins aidants et plus défensifs dans leurs interventions, ce qui peut conduire à un désinvestissement de cette clientèle.

La stigmatisation ne semble pas être le seul obstacle pour offrir des services de qualité aux individus présentant un TPL. À partir d'une analyse thématique, Treloar (2009) a examiné l'expérience subjective de professionnels de la santé et a mis en évidence quatre enjeux relatifs au suivi d'individus ayant un TPL : (1) ils génèrent de l'inconfort chez les

professionnels; (2) les caractéristiques du TPL contribuent aux réponses négatives des professionnels et du système; (3) le dispositif de soins est inadéquat pour les besoins de ces clients; et (4) les services offerts nécessitent des améliorations. Toutefois, ces résultats ont été obtenus à partir de l'analyse thématique d'une seule question ouverte, limitant l'exploration en profondeur de la perspective des professionnels.

Une revue systématique plus récente (Ring & Lawn, 2019) a tenté de comprendre plus spécifiquement les conséquences de la stigmatisation sur l'intervention. Ces auteurs ont analysé et comparé des articles évaluant la perspective des clients ayant un TPL sur leur expérience des soins de santé ($n = 12$) et la perspective des cliniciens qui les suivent ($n = 18$). Ils proposent un modèle explicatif où l'impuissance du clinicien à aider, combinée à l'impuissance du client à se faire comprendre, alimente la perception mutuelle que les interactions seront négatives. Cependant, les résultats de cette recherche ne considèrent pas certains contextes d'intervention particuliers comme celui auprès de parents présentant ce trouble. Des enjeux spécifiques à la pratique auprès de cette clientèle, tels que la protection de l'enfant et le travail multidisciplinaire, pourraient en effet influencer de façon singulière les réactions des intervenants.

À ce jour, quelques recherches seulement se sont penchées sur le point de vue des professionnels vis-à-vis des parents ayant un TPL. S'intéressant notamment aux interventions à privilégier auprès de cette clientèle, Bartsch et ses collègues (2015) ont analysé les perceptions de 106 professionnels et font trois constats : (1) les groupes axés

sur les compétences parentales sont plutôt inefficaces parce qu'ils ne tiennent pas compte de l'instabilité émotionnelle du parent; (2) les approches mettant l'accent sur les symptômes du TPL, les habiletés parentales et les besoins de l'enfant sont jugées plus efficaces; et (3) ces parents requièrent du soutien communautaire comme l'accès à du répit. Afin de cerner les défis et les besoins des intervenants accompagnant les parents ayant un TPL ou d'émettre des suggestions pour bonifier les pratiques, deux études québécoises ont exploré l'expérience des intervenants auprès des parents ayant un TPL. À partir de groupes de discussion auprès de 104 intervenants sociaux en protection de la jeunesse, Laporte et al. (2014) ont recueilli leurs perceptions et mis en évidence trois enjeux contextuels contribuant aux difficultés d'intervenir. Le premier, les facteurs interpersonnels, réfèrent aux dilemmes concernant la priorisation des besoins de protection de l'enfant versus l'aide à offrir au parent. Le second concerne les contingences organisationnelles, et le troisième, la charge affective et cognitive ainsi que les défis cliniques quotidiens que génère la conciliation des deux premiers facteurs. De son côté, Boucher (2019) a réalisé des entrevues individuelles auprès de 12 intervenants de diverses disciplines au sein de services jeunesse de première ligne et dégage trois axes de difficultés et de besoins identifiés par les intervenants. L'axe personnel réfère au besoin de se préserver face à l'intensité des interventions auprès de ces parents, l'axe professionnel concerne le besoin d'intervenir d'une manière systémique et l'axe organisationnel a trait au soutien des institutions pour pallier les difficultés et les besoins relatifs aux deux axes précédents. Ces études abordent en silo certains processus cliniques auprès de cette clientèle sans explorer l'influence des perceptions sur les émotions et les interventions.

Or, les perceptions ont un effet certain sur les émotions et peuvent influencer les interventions (Corrigan & Watson, 2002).

Objectifs

Considérant la prévalence des parents ayant un TPL dans le réseau de la santé et des services sociaux (APA, 2013; Laporte et al., 2017), les effets de leurs difficultés à exercer leur rôle parental sur les enfants (Eyden et al., 2016) et les risques d'effectuer des interventions contre-productives auprès de cette clientèle (Sansone & Sansone, 2013; Treloar, 2009), deux objectifs sont visés par la présente étude : (1) décrire les perceptions et l'expérience affective des intervenants impliqués auprès de parents ayant un TPL; et (2) explorer les liens entre ces perceptions et ces émotions et les interventions effectuées.

Méthode

L'Approche interprétative phénoménologique (IPA) a été utilisée (Smith, 2011). Cette approche est conçue pour explorer le sens que les participants donnent à leur monde interne et externe tout en reconnaissant la contribution du chercheur dans l'interprétation de l'expérience des participants. L'aspect phénoménologique de cette approche qualitative permet de cerner l'expérience subjective des intervenants travaillant auprès des parents ayant un TPL. Bien que l'IPA porte sur l'expérience du participant, le chercheur s'engage activement dans un processus d'interprétation, car cette expérience ne peut être purement extraite des pensées des participants. Cette méthode permet de s'intéresser au

vécu spécifique de chaque intervenant, mais aussi de donner une vue d'ensemble grâce à la compréhension du chercheur.

Échantillon

La recherche s'est déroulée au Centre Jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM), au CLSC Sud-Ouest Verdun (S-O Verdun), au Centre de réadaptation en dépendance Foster et au CISSS de la Montérégie-Est. Les intervenants ont été recrutés parmi ceux participant à la recherche évaluative du programme *Mon enfant & moi* (Desrosiers et al., 2019). Ce programme vise à développer les compétences de parents ayant un TPL et à augmenter la motivation et les habiletés des professionnels à intervenir auprès d'eux. Un échantillon à variation maximale a été constitué selon différentes caractéristiques (milieu d'intervention, années d'expérience avec cette clientèle, discipline professionnelle) et le recrutement des participants a été arrêté lorsque la saturation des données a été atteinte. Onze participants (un seul homme) âgés entre 26 et 47 ans, possédant de 4 à 21 ans d'expérience et intervenant dans différents contextes (réadaptation en dépendance, programmes santé mentale et déficience, protection de la jeunesse) ont été recrutés. Trois travailleurs sociaux, un psychologue, trois psychoéducateurs, 2 agents de relations humaines et 2 éducateurs spécialisés ont participé à l'étude. Neuf d'entre eux rencontrent les parents dans le contexte d'une demande de service pour l'enfant, leur mandat principal ne consiste donc pas à offrir un service directement au parent, alors que deux participants travaillent auprès de la clientèle adulte.

Collecte de données

Une entrevue semi-structurée avec chacun des intervenants a été réalisée avant leur participation au programme *Mon enfant & moi*. Elles ont été conduites par deux des auteurs (NGG, LD) et une assistante de recherche formée aux méthodes de recherche qualitatives et aux techniques d'entrevues. Les canevas d'entrevues ont été élaborés par les auteures (LD, LL) à partir de la littérature et de leur expérience en clinique et en recherche auprès de la clientèle des parents ayant un TPL (voir Appendice C). Les chercheurs ont utilisé le canevas d'entrevue semi-structurée de façon flexible en favorisant une libre exploration du vécu à l'aide de questions ouvertes, par exemple : *Comment décrivez-vous votre travail avec les parents ayant un TPL? Quelle est votre perception du potentiel de changement de ces parents?* Les participants ont répondu à ces questions par rapport à leur expérience auprès de parents ayant un diagnostic de TPL ou de ceux qui leur apparaissaient en présenter les caractéristiques. Une étude a montré que l'impression clinique des intervenants en protection de la jeunesse s'avère une estimation relativement adéquate pour identifier le TPL, avec une marge de faux positifs de 3 % (Laporte et al., 2017). Les entrevues d'une durée de 30 à 60 minutes ont eu lieu dans le bureau des participants ou par téléphone entre janvier 2019 et février 2020.

Analyses

Les analyses ont été effectuées suivant les lignes directrices de Smith (2011). Chaque verbatim a été lu et segmenté en unités de sens. Des commentaires analytiques ont ensuite été rédigés pour chacune afin d'en dégager les points saillants et un thème leur a été

assigné. Les différentes unités de sens regroupées sous le même thème ont été examinées pour en assurer la cohérence. Les thèmes ont ensuite été comparés entre eux afin de vérifier qu'ils soient mutuellement exclusifs. Ils ont été hiérarchisés en sous-thèmes et thème principal. Durant la transcription et l'analyse, des mémos ont été rédigés afin de mettre en lumière les biais du chercheur. Les membres de l'équipe de recherche ont revu les thèmes et sous-thèmes au fur et à mesure de l'analyse jusqu'à l'obtention d'un consensus.

Résultats

Les analyses ont mis en évidence sept thèmes décrivant l'expérience des intervenants auprès des parents présentant un TPL : Une double tâche, Omission de la perspective de l'enfant, Siphon d'énergie, Instabilité avec l'enfant, Instabilité dans la relation d'aide, Désorientés par le vortex, Des petits pas versus des coups d'épée dans l'eau. Chacun est développé selon cette séquence : la perception des intervenants, les émotions qu'ils éprouvent, et leurs impacts sur l'intervention tels qu'ils les décrivent, puisque comme le rapportent Aviram et al. (2006) les perceptions pourraient influencer les émotions, puis les réactions des cliniciens, menant à des difficultés dans les suivis. Avant d'aborder les thèmes, il est important de souligner que les intervenants sont conscients que leurs impressions négatives ne représentent pas la majorité de leurs expériences. Ils considèrent qu'un parent ayant un TPL peut présenter un large éventail de profils. Voici l'extrait d'un intervenant qui souligne l'individualité de chacun.

« C'est une problématique qui est assez complexe au sens où y a plusieurs [présentations cliniques], la palette est large, y'en a des plus carabinés que d'autres, d'autres c'est peut-être plus subtil. »
(Participant 6)

Une double tâche

La double tâche émerge de la perception qu'ont les intervenants qu'ils doivent aider le parent à cheminer personnellement avant de travailler ses habiletés parentales et espérer ultimement aider l'enfant.

Perceptions

Les participants considèrent que la maturité affective du parent ne correspond pas à ce qui est attendu pour leur niveau de responsabilité. De ce fait, ils constatent qu'ils se retrouvent avec une charge de travail supplémentaire.

« On est sensés être là pour les enfants, moi j'ai un dossier enfant, mais [...] c'est comme si j'avais deux enfants de 12-13-14 ans. [Un enfant] qui s'occupe de son enfant. »
(Participant 3)

Les intervenants perçoivent que le parent accepte difficilement certaines interventions visant à leur apprendre de nouvelles façons de faire avec leur enfant. Ils ont l'impression que leurs interventions peuvent parfois être mises en échec par un parent qui peut refuser l'aide, par exemple, pour revendiquer son autonomie ou pour se protéger face à des critiques perçues.

« J'ai dit [au parent] autant tu as besoin de nous faire sentir qu'on se trompe, que tu en connais plus, ou que tu connais mieux ta situation que nous, autant tu as besoin simultanément que je te dise quel chemin prendre et à quel moment le prendre aussi. »
(Participant 6)

Émotions

Ces perceptions peuvent alors parfois susciter chez certains un sentiment d'incompétence et d'impuissance comme le souligne ce participant.

« Comme un sentiment d'incompétence, de ne pas être à la hauteur ou de ne pas répondre à leurs exigences [...]. Comme intervenantes, on veut réussir. On veut vraiment les aider [...]. On peut se mettre facilement beaucoup de pression. Parce qu'eux, ils vont beaucoup nous remettre la responsabilité de leurs difficultés. »
(Participant 9)

Impacts sur l'intervention

Cette perception d'être confrontés à une double tâche amène les intervenants à agir de deux façons différentes : redonner du pouvoir au parent et offrir un modèle de reparentage. En premier lieu, confrontés à cette immaturité affective, les intervenants se retrouvent souvent dans une situation paradoxale. Il leur est parfois difficile de conjuguer à la fois le désir du parent de collaborer et d'accepter le soutien de l'intervenant en même temps que celui d'être autonome. Les intervenants vont tenter de l'aider à assumer ses responsabilités afin qu'il puisse exercer son rôle parental avec plus de maturité. Pour ce faire, une intervenante explique comment elle soutient le parent dans la prise de décision, stimulant ainsi sa participation aux décisions.

« Je lui offrais deux choix, voici le choix numéro 1 : Qu'est-ce que ça implique, les points positifs, les points négatifs de ce choix-là. Choix numéro 2 : Qu'est-ce que ça implique, les points positifs et les points négatifs ? Puis, je laissais maman prendre la décision [...]. Je pense qu'elle se sentait un peu plus impliquée et considérée. »
(Participant 10)

En second lieu, les intervenants répondent en se positionnant comme un modèle parental, reconnaissant que ces parents n'ont parfois jamais eu accès à un tel modèle.

« Il faut reprendre les choses [à la suite d'un conflit]... Peut-être que tu ne l'as pas appris enfant, mais là tu es un homme, tu es une femme...il faut que tu l'apprennes, parce que c'est important que tu l'apprennes à ton enfant. »
(Participant 5)

Les analyses suggèrent que les intervenants tiennent compte de cette perception de la vulnérabilité du parent en créant un climat de confiance et de sécurité. Ils misent sur les chances que l'expérience de leur bienveillance permettra au parent de développer cette même attitude envers son enfant.

« C'est important de leur faire ressentir qu'ils ont un filet de sécurité aussi. On veut qu'ils deviennent le filet de sécurité de leur enfant, mais il faut que ces parents-là aussi en aient un filet de sécurité. »
(Participant 1)

Omission de la perspective de son enfant

Les analyses mettent en évidence que certains intervenants croient que ces parents ont de la difficulté à comprendre correctement leur enfant puisqu'il est généralement difficile pour eux de se mettre à la place de l'autre.

Perceptions

Les intervenants rapportent observer une lacune sur le plan des capacités de mentalisation du parent. Ils estiment que celui-ci aurait de la difficulté à comprendre le point de vue de l'enfant, comme les propos de cette intervenante le traduisent.

« Qu'est-ce qui peut vouloir te dire ton enfant? Se détacher de soi, pour aller comprendre l'autre [...] C'est à travailler beaucoup, beaucoup. »
(Participant 1)

Émotions

Lorsque les parents ont de la difficulté à prioriser leurs enfants, les intervenants peuvent se retrouver attristés et se sentir interpellés face à ce qui leur semble injuste pour l'enfant. Souvent, ils rationalisent leurs émotions face à cette situation en essayant de s'expliquer et de justifier les comportements des parents.

« C'est sûr que c'est triste, mais ça s'explique, tu vas voir leur vie, leurs parents, les modèles qu'ils ont eus [...]. Souvent eux-mêmes ils ont des parents qui étaient des consommateurs ou qui n'étaient pas capables de donner les besoins de base ou de les sécuriser sur le plan affectif. »
(Participant 2)

Impacts sur l'intervention

Dans ce contexte aussi, la réponse de l'intervenant est d'agir comme modèle en suscitant la mentalisation du parent. Il verbalise au parent sa compréhension de ses motivations, intentions ou comportements dans le but qu'il expérimente, en miroir, le

processus de mentalisation. Les intervenants rapportent agir ainsi afin qu'il reproduise ce même processus avec l'enfant.

« De le ramener dans la perspective de l'enfant. Parce que souvent le parent, il pense dans sa propre perspective d'adulte avec ses problèmes d'adulte. »

(Participant 9)

Siphon d'énergie

Considérant les nombreux défis rencontrés par les parents ayant un TPL, une somme importante de ressources doit être mobilisée, tant sur le plan de l'investissement individuel de l'intervenant que du nombre de professionnels impliqués dans le suivi.

Perceptions

Face à l'intensité émotionnelle du parent, les intervenants estiment qu'ils doivent d'abord prendre le temps de l'apaiser. Cette tâche leur apparaît parfois interférer avec le déroulement des séances, les obliger à prolonger les rencontres indûment, les rendant ainsi moins disposés pour le reste de leur journée de travail.

« Ils te pètent la méga crise, tu peux pas t'en aller parce que faut que tu récupères tout ça, il faut que tu les amènes à s'apaiser pour être dispo pour leur enfant. »

(Participant 5)

Les professionnels perçoivent que cette clientèle représente un défi stimulant par leur originalité, leur « *arc-en-ciel de couleur* » (Participant 8) qui leur procure un travail non routinier. Malgré leur motivation et le plaisir manifesté par certains intervenants, les

analyses suggèrent aussi le besoin de doser la charge des émotions. En effet, se voir attribuer un grand nombre de parents ayant un TPL peut s'avérer trop demandant pour certains.

*« C'est sûr que j'en voudrais pas 20 comme ça dans mon case-load, 1 ou 2 ou 3 ça va, mais avec des intensités variables aussi. »
(Participant 8)*

Émotions

Les intervenants disent ressentir de l'épuisement face à l'ampleur des services à fournir aux parents. Ils peuvent ainsi être parfois moins disponibles affectivement à la suite des rencontres avec eux en raison d'un manque d'énergie ou d'émotions encore trop vives.

*« Je ne peux pas mettre une autre rencontre après. On a besoin de digérer, de s'apaiser pour être disponible à la prochaine rencontre qu'on va faire [...] j'ai pu d'énergie! »
(Participant 5)*

Impacts sur l'intervention

Le travail avec les parents amène les intervenants à sentir le besoin de se recentrer sur eux et d'intégrer affectivement ce qui s'est passé. Pour ce faire, ils mentionnent mettre en place diverses stratégies telles que la co-intervention, la discussion en équipe et la communication régulière avec les professionnels d'autres services. Une des solutions évoquées pour diminuer la charge est la mise en place d'un intervenant pivot assurant la communication entre les professionnels.

« Je trouve que le plus gros défi comme intervenant pivot, c'était justement de réunir tout ce monde-là autour d'un conseil d'orientation clinique pour dire : "Ok, actuellement voici les enjeux" et finalement faire un transfert d'information qui nous permet de nous remettre à jour et d'avoir une lecture pas mal plus commune. »
(Participant 6)

Malgré les stratégies mises en place, l'intervention auprès des parents ayant un TPL aurait une incidence sur le temps accordé aux autres clients. Les intervenants rapportent que l'ampleur des exigences les conduit à négliger certaines familles qui vont mieux ou qui sont plus « faciles ».

« C'est prenant, c'est lourd, ça prend beaucoup d'énergie. J'ai mis énormément de temps dans ce dossier-là au détriment d'autres enfants. Parce que les autres enfants vont bien [...], je me dis, eux, c'est des p'tits dossiers bonbon. Je suis capable de les rouler de côté. »
(Participant 10)

Instabilité avec l'enfant

La relation avec l'enfant peut ressembler à des « montagnes russes » (Participant 3) et entraîner des conséquences tant sur le lien parent-enfant que sur le développement de l'enfant.

Perceptions

Les intervenants perçoivent que l'instabilité relationnelle du parent se manifeste par des oscillations entre fusion et rejet dans son lien avec l'enfant. Témoignant de ses observations, cet intervenant commente le lien mère-enfant chez cette clientèle :

« Parfois, ils sont vraiment vraiment proches et parfois ils sont vraiment loin et il y a beaucoup de conflits entre eux. »
(Participant 4)

Émotions

Certains intervenants expriment un certain découragement et de la colère associés aux conséquences que les comportements erratiques du parent peuvent avoir sur l'enfant. Une intervenante exprime son exaspération à cet égard, revendiquant le droit de l'enfant d'avoir un parent apte à répondre à ses besoins.

« À un moment donné, est-ce qu'il pourrait avoir quelqu'un de stable devant lui aussi! »
(Participant 8)

Impact sur l'intervention

Les analyses suggèrent que les intervenants tentent de travailler la stabilité des comportements parentaux. Ils emploient diverses méthodes telles que l'entrevue motivationnelle, peser le pour et le contre, leur refléter les conséquences de leurs comportements sur l'enfant ou rappeler au parent les risques associés à leur attitude, par exemple, la possibilité d'en perdre la garde. Encore une fois, les intervenants rapportent essayer d'aider le parent à se représenter la perspective de l'autre.

« En parlant des impacts que leurs comportements présents ont sur eux, sur d'autres gens qui sont dans leur vie, sur leurs enfants, ça peut venir augmenter la motivation [...]. De refléter des fois leur ambivalence et de voir qu'est-ce qui pourrait les débloquer un p'tit peu. »
(Participant 11)

Instabilité dans la relation d'aide

L'instabilité semble se manifester aussi dans la relation parent-intervenant et compliquerait l'alliance thérapeutique.

Perceptions

Les analyses montrent que les intervenants constatent que plusieurs coupures relationnelles jalonnent la trajectoire de vie de ces parents et que cela s'avère aussi une réalité dans le contexte de leurs suivis. Les intervenants soulignent que la méfiance représente un réel défi d'intervention.

« S'apprivoiser comme dans le p'tit prince avec le renard. Chaque jour, tranquillement s'approcher pour travailler avec des gens qui sont en général peut-être plus méfiants. »
(Participant 7)

Lorsque les intervenants abordent un sujet sensible ou confrontant avec le parent, ils remarquent que celui-ci peut devenir moins collaborant, voire hostile. Ils interprètent les attaques du parent comme l'activation de leur crainte d'abandon, ce qui, d'après eux, conduirait à des comportements visant à tester la relation. Cet intervenant énonce sa compréhension de ce processus interne chez le parent.

« Je crée un lien, mais en même temps, je le teste jusqu'à ce que l'autre prouve [ma crainte d'être rejeté] et qu'il s'en aille. J'essaie de le saboter, "vas-tu rester encore dans ma vie malgré toute l'espèce d'agressivité" »
(Participant 10)

Émotions

Cette instabilité semble provoquer chez les intervenants des sentiments d'incompétence, de déception et d'exaspération. Ils en viennent également à redouter un désengagement ou une crise du parent si leurs interventions sont perçues comme rejetantes. Les intervenants rapportent devenir hypervigilants et craintifs.

« Tout peut être interprété, c'est comme un peu, toujours marcher sur des œufs. Tu ne veux pas trop dire, mais en même temps tu as un rôle aussi, tu veux dire les vraies choses. »
(Participant 1)

Impacts sur l'intervention

Ce sentiment de marcher sur des œufs suggère qu'il est délicat d'intervenir avec cette clientèle. Les intervenants en viennent à moduler leurs interventions afin de ne pas activer le parent et ils ont l'impression de perdre une partie de leur spontanéité lors des séances. L'intervenant devient méfiant face aux réactions du parent, ce qui peut contribuer à la fragilisation du lien.

« J'ai constamment une pensée derrière la tête : j'espère qu'ils ne le prennent pas personnel, que je ne les contrarie pas ou ne les insulte pas. Donc, dans un sens, ça interfère avec mes interventions, je ne me laisse pas être 100 % moi-même, authentique, car je dois être prudente et en même temps maintenir ma transparence. »
(Participant 4)

Désorientés par le vortex

Les analyses révèlent qu'il est aussi difficile de suivre un plan d'intervention linéaire puisque les intervenants se sentent entraînés dans le vortex des problèmes et des innombrables demandes du parent.

Perceptions

Ces parents se présentent régulièrement aux rencontres avec de nouveaux problèmes de vie. Les intervenants rapportent devoir ainsi ajuster leur entretien en fonction de ces difficultés ponctuelles, amenées le plus souvent sur le mode de la crise. Il leur devient ainsi très ardu de poursuivre des objectifs à plus long terme à l'égard de l'enfant lorsque le parent n'est pas lui-même stabilisé.

« Il y a tout le temps quelque chose qui se passe [...]. On rentre, on veut travailler par exemple les habiletés parentales, et voici le délai qu'on se donne. C'est extrêmement difficile, parce qu'on ne peut pas vraiment avoir un plan précis comme ça. Tout va être amené à changer en fonction de ce qu'eux [les parents] vivent. »
(Participant 1)

Émotions

Certains intervenants mentionnent se sentir envahis, confus et désorientés par le « *tourbillon de vie* » (Participant 1) du parent.

« Quand tu n'as pas le contrôle [du suivi], quand tu ne sais même pas dans quoi tu es. Mon Dieu, tu as mal au cœur! Tu es tellement assommée que tu ne sais même pas dans quoi tu t'es embarquée. »
(Participant 3)

Impacts sur l'intervention

Il leur semble primordial de faire preuve de flexibilité dans les interventions pour accorder de l'espace et de l'importance au parent qui manifeste des besoins urgents. En contrepartie, les intervenants sentent qu'il s'avère difficile d'intervenir en cohérence avec leur mandat principal, soit le bien-être de l'enfant.

« On veut aider le parent, mais en même temps on est tout le temps pris, parce qu'il faut ramener [l'intervention] à l'enfant. Et c'est difficile de travailler [selon] nos corridors de services. On ne peut pas travailler juste [les besoins de] l'enfant sans offrir de service au parent. C'est impossible on arrivera à rien. »
(Participant 1)

Les intervenants soulignent qu'ils se retrouvent souvent dans la situation difficile, où ils sont complètement mobilisés par les problèmes du parent. Lorsqu'ils sentent que c'est le cas, ils affirment tenter de recentrer la rencontre sur les objectifs liés au bien-être de l'enfant. Justifier ainsi leur intervention par les véritables enjeux de leur intervention leur permet ainsi d'éviter d'être happés par le vortex.

« Il faut les cadrer. Il ne faut pas s'étendre sur un sujet qui n'est pas en lien avec ce qui est abordé, parce qu'il pourrait justement nous amener dans leur malaise, dans leur vide intérieur, dans ce qui ne va pas. C'est beaucoup de les ramener à la raison de la rencontre. »
(Participant 2)

Des petits pas versus des coups d'épée dans l'eau

Malgré un plan d'intervention difficile à maintenir, les perceptions à l'égard du potentiel de changement de ces parents apparaissent diverger d'un intervenant à l'autre.

Perceptions

Certains intervenants ont l'impression d'observer peu de changement et de constamment travailler sur les mêmes cibles. Ils considèrent que ces parents répètent des comportements inadéquats, prolongeant les suivis indûment. Leurs interventions seraient, selon certains, « des coups d'épée dans l'eau » (Participant 8).

« Malgré toute [l'aide offerte], [le parent] retombe. Je pense : “Est-ce que ça va être un trouble à l'infini vraiment?” C'est ce dont je me rends compte finalement. »
(Participant 8)

D'autres intervenants perçoivent aussi un potentiel de changement chez ces parents, mentionnant que « ça vaut la peine » (Participant 3) de les soutenir. Ils soulignent que le potentiel peut être présent, mais que ce changement se fait à « petits pas » (Participant 2).

« Tant que la personne a une motivation interne [...], il y a toujours un potentiel de changement. Ça peut prendre plus de temps [...], mais le potentiel est là. »
(Participant 4)

Émotions

Les intervenants rapportent se sentir parfois incompetents, frustrés, impuissants et démotivés lorsqu'ils doivent répéter les mêmes interventions. Certains soulignent que leur compassion peut s'éroder.

« C'est comme quelque chose de chronique [...], il y a des moments où je deviens moins empathique à la situation, je deviens un peu plus ... fâchée ou très ..., plutôt envahie dans le sens que ça vient me chercher personnellement. »
(Participant 8)

Les intervenants peuvent aussi ressentir une pression engendrée par le dilemme de respecter le rythme du parent qui avance à petits pas, tout en demeurant préoccupé du bien-être de l'enfant. Les intervenants réalisent qu'ils doivent responsabiliser le parent, mais constatent qu'ils doivent modérer leur sentiment d'urgence, estimant que cela pourrait fragiliser le lien.

« Il faut respecter [le rythme], sinon elle va se braquer et elle va vouloir saboter la relation. C'est confrontant de se dire qu'il faudrait aller plus vite pour que l'enfant aille mieux. En même temps, je sais qu'il faut que je respecte le rythme de la mère. »

(Participant 10)

Impacts sur l'intervention

Malgré cette pression d'effectuer un changement et la perte d'empathie possible, les intervenants disent s'accrocher à la conviction que le parent a du potentiel. Cette pensée les aide à continuer. Ils décrivent devoir user de créativité pour faire ressortir les forces du parent qu'ils valorisent et valident. Ils vont aussi ajuster leurs attentes pour formuler des objectifs plus réalistes afin de respecter leur rythme.

« Tous les petits pas, c'est des petites victoires. On essaie vraiment de mettre la barre à la hauteur qu'ils peuvent vivre du succès. Après ça, de rappeler toujours ce petit succès-là. On remercie, on valide, on reconnaît. »

(Participant 7)

En résumé, les perceptions des intervenants, soulignées dans chacun des thèmes, peuvent engendrer une gamme d'émotions (perplexité, impuissance, etc.) et pour certains, ces expériences émotionnelles sont ressenties comme envahissantes. Ils soulignent devoir

réguler leurs émotions afin de moduler leurs interventions. Ils tentent d'être sécurisants et disent porter une attention particulière à la fragilité du lien avec le parent. Ils soulignent que le souci pour l'enfant demeure omniprésent et soutiennent le reparentage.

Discussion

Cette recherche décrit l'expérience des intervenants psychosociaux travaillant auprès de parents ayant un TPL et explore les liens entre leurs perceptions, leurs émotions et leurs interventions. Sept thèmes ressortent des propos des intervenants rencontrés : Double tâche, Omission de la perspective de son enfant, Siphon d'énergie, Instabilité avec l'enfant, Instabilité dans la relation d'aide, Désorientés par le vortex et Des petits pas versus des coups d'épée dans l'eau. La majorité des perceptions décrites par les intervenants convergent avec la littérature rapportant que les cliniciens perçoivent les personnes ayant un TPL comme une clientèle difficile (Bodner et al., 2011; Koekkoeck et al., 2009). Les intervenants participant à l'étude ont soulevé que les nombreuses difficultés personnelles peuvent interférer avec leur suivi. Ces situations sont reconnues pour générer des sentiments d'impuissance et de stress, pouvant conduire à la stigmatisation (Koekkoeck et al., 2009), ces sentiments sont rapportés dans la présente étude, ce qui converge avec les résultats de Laporte et al. (2014). Le mandat premier d'une majorité de participants à notre étude vise à aider à mettre en place des conditions favorisant un développement adéquat et sécuritaire pour les enfants. Il se pourrait que ce contexte de pratique ait contribué à exacerber les émotions d'impuissance et de frustration vis-à-vis les comportements dysfonctionnels du parent. Ces émotions auraient pu engendrer du

ressentiment et donner lieu à une réponse hostile, comme ce qui est rapporté dans la littérature lorsque les intervenants réagissent de manière négative (Sansone & Sansone, 2013) ou lorsqu'ils peuvent rejeter leur client (Aviram, 2006). Toutefois, les propos des intervenants ne semblent pas traduire d'attitudes stigmatisantes dans leurs façons d'intervenir. Les participants ont plutôt mis de l'avant les aspects positifs de l'intervention, spécifiant que leurs impressions négatives ne représentent pas la majorité de leurs expériences.

Régulation émotionnelle des intervenants

Nos résultats mettent en lumière les enjeux émotionnels retrouvés chez les intervenants en contact avec les parents ayant un TPL. Leur empathie peut être affectée et ils peuvent aussi devenir envahis par leurs émotions. Ce phénomène peut mener à l'épuisement professionnel et à la fatigue de compassion (Geoffrion et al., 2016; Leake et al., 2017), affectant leurs comportements, l'alliance thérapeutique (Ligiéro & Gelso, 2002) et nuisant au succès de l'intervention (Gelso et al., 2002). La littérature sur l'association entre le contre-transfert et les interventions contre-productives auprès de cette clientèle est abondante (Bessette, 2010, Sansone & Sansone, 2013; Treloar, 2009). Il était attendu que les participants témoignent de quelques ratés sur le plan de leur intervention. Or, ceux-ci n'ont pas mis en lumière de telles situations, malgré les encouragements à discuter de ces aspects. Il est possible que les intervenants qui ont accepté de participer à la recherche soient ceux qui se sentent plus à l'aise avec cette clientèle, ce qui pourrait constituer un biais d'échantillonnage. De plus, les entrevues n'ont

pas été réalisées à chaud, immédiatement après une rencontre avec un parent. Il se peut que ce délai ait permis aux participants de prendre une distance avec leurs expériences affectives. Ainsi, les récits recueillis traduiraient peut-être davantage leur processus d'élaboration à posteriori que la gestion de leurs émotions pendant l'entretien avec le parent. Ces biais, conjugués avec la désirabilité sociale, pourraient avoir teinté positivement les résultats de la présente recherche.

En contrepartie, ce peu de rétrospective sur leurs points aveugles, sur des interventions contre-productives ou maladroites, pourrait aussi suggérer un déni de leurs réactions contre-transférentielles à l'égard du parent. Cet aménagement pourrait s'avérer énergivore et conduire paradoxalement à une mise à distance de cette clientèle comme le proposent Ring et Lawn (2019). La retenue des émotions et de certaines interventions associées à la crainte des réactions du parent aurait pu conduire à un désengagement envers cette clientèle ou susciter des interventions contre-thérapeutiques. Or, nos résultats semblent indiquer un effet différent; les intervenants reconnaissent négliger certains clients pour, au contraire, investir davantage de temps dans les suivis avec ces parents et leurs enfants. Il est possible que les préoccupations de l'intervenant pour le bien-être de l'enfant fassent contrepoids et inhibent ses réactions contre-transférentielles hostiles et mobilisent plutôt un contre-transfert maternant où le suivi est surinvesti. Ce contre-transfert amènerait les intervenants à tenter de comprendre la perspective du parent et à expliquer ses comportements, suggérant un travail de mentalisation.

Reparentage

Les adultes ayant un TPL ont souvent un passé traumatique empreint d'abus et de négligence (Winsper et al., 2016; Zanarini et al., 1997). Bien que le mandat de la plupart des participants de l'étude ne soit pas de traiter le parent, ceux-ci semblent considérer qu'une portion non négligeable de leur intervention est centrée sur lui. Ils considèrent important que leur intervention procure un filet de sécurité au parent, où celui-ci peut faire l'expérience de la stabilité. Cette perspective rejoint le concept de « reparentage limité » utilisé dans la thérapie des schémas de Young (Kellogg & Young, 2006). Les intervenants rapportent se positionner comme modèle (parental) en manifestant explicitement au parent leur intérêt pour ses états mentaux (et ceux d'autrui), en espérant stimuler sa propre capacité à mentaliser. Cette expérience lui permettrait ainsi d'être plus disponible pour son enfant et de mieux répondre à ses besoins. Ces processus thérapeutiques ont été énoncés parmi les bonnes pratiques autant auprès de parents en difficulté (Lacharité & Lafantaisie, 2016) que pour le traitement du TPL (Bateman & Fonagy, 2010).

Organisation des services

Les intervenants perçoivent l'intervention auprès de ces parents comme une double charge de travail. Leur mandat premier est d'assurer que les besoins de l'enfant soient adéquatement répondus. Or, ils font face le plus souvent à un parent souffrant, peu fonctionnel et aux prises avec une multitude de difficultés personnelles, réclamant aide et soutien pour lui-même. Ils ont l'impression de devoir choisir entre l'aide nécessaire à fournir au parent et les besoins de l'enfant. À cet égard, l'organisation des services en silo,

compartimentant les services enfance jeunesse et adulte, pourrait être sous-optimale pour bien desservir les enfants dont les parents présentent un TPL. Les enjeux de confidentialité qu'elle impose ont d'ailleurs été identifiés comme un obstacle à la prise en charge des familles vulnérables par la commission Laurent (Laurent et al., 2020). La nécessité d'aborder les services aux parents ayant un TPL dans une perspective systémique et interdisciplinaire a déjà été soulignée (Bartsch et al., 2015; Boucher, 2019). Boucher (2019) suggère également d'offrir aux intervenants des consultations auprès de spécialistes combinant l'expertise sur le TPL et la parentalité. Cependant, ce type de consultation demeure encore très peu accessible pour la majorité des intervenants psychosociaux au Québec. Il pourrait aussi être pertinent de former des intervenants familiaux spécialisés auprès de cette clientèle particulière. Cette suggestion s'apparente à la proposition d'intervenants pivots mentionnée par un participant et rejoint les résultats de Bartsch et al. (2015) sur l'efficacité des interventions combinant à la fois le parent et l'enfant.

La suggestion d'un intervenant pivot évoque également la difficulté d'orchestrer l'ensemble des services requis pour ces familles. Ces intervenants pivots pourraient assurer la cohérence et la continuité des services. Un travail auprès du parent pourrait aussi être réalisé en amont, puis se poursuivre en dyade avec l'enfant. Ces intervenants bénéficieraient également d'accès à de la formation, de la supervision continue et un soutien émotionnel suffisant. Les approches validées et reconnues pour le traitement du TPL comportent toutes ces volets (Choi-Kain et al., 2016). Comme le suggèrent Grandey

et al. (2012), il est nécessaire d'offrir un espace où l'intervenant peut se sentir à l'aise d'aborder ses vulnérabilités, ses difficultés et ses émotions. Cet espace ne peut qu'être bénéfique pour l'apprentissage de l'intervenant (Choi-Kain et al., 2016), pour favoriser ses processus réflexifs sur les réactions contre-transférentielles (Normandin & Ensink, 2007) et transformer ainsi les difficultés d'intervention en opportunité de croissance pour lui et le client (Bouchard, 2010). Des programmes comme *Mon enfant et moi* (Desrosiers et al., 2019), qui visent à travailler les compétences parentales de mères et de pères ayant un TPL, utilisent les meilleures pratiques d'intervention et comportent un volet de soutien à l'intervenant.

Limites et recherches futures

Outre les possibles biais d'échantillonnage et de la désirabilité sociale déjà évoqués, d'autres limites à cette étude doivent être soulevées. Notre devis n'a pas pris en compte les problématiques particulières des enfants. Les intervenants pourraient avoir des perceptions ou des a priori bien différents selon les motifs de consultations : problèmes neurodéveloppementaux chez l'enfant versus séquelles de mauvais traitements. En ce qui a trait aux intervenants, le manque de participants masculins ne permet pas d'explorer les distinctions possibles selon le genre et il aurait pu être pertinent de porter attention aux différences dans le discours des intervenants selon leurs années d'expérience. Le peu de participants et le nombre de disciplines distinctes parmi eux pourraient aussi limiter la généralisation des résultats puisque les chercheurs pourraient ne pas avoir été en contact avec certaines subtilités appartenant à chacune des disciplines. De plus, les intervenants

de notre étude avaient accepté d'éventuellement participer au programme *Mon enfant et moi*, témoignant peut-être de leur désir d'améliorer leurs interventions. Il se pourrait que ceux-ci aient eu plus d'affinité et d'intérêt pour cette clientèle. Par ailleurs, ces caractéristiques pourraient aussi constituer un atout puisqu'en reconnaissant leurs besoins de formation, ces intervenants avaient possiblement un certain regard critique sur leur pratique auprès de cette clientèle, ce qui faisait d'eux des informateurs particulièrement éclairés. Les entrevues réalisées au téléphone et celles de courte durée ont peut-être nui au développement du climat de confiance requis pour dévoiler des difficultés d'interventions et augmenté la désirabilité sociale des participants. Questionner directement les participants à propos d'interventions qu'ils auraient pu faire différemment, ou encore effectuer des entrevues immédiatement après une rencontre avec un parent auraient sans doute favorisé une exploration plus en profondeur des ratés et des interventions plus maladroites qui peuvent survenir avec cette clientèle. Les résultats quantitatifs de l'évaluation du programme *Mon enfant & moi* compléteront éventuellement la compréhension du travail de ces intervenants par des mesures de leur régulation émotionnelle, de leurs attitudes et de leur alliance avec le parent.

Références

- American Psychiatric Association. (APA, 2013). *DSM-5 : Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry*, *14*(5), 249-256. <https://doi.org/10.1080/10673220600975121>
- Barnow, S., Spitzer, C., Grabe, H. J., Kessler, C., & Freyberger, H. J. (2006). Individual characteristics, familial experience, and psychopathology in children of mothers with borderline personality disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *45*(8), 965-972. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000222790.41853.b9>
- Bartsch, D. R., Roberts, R. M., Davies, M., & Proeve, M. (2015). Borderline personality disorder and parenting: Clinician perspectives. *Advances in Mental Health*, *13*(2), 113-126. <https://doi.org/10.1080/18387357.2015.1065554>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, *9*(1), 11-15. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x>
- Bergeron-Leclerc, C. (2010). *Les soins destinés aux personnes souffrant d'un trouble de personnalité limite: les stratégies gagnantes*. Association québécoise des infirmières et infirmiers.
- Bessette, M. (2010). Psychotherapy in borderline personality disorders: When the impasse is not on the client's side. *Santé mentale au Québec*, *35*(2), 87-116. <https://doi.org/10.7202/1000555ar>
- Black, D. W., Pfohl, B., Blum, N., McCormick, B., Allen, J., North, C. S., Phillips, K. A., Robins, C., Siever, L., Silk, K. R., Williams, J. B. W., & Zimmerman, M., (2011). Attitudes toward borderline personality disorder: A survey of 706 mental health clinicians. *CNS Spectrums*, *16*(3), 67-74. <https://doi.org/10.1017/S109285291200020X>
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., & Iancu, I. (2011). Staff attitudes toward patients with borderline personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *52*(5), 548-555. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.10.004>

- Bouchard, S. (2010). Impasses et opportunités dans le traitement des personnes souffrant d'un trouble de la personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 61-85. <https://doi.org/10.7202/1000554ar>
- Boucher, N. (2019). *Enfant dont un parent présente un trouble de personnalité limite : besoins et modes de soutien des professionnels de première ligne*. [Thèse de doctorat inédite]. Université du Québec à Trois-Rivières, QC.
- Choi-Kain, L. W., Albert, E. B., & Gunderson, J. G. (2016). Evidence-based treatments for borderline personality disorder: Implementation, integration, and stepped care. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(5), 342-356. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000113>
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Danti, J., Adams, C., & Morrison, T. L. (1985). Children of mothers with borderline personality disorder: A multimodal clinical study. *Psychotherapy*, 22(1), 28-35. <https://doi.org/10.1037/h0088522>
- Desrosiers, L., Laporte, L., & Lacombe, J. (2018). Défis occupationnels des mères présentant un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse. *Recueil annuel d'ergothérapie*, 10(1), 7-24.
- Desrosiers, L., Laporte, L., & Pentecôte, C. (2019). Mon enfant et moi : un programme pour parents présentant un trouble de personnalité limite et leurs intervenants. *Quintessence*, 10(12). <https://www.qualaxia.org/wp-content/uploads/quintessence-vol10-no12-fr.pdf>
- Elliot, R. L., Campbell, L., Hunter, M., Cooper, G., Melville, J., McCabe, K., Newman, L., & Loughland, C. (2014). When I look into my baby's eyes... Infant emotion recognition by mothers with borderline personality disorder. *Infant Mental Health Journal*, 35(1), 21-32. <https://doi.org/10.1002/imhj.21426>
- Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A., & Zimmerman, M. (2018). Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics*, 41(4), 561-573. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.008>
- Eyden, J., Winsper, C., Wolke, D., Broome, M. R., & MacCallum, F. (2016). A systematic review of the parenting and outcomes experienced by offspring of mothers with borderline personality pathology: Potential mechanisms and clinical

- implications. *Clinical Psychology Review*, 47(1), 85-105. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.002>
- Feske, U., Tarter, R. E., Kirisci, L., & Pilkonis, P. A. (2006). Borderline personality and substance use in women. *American Journal on Addiction*, 15(2), 131-137. <https://doi.org/10.1080/10550490500528357>
- Gelso, C. J., Latts, M. G., Gomez, M. J., & Fassinger, R. E. (2002). Countertransference management and therapy outcome: An initial evaluation. *Journal of Clinical Psychology*, 58(7), 861-867. <https://doi.org/10.1002/jclp.2010>
- Geoffrion, S., Morselli, C., & Guay, S. (2016). Rethinking compassion fatigue through the lens of professional identity: The case of child-protection workers. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(3), 270-283. <https://doi.org/10.1177/1524838015584362>
- Grandey, A., Foo, S. C., Groth, M., & Goodwin, R. E. (2012). Free to be you and me: a climate of authenticity alleviates burnout from emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(1), 1-14. <https://doi.org/10.1037/a0025102>
- Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 445-458. <https://doi.org/10.1002/jclp.20240>
- Koekkoek, B., van Meijel, B., Schene, A., & Hutschemaekers, G. (2009). Clinical problems in community mental health care for patients with severe borderline personality disorder. *Community Mental Health Journal*, 45(6), 508-516. <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9259-7>
- Lacharité, C., & Lafantaisie, V. (2016). Le rôle de la fonction réflexive dans l'intervention auprès de parents en contexte de négligence envers l'enfant. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 159-180. <https://doi.org/10.7202/1040165ar>
- Laporte, L., Baillargeon, L., Sanchez, I., & Desrosiers, L. (2014). Être intervenant auprès de parents ayant un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse : quand la souffrance de l'un se conjugue au désarroi de l'autre. *Revue de psychoéducation*, 43(2), 323-347. <https://doi.org/10.7202/1061187ar>
- Laporte, L., Paris, J., & Zelkowitz, P. (2017). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in mothers involved in youth protection services. *Personality and Mental Health*, 12(1), 49-58. <https://doi.org/10.1002/pmh.1398>
- Laulik, S., Chou, S., Browne, K. D., & Allam, J. (2013). The link between personality disorder and parenting behaviors: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 18(6), 644-655. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2013.07.017>

- Laurent, R., Lebon, A., Rivard, M., David, H., Fontecilla, A., Fortin, G., Gosselin, J. S., Hill, L., Lavallée, L., Potvin, J.-M., Richard, L., & Tremblay, D. (2020). *Constats et orientations*. Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse. https://www.csdepj.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/20201130_CSDEPJ_Constats_Orientations_VFP.pdf
- Leake, R., Rienks, S., & Obermann, A. (2017). A deeper look at burnout in the child welfare workforce. *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance*, 41(5), 492-502. <https://doi.org/10.1080/23303131.2017.1340385>
- Ligiéro, D. P., & Gelso, C. J. (2002). Countertransference, attachment, and the working alliance: The therapist's contribution. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(1), 3-11. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.39.1.3>
- Macfie, J., Kurdziel, G., Mahan, R. M., & Kors, S. (2017). A mother's borderline personality disorder and her sensitivity, autonomy support, hostility, fearful/disoriented behavior, and role reversal with her young child. *Journal of Personality Disorders*, 31(6), 721-737. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_275
- Newman, L. K., & O'Shaughnessy, R. (2015). Parenting and borderline personality disorder. Dans A. Reupert, D. Maybery, M. G. P. J. Nicholson, & M. V. Seeman (Éds), *Parental psychiatric disorder: Distressed parents and their families* (3^e éd., pp. 163-173). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107707559.017>
- Newman, L. K., Stevenson, C. S., Bergman, L. R., & Boyce, P. (2007). Borderline personality disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions: Preliminary findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(7), 598-605. <https://doi.org/10.1080/00048670701392833>
- 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*, 32(1), 57-74. <https://doi.org/10.7202/016509ar>
- Reinelt, E., Stopsack, M., Aldinger, M., Ulrich, I., Grabe, H. J., & Barnow, S. (2014). Longitudinal transmission pathways of borderline personality disorder symptoms: From mother to child? *Psychopathology*, 47(1), 10-16. <https://doi.org/10.1159/000345857>
- Ring, D., & Lawn, S. (2019). Stigma perpetuation at the interface of mental health care: A review to compare patient and clinician perspectives of stigma and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 1-21. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1581337>

- Rogers, B., & Acton, T. (2012). 'I think we're all guinea pigs really': A qualitative study of medication and borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 19*(4), 341-347. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01800.x>
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2013). Responses of mental health clinicians to patients with borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience, 10*(5-6), 39-43. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3719460/>
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Dyck, I. R., Stout, R. L., Bender, D. S., Grilo, C. M., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Morey, L. C., Sanislow, C. A., & Oldham, J. M. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 159*(2), 276-283. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.2.276>
- Smith, J. A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology Review, 5*(1), 9-27. <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.510659>
- Treloar, A. J. C. (2009). A qualitative investigation of the clinician experience of working with borderline personality disorder. *New Zealand Journal of Psychology, 38*(2), 30-34. <https://www.psychology.org.nz/journal-archive/NZJP-Vol382-2009-4-Commons-Treloar.pdf>
- Weiss, M., Zelkowitz, P., Feldman, R. B., Vogel, J., Heyman, M., & Paris, J. (1996). Psychopathology in offspring of mothers with borderline personality disorder: A pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry, 41*(5), 285-290. <https://doi.org/10.1177/070674379604100505>
- Westad, C., & McConnell, D. (2012). Child welfare involvement of mothers with mental health issues. *Community Mental Health Journal, 48*(1), 29-37. <https://doi.org/10.1007/s10597-011-9374-0>
- White, C. N., Gunderson, J. G., Zanarini, M. C., & Hudson, J. I. (2003). Family studies of borderline personality disorder: A review. *Harvard Review of Psychiatry, 11*(1), 8-19. <https://doi.org/10.1080/10673220303937>
- Winsper, C., Lereya, S. T., Marwaha, S., Thompson, A., Eyden, J., & Singh, S. P. (2016). The aetiological and psychopathological validity of borderline personality disorder in youth: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 44*(1), 13-24. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.12.001>
- Zalewski, M., Stepp, S. D., Scott, L. N., Whalen, D. J., Beeney, J. F., & Hipwell, A. E. (2014). Maternal borderline personality disorder symptoms and parenting of

adolescent daughters. *Journal of Personality Disorders*, 28(4), 541-554.
https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_131

Zanarini, M. C., Williams A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., Levin, A., Yong, L., & Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1101-1106.
<https://doi.org/10.1176/ajp.154.8.1101>

Chapitre 2

Article scientifique 2 – Determinants of Secondary Traumatic Stress Among
Psychosocial Service Providers Working with Parents with
Borderline Personality Disorder

Determinants of Secondary Traumatic Stress Among Psychosocial Service Providers Working with Parents with Borderline Personality Disorder

Nathan Grenier Gauvin^a, Karine Poitras^a, Lise Laporte^c, and Lyne Desrosiers^{b,d*}

^a *Department of Psychology, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, Canada;*

^b *Department of Occupational therapy, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, Canada*

^c *Mc Gill University Health center (MUHC), Montreal, Canada,*

^d *Research Center, Institut universitaire jeunes en difficulté, Montreal, Canada*

*Lyne Desrosiers : 819-376-5011, poste 3730, lyne.desrosiers@uqtr.ca, C.P. 5000, 3351
Boul. des Forges, Trois-Rivières, Qc, G9A 5H7

Nathan Grenier Gauvin, D. Psy, is a doctoral student at Université du Québec à Trois-Rivières, Department of Psychology. His principales research interests are borderline personality disorder, subjective experiences, traumatic stress and emotion regulation.

Karine Poitras is professor at the Department of Psychology, University of Quebec at Trois-Rivières, director of the Psychology and Law Laboratory and researcher at the University Centre for Research on Youth and Families. Her research focuses on paths through the family justice process, Child Protective Services and parenting capacity assessment.

Lise Laporte is assistant professor in the Department of Psychiatry at McGill University. She is a psychologist and former research director at the MUHC Personality Disorders Program.

Lyne Desrosiers is professor at Université du Québec à Trois-Rivières, Occupational Therapy Department, and researcher at the Institut universitaire jeunes en difficulté. Her main research interests are adolescent with BPD, parenting, and support for clinicians working with difficult clients.

Funding. This study was financed by Fonds de recherche du Québec-Société et culture under the contact number 253823, and the Soutien financier à la recherche évaluative de l'institut universitaire Jeunes en difficulté. The authors report there are no competing interests to declare.

Determinants of secondary traumatic stress among psychosocial service providers working with parents with borderline personality disorder

This research aims to document the prevalence of secondary traumatic stress (STS) among Child Protective Services (CPS) workers and primary care psychosocial service providers, and to examine associations between emotion regulation strategies and STS. A sample of 204 participants completed the Professional Quality of Life (ProQOL) and the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). The results revealed that 70% of our sample had moderate to high STS's intensity. Moreover, the regression analysis emphasized the importance of emotion regulation difficulties (difficulty controlling impulsive behavior and limited access to emotional regulation strategies) as predictors of STS intensity. Furthermore, a moderation effect was found between psychosocial service providers' years of experience and work settings, indicating that less experienced CPS workers were more vulnerable to STS. These results emphasized the importance to deploy efficient help to workers afflicted by STS, especially to those working in CPS.

Keywords: Emotion regulation, secondary traumatic stress, Child Protective Services, borderline personality disorder

Introduction

Compassion fatigue affects healthcare professionals across various disciplines: nurses, physicians, social workers, psychotherapists, and paramedics (Cavanagh et al., 2020; Ondrejková & Halamová, 2022). The average level of compassion fatigue in the healthcare sector has consistently increased from 2010 to 2019 (Xie et al., 2021). One component of compassion fatigue (Stamm, 2010) that may specifically affect these professionals is secondary traumatic stress (STS), a condition that results from an exposure to traumatized clients (Bride et al., 2004; Figley, 1995).

Consequences of STS on professionals as a result of their emotional distress are not trivial: higher rates of absenteeism, inefficiency, and resignations (Darr & Johns, 2008; Figley, 1999; Garrett, 1999; Gorman & Brooks, 2009). Symptoms experienced by professionals with STS are intrusive images related to the client's trauma, somatic symptoms, disturbing emotions (notably fear), or disturbed functioning (Bride et al., 2004; Stamm, 2010). The DSM-5 recognizes the impact of exposure to traumatic stories on symptoms associated with post-traumatic stress disorder (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Research has examined several risk factors associated with STS. Findings have revealed that women are at greater risk of developing STS in the work setting context (Molnar et al., 2017). With respect to age and level of experience, scientific findings are inconsistent (Cavanagh et al., 2020; Hensel et al., 2015; Molnar et al., 2017). Age was

found to be negatively associated with STS (Sprang et al., 2011) or had very little influence (Hensel et al., 2015). As for experience, some researchers found that employees with more years of employment experienced more STS (Meyers & Cornille, 2002), but others found no association (Rochelle & Buonanno, 2018). Other factors related to the work setting, such as workload (for example, the proportion of traumatized clients), have a weak impact on the onset of STS (Hensel et al., 2015). Certain psychological factors have also been associated with STS: the person's own experience, such as having suffered a trauma in the past (Dagan et al., 2016; Hensel et al., 2015; Tessier, 2018), and showing attachment insecurity (Baugerud et al., 2018). Two literature reviews have pointed out that research is scarce in regard of psychological risk factors (Cavanagh et al., 2020; Hensel et al., 2015). Although STS impacts one's emotional state (Bride et al., 2004; Figley, 1995; Stamm, 2010), emotional regulation strategies as a psychological factor have been considerably underexplored in research to date.

Emotional Regulation

Emotional regulation is a process by which a person recognizes and moderates his/her emotions to reduce their intensity and responds appropriately to the environment demands (Gratz & Roemer, 2004; Rottenberg & Gross, 2003). Several studies have shown that an emotional regulation deficit is associated with the onset and severity of post-traumatic stress disorder (Bardeen et al., 2013; Forbes et al., 2020). To our knowledge, only three studies have examined the relationship between emotional regulation and STS. Măirean (2016) analyzed emotional regulation strategies in 190 nurses and physicians. Her findings

suggested that modifying cognitions to change the interpretation and impact of emotions reduced STS symptoms, whereas efforts to inhibit emotional experience increased some STS symptoms. Killian (2008) attempted to develop a model predicting STS with 104 therapists working primarily with traumatized children and found a negative relationship between emotional awareness and STS. In another study with 262 Child Protective Services (CPS) and elder protection workers, Benuto et al. (2020) showed that improved emotional regulation weakened the relationship between the use of maladaptive coping strategies and STS. Some research has linked STS with dysfunctional coping strategies. Regret (blaming oneself for the patient's suffering), denial (avoiding processing information related to the client's trauma) and self-criticism are risk factors for STS. Conversely, opting for a rational attitude (making efforts to resolve the situation or accepting it if a resolution proves impossible) reduces STS (Ogińska-Bulik et al., 2021; Ondrejková & Halamová, 2022).

Although findings suggest that emotional regulation may be associated with improved coping strategies linked to STS, most studies exploring this relationship were conducted with healthcare professionals in a hospital setting. To our knowledge, only Benuto et al. (2020) focused on psychosocial service providers, although they did not directly assess the relationship between emotional regulation and STS. Considering the potential importance of emotional regulation in the development of STS, it is important to document these phenomena in contexts that are representative of the specific emotional challenges that professionals face, such as their relationship with clients with borderline personality

disorder (BPD) known for creating discomfort, anxiety and anger (Sansone & Sansone, 2013), and especially parents with BPD because of the concerns that can arise about their children well-being (Laporte et al., 2014).

Parents with Borderline Personality Disorder

BPD is characterized by a diffuse identity, unstable and intense interpersonal relationships, hypersensitivity to rejection and to abandonment, deficits in emotional regulation, as well as impulsive and self-destructive behaviors (APA, 2013). Clients with BPD are among those judged most negatively by clinicians (Aviram et al., 2006). Professionals tend to label them as difficult and unpredictable (Koekkoek et al., 2009), as dangerous, and as lacking adaptive and social skills (Sansone & Sansone, 2013). The impulsivity and interpersonal difficulties inherent in BPD can clearly complicate clinical follow-ups (Bodner et al., 2011) and individuals with BPD may evoke intense emotions in clinicians (Bessette, 2010; Bouchard, 2010; Colli et al., 2014). When the work of the professional is carried out with parents with BPD, their task is especially difficult on an affective level because of this clientele's interpersonal needs such as lowering their distress and the dilemma between helping the parent and protecting the child (Laporte et al., 2014).

Consequently, intervention with parents with BPD could contribute to STS in workers who are exposed to traumatic stories whether the traumatic experience is that of the parent or the child. Parents with BPD are more likely to have experienced childhood abuse (van

IJzendoorn et al., 2020; Winsper et al., 2016; Zanarini et al., 1997) and domestic violence (Eyden et al., 2016). They are also more likely to adopt hostile or even abusive behavior towards their child (Zalewski et al., 2014). Given these traits, parents with BPD challenge psychosocial service providers with upsetting and even traumatic stories (Laporte et al., 2014). Some workers and professionals are more frequently in contact with clients with BPD, particularly in CPS and in front-line teams serving families in difficulty. It has been shown that 34% of mothers whose children are followed in CPS have BPD or traits of this disorder (Laporte et al., 2017). This rate contrasts with the prevalence rate of 1% of BPD reported in the general population (Ellison et al., 2018) and of 10% in outpatient psychiatry (APA, 2013). Considering the work with abusive and/or traumatised families (Laporte et al., 2014) and the intense emotions arising from that work (Bessette, 2010; Bouchard, 2010) child protection workers and primary care psychosocial service providers may be at greater risk of developing STS (Sprang et al., 2011, 2012).

STS in Child Protective Services

Child protection workers are more severely affected by STS than other professional groups (Sprang et al., 2011); between a third and half of them report a high level of STS (Bride et al., 2007; Conrad & Kellar-Guenther, 2006). As reported by the Special Commission on Children's Rights and Youth Protection (SCCRYP, 2021), their work setting is challenging and characterized by high staff turnover. Research shows that emotional regulation strategies are challenged among CPS workers (Anderson, 2000; Meyers & Cornille, 2002) and, compared to other groups, such as psychologists, they

might have less training and support about emotion regulation. The nature of their work, such as guiding parents or building a relationship with children who have experienced trauma, is likely to create stress and impact their quality of life (Laporte et al., 2014; Wooten et al., 2011). Moreover, their interventions are typically carried out in a context where they are ordered by the law, as a result, parent collaboration may be unstable and suboptimal (Darlington et al., 2010). Studies have reported several factors affecting STS specifically in the context of CPS, namely worker experience, ability to separate work from personal life (Baugerud et al., 2018; Dagan et al., 2016), and attachment insecurity (Baugerud et al., 2018). Anderson (2000) examined the coping strategies of 151 CPS workers regarding burnout, a concept associated with STS (Stamm, 2010), and suggested that CPS workers tend to use more often problem-focused coping strategies and few emotion-related strategies.

As previously mentioned, Benuto et al. (2020) demonstrated that emotional regulation had a mediating effect between professionals' coping strategies and STS. However, the impact of clinical setting on the development of STS remains to be explored. It seems important to specifically assess CPS professionals since their clients and mandates potentially put them at greater risk of developing STS (Sprang et al., 2011).

The present study will first describe the level of STS present among CPS workers and psychosocial workers of other sectors. We suggest that CPS workers have higher level of STS because of their difficult work settings. A second aim of this study is to explore links

between emotional regulation and STS, we suggest that some emotional difficulties are linked to higher level of STS. A third aim of this study is to examine if professional experience and work settings moderate the association between emotional regulation difficulties and STS intensity.

Methods

Participants

Using a convenience sampling method, 204 CPS workers and primary care psychosocial service providers were recruited from various institutions in Quebec: CPS ($n = 102$), primary care services ($n = 88$), and addiction rehabilitation ($n = 14$). Our sample included professionals working in various disciplines: social workers ($n = 84$), psychoeducators ($n = 39$), specialized educators ($n = 30$), and others ($n = 51$) such as criminologists, psychologists and nurses. Participants, mostly woman (91%), are aged 21 to 62 ($M = 36.95$, $SD = 8.25$) and have referred a parent to the *My child & Me* program. The program, based on Dialectical Behavior Therapy, offers 8 group sessions to promote the development of parenting skills to mothers and fathers with BDP and offers nine hours of training to professionals.

Parents have been identified by the participants according to their clinical opinion (66%) or when a formal diagnosis of BPD is present (33%). A study showed that CPS worker's clinical opinion is usually adequate to identify BPD (Laporte et al., 2017). It is useful to use workers' clinical impression to obtain a larger and more representative group

compared to narrower sample using official diagnostic. Based on ZAN-BPD (Self-report version) the average number of criteria was 5,3 and 67% obtain a positive score on MSI-BPD.

Measures

The *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; Gratz & Roemer, 2004; French translation: Côté et al., 2013) is a self-report questionnaire used to identify problematic areas of emotional regulation (see Appendix D). The instrument is composed of 36 items divided into six subscales: lack of acceptance of one's emotional response (Acceptance), difficulty engaging in goal-directed activities during negative emotions (Goals), difficulties exerting self-control during negative emotions (Impulse), lack of emotional awareness (Awareness), difficulty implementing effective emotional regulation strategies during negative emotions (Strategies) and difficulty identifying one's own emotions (Clarity). Items such as "I pay attention to how I feel" are measured using a Likert scale from 1 "*Almost never*" to 5 "*Almost always*". A high score indicates more difficulty in emotion regulation. For our sample, Cronbach's alphas are .69 (Awareness), .84 (Clarity), .89 (Acceptance), .74 (Impulse), .83 (Goals) and .83 (Strategies), which is considered satisfactory overall. The DESR was validated with samples of undergraduate psychology students (Gratz & Roemer, 2004) and other non clinical samples (Côté et al., 2013).

The *Professional Quality of Life Scale version 5* (ProQOL-5; Stamm, 2010) was used to assess negative and positive effects of working with clients who were experiencing or

had previously experienced trauma (see Appendix E). This self-report questionnaire contains three subscales of 10 items each, respectively evaluating compassion satisfaction, burnout, and STS. According to Stamm's model (2010), these last two subscales jointly measure compassion fatigue. For the purposes of the present study, however, only the STS scale was used. This scale refers to the consequences of secondary exposure to the trauma experienced by the client, which may include loss of sleep, avoidance of what triggers the trauma, or intrusive images. Items such as "I think that I might have been affected by the traumatic stress of those I help" required the respondent to indicate how often over the last 30 days they experienced symptoms on a Likert scale from 1 "*Never*" to 5 "*Very often*". For our sample, Cronbach's alpha is .82, which is satisfactory. Stamm (2010) reported a Cronbach's alpha of .81.

Sociodemographic variables such as years of experience and work settings were also collected. A home-made self-report questionnaire was used.

Procedure

Data collection took place between Fall 2019 and Fall 2021. Upon their inscription to the program CPS workers and primary care psychosocial service providers were asked by the research team if they wanted to participate in this study, then the participants completed self-report questionnaires before their first session. Participants were asked to specifically answer the instruments while thinking of the referred parent. A socio-

demographic questionnaire was used to collect descriptive data on the sample such as age and years of experience. No incentive was offered.

Analyses

Data analyses were performed using IBM SPSS 27 software and a $p < .05$ was used as the cutoff for significance. Settings other than CPS were aggregated together ($n = 102$) to allow the work setting to be included in the analyses and to compare CPS professionals to other workers. Normality tests (Shapiro-Wilk) were conducted on each of the variables, most of which turned out to be not normally distributed. The variables were therefore standardized in order to use parametric tests. Tests were performed to assess differences between the two groups of professionals (CPS and psychosocial workers of other sectors). Descriptive data are presented by group. Bivariate Pearson correlations were then performed to evaluate collinearity and to understand the interaction between the variables of interest. Interaction effects between the selected variables were assessed and significant interactions were analyzed with the macro PROCESS (Hayes, 2012) to describe their effects more accurately through a moderation analysis. We verified assumptions for regression analyses (residuals, covariance); results indicated the suitability of this type of analysis. Finally, a hierarchical regression with variables of interest was performed to create a model to predict STS.

Results

Mean Comparison and Descriptive Data

U Mann-Whitney tests for independent samples demonstrated that there was no significant difference between the 102 CPS professionals and the 102 psychosocial workers of other sectors in terms of the number of years of work experience ($p = .077$) and their age ($p = .476$). In contrast, group differences were significant on intensity of STS ($p = .017$), CPS workers showed higher level of STS. STS descriptive statistics are presented in Table 1.

Table 1

Descriptive Statistics of Secondary Traumatic Stress among Child Protection Workers and Psychosocial Workers of Other Sectors

Work settings	Child Protection	Other settings	Total
Mean (<i>SD</i>)	21.28 (5.89)	19.42 (5.42)	20.35 (5.72)
Range	10-41	11-36	10-41
Low rate (%)	25.50	33.30	29.40
Moderate rate (%)	38.20	46.10	42.20
High rate (%)	36.30	20.60	28.40

Note. Secondary Traumatic Stress rates are calculated according to Stamm (2010). $N = 204$

Bivariate Analyses

Correlations between each variable included in the study are presented in Table 2. The variables correlated with STS at $p < .001$ were shown to have a moderate effect size.

No correlation exceeded .80, which suggests the absence of problematic multicollinearity effects (Tabachnik & Fidell, 2007).

A hierarchical regression analysis was performed to identify risk factors associated with STS (see Table 3). The first model produced includes professional's experience. The second model includes five DERS subscales (*Awareness* was removed due to weak correlation with STS) to examine the impact of emotional regulation on STS. The third model was used to verify whether, beyond these variables, work setting played a role in the development of STS. Finally, moderation analyses were conducted to verify the interaction of each of the predictor variables with one another. Interaction variables were created for each pair of variables and introduced into the hierarchical regression analysis to determine whether they significantly influenced the model. Only the interaction between work setting and experience reached significance ($p = 0,003$; see Figure 1) and was introduced into Model 4 to create the final model.

Table 2

Pearson Correlations, Means and Standard Deviations of Secondary Traumatic Stress, Experience, Emotional Regulation and Work Setting

Variables	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. STS	20.35	5.72									
2. Experience	9.82	7.13	-.054								
3. Awareness	13.91	3.82	.253**	-.196**							
4. Clarity	10.77	3.51	.434**	-.269**	.476**						
5. Acceptance	11.68	4.92	.435**	-.186**	.230**	.464**					
6. Impulse	9.31	3.12	.552**	-.057	.255**	.541**	.436**				
7. Goals	11.56	3.84	.511**	-.162*	.249**	.526**	.502**	.654**			
8. Strategies	13.54	4.52	.583**	-.168*	.365**	.570**	.650**	.673**	.717**		
9. Work setting			.163*	-.104	.098	-.041	-.073	.025	-.068	-.041	

Note. Scores for item 1 are calculated from the Professional Quality of Life Scale version 5, scores for 3-8 are calculated from the Difficulties in Emotion Regulation Scale.

** $p < .001$. * $p < .05$. $N = 204$

Table 3

Hierarchical Regression Model of Experience, Perception, Emotional Regulation and Work Setting on Secondary Traumatic Stress

Predictor Variables	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Experience	-.054	.059	.087	.255**
Emotional regulation				
Lack of emotional awareness		.030	-.001	-.007
Lack of emotional clarity		.076	.106	.138
Lack of acceptance of emotions		.091	.105	.107
Difficulty controlling impulsive behaviors		.234**	.196*	.192*
Difficulty committing to goals if neg. emotion		.084	.103	.116
Limited access to emotional reg. strategies		.256*	.263**	.230*
Environment				
Work setting (CPS = 1)			.203***	.205***
Interaction variable				
Experience * work setting				-.230**
R^2	-.002	.371***	.408***	.432***
ΔF	.594	20.791***	13.199***	8.939**

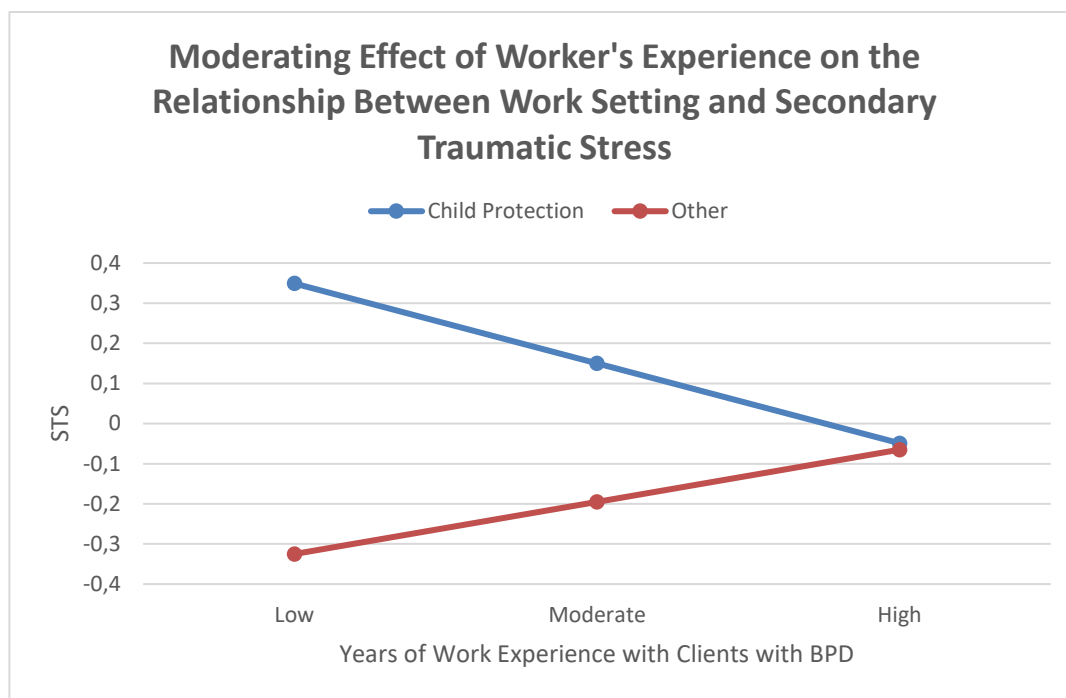
Note. For models 1-4, (β) are reported. Levels of significance in R^2 and ΔF represent the overall model contribution (ANOVA results) and the change in F scores respectively.

CPS = Child Protective Services

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Figure 1

Moderating Effect of Experience and Work Setting on STS



Note. Years of experience of workers according to level of secondary traumatic stress: low = one standard deviation below mean, medium = mean, high = one standard deviation above mean.

In Table 3, Difficulty controlling impulsive behaviors and Difficulty accessing emotional regulation strategies stay significant no matter the variables included in the model. Experience is significant only when Work setting is included, suggesting the significant interaction as showed in Model 4. This interaction is shown in Figure 1. The figure reveals that low level of experience in CPS workers is associated with a high level of STS compared to psychosocial workers of other sectors. However, the level of STS

decreases as experience is gained. CPS workers and psychosocial workers of other sectors with higher years of experience present similar STS levels.

Discussion

The present study aimed to explore the level of STS among psychosocial service providers in Quebec and to determine risk factors that increase their vulnerability to STS, particularly the role of emotional regulation, a variable that has been largely underinvestigated to date. Over 25% of our sample reported a high rate of STS, a result higher than the rate reported in a study carried out with clinicians offering trauma-focused intervention (Elwood et al., 2011) and with Norwegian child protection workers (Baugerud et al., 2018). Baugerud et al. (2018) attribute their low STS rates to the fact that inexperienced workers were offered formal training about children from traumatized families, as well as the option of taking one year of paid sick leave to recover from STS. This contrasts with the conditions faced by Quebec CPS workers according to the Special Commission on the Rights of the Child and Youth Protection: A Willingness to Act for Our Children (SCCRYP, 2021) that highlights the gap between academic training and the everyday reality of this complex job. That special commission report also states that the support offered to these professionals is insufficient and that there is a vicious circle between workload and labor shortage. Taken together, these findings could explain the higher rates of STS observed in our study. Though different, our results are more in line with those reported in American CPS workers participating in a seminar on STS (Conrad & Kellar-Guenther, 2006). More than a third of the CPS participants in our sample

reported a high rate of STS, whereas in the study by Conrad and Kellar-Guenther (2006), over half of participants had high or very high levels of STS. It is possible that the high rates of STS reported by Conrad and Kellar-Guenther (2006) were driven by a sample that was particularly afflicted by STS given their interest in participating in a seminar on the topic. In our study, participants responded with respect to one specific parent with BPD. So it is possible that our analyses were not sensitive to detect higher STS rates towards other clients. In addition, it is possible that a parent who was referred to the program and who voluntarily agreed to participate in the study may be less likely to trigger STS in the professional. Despite these limitations, nearly three-quarters of the workers in our sample showed a moderate or high rate of STS, highlighting that this problem requires further attention. Identifying professionals who may be more vulnerable to experiencing STS and offering them specialized training on preventing STS is warranted (Hensel et al., 2015). Several studies have targeted interventions, such as improving emotional regulation (Desrosiers & Laporte, 2022; Kerig, 2019; Killian, 2008) and implementing clinical supervision (Hensel et al., 2015).

Our study shows a relationship between emotional regulation and STS. Two factors seem to have a significant impact on STS, namely the difficulty in controlling one's impulsivity while feeling negative emotions and the difficulty in implementing emotional regulation strategies while feeling negative emotions. It could be argued that these are two essential aspects to target to improve intervention with parents presenting BPD. Emotional regulation can be categorized along two dimensions: micro and macro. The micro level

emphasizes situational, cognitive or behavioral strategies used during a situation to influence the experience and expression of emotions. The macro level focuses on an individual's habitual ways of understanding, observing, and responding to their emotional experiences (Gratz & Tull, 2022; Tull & Aldao, 2015). Thus, our results demonstrate a need to focus on emotional regulation at the micro level with professionals. In contrast to Killian's (2008) results, our findings do not indicate an effect of emotional awareness on STS, which could be seen as a macro emotional regulation. It may be that the so-called "micro" emotional management difficulties are significantly more relevant for our sample given that these professionals must regulate their emotional responses in real time and make decisions quickly during their interventions with clients known to trigger intense emotions (Bouchard, 2010). In addition, it may be that our questionnaire was not able to detect the effect of emotional awareness since the wording of the questions required the respondent to answer as though he/she were in an intervention, whereas emotional awareness might occur mostly after the intervention.

The experience variable was added to the analyses to provide a more frequently researched variable (Cavanagh et al., 2020; Hensel et al., 2015; Molnar et al., 2017) in addition to allowing a better longitudinal understanding of exposure to a potentially traumatic clientele. It led to a surprising finding: the interaction effect between experience and work setting on STS. The influence of the work setting was particularly important when the professionals were less experienced but decreased to zero as work experience increased. This result could explain why there is such a lack of consensus in the literature

on experience as a predictive variable (Cavanagh et al., 2020; Hensel et al., 2015; Molnar et al., 2017), as its influence may depend on the work setting. The inexperienced CPS workers may be at higher risk for STS as Dagan et al. (2016) suggested, while this may not be the case in other work settings. This finding therefore reinforces the need for better clinical support for these workers, especially early in their career and more specifically for those in CPS (SCCRYP, 2021).

Limitations and Future Directions

Although our findings suggest that difficulties in emotional regulation may make workers vulnerable to STS, it is reasonable to consider that STS might also influence their emotional regulation, in line with existing research on PTSD (Frewen et al., 2012; Tull et al., 2007). In this vein, it would be worthwhile to conduct a longitudinal study to explore emotional regulation before and after the onset of STS. Moreover, our sample consists of workers who volunteered to participate to a program to obtain assistance in dealing with a parent with BPD. These professionals could constitute a subset of individuals who are more highly motivated, thus may be more proactive to help themselves when difficulties arise. Our sample does not include workers who left their job for mental health reasons, potentially excluding those who may have been more afflicted by STS.

Another limitation of our study is the constraint on the number of risk factors that we could include in our analyses due to our sample size. We considered it necessary to include all DERS variables so as not to neglect components of emotional regulation that may be

associated with STS, thus limiting additional variables (besides experience and work setting). In addition, our study did not examine some variables that may potentially be relevant, such as workload or traumatic past, which were associated with STS (Hensel et al., 2015). Such factors could be included in future studies evaluating the influence of emotional regulation on STS to assess and compare the role played by emotional regulation. Notably, different academic background might encourage different emotion regulation strategies and future research should examine this specific question.

Conclusion

Our results suggest that it is aspects of micro-regulation that are most specifically associated with STS, thus highlighting the importance of targeting these aspects in training. It seems necessary that professionals work pre-emptively on their emotional regulation strategies to improve their control of impulsive behaviors and adjust their intervention in real time in emotionally demanding situations with clients. In addition, we showed that professionals most at risk of developing STS are those working in child protection and with little experience. Therefore, they could be among the first workers targeted by interventions related to STS. Baugerud et al. (2018) proposed that the low rate of STS in their sample may stem from a culture of supervision offered by more experienced peers. This avenue may be worth exploring in Quebec to counteract the effect of lack of experience on STS among CPS workers.

References

- American Psychiatric Association. (APA, 2013). *DSM-5 : Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anderson, D. G. (2000). Coping strategies and burnout among veteran child protection workers. *Child Abuse & Neglect*, *24*(6), 839-848. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(00\)00143-5](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(00)00143-5)
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry*, *14*(5), 249-256. <https://doi.org/10.1080/10673220600975121>
- Bardeen, J. R., Kumpula, M. J., & Orcutt, H. K. (2013). Emotion regulation difficulties as a prospective predictor of posttraumatic stress symptoms following a mass shooting. *Journal of Anxiety Disorders*, *27*(2), 188-196. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.01.003>
- Baugerud, G. A., Vangbæk, S., & Melinder, A. (2018). Secondary traumatic stress, burnout and compassion satisfaction among Norwegian child protection workers: Protective and risk factors. *British Journal of Social Work*, *48*(1), 215-235. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcx002>
- Benuto, L. T., Yang, Y., Bennett, N., & Lancaster, C. (2020). Distress tolerance and emotion regulation as potential mediators between secondary traumatic stress and maladaptive coping. *Journal of Interpersonal Violence*, *37*(13-14), 11557-11581. <https://doi.org/10.1177/0886260520967136>
- Bessette, M. (2010). Psychotherapy in borderline personality disorders: WWhen the impasse is not on the client's side. *Santé mentale au Québec*, *35*(2), 87-116. <https://doi.org/10.7202/1000555ar>
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., & Iancu, I. (2011). Staff attitudes toward patients with borderline personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *52*(5), 548-555. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.10.004>
- Bouchard, S. (2010). Impasses et opportunités dans le traitement des personnes souffrant d'un trouble de la personnalité limite [Impasses and Opportunities in the Treatment of Individuals with Borderline Personality Disorder]. *Santé mentale au Québec*, *35*(2), 61-85. <https://doi.org/10.7202/1000554ar>

- Bride, B. E., Jones, J. L., & MacMaster, S. A. (2007). Correlates of secondary traumatic stress in child protective services workers. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 4(3-4), 69-80. https://doi.org/10.1300/J394v04n03_05
- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and validation of the secondary traumatic stress scale. *Research on Social Work Practice*, 14(1), 27-35. <https://doi.org/10.1177/1049731503254106>.
- Cavanagh, N., Cockett, G., Heinrich, C., Doig, L., Fiest, K., Guichon, J. R., Page, S., Mitchell, I. & Doig, C. J. (2020). Compassion fatigue in healthcare providers: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Ethics*, 27(3), 639-665. <https://doi.org/10.1177/0969733019889400>
- Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse. (CSDEPJ, 2021, April). Rapport de la commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse [Special Commission on Children's Rights and Youth Protection]. https://www.csdepj.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport_final_3_mai_2021/2021_CSDEPJ_Rapport_version_finale_numerique.pdf
- Conrad, D., & Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child Abuse & Neglect*, 30(10), 1071-1080. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.03.009>
- Côté, G., Gosselin, P., & Dagenais, I. (2013). Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions : propriétés psychométriques d'une version francophone du Difficulties in Emotion Regulation Scale [Multidimensional assessment of emotion regulation: psychometric properties of a French version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale]. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 23(2), 63-72. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2013.01.005>
- Dagan, S. W., Ben-Porat, A., & Itzhaky, H. (2016). Child protection workers dealing with child abuse: The contribution of personal, social and organizational resources to secondary traumatization. *Child Abuse & Neglect*, 51(1), 203-211. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.10.008>
- Darlington, Y., Healy, K., & Feeney, J. A. (2010). Challenges in implementing participatory practice in child protection: A contingency approach. *Children and Youth Services Review*, 32(7), 1020-1027. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.03.030>
- Darr, W., & Johns, G. (2008). Work strain, health, and absenteeism: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(4), 293-318. <https://doi.org/10.1037/a0012639>

- Desrosiers, L., & Laporte, L. (2022). La formation Projet TANGO : soutenir l'intervention auprès de la clientèle ayant un trouble de personnalité limitée en protection de la jeunesse et en CLSC [The Project TANGO training: supporting intervention with clients with borderline personality disorder in youth protection and CLSCs]. *Santé mentale au Québec*, 47(2), 269-297. <https://doi.org/10.7202/1098904ar>
- Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A., & Zimmerman, M. (2018). Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics*, 41(4), 561-573. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.008>
- Elwood, L. S., Mott, J., Lohr, J. M., & Galovski, T. E. (2011). Secondary trauma symptoms in clinicians: A critical review of the construct, specificity, and implications for trauma-focused treatment. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 25-36. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.004>
- Eyden, J., Winsper, C., Wolke, D., Broome, M. R., & MacCallum, F. (2016). A systematic review of the parenting and outcomes experienced by offspring of mothers with borderline personality pathology: Potential mechanisms and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 47(1), 85-105. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.002>
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 1-20). Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (1999). Compassion fatigue: Towards a new understanding of the costs of caring. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, & educators* (2nd ed., pp. 3-28). Sidran Press.
- Forbes, C. N., Tull, M. T., Rapport, D., Xie, H., Kaminski, B., & Wang, X. (2020). Emotion dysregulation prospectively predicts posttraumatic stress disorder symptom severity 3 months after trauma exposure. *Journal of Traumatic Stress*, 33(6), 1007-1016. <https://doi.org/10.1002/jts.22551>
- Frewen, P. A., Dozois, D. J., Neufeld, R. W., & Lanius, R. A. (2012). Disturbances of emotional awareness and expression in posttraumatic stress disorder: Meta-mood, emotion regulation, mindfulness, and interference of emotional expressiveness. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(2), 152-161. <https://doi.org/10.1037/a0023114>
- Garrett, C. (1999). *Stress, coping, empathy, secondary traumatic stress and burnout in healthcare providers working with HIV-infected individuals* (Order No. 9925490)

- [doctoral dissertation, New York University]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Gorman, D. F., & Brooks, P. M. (2009). On solutions to the shortage of doctors in Australia and New Zealand. *Medical Journal of Australia*, *190*(3), 152-156. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2009.tb02320.x>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *26*(1), 41-54. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9102-4>
- Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2022). A clinically useful conceptualization of emotion regulation grounded in functional contextualism and evolutionary theory. *World Psychiatry*, *21*(3), 460-461. <https://doi.org/10.1002/wps.21021>
- Hayes, A. F. (2012). *The PROCESS Macro for SPSS, SAS, and R* [software]. <https://www.processmacro.org/index.html>
- Hensel, J. M., Ruiz, C., Finney, C., & Dewa, C. S. (2015). Meta-analysis of risk factors for secondary traumatic stress in therapeutic work with trauma victims. *Journal of Traumatic Stress*, *28*(2), 83-91. <https://doi.org/10.1002/jts.21998>
- Kerig, P. K. (2019). Enhancing resilience among providers of trauma-informed care: A curriculum for protection against secondary traumatic stress among non-mental health professionals. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *28*(5), 613-630. <https://doi.org/10.1080/10926771.2018.1468373>
- Killian, K. D. (2008). Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology*, *14*(2), 32-44. <https://doi.org/10.1177/1534765608319083>
- Koekkoek, B., van Meijel, B., Schene, A., & Hutschemaekers, G. (2009). Clinical problems in community mental health care for patients with severe borderline personality disorder. *Community Mental Health Journal*, *45*(6), 508-516. <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9259-7>
- Laporte, L., Baillargeon, L., Sanchez, I., & Desrosiers, L. (2014). Être intervenant auprès de parents ayant un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse : quand la souffrance de l'un se conjugue au désarroi de l'autre [Working with parents with borderline personality disorder in youth protection services: When suffering is combined with dismay]. *Revue de psychoéducation*, *43*(2), 323-347. <https://doi.org/10.7202/1061187ar>

- Laporte, L., Paris, J., & Zelkowitz, P. (2017). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in mothers involved in youth protection services. *Personality and Mental Health, 12*(1), 49-58. <https://doi.org/10.1002/pmh.1398>
- Mairean, C. (2016). Emotion regulation strategies, secondary traumatic stress, and compassion satisfaction in healthcare providers. *The Journal of Psychology, 150*(8), 961-975. <https://doi.org/10.1080/00223980.2016.1225659>
- Meyers, T. W., & Cornille, T. A. (2002). The trauma of working with traumatized children. In C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 39-55). Brunner-Routledge.
- Molnar, B. E., Sprang, G., Killian, K. D., Gottfried, R., Emery, V., & Bride, B. E. (2017). Advancing science and practice for vicarious traumatization/secondary traumatic stress: A research agenda. *Traumatology, 23*(2), 129-142. <https://doi.org/10.1037/trm0000122>
- Ogińska-Bulik, N., Gurowiec, P. J., Michalska, P., & Kędra, E. (2021). Prevalence and predictors of secondary traumatic stress symptoms in health care professionals working with trauma victims: A cross-sectional study. *PLoS One, 16*(2), e0247596. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247596>
- Ondrejková, N., & Halamová, J. (2022). Prevalence of compassion fatigue among helping professions and relationship to compassion for others, self-compassion and self-criticism. *Health & Social Care in the Community, 00*(1), 1-15. <https://doi.org/10.1111/hsc.13741>
- Rochelle, S., & Buonanno, L. (2018). Charting the attitudes of county child protection staff in a post-crisis environment. *Children and Youth Services Review, 86*(1), 166-175. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2018.01.032>.
- Rottenberg, J., & Gross, J. J. (2003). When emotion goes wrong: Realizing the promise of affective science. *Clinical Psychology, 10*(2), 227-232. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg012>
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2013). Responses of mental health clinicians to patients with borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience, 10*(5-6), 39-43. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3719460/>
- Sprang, G., Craig, C., & Clark, J. (2011). Secondary traumatic stress and burnout in child welfare workers. *Child Welfare, 90*(6), 149-168.
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*. Pocatello. ProQOL.org

- Tabachnik, B. G., & Fidell, S. L. (2007). *Using multivariate statistic* (5th ed.). Allyn & Bacon.
- Tessier, V. (2018). *Prévalence et facteurs de risque les plus fortement associés à la présence de stress traumatique secondaire chez les intervenants sociaux en protection de la jeunesse [Prevalence and risk factors most strongly associated with the presence of secondary traumatic stress among social workers in youth protection]* [Thèse de doctorat inédite]. Université Laval, Québec, QC.
- Tull, M. T., & Aldao, A. (2015). Editorial overview: New directions in the science of emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 3, iv-x. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.03.009>
- Tull, M. T., Barrett, H. M., McMillan, E. S., & Roemer, L. (2007). A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. *Behavior Therapy*, 38(3), 303-313. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.10.001>
- van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Coughlan, B., & Reijman, S. (2020). Annual research review: Umbrella synthesis of meta-analyses on child maltreatment antecedents and interventions: differential susceptibility perspective on risk and resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(3), 272-290. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13147>
- Winsper, C., Lereya, S. T., Marwaha, S., Thompson, A., Eyden, J., & Singh, S. P. (2016). The aetiological and psychopathological validity of borderline personality disorder in youth: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 44(1), 13-24. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.12.001>
- Wooten, N. R., Kim, H., & Fakunmoju, S. B. (2011). Occupational stress in social work practice. In J. Langan & C. Cooper (Eds), *Handbook of stress in the occupations* (pp. 71-90). Edward Elgar.
- Xie, W., Chen, L., Feng, F., Okoli, C. T., Tang, P., Zeng, L., Jin, M., Zhang, Y., & Wang, J. (2021). The prevalence of compassion satisfaction and compassion fatigue among nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 120(1), 103973. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103973>
- Zalewski, M., Stepp, S. D., Scott, L. N., Whalen, D. J., Beeney, J. F., & Hipwell, A. E. (2014). Maternal borderline personality disorder symptoms and parenting of adolescent daughters. *Journal of Personality Disorders*, 28(4), 541-554. https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_131

Zanarini, M. C., Williams A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., Levin, A., Yong, L., & Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *154*(8), 1101-1106. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.8.1101>

Discussion générale

Cet essai doctoral avait pour objectif de décrire et documenter le travail des intervenants auprès des parents ayant un TPL. Pour ce faire, deux études ont été effectuées; les résultats sont présentés dans deux articles empiriques qui permettent de répondre de façon complémentaire à cet objectif général. Le premier article vise à décrire qualitativement l'expérience des intervenants québécois auprès des parents vivant avec un TPL. Il a permis de mettre sous les projecteurs les particularités de l'intervention auprès de cette clientèle et les répercussions qu'elles peuvent avoir sur les perceptions, les émotions et les interventions des intervenants. Le deuxième article documente le STS parmi ces intervenants et explore les facteurs de risque associés, notamment la régulation émotionnelle. Cet article contribue à fournir des cibles d'interventions pour le prévenir et à identifier les intervenants pouvant être les plus vulnérables.

Retour sur les résultats

D'abord, l'aspect novateur du premier article a permis d'identifier plusieurs thèmes, par exemple *La double tâche*, *La désorientation* et *Les coups d'épée dans l'eau versus des petits pas*; chacun des thèmes mettant en exergue les perceptions, émotions et interventions associés. Ainsi, les résultats révèlent plusieurs émotions envahissantes pour les intervenants qui travaillent auprès de parents ayant un TPL, comme le sentiment d'incompétence, la tristesse, la colère, l'exaspération et la crainte. Malgré ces émotions pouvant être difficiles à gérer, les intervenants semble démontrer un grand investissement

auprès de ces parents. Par la suite, les analyses quantitatives du deuxième article ont démontré que le STS était présent à un taux modéré ou élevé pour environ 70 % des intervenants. Puis, deux facteurs de risque ont été identifiés comme ayant un impact significatif sur le développement de ce stress : la difficulté à utiliser des stratégies de régulation émotionnelle et la difficulté à contrôler ses comportements impulsifs. Pour finir, un effet d'interaction a été détecté entre le milieu de travail et l'expérience de l'intervenant. Les intervenants cumulant peu d'expérience seraient plus à risque de développer un STS lorsqu'ils évoluent dans les services de la PJ. Ces résultats suggèrent également que plus les intervenants en PJ gagnent en expérience, moins ils seraient à risque, rejoignant le même taux de STS que les intervenants des autres milieux.

Les résultats de nos deux études nous invitent à explorer trois enjeux centraux à l'intervention auprès des parents vivant avec un TPL. Ainsi, notre discussion générale portera d'abord, sur la surcharge de travail et la surcharge émotionnelle ressentie par les intervenants, puis sur le sentiment de devoir être « un parent pour le parent » et les avenues facilitant le travail des intervenants sur ce plan. Pour finir, nous aborderons les ressources et le soutien nécessaires à l'intervention auprès des parents ayant un TPL et à la prévention du développement d'un STS.

Surcharge de travail et surcharge émotionnelle

Les émotions rapportées par les intervenants dans le premier article peuvent être mises en lien avec le STS. Par exemple, les intervenants ressortent épuisés des rencontres

auprès des parents ayant un TPL et ils doivent parfois diminuer la quantité de travail subséquente, voire n'avoir rien de prévu pour récupérer émotionnellement. Ce phénomène s'apparente à une surcharge émotionnelle qui serait l'un des processus pouvant mener à la fatigue de compassion/STS (Brillon, 2020), et pouvant être occasionné par les difficultés relationnelles propre au trouble de personnalité limite (Bessette, 2010; Bodner et al., 2011; Bouchard, 2010).

L'intensité émotionnelle du parent peut aussi surcharger les intervenants puisqu'ils rapportent devoir allonger la durée des rencontres indument. Cet aspect de l'intervention suggère que les intervenants peuvent sentir la nécessité d'offrir un traitement spécial à cette clientèle en leur accordant plus de temps, démontrant une difficulté à maintenir leur cadre. Ce temps supplémentaire qu'ils accordent à ces familles peut empiéter sur d'autres tâches ou leur vie personnelle, ce qui s'apparente à une difficulté à prendre de la distance avec un client. Ce manque de distance et de cadre est également identifié par Brillon (2020) comme étant l'un des processus pouvant occasionner un STS. Une autre hypothèse engendrant le manque de distance entre eux et leur travail serait la présence d'un enfant vulnérable dans l'environnement du parent. Témoins des difficultés parentales et des impacts négatifs que la négligence ou les abus peuvent avoir sur l'enfant, nos résultats suggèrent que les intervenants ressentent de la colère. Il se pourrait aussi qu'ils ressentent une urgence d'agir afin de protéger l'enfant, comme le rapporte LeBlanc (2010). Il est possible que cette difficulté à maintenir une frontière entre soi et la souffrance des enfants

soit provoquée par des difficultés de régulation émotionnelle (colère, désir de protection) et puisse rendre vulnérable au développement d'un STS comme le propose Brillon.

Il est surprenant que les participants dans le premier article ne rapportent pas de symptômes de STS et qu'ils présentent peu de difficultés de régulation émotionnelle au sein de leurs rencontres avec les parents. En effet, les résultats du deuxième article montrent que 70 % des intervenants obtiendraient un taux modéré ou élevé de STS suggérant que la majorité pourrait en être atteinte. De plus, dans le premier article, les résultats indiquent que les intervenants se sentent submergés par la gestion des familles incluant un parent ayant un TPL, pouvant suggérer des difficultés de régulation contre-transférentielle (Bessette, 2010). Curieusement, peu d'interventions problématiques comme des comportements impulsifs ont été mentionnées par les intervenants, ce qui va à l'encontre de ce qui est rapporté dans la littérature lorsqu'ils soulignent parfois faire des interventions contre-thérapeutiques (Laporte et al., 2014; Treloar, 2009). Il est possible que les intervenants régulent bien leurs émotions pour intervenir adéquatement lors des séances. Cependant, il se pourrait aussi que notre méthodologie de recherche, proposant notamment des entrevues téléphoniques avec les intervenants, ait été plus perméable à la désirabilité sociale amenant les intervenants à présenter leurs interventions de manière plus positive. Or, il demeure que les intervenants soulignent que leur charge de travail est trop élevée.

Néanmoins, plusieurs intervenants nous expriment le plaisir de travailler auprès de cette clientèle. En revanche, il se pourrait qu'être attiré à plusieurs familles ayant un parent présentant un TPL représente une trop grande charge. En effet, la majorité des intervenants désirent limiter le nombre de familles incluant un parent ayant un TPL auprès desquelles ils interviennent. Cela indique qu'ils peuvent être conscients de certaines de leurs limites et, d'ailleurs, ils révèlent qu'accompagner plusieurs de ces parents pourrait mettre à risque leur bien-être psychologique. Par exemple, les intervenants mentionnent l'impression de devoir éviter les crises du parent, ce qui les contraindrait de s'exprimer librement, en plus d'avoir de la difficulté à suivre le cheminement prévu axé sur le bien-être de l'enfant. Ainsi, il pourrait être nécessaire de limiter le nombre de familles incluant un parent ayant un TPL par intervenant ou de diminuer proportionnellement le nombre global de familles à la charge des intervenants selon le nombre de familles incluant un parent ayant un TPL.

De plus, le manque de distanciation abordé précédemment pourrait aussi expliquer que certains intervenants accordent davantage de temps à ces familles au détriment de celles qui vont mieux comme le rapporte un participant du premier article. Il s'agit d'un thème qui mérite d'être exploré plus en profondeur par les organisations, puisque cette décision pourrait ne pas être optimale. En effet, malgré l'impression que ces familles vont mieux, un risque de compromission pourrait toujours être présent et négligé par les intervenants trop occupés auprès des familles incluant un parent ayant un TPL.

Ainsi, comme le souligne la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse (CSDEPJ, 2021), il s'avère nécessaire d'ajuster la charge de travail pour les intervenants en PJ. Cette affirmation serait d'autant plus importante lorsque les intervenants travaillent auprès de familles incluant un parent ayant un TPL en raison de l'investissement en temps et en gestion émotionnelle. De plus, il s'avère pertinent d'outiller davantage les intervenants qui travaillent auprès de cette clientèle pour leur permettre de comprendre les enjeux relationnels et affectifs propres à l'intervention auprès d'elle et d'orienter leurs interventions en conséquence. L'un des enjeux qui semble très présent dans le travail auprès des parents ayant un TPL est le sentiment de devoir leur offrir une expérience et des interventions réparatrices.

Parmi les interventions réparatrices possibles, il y a le fait d'agir partiellement comme un nouveau parent pour le client (Kellogg & Young, 2006). Il s'agit d'un thème présent pour les intervenants puisque la première étude révèle qu'ils en viennent à considérer qu'ils interviennent auprès de deux enfants dans le besoin. Ils ont donc le sentiment d'avoir plus d'une tâche à réaliser et qu'ils doivent travailler sur plusieurs plans pour espérer un changement pour l'enfant. En effet, la cible de leurs interventions peut devoir être quadruplée : ils doivent intervenir auprès du parent, de l'enfant, de la relation parent-enfant et de la relation parent-intervenant.

Reparentage

Les intervenants rencontrés dans le cadre de nos études perçoivent qu'ils doivent agir comme modèle pour le parent tout en prenant soin de répondre à ses besoins particuliers. Ils agiraient dès lors comme des parents sécurisants tant pour le parent que pour l'enfant. Le reparentage, abordé par Kellogg et Young (2006), permet d'éclairer cette situation. Ces auteurs conceptualisent l'individu ayant un TPL selon cinq modes : l'enfant abandonné/abusé, l'enfant impulsif et en colère, le protecteur détaché, le parent persécuteur et le parent sain. Un individu ayant un TPL peut ainsi alterner entre ces cinq modes, ce qui pourrait expliquer la confusion des intervenants et la difficulté à intervenir auprès de cette clientèle. Le mode de *l'enfant abandonné/abusé* réfère à un client qui apparaîtra fragile, apeuré, confus et tentant désespérément de trouver une figure parentale qui prendra soin de lui. Face à ce mode, les intervenants pourraient se sentir submergés par les demandes du parent. Le mode de *l'enfant en colère et impulsif* peut se manifester lorsque le client prend conscience des torts qui lui ont été causés et qu'il ressent une rage qui peut resurgir au moindre signe perçu d'abandon ou de mauvais traitement de l'intervenant. L'intervenant pourrait subir de la violence verbale et se sentir abattu ou nerveux de faire un faux pas. Le *protecteur détaché* réfère à un client qui peut se sentir engourdi, voire vide, démontrant aussi des comportements d'évitement envers les autres et ses propres émotions. Les intervenants pourraient sentir qu'il est difficile d'apporter les changements nécessaires, ce qui pourrait susciter un sentiment d'incompétence. Le mode du *parent persécuteur* signifie qu'une partie du client agit envers soi-même comme les adultes abusifs l'auraient fait, l'amenant à avoir une vision de soi mauvaise et à avoir des

comportements autoagressifs. L'intervenant pourrait alors ressentir une urgence de protéger le parent et l'enfant des comportements autodestructeurs. Finalement, le mode du *parent sain*, celui souvent absent ou peu fréquent chez cette clientèle, réfère à la capacité à prendre soin de soi, à s'imposer certaines limites et à combattre les modes d'adaptation dysfonctionnels. Lorsque ce mode se manifeste, les intervenants pourraient ressentir du plaisir à travailler avec ces parents et constater leur réussite.

Kellogg et Young (2006) expliquent que le travail de l'intervenant consiste à soutenir le client, ici le parent, pour qu'il passe d'un fonctionnement infantile à un fonctionnement d'adulte sain. Pour ce faire, les intervenants doivent se comporter d'une manière chaleureuse et empathique, ils doivent créer un contexte qui fournit de la sécurité, de la stabilité et de l'acceptation. Spécifiquement au début d'un suivi, ils soulignent que l'accent doit être mis davantage sur l'empathie plus que sur la résolution de problème. Cela rejoint ce que les intervenants rapportent, soit qu'ils doivent accueillir le parent et lui porter une attention particulière pour espérer avoir un impact sur l'enfant et résoudre la situation de compromission. Les individus ayant un TPL rapportent eux-mêmes désirer une attention bienveillante et une prise en compte de leur souffrance, ce qui prendrait le pas sur le désir de changement ou de soigner une partie de soi (Cailhol & Ragonnet, 2013). D'un autre côté, le mandat des intervenants est de provoquer un changement afin de résoudre rapidement la situation de compromission, pour que l'enfant puisse demeurer avec le parent. Ainsi, les intervenants se retrouvent coincés : ils sont restreints par le temps alloué au redressement de la situation de compromission les poussant à devoir axer leurs

interventions sur la résolution de problèmes, alors que les moyens d'intervention efficaces sont l'acceptation et l'allocation de temps à la souffrance du parent.

Les intervenants de notre étude sont conscients de ces contraintes et ils mentionnent justement qu'ils doivent respecter le rythme du parent pour espérer un réel changement. Bien que le travail des intervenants participant à notre étude ne soit pas d'offrir une psychothérapie, les suivis rapportés comme étant efficaces sont généralement de longue durée (Hummelen et al., 2007; Young et al., 2003). Gladstone et al. (2014) mentionnent que le respect et la sensibilité des intervenants combinés à une approche non oppressive ont été fortement associés à l'engagement des parents en difficulté. Or, la position des intervenants en PJ complique l'application d'une approche non oppressive. En effet, ils doivent à la fois prendre le rôle d'un *parent aidant*, mais aussi celui d'un *parent punitif*, par exemple, en retirant la garde de l'enfant si le parent n'effectue pas les changements requis. Cette double posture pourrait réactiver des traumatismes vécus dans la famille d'origine du parent. Cela pourrait faire émerger les modes de fonctionnement dysfonctionnels décrits précédemment, contribuant à la désorientation des intervenants. Face à cette complexité d'intervention, il devient évident que les intervenants nécessitent du soutien pour intervenir auprès de cette clientèle.

Afin de pallier les difficultés d'intervention auprès des parents ayant un TPL réclamant de l'aide pour eux-mêmes, la co-intervention semble une avenue intéressante pour les participants de cette étude. Le Nestour et al. (2007) proposent qu'un intervenant

soit attiré aux besoins de l'enfant, alors qu'un autre pourrait prendre en charge les besoins infantiles du parent, et qu'ensemble ils travaillent à améliorer les habiletés parentales. Ces auteures soulignent qu'un seul intervenant attiré à ces familles pourrait voir son travail limité par les enjeux relationnels au sein de la relation parent-intervenant. En effet, les parents pourraient inconsciemment vouloir occulter leur enfant, puisque le faire exister entrerait en compétition avec leurs besoins plus infantiles. Cet enfant pourrait même être perçu inconsciemment comme persécuteur, car dès la moindre difficulté, les parents seraient confrontés à leur impuissance infantile, ce qui réactiverait leur propre hostilité (Le Nestour & Danon, 2001). De plus, l'intervenant lui-même pourrait craindre que la détresse du parent ne le submerge et accorder ainsi son attention au parent en négligeant les besoins de l'enfant (Le Nestour et al., 2007). Ces auteures (p. 163) soulignent que « parfois il faut bercer d'emblée : un bébé actuel inconsolable et le bébé du passé qui a étouffé ses pleurs dans l'œuf ». Il s'agit d'un phénomène identifié par les intervenants participants à notre première étude, ils ont l'impression de devoir s'occuper du parent qui revendique de l'aide pour soi, alors que leur travail devrait être orienté vers les besoins de l'enfant. En plus de prendre soin du parent, il serait important que les intervenants prêtent leur *appareil à penser* au parent, pour que celui-ci puisse le prendre comme modèle et l'intégrer pour devenir autonome dans sa parentalité (Le Nestour et al., 2007). De cette manière, les parents pourraient développer avec succès leurs habiletés parentales. Ce développement rejoint ce que les intervenants de cette recherche qualifient de plaisant lorsqu'ils travaillent auprès de cette clientèle, puisqu'il s'agit de changements positifs chez le parent. La co-intervention permettrait donc de limiter l'impact des enjeux

relationnels sur la qualité du travail effectué et de procurer davantage de satisfaction aux intervenants.

Un autre aspect pouvant aider les intervenants dans leur travail serait de comprendre que, sur les plans psychologique et émotionnel, le parent devant eux se retrouve à un stade comparable à celui d'un enfant (Kellogg & Young, 2006), un enfant ayant souvent vécu des traumatismes (van IJzendoorn et al., 2020; Winsper et al., 2016; Zanarini et al., 1997). Ainsi, l'intervenant pourrait trouver plus facilement son empathie pour le parent. Par contre, l'intervenant risque de se retrouver en face de deux « enfants » traumatisés (le parent lui-même et son enfant). Hensel et al. (2015) ont identifié que le nombre de clients traumatisés et le pourcentage de clients traumatisés au sein d'une charge de travail peuvent être des facteurs de risque du STS, ce qui nous pousse à appuyer la suggestion de réviser la charge de travail des intervenants pour préserver leur santé mentale (CSDEPJ, 2021). Puisqu'être à la charge d'une famille incluant un parent ayant un TPL signifie souvent être responsable de multiples clients traumatisés, il ne serait pas surprenant que les intervenants auprès de ces familles représentent un groupe vulnérable au développement d'un STS. Plus de 70 % des participants du deuxième article obtiennent un taux de STS élevé ou modéré, ce qui serait légèrement supérieur à ce qui est rapporté dans la littérature en PJ (Conrad & Kellar-Guenther, 2006). Comparer l'effet de différentes clientèles sur le taux de STS et vérifier si les intervenants auprès de parents ayant un TPL souffrent davantage de STS pourraient être des pistes de recherche pour les prochaines études.

En somme, les intervenants rencontrent de multiples enjeux dans leur travail auprès de cette clientèle, dont l'impression de devoir agir comme un parent auprès d'eux. En réponse à ces défis, la co-intervention et considérer la partie infantile du parent sont proposées. Évidemment, ces techniques d'intervention imposent de bien former les intervenants (CSDEPJ, 2021; Treloar, 2009) et de leur accorder une supervision adéquate (CSDEPJ, 2021; Hensel et al., 2015).

Formations initiales et continues

Les deux études présentées dans cet essai doctoral exposent les besoins importants de soutien pour les intervenants. Il appert nécessaire d'aider ces intervenants à affronter les difficultés de leur travail en prenant en considération que l'intervention auprès des familles vulnérables et, plus particulièrement dans les services de la PJ, comporte des d'interventions nécessitant des connaissances spécialisées (CSDEPJ, 2021). La CSDEPJ (2021) suggère d'ailleurs de développer, comme dans quelques universités aux États-Unis et en Norvège, des programmes de formations spécifiques au contexte d'intervention auprès des familles en protection de la jeunesse (Baugerud et al., 2018; Tessier, 2018). Évidemment, des contraintes doivent être respectées pour bâtir un tel programme, mais il nous semble pertinent qu'une partie de la formation porte sur le bien-être et les enjeux psychologiques de la profession, comme le suggèrent van Hook et Rothenberg (2009), et plus spécifiquement sur les risques inhérents au STS qui seraient peu connus des intervenants (Tessier, 2018). En effet, la majorité des intervenants n'auraient jamais reçu de la formation sur le STS et n'en auraient jamais discuté en supervision clinique (Tessier,

2018), ce qui est surprenant considérant les hauts taux de STS rapportés dans la littérature et dans notre ouvrage. Afin d'ériger une formation initiale qui inclurait le STS, il pourrait être pertinent de s'inspirer de Pryce et al. (2007). Ces auteurs présentent un modèle psychoéducatif et un syllabus sur le STS. Ce syllabus inclut le développement des connaissances sur le STS pour être en mesure de l'identifier, le développement d'une compréhension des réactions des êtres humains face aux traumatismes et des impacts sur leur fonctionnement psychologique et le développement de connaissances approfondies sur la relation intervenant-client auprès d'une clientèle traumatisée.

Au Québec, l'Université Laval offre un nouveau microprogramme portant sur l'enfance, la jeunesse et les familles. Celui-ci a été développé en partenariat avec plusieurs organisations, dont les Directions de la protection de la jeunesse. Ce programme s'inscrit dans un désir de mieux former les intervenants à la réalité de l'intervention auprès des jeunes du Québec. Ainsi, le milieu universitaire québécois semble s'activer pour répondre aux besoins criants des intervenants qui travaillent auprès des enfants et des familles vulnérables. Considérant les risques de développer un STS, les difficultés d'intervention auprès de cette clientèle et la prévalence du trouble de la personnalité limite chez les parents en PJ (Laporte et al., 2017), il semble pertinent d'inclure des formations ou de valider le temps déjà accordé à propos de l'intervention auprès des parents ayant un TPL. Il serait aussi pertinent que ce genre de programme vise à éduquer ou outiller les intervenants face au stress traumatique secondaire qui semble peu abordé par les intervenants et qui pourtant serait très présent.

À notre connaissance, aucune formation continue et spécifique portant sur le STS n'est offerte aux intervenants travaillant auprès de familles vulnérables. En revanche, une formation récemment développée par Desrosiers et al. (2019) offre la possibilité aux intervenants d'être soutenus dans leur travail auprès des parents ayant un TPL, une clientèle ayant elle-même vécu des traumatismes (van IJzendoorn et al., 2020; Winsper et al., 2016; Zanarini et al., 1997), très présente en PJ (Laporte et al., 2017) et souvent considérée difficile (Koekkoek et al., 2009). Cette formation offre un volet pour le parent et un volet pour l'intervenant. Le volet pour l'intervenant vise à améliorer ses habiletés et sa motivation à travailler auprès des parents ayant un TPL. Neuf heures de formation en groupe et huit capsules vidéo accompagnées de fiches « Trucs et astuces » sont offertes aux intervenants pour les aider à mettre en pratique ce que le parent a appris de son côté lors des interventions individuelles. Ainsi, la formation vise à outiller les intervenants pour soutenir les parents et vise aussi à modifier leurs perceptions de la capacité du parent à améliorer ses habiletés parentales. De plus, la formation offre des stratégies pour faciliter la relation entre l'intervenant et le parent et potentialiser les effets du programme. Ce type de formation pourrait s'avérer très pertinent pour orienter les intervenants qui se sentent peu préparés face à l'intervention auprès de cette clientèle, en plus d'améliorer la relation intervenant-parent. Par contre, il semble nécessaire d'offrir aux intervenants un espace de supervision régulier pour aborder les difficultés rencontrées auprès des parents ayant un TPL et discuter des impacts qu'ils peuvent ressentir, comme le STS. Il s'agit d'un processus primordial pour travailler ses vulnérabilités (Grandey et al., 2012), apprendre

(Choi-Kain et al., 2016) et favoriser ses processus réflexifs sur ses réactions contre-transférentielles (Normandin & Ensink, 2007).

Supervision

Les intervenants doivent non seulement bénéficier de formations initiales et continues rigoureuses, mais aussi d'un encadrement soutenu et d'un soutien psychologique adéquat. La CSDEPJ (2021) souligne qu'en PJ, les problématiques sont de plus en plus complexes et que les approches sont en constante évolution, ce qui nécessite des compétences spécifiques et de la supervision clinique. Obtenir ces éléments serait nécessaire pour la gestion des émotions difficiles et pour prendre les meilleures décisions dans l'intervention auprès des familles vulnérables (CSDEPJ, 2021). L'Ordre des psychologues du Québec (OPQ), cité par la CSDEPJ (2021), souligne la nécessité d'offrir de la supervision aux intervenants pour favoriser l'exploration et la gestion des réactions devant des situations hautement émotionnelles. Il serait donc possible que la supervision aide les intervenants à diminuer l'impact des facteurs de risque au développement du STS comme la difficulté à gérer ses réactions impulsives ou à utiliser des stratégies de régulation émotionnelle face à un client traumatisé. Nous suggérons que la supervision pourrait aider à réduire les taux de STS en ciblant spécifiquement ces deux aspects de la régulation émotionnelle.

De plus, notre étude montre que les intervenants les plus vulnérables au développement du STS sont ceux travaillant en PJ et ayant peu d'expérience, ce qui converge avec les résultats de Dagan et al. (2016). Ceux-ci ont démontré que les jeunes

intervenants ou ceux avec peu d'expérience présentent des seuils plus élevés de STS que leurs aînés ou leurs collègues expérimentés. Bien que les intervenants expérimentés puissent mésestimer les signes de STS lorsqu'on leur demande de les rapporter, il est possible qu'ils soient ceux ayant moins de facteurs de risque et davantage de facteurs de protection leur ayant permis de poursuivre ce travail exigeant. Comment les intervenants expérimentés arrivent-ils à poursuivre leur carrière en protection de la jeunesse malgré ces nombreuses embûches? Il pourrait être pertinent d'identifier les déterminants de leur résilience. Peut-être s'affirment-ils davantage quant à la quantité de travail qu'ils peuvent endosser. Il serait aussi possible qu'ils aient pu augmenter leur sentiment de compétence, un facteur de protection reconnu (Baugerud et al., 2018), via des formations ou des supervisions cliniques. Il se pourrait aussi que de nombreuses années de service usent les intervenants au point d'émousser leurs affects, ce qui aurait pu camoufler les défis qu'ils rencontrent.

Van Hook et Rothenberg (2009) soulignent l'importance de fournir aux intervenants le soutien organisationnel nécessaire. Pryce et al. (2007) rapportent que les organisations doivent reconnaître le risque de développer un STS, offrir l'opportunité à leurs employés de reconnaître ce type de stress et d'aller chercher du soutien auprès de collègues ou de superviseurs, comme cela se fait en Norvège (Baugerud et al., 2018). Comme mentionné précédemment, les intervenants inexpérimentés obtiendraient de plus hauts taux de STS que ceux expérimentés. De hauts taux de STS se traduiraient par de plus hauts taux d'absentéisme et de démissions (Darr & Johns, 2008; Figley, 1999; Garrett, 1999; Gorman

& Brooks, 2009), ce qui pourrait en partie expliquer l'important roulement de personnels rapporté au sein de la PJ (CSDEPJ, 2021). Ce taux de roulement s'avère néfaste pour les enfants et les familles vulnérables qui nécessitent de la stabilité (CSDEPJ, 2021). Il pourrait être important de réfléchir à la pertinence de solliciter les intervenants expérimentés pour venir en aide à ceux qui le sont moins et, par le fait même, stabiliser les services auprès des familles vulnérables. Plus précisément, les jeunes intervenants, donc ceux ayant moins d'expérience, pourraient recevoir de la supervision clinique d'intervenants plus expérimentés. Ces intervenants qui résistent aux difficultés du milieu pourraient effectivement s'avérer des mentors de premier choix auprès des intervenants moins expérimentés et plus vulnérables au développement d'un STS. Comme le proposent certains auteurs, offrir un service de supervision d'une manière adéquate et suffisante serait un élément central pour le bien-être et la rétention des intervenants (Caringi, 2007; Pryce et al., 2007).

Retour sur les forces

Le premier article a permis de mettre sous les projecteurs les particularités de l'intervention auprès des parents ayant un TPL. Nous avons exploré les répercussions du travail auprès de cette clientèle sur les perceptions, les émotions et les interventions des intervenants, ce qui n'a pas été réalisé à notre connaissance. Ainsi, il a été possible de mieux cerner le travail des intervenants québécois qui œuvrent auprès des parents ayant un TPL et d'identifier ce qui pourrait les aider, comme la suggestion d'un intervenant pivot.

Le deuxième article nous a permis de déterminer le taux de STS au sein des intervenants québécois. Deux facteurs de risque ont aussi été identifiés pour permettre de cibler des interventions efficaces en lien avec la régulation émotionnelle. Plusieurs recommandations ont aussi été émises pour améliorer le travail des intervenants, comme s'appuyer sur la théorie des schémas et la cointervention.

Pour finir, il s'agit d'un essai novateur puisqu'il permet une comparaison entre les intervenants en protection de la jeunesse et ceux d'autres milieux. Cette comparaison a permis d'identifier les intervenants les plus vulnérables au STS, indiquant qu'ils pourraient constituer une cible pertinente pour de futures interventions.

Retour sur les limites

Sur le plan technique, les entrevues téléphoniques ont pu limiter le développement de la confiance des participants envers les chercheurs, ce qui en retour a pu augmenter la désirabilité sociale des intervenants, les menant à présenter leurs interventions d'une manière positive. De plus, il pouvait y avoir un long délai entre les interventions des intervenants auprès des parents ayant un TPL et le moment des entrevues. Ainsi, il se peut que nous n'ayons pas eu accès à l'intensité émotionnelle vécues par les intervenants, comme lorsqu'ils terminent une séance auprès de cette clientèle.

Le jugement des intervenants a été utilisé pour identifier la présence du TPL chez leur client ainsi que pour l'identification de leur STS et de leurs difficultés de régulation émotionnelle. Il est judicieux de se demander si les intervenants peuvent adéquatement identifier ces aspects, chez soi et chez l'autre. Il s'avérerait pertinent pour les recherches futures d'inclure des mesures exploitant un point de vue externe. Par contre, pour l'identification du TPL, le jugement des intervenants s'avérerait adéquat et ils auraient même tendance à sous-estimer la présence de ce trouble et obtiendraient un taux de faux positif de 4% (Laporte et al., 2017). Du côté des analyses qualitatives, il est possible que, malgré les stratégies employées pour limiter les biais du chercheur, comme la consultation auprès de pairs, certaines conceptions subjectives se soient glissées au sein de la recherche.

Quant au choix des analyses, deux limites nous apparaissent. Lorsque les analyses quantitatives ont révélé que l'expérience des intervenants aurait un impact sur le STS, les analyses qualitatives avaient déjà été conduites. Il aurait été intéressant d'analyser le discours des intervenants selon leur niveau d'expérience pour mieux comprendre les différentes réalités. De plus, les analyses quantitatives effectuées ne permettent pas de distinguer le moment de l'émergence des difficultés de régulation émotionnelle et des analyses longitudinales s'avèreraient pertinentes pour le déterminer.

Pour finir, la composition de l'échantillon de la 2^e étude présente plusieurs limites. Le peu de participants et nombre de disciplines incluses pourrait avoir limité la généralisation des résultats puisque les chercheurs pourraient ne pas avoir été en contact avec certaines subtilités appartenant à chacune d'elles. Les participants de différentes disciplines pourraient aussi grandement varier puisqu'ils n'ont pas suivi les mêmes formations universitaires, inclure cette variable pourrait être pertinent pour les recherches futures. Le manque de participants masculins pourrait aussi limiter la généralisation des résultats envers eux. La taille de l'échantillon a aussi limité l'inclusion de certaines variables pertinentes dans les analyses quantitatives comme la charge de travail ou le passé traumatique des intervenants.

Conclusion

L'intervention en PJ s'avère souvent très difficile, que ce soit en raison de la relation d'aide en contexte d'autorité avec les bénéficiaires, de la complexité de l'application de la LPJ, des problématiques complexes et diversifiées exigeant des connaissances et des compétences multiples ou du contexte d'intervention impliquant un risque pour la sécurité de l'enfant (CSDEPJ, 2021). Notre étude a permis de préciser les perceptions des intervenants à propos des parents ayant un TPL et les émotions généralement désagréables occasionnées par le travail auprès d'eux. Deux facteurs de risque au développement du STS ont aussi été mis en lumière et sont en lien avec la régulation émotionnelle. En effet, la difficulté à appliquer des stratégies de régulation émotionnelle et la difficulté à gérer sa propre impulsivité s'avèreraient des facteurs de risque au développement d'un STS.

Considérant les difficultés rencontrées par les intervenants et les risques pour leur santé psychologique, il est impératif qu'ils reçoivent de la formation et le soutien nécessaire. La CSDEPJ (2021) propose de reconnaître le titre d'intervenant en protection de la jeunesse, entre autres, en offrant une formation universitaire précise pour ce contexte. Reconnaître ce titre soulignerait le haut niveau de responsabilité et la complexité du travail par des primes et des avantages sociaux. Finalement, il s'avère important d'offrir les conditions optimales aux intervenants pour augmenter leur désir de poursuivre de longues carrières en PJ. La CSDEPJ rapporte différents facteurs pour expliquer le haut taux de roulement au sein du personnel en PJ, et notre étude suggère que le STS pourrait être un

facteur additionnel à considérer. Il serait grand temps d'offrir à ces intervenants un milieu de travail qui permet de s'épanouir et qui prend soin d'eux, pour qu'à leur tour, ils puissent offrir un soutien optimal aux familles vulnérables, comme le ferait un bon parent.

Références générales

- Abela, J. R., Skitch, S. A., Auerbach, R. P., & Adams, P. (2005). The impact of parental borderline personality disorder on vulnerability to depression in children of affectively ill parents. *Journal of Personality Disorders, 19*(1), 68-83. <https://doi.org/10.1521/pedi.19.1.68.62177>
- Alexander, L. B., & Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. Dans L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Éds), *Guilford clinical psychology and psychotherapy series. The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 325-366). The Guilford Press.
- American Psychiatric Association. (APA, 2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anderson, D. G. (2000). Coping strategies and burnout among veteran child protection workers. *Child Abuse & Neglect, 24*(6), 839-848. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(00\)00143-5](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(00)00143-5)
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry, 14*(5), 249-256. <https://doi.org/10.1080/10673220600975121>
- Bardeen, J. R., Kumpula, M. J., & Orcutt, H. K. (2013). Emotion regulation difficulties as a prospective predictor of posttraumatic stress symptoms following a mass shooting. *Journal of Anxiety Disorders, 27*(2), 188-196. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.01.003>
- Barnow, S., Aldinger, M., Arens, E., Ulrich, I., Spitzer, C., Grabe, H. J., & Stopsack, M. (2013). Maternal transmission of borderline personality disorder symptoms in the community-based Greifswald Family Study. *Journal of Personality Disorders, 27*(6), 806-819. https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_058.
- Baugerud, G. A., Vangbæk, S., & Melinder, A. (2018). Secondary traumatic stress, burnout and compassion satisfaction among Norwegian child protection workers: Protective and risk factors. *British Journal of Social Work, 48*(1), 215-235. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcx002>

- Benuto, L. T., Yang, Y., Bennett, N., & Lancaster, C. (2020). Distress tolerance and emotion regulation as potential mediators between secondary traumatic stress and maladaptive coping. *Journal of Interpersonal Violence* 37(13-14), 11557-11581. <https://doi.org/10.1177/0886260520967136>
- Bessette, M. (2010). Psychotherapy in borderline personality disorders: When the impasse is not on the client's side. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 87-116. <https://doi.org/10.7202/1000555ar>
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., & Iancu, I. (2011). Staff attitudes toward patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 52(5), 548-555. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.10.004>
- Bouchard, S. (2010). Impasses et opportunités dans le traitement des personnes souffrant d'un trouble de la personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 61-85. <https://doi.org/10.7202/1000554ar>
- Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 52(1), 63-70. <https://doi.org/10.1093/sw/52.1.63>
- Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 155-163. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0091-7>
- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 14(1), 27-35. <https://doi.org/10.1177/1049731503254106>
- Brillon, P. (2020). *Entretenir ma vitalité d'aidant* (1^{ière} éd.). Les Éditions de l'Homme.
- Cailhol, L., & Ragonnet, C. (2013). Besoins ressentis des patients et des soignants quant à la prise en charge des troubles de personnalité limite. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171(2), 100-103. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2012.06.025>
- Caringi, J. C. (2007). *Secondary traumatic stress in New York State child welfare workers* [Thèse de doctorat inédite]. State University of New-York at Albany, États-Unis. [publication n° 3286284]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25(4), 525-531. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.4.525>

- Cavanagh, N., Cockett, G., Heinrich, C., Doig, L., Fiest, K., Guichon, J. R., Page, S., Mitchell, I., & Doig, C. J. (2020). Compassion fatigue in healthcare providers: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Ethics*, *27*(3), 639-665. <https://doi.org/10.1177/0969733019889400>
- Centre Jeunesse de Montréal - Institut Universitaire. (2014). *S'investir pour le futur : rapport annuel de gestion 2013-2014*. Bureau des communications et des relations avec la communauté, Centre Jeunesse de Montréal - Institut Universitaire.
- Chanen, A. M., & Kaess, M. (2012). Developmental pathways to borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, *14*(1), 45-53. <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0242-y>
- Choi-Kain, L. W., Albert, E. B., & Gunderson, J. G. (2016). Evidence-based treatments for borderline personality disorder: Implementation, integration, and stepped care. *Harvard Review of Psychiatry*, *24*(5), 342-356. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000113>
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2004). The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: rationale, methods, and patient characteristics. *Journal of Personality Disorders*, *18*(1), 52-72. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.52.32769>
- Cleary, M., Siegfried, N., & Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, *11*(3), 186-191. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2002.00246.x>
- Colli, A., Tanzilli, A., Dimaggio, G., & Lingiardi, V. (2014). Patient personality and therapist response: an empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, *171*(1), 102-108. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13020224>
- Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse. (CSDEPJ, 2021, avril). *Rapport de la commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse*. https://www.csdepj.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport_final_3_mai_2021/2021_CSDEPJ_Rapport_version_finale_numerique.pdf
- Conrad, D., & Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child Abuse & Neglect*, *30*(10), 1071-1080. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.03.009>

- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, *59*(7), 614-625.
- Dagan, S. W., Ben-Porat, A., & Itzhaky, H. (2016). Child protection workers dealing with child abuse: The contribution of personal, social and organizational resources to secondary traumatization. *Child Abuse & Neglect*, *51*(1), 203-211. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.10.008>
- Darlington, Y., Healy, K., & Feeney, J. A. (2010). Challenges in implementing participatory practice in child protection: A contingency approach. *Children and Youth Services Review*, *32*(7), 1020-1027. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2010.03.030>
- Darr, W., & Johns, G. (2008). Work strain, health, and absenteeism: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, *13*(4), 293-318. <https://doi.org/10.1037/a0012639>
- Desrosiers, L., Laporte, L., & Pentecôte, C. (2019). Mon enfant et moi : un programme pour parents présentant un trouble de personnalité limite et leurs intervenants. *Quintessence*, *10*(12). <https://www.qualaxia.org/wp-content/uploads/quintessence-vol10-no12-fr.pdf>
- Dutton, D. G., Denny-Keys, M. K., & Sells, J. R. (2011). Parental personality disorder and its effects on children: A review of current literature. *Journal of Child Custody*, *8*(4), 268-283. <https://doi.org/10.1080/15379418.2011.620928>
- Eyden, J., Winsper, C., Wolke, D., Broome, M. R., & MacCallum, F. (2016). A systematic review of the parenting and outcomes experienced by offspring of mothers with borderline personality pathology: Potential mechanisms and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, *47*(1), 85-105. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.002>
- Feldman, R. B., Zelkowitz, P., Weiss, M., Vogel, J., Heyman, M., & Paris, J. (1995). A comparison of the families of mothers with borderline and nonborderline personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *36*(2), 157-163. [https://doi.org/10.1016/S0010440X\(95\)90110-8](https://doi.org/10.1016/S0010440X(95)90110-8)
- Feske, U., Tarter, R. E., Kirisci, L., & Pilkonis, P. A. (2006). Borderline personality and substance use in women. *American Journal on Addiction*, *15*(2), 131-137. <https://doi.org/10.1080/10550490500528357>
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.

- Figley, C. R. (1999). Compassion fatigue: Towards a new understanding of the costs of caring. Dans B. H. Stamm (Éd.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, & educators* (2^e éd., pp. 3-28). Sidran Press.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy, 55*(4), 316-340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Forbes, C. N., Tull, M. T., Rapport, D., Xie, H., Kaminski, B., & Wang, X. (2020). Emotion dysregulation prospectively predicts posttraumatic stress disorder symptom severity 3 months after trauma exposure. *Journal of Traumatic Stress, 33*(6), 1007-1016. <https://doi.org/10.1002/jts.22551>
- Forster, C., Berthollier, N., & Rawlinson, D. (2014). A systematic review of potential mechanisms of change in psychotherapeutic interventions for personality disorder. *Journal of Psychology & Psychotherapy, 4*(133), 1-15. <https://doi.org/10.4172/2161-0487.1000133>
- Frias, A., Palma, C., Fariols, N., Gonzalez, L., & Horta, A. (2016). Anxious adult attachment may mediate the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder: Anxious adult attachment. *Personality and Mental Health, 10*(4), 274-284. <https://doi.org/10.1002/pmh.1348>
- Gamache, D., Savard, C., Lemelin, S., Côté, A., & Villeneuve, E. (2018). Premature psychotherapy termination in an outpatient treatment program for personality disorders: A survival analysis. *Comprehensive Psychiatry, 80*(1), 14-23. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.08.001>
- Garrett, C. (1999). *Stress, coping, empathy, secondary traumatic stress and burnout in healthcare providers working with HIV-infected individuals* (Publication n° 9925490) [Thèse de doctorat inédite]. New York University, États-Unis. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Gladstone, J., Dumbrill, G., Leslie, B., Koster, A., Young, M., & Ismaila, A. (2014). Understanding worker-parent engagement in child protection casework. *Children and Youth Services Review, 44*(1), 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.06.002>
- Goffman, I. (1963). *Stigma*. Simon & Schuster.
- Gorman, D. F., & Brooks, P. M. (2009). On solutions to the shortage of doctors in Australia and New Zealand. *Medical Journal of Australia, 190*(3), 152-156. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2009.tb02320.x>

- Grandey, A., Foo, S. C., Groth, M., & Goodwin, R. E. (2012). Free to be you and me: A climate of authenticity alleviates burnout from emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology, 17*(1), 1-14. <https://doi.org/10.1037/a0025102>
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J., Pickering, R. P., & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry, 69*(4), 533-545. <https://doi.org/10.4088/JCP.v69n0404>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*(1), 41-54. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9102-4>
- Grenier Gauvin, N., Poitras, K., & Janelle, S. (2018). *Borderline personality disorder: Use of psychological expertise in child protection litigations in youth division of the court of Quebec* [Communication par affiche]. Annual Conference of the European Association of Psychology and Law, Turku, Finlande. <https://eaplstudent.com/turku-2018/>
- Gunderson, J. G. (1996). The borderline patient's intolerance of aloneness: Insecure attachments and therapist availability. *American Journal of Psychiatry, 153*(6), 752-758. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.6.752>
- Hensel, J. M., Ruiz, C., Finney, C., & Dewa, C. S. (2015). Meta-analysis of risk factors for secondary traumatic stress in therapeutic work with trauma victims. *Journal of Traumatic Stress, 28*(2), 83-91. <https://doi.org/10.1002/jts.21998>
- Hobson, R. P., Patrick, M., Crandell, L., Garcaprez, R., & Lee, A. (2005). Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder. *Development and Psychopathology, 17*(2), 329-347. <https://doi.org/10.1017/S0954579405050169>
- Horvat, A. O., & Greenberg, L. S., (1994). *The working alliance: Theory, research, and practice*. Wiley.
- Hummelen, B., Wilberg, T., & Karterud, S. (2007). Interviews of female patients with borderline personality disorder who dropped out of group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy, 57*(1), 67-91. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2007.57.1.67>

- Keinänen, M. T., Johnson, J. G., Richards, E. S., & Courtney, E. A. (2012). A systematic review of the evidence-based psychosocial risk factors for understanding of borderline personality disorder. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26(1), 65-91. <https://doi-org/10.1080/02668734.2011.652659>
- Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 445-458. <https://doi.org/10.1002/jclp.20240>
- Koekkoek, B., van Meijel, B., Schene, A., & Hutschemaekers, G. (2009). Clinical problems in community mental health care for patients with severe borderline personality disorder. *Community Mental Health Journal*, 45(6), 508-516. <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9259-7>
- Lamont, A. (2006). Mothers with borderline personality disorder. *Graduate Student Journal of Psychology*, 8(1), 39-43. <https://doi.org/10.1037/a0023081>
- Laporte, L. (2007). Un défi de taille pour les centres jeunesse. Intervenir auprès des parents ayant un trouble de personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 32(2), 97-114. <https://doi.org/10.7202/017799ar>
- Laporte, L., Baillargeon, L., Sanchez, I., & Desrosiers, L. (2014). Être intervenant auprès de parents ayant un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse : quand la souffrance de l'un se conjugue au désarroi de l'autre. *Revue de psychoéducation*, 43(2), 323-347. <https://doi.org/10.7202/1061187ar>
- Laporte, L., Paris, J., & Zerkowitz, P. (2017). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in mothers involved in youth protection services. *Personality and Mental Health*, 12(1), 49-58. <https://doi.org/10.1002/pmh.1398>
- Le Nestour, A., Apter, G., Héroux, C., Mourgues, B., & Patouillot-Staline, I. (2007). Parentalité limite et prise en charge thérapeutiques. *La psychiatrie de l'enfant*, 50(1), 125-177. <https://doi-org/10.3917/psy.501.0125>
- Le Nestour A., & Danon G. (2001). *Parentalités limites : entre souplesse et rigueur* [Communication orale]. World Association for Infant Mental Health.
- LeBlanc, C. (2010, janvier). *La mobilisation au changement dans un contexte d'intervention sous contrainte en protection de la jeunesse : enjeux, pièges et outils*. Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. https://www.unipsed.net/wp-content/uploads/2014/09/Mobilisation_changement_contexte.pdf
- Levy, K. N., Beeney, J. E., Wasserman, R. H., & Clarkin, J. F. (2010). Conflict begets conflict: Executive control, mental state vacillations, and the therapeutic alliance in

- treatment of borderline personality disorder. *Psychotherapy Research*, 20(4), 413-422. <https://doi.org/10.1080/10503301003636696>
- Lowenstein, L. F. (2014). How does borderline personality disorder affect parental care?. *Journal of Divorce & Remarriage*, 55(8), 636-644. <https://doi.org/10.1080/10502556.2014.959110>
- Mairean, C. (2016). Emotion regulation strategies, secondary traumatic stress, and compassion satisfaction in healthcare providers. *The Journal of Psychology*, 150(8), 961-975. <https://doi.org/10.1080/00223980.2016.1225659>
- Maltsberger, J. T., & Bum, D. (1973). Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Archives of General Psychiatry*, 30(1), 625-633. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1974.01760110049005>
- Masterson, J. F. (1990). Psychotherapy of borderline and narcissistic disorders: Establishing a therapeutic alliance (A developmental, self, and object relations approach). *Journal of Personality Disorders*, 4(2), 182-191.
- Michalopoulos, L. M., & Aparicio, E. (2012). Vicarious trauma in social workers: The role of trauma history, social support, and years of experience. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(6), 646-664. <https://doi.org/10.1080/10926771.2012.689422>
- Molnar, B. E., Sprang, G., Killian, K. D., Gottfried, R., Emery, V., & Bride, B. E. (2017). Advancing science and practice for vicarious traumatization/secondary traumatic stress: A research agenda. *Traumatology*, 23(2), 129-142. <https://doi.org/10.1037/trm0000122>
- Nimmo, A., & Huggard, P. (2013). A systematic review of the measurement of compassion fatigue, vicarious trauma and secondary traumatic stress in physicians. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 2013-1, 37-44. http://trauma.massey.ac.nz/issues/2013-1/AJDTS_2013-1_Nimmo.pdf
- 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*, 32(1), 57-74. <https://doi.org/10.7202/016509ar>
- O'Bryant, K. (2008). *The impact of Secondary Traumatic Stress on Child Protection Service Workers* (publication n° 42455695) [Thèse de doctorat inédite]. Cardinal Stritch University. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Ogińska-Bulik, N., Gurowiec, P. J., Michalska, P., & Kędra, E. (2021). Prevalence and predictors of secondary traumatic stress symptoms in health care professionals

- working with trauma victims: A cross-sectional study. *PLoS One*, 16(2), e0247596. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247596>
- Ondrejková, N., & Halamová, J. (2022). Prevalence of compassion fatigue among helping professions and relationship to compassion for others, self-compassion and self-criticism. *Health & Social Care in the Community*, 00(1), 1-15. <https://doi.org/10.1111/hsc.13741>
- Paris, J. (1997). Succès et échecs dans le traitement de patients souffrant de troubles de la personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 22(1), 16-29. <https://doi.org/10.7202/502092ar>
- Peng, W., Liu, Z., Liu, Q., Chu, J., Zheng, K., Wang, J., Wei, H., Zhong, M., Ling, Y., & Yi, J. (2021). Insecure attachment and maladaptive emotion regulation mediating the relationship between childhood trauma and borderline personality features. *Depression and Anxiety*, 38(1), 28-39. <https://doi.org/10.1002/da.23082>
- Petfield, L., Startup, H., Droscher, H., & Cartwright-Hatton, S. (2015). Parenting in mothers with borderline personality disorder and impact on child outcomes. *Evidence-Based Mental Health*, 18(3), 67-75. <https://doi.org/10.1136/eb-2015-102163>
- Pryce, J. C., Shackelford, K. K., & Pryce, D. H. (2007). *Secondary trauma stress and the child welfare professional*. Lyceum Press.
- Regehr, C., Hemsworth, D., Leslie, B., Howe, P., & Chau, S. (2004). Predictors of post-traumatic distress in child welfare workers: A linear structural equation model. *Children and Youth Services Review*, 26(4), 331-346. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2004.02.003>
- Rogers, B., & Acton, T. (2012). 'I think we're all guinea pigs really': A qualitative study of medication and borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(4), 341-347. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01800.x>
- Rottenberg, J., & Gross, J. J. (2003). When emotion goes wrong: Realizing the promise of affective science. *Clinical Psychology*, 10(2), 227-232. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg012>
- Russell, J. J., Moskowitz, D. S., Sookman, D., Paris, J., & Zuroff, D.C. (2007). Stability and variability of affective experience and interpersonal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(3), 578-588. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.3.578>

- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide* (1^{re} éd.). The Guildford Press.
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2011). Gender patterns in borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(5), 16-20.
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2013). Responses of mental health clinicians to patients with borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 10(5-6), 39-43. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3719460/>
- Sharp, C., & Fonagy, P. (2015). Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence—recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(12), 1266-1288. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12449>
- Smith, J. A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology Review*, 5(1), 9-27. <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.510659>
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*. Pocatello. ProQOL.org
- Sulzer, S. H. (2015). Does "difficult patient" status contribute to de facto demedicalization? The case of borderline personality disorder. *Social Science & Medicine*, 142(1), 82-89. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.08.008>
- Tessier, V. (2018). *Prévalence et facteurs de risque les plus fortement associés à la présence de stress traumatique secondaire chez les intervenants sociaux en protection de la jeunesse* [Mémoire de maîtrise inédit]. Université Laval, Québec, QC.
- Treloar, A. J. C. (2009). A qualitative investigation of the clinician experience of working with borderline personality disorder. *New Zealand Journal of Psychology*, 38(2), 30-34. <https://www.psychology.org.nz/journal-archive/NZJP-Vol382-2009-4-Commons-Treloar.pdf>
- Trippany, R. White, Kress, V., & Wilcoxon, S. (2004). Preventing vicarious trauma: What counselors should know when working with trauma survivors. *Journal of Counseling and Development*, 82(1), 31-37. <https://doi-org/10.1002/j.1556-6678.2004.tb00283.x>
- van Hook, M. P., & Rothenberg, M. (2009). Quality of life and compassion satisfaction/fatigue and burnout in child welfare workers: A study of the child welfare workers in community-based care organizations in central Florida. *Social Work & Christianity*, 36(1), 36-54. <http://www.nacsw.org/Publications/Proceedings2008/VanHookMQuality.pdf>

- van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Coughlan, B., & Reijman, S. (2020). Annual research review: Umbrella synthesis of meta-analyses on child maltreatment antecedents and interventions: Differential susceptibility perspective on risk and resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *61*(3), 272-290. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13147>
- Wagaman, M. A., Geiger, J. M., Shockley, C., & Segal, E. A. (2015). The role of empathy in burnout, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, *60*(3), 201-209. <https://doi.org/10.1093/sw/swv014>
- Winsper, C., Lereya, S. T., Marwaha, S., Thompson, A., Eyden, J., & Singh, S. P. (2016). The aetiological and psychopathological validity of borderline personality disorder in youth: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *44*(1), 13-24. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.12.001>
- Winter, K. (2009). Relationships matter: The problems and prospects for social workers' relationships with young children in care. *Child & Family Social Work*, *14*(4), 450-460. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2009.00628.x>
- Wooten, N. R., Kim, H., & Fakunmoju, S. B. (2011). Occupational stress in social work practice. Dans J. Langan & J. Cooper (Éds), *Handbook of stress in the occupations* (pp. 71-90). Edward Elgar Publishing.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Zalewski, M., Stepp, S. D., Scott, L. N., Whalen, D. J., Beeney, J. F., & Hipwell, A. E. (2014). Maternal borderline personality disorder symptoms and parenting of adolescent daughters. *Journal of Personality Disorders*, *28*(4), 541-554. https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_131
- Zanarini, M. C., Williams A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., Levin, A., Yong, L., & Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *154*(8), 1101-1106. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.8.1101>

Appendice A
Normes de la *Revue québécoise de psychologie*

NORMES DE PUBLICATION DÉTAILLÉES
REVUE QUÉBÉCOISE DE PSYCHOLOGIE
(révision effectuée en juin 2011)

Informations générales

1. Les manuscrits sont soumis via le site Web de la revue (<http://www.rqpsy.qc.ca>)
2. Les textes doivent respecter les normes habituelles de présentation des écrits scientifiques. Ils doivent être rédigés à double interligne sur format lettre et sont accompagnés d'un résumé rédigé en *français* et en *anglais*, des mots clés en *français* et en *anglais* ainsi que du titre en *français* et en *anglais*. Les textes comptent un *maximum de 25 pages* (à 2800 caractères et espaces compris par page)
3. Le texte final en traitement de texte (doc, doc.x) doit être téléversé sur le site de la Revue.
4. La première page indique le titre (en français et en anglais), le nom de l'auteur (ou des auteurs), l'endroit où il(s) travaille(nt) ainsi que leurs coordonnées détaillées (numéros de téléphone, de télécopieur, courriel). La page qui suit donne uniquement le titre, les résumés et mots clés (en français et en anglais). Le texte proprement dit commence donc à la troisième page.
5. Une seule adresse de correspondance sera imprimée (p. ex., Adresse de correspondance : Nom, fonction, service, organisme, adresse postale. Téléphone. Télécopieur. Courriel). Néanmoins, les adresses des autres auteurs sont essentielles pour les éventuels contacts lors du processus d'édition et de mise en ligne.
6. Une seule affiliation par auteur sera publiée (l'affiliation principale).

La qualité du français

Les articles doivent être rédigés dans une langue correcte et accessible à la majorité des lecteurs et lectrices (professionnelles et professionnels qui ont régulièrement recours à la psychologie dans l'exercice de leur profession). Les citations provenant d'auteurs de langue anglaise doivent être traduites en français. Si la traduction d'un terme technique pose problème, il est alors indiqué d'écrire le terme original entre parenthèses, à côté de la traduction qu'on en fait. Tout terme provenant d'une langue étrangère doit être en italiques. Les titres d'ouvrage ou de test doivent être mis en italiques.

Marges	en pouces	en cm
Haut :	1,00	2,54
Bas :	1,00	2,54
Gauche :	1,00	2,54
Droite :	1,00	2,54
Pied de page :	0,75	1,90

Caractères : Arial 10

Titre de l'article en français : 10 points, majuscules, gras et ne comportant pas plus de 15 mots

Titre abrégé en français (Running head) : 10 points, minuscules, gras et ne comportant pas plus de 50 caractères et espaces

Titre de l'article en anglais : 10 points, majuscules, gras et ne comportant pas plus de 15 mots

Le nom de l'auteur ou des auteurs et appartenance

Ex. : Colette JOURDAN-IONESCU (en 10 pts)
Université du Québec à Trois-Rivières (en 10 pts)

Début des paragraphes par un retrait négatif de 0,4 pouces (0,63 cm)

Niveaux de titre : Les titres ne doivent pas être des phrases (donc ne comportent pas de verbe)

1^{er} niveau de titre : Caractères : 10 pts, majuscules + centré

2^e niveau de titre : Caractères : 10 pts, minuscules + centré

3^e niveau de titre : Caractères : 10 pts, minuscules + italique + centré

4^e niveau de titre : Caractères : 10 pts, minuscules + italique + début du paragraphe en retrait

Citations : Les citations doivent être traduites en français. Elles sont présentées entre guillemets français (« »). Lorsqu'elles dépassent 40 mots, les citations doivent faire l'objet d'un paragraphe indépendant avec un retrait de 0,4 pouces (0,63 cm) à gauche et à droite, en incluant la référence (auteur, année et page).

Résumés (français et anglais) comportant au maximum 100 mots

Ceux-ci sont en Arial (10 pts) et commencent aussi avec un retrait négatif de 0,4 pouces (0,63 cm). Ils sont en italiques.

Mots clés (français et anglais) comportant au maximum 6 mots

Ceux-ci sont en Arial (10 pts).

Exemples :

Résumé

L'objet de cet article est de présenter le concept d'intervention appelé « Famille soutien » pour des familles dont un des enfants présente des difficultés d'adaptation. Créée initialement dans le cadre d'un programme d'intervention auprès de familles négligentes et/ou violentes (Palacio-Quintin, Éthier, Jourdan-Ionescu & Lacharité, 1991), l'intervention famille soutien doit toujours s'insérer à l'intérieur d'un plan d'intervention, car on demande à une famille non professionnelle,...

Mots clés : maltraitance, intervention non professionnelle, famille, soutien, supervision

Abstract

The object of this article is to present the intervention concept of « Support family » which aims to help families with a child presenting adaptation problems. Initially created within the context of an intervention program for negligent and/or abusive families (Palacio-Quintin, Ethier, Jourdan-Ionescu & Lacharité, 1991), support family intervention should always be incorporate into an intervention plan because a non professional, but trained and supervised family is asked to accompany a...

Key words : child abuse and neglect, non professional, supervision, support family

Signes de ponctuation

Un espace avant et après le « : »

Un espace avant et après le « % »

Un espace avant et après le « = »

Un espace après le point

Un espace après le point-virgule

Un espace après la virgule

Un espace après le point d'interrogation, le point d'exclamation.

Appels de notes de bas de page : en 10 pts

Notes de bas de page : en 10 pts

Parenthèses : Des parenthèses carrées sont utilisées lorsque des parenthèses rondes sont à l'intérieur (p. ex., $[F(1,23) = 29,69, p < .01]$).

Description de l'échantillon : N (échantillon complet) et n (échantillon partiel).

Résultats statistiques

Le système métrique exige, en français, l'utilisation de la virgule comme séparateur des unités et des décimales, par exemple 3,5 cm. Par contre, certaines notations statistiques comme les corrélations et les probabilités proviennent d'un système indépendant du système métrique et il faut alors employer le point (p. ex., $r(45) = .73$, $p < .01$). Bien que les programmes statistiques donnent plusieurs chiffres après le point décimal, l'usage exige de ne donner que deux chiffres après le séparateur en arrondissant.

Les statistiques exposées dans le texte doivent toujours comporter le symbole du test, le nombre de degrés de liberté s'il y a lieu, la valeur exacte de la statistique et le seuil de signification. Toutes ces notations sont soulignées ou en italique, comme dans le texte présent. Par exemple :

- $t(16) = 2,62$, $p < .001$
- $F(1,58) = 29,59$, $p < .001$
- $r(59) = .87$, $p < .01$
- $r(22) = .21$, n.s.

Notez bien qu'il n'y a pas d'espace entre le symbole du test et la parenthèse qui présente les degrés de liberté. De plus, le test χ^2 se présente avec les degrés de liberté et la taille de l'échantillon entre parenthèses. Par exemple :

- $\chi^2(2, 125) = 10,51$, $p < .05$

En outre, le texte doit présenter les statistiques descriptives utiles à la compréhension du sens de l'effet mis en évidence par la statistique inférentielle. L'exemple suivant illustre cette remarque :

- Seules les observations de jeu ont démontré une différence significative, les garçons jouant plus souvent ($M = 3,24$) que les filles ($M = 1,45$) de façon solitaire ($t(79) = 1,97$, $p < .05$).

Tableaux et figures

Les Tableaux et les Figures sont regroupés après les références. L'endroit où ils doivent être insérés est indiqué dans l'article. Les Tableaux comportent un numéro, un titre. Les Figures comportent un numéro, un titre et des légendes qui les rendent aisément compréhensibles.

Les Tableaux ou Figures sont annoncés dans le texte d'une des façons suivantes (attention de toujours mettre une majuscule aux mots Tableau et Figure) :

- Le Tableau 1 présente un résumé de...
- Comme le Tableau 1 l'indique...
- (...) l'analyse de variance (voir Figure 1).

Ci-dessous se trouve un exemple de Tableau et un de Figure [porter une attention spéciale à la façon d'écrire les titres (en 10 pts, centrés pour les Tableaux, alignés à gauche pour les Figures)] :

Tableau 1
Cotes moyennes et écarts types des deux groupes dans chacune des quatre catégories de loisirs

Groupe	Catégorie			
	1	2	3	4
Expérimental				
M	32,45	35,98	33,78	21,67
ÉT	3,6	3,8	2,8	4,1
Contrôle				
M	22,67	54,78	21,33	34,57
ÉT	2,7	3,4	3,4	4,1

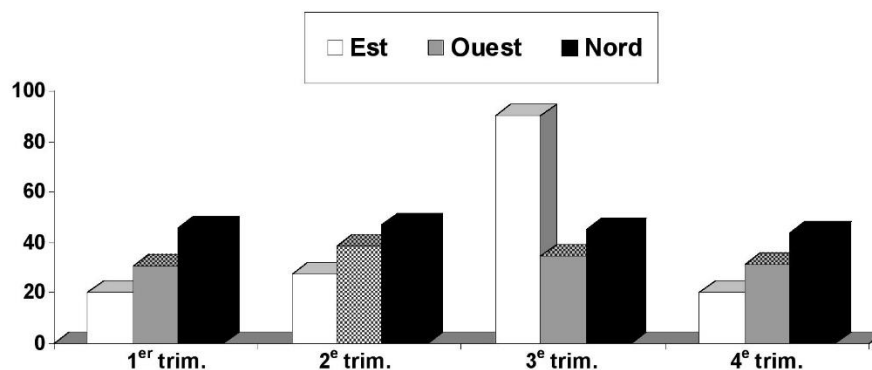


Figure 1. Répartition trimestrielle du nombre de clients selon la provenance

Références

Toute référence introduite dans l'article comporte le nom de l'auteur, la date de parution de son ouvrage ainsi que, s'il s'agit d'une citation, la page. Les références sont regroupées sur des feuilles séparées, à la fin de l'article, par ordre alphabétique d'auteurs. La liste des références doit correspondre **exactement** aux auteurs cités dans le texte.

Lorsqu'on cite une publication faite par deux auteurs, on nomme les deux auteurs. Lorsqu'on fait référence à un ouvrage publié par *plus de deux auteurs et moins de sept auteurs*, on les cite tous à la première mention; ensuite, on cite le premier auteur en ajoutant "*et al.*". Lorsqu'il y a sept auteurs et plus, on cite directement selon la formule « Premier auteur et al., date ». Lorsque la référence comporte plus d'un auteur, le dernier est relié par la perluète (&). Cette règle vaut pour les références introduites dans le texte entre parenthèses et pour celles regroupées à la fin de l'article. Par contre, dans le texte, lorsqu'on fait référence à ce que deux auteurs (ou plus) ont dit, on écrit « et » pour relier les noms des auteurs.

Voici quelques exemples de références pour les trois cas les plus fréquents : un livre, un chapitre dans un ouvrage et un article.

Livre

Vézina, J., Cappeliez, P., & Landreville, P. (1994). *Psychologie gérontologique*. Montréal : Ga tan Morin  diteur.

Les noms du titre d'un volume en anglais sont en minuscules, exception faite de la première lettre du premier mot : *Psychology of aging*.

Chapître

Alain, M. (1993). Les théories sur les motivations sociales. In R. J. Vallerand & E. E. Thil ( ds), *Introduction à la psychologie de la motivation* (pp. 465-507). Laval (Québec) :  ditions  tudes Vivantes.

Article

Beaudin, G., & Savoie, A. (1995). L'efficacité des équipes de travail : définition, composantes et mesures. *Revue québécoise de psychologie*, 16(1), 185-201.

- Le titre de la revue lorsqu'il est en anglais doit s'écrire avec une majuscule à chacun des mots.
- Il faut veiller à l'exacte correspondance entre les références rapportées dans le texte et celles regroupées à la fin.
- Lorsque plusieurs auteurs sont cités pour une même idée, l'ordre alphabétique est nécessaire (p. ex., Béland, 2001; Normandin & Cossette, 1998; Trudel & Morinville, 1997).

Document dans Internet

Pericak-Vance, M.A., Folstein, S.E. & Wolpert, C.M. (2002). *Explorer l'autisme*. Récupéré le 24 novembre 2005 de <http://www.exploringautism.org/french/>

Texte final

Lorsque l'auteur a effectué les corrections demandées, il fait parvenir le texte final via le site Web de la revue (<http://rqpsy.qc.ca>)

Correction et approbation des épreuves

Les épreuves de l'article sont envoyées à l'auteur avant l'impression et doivent être retournées dans les 48 heures. Dès la publication, l'auteur (ou le 1^{er} auteur) de l'article reçoit 10 tirés à part de l'article.

Si les directives ne sont pas suivies ou si l'auteur tarde à répondre aux demandes du Comité de lecture, la publication des articles risque d'être retardée.

Appendice B
Normes de la revue *Journal of Psychology*

Taylor & Francis manuscript layout guide

This layout guide will help you format your manuscript to get it ready to submit to a Taylor & Francis or Routledge journal.

To save even more time, our [downloadable templates](#) are a useful resource that can be used along with this guide to help you prepare your article for submission.

If you are at the early stage of your research, you may need to also read on [how to start writing a journal manuscript](#).

How should I format my manuscript?

This guide contains advice to help you get started, but some journals will have specific layout and formatting requirements.

Before you submit your article, make sure you've checked the instructions for authors for your chosen journal, so you are aware of everything required. You can find the instructions for authors on the journal's homepage on [Taylor and Francis Online](#).

Below is a list of formatting considerations that are often specified by academic journals.

Font

Use Times New Roman font in size 12 with double-line spacing.

Margins

Margins should be at least 2.5cm (1 inch).

Title

Use bold for your article title, with an initial capital letter for any proper nouns.

Abstract

Indicate the abstract paragraph with a heading or by reducing the font size.

The instructions for authors for each journal will give specific guidelines on what's required here, including whether it should be a structured abstract or graphical abstract, and any word limits.

If you need further guidance, [learn more on how to write an effective abstract and title](#).

What is an abstract in a research paper?

This is your opportunity to 'pitch' your article to the journal editors, and later, its readers.

Your abstract should focus on what your research is about, what methods have been used, and what you found out.

Keywords

Keywords help readers find your article, so are vital for discoverability. If the journal instructions for authors don't give a set number of keywords to provide, aim for five or six.

Headings

This will show you the different levels of the heading section in your article:

1. First-level headings (e.g. Introduction, Conclusion) should be in bold, with an initial capital letter for any proper nouns.
2. Second-level headings should be in bold italics, with an initial capital letter for any proper nouns.
3. Third-level headings should be in italics, with an initial capital letter for any proper nouns.
4. Fourth-level headings should be in bold italics, at the beginning of a paragraph. The text follows immediately after a full stop (full point) or other punctuation mark.
5. Fifth-level headings should be in italics, at the beginning of a paragraph. The text follows immediately after a full stop (full point) or other punctuation mark.

Tables and figures

Show clearly in your article text where the tables and figures should appear, for example, by writing [Table 1 near here].

Check the instructions for authors to see how you should supply tables and figures, whether at the end of the text or in separate files, and follow any guidance given on the submission system.

You can [find more detailed advice on including tables in your article](#) and in our [guide to submission of electronic artwork](#).

Here's also our [advice on obtaining permission for third party material](#) if you choose to use or reproduce work from another source.

Do I need permission to reproduce a table?

It's very important that you have been given permission to use any tables or figures you are reproducing from another source before you submit.

Data availability statement

If you're submitting a [data availability statement](#) for your article, include it within the text of your manuscript, before your 'References' section. Remember to give it the heading 'Data availability statement' so that readers can easily find it.

Spelling and punctuation

Each journal will have a preferred method for spelling and punctuation. You'll find this in the instructions for authors, available on the journal's homepage on [Taylor and Francis Online](#). Make sure you apply the spelling and punctuation style consistently throughout your article.

Special characters

If you are preparing your manuscript in Microsoft Word and your article contains special characters, accents, or diacritics, we recommend you follow these steps:

- European accents (Greek, Hebrew, or Cyrillic letters, or phonetic symbols): choose Times New Roman font from the dropdown menu in the "Insert symbol" window and insert the character you require.
- Asian languages (such as Sanskrit, Korean, Chinese, or Japanese): choose Arial Unicode font from the dropdown menu in the "Insert symbol" window and insert the character you require.
- Transliterated Arabic: choose either Times New Roman or Arial Unicode (unless the instructions for authors specify a particular font). For ayns and hamzas, choose Arial Unicode font from the dropdown menu in the "Insert symbol" window. Type the Unicode hexes directly into the "Character code" box, using 02BF for ayn, and 02BE for hamza.

Running heads and received dates

These aren't required when submitting a manuscript for review. They will be added during the production process if your article is accepted for publication.

Appendice C
Canevas d'entrevue préformation

CANEVAS D'ENTREVUE PRÉFORMATION

Questions casse-glace

1. Nom, prénom, équipe
2. Depuis combien de temps travaillez-vous en Centre jeunesse/Équipe enfance famille/réadaptation en dépendance?
3. Quelle est votre formation en santé mentale
4. Décrivez vos expériences avec la clientèle des parents ayant un trouble de personnalité limite (TPL)?
5. Comment avez-vous entendu parler du programme?
6. Qu'est-ce qui vous a convaincu de référer un parent?

Les défis du travail auprès des parents présentant un TPL

7. Décrivez votre travail avec les parents présentant un TPL?
8. Quelles sont vos tâches auprès d'eux? Comment êtes-vous impliqués auprès d'eux?
9. Décrivez les aspects stimulants du travail avec ces parents?
10. Décrivez les interventions qui vous apparaissent les plus délicates, difficiles?
11. Comment vous y prenez-vous pour engager ces parents dans une démarche de changement? Pour développer une relation avec eux.
12. La prise en charge des parents ayant un TPL est reconnue pour être émotionnellement exigeante et difficile pour les cliniciens. Commentez cette affirmation.
13. Quels sont les effets de ce travail sur vous, votre santé, stress.
14. Quelle est votre perspective sur le potentiel d'évolution de ces parents.

Les besoins des intervenants

15. Qu'est-ce qui vous aiderait à mieux aider ces parents?
 - a. Aspects cliniques, vers qui vous tournez-vous pour avoir de l'aide
 - b. Aspects infrastructures
 - c. Aspects organisationnels

Synthèse

En une phrase, énoncez votre perception du travail avec la clientèle des parents avec TPL.

Appendice D

Échelle des difficultés de régulation émotionnelle (EDRS)

Lis les phrases suivantes et essaye de répondre à quelle fréquence ils s'appliquent à toi dans ta vie actuelle, en écrivant le nombre correspondant, selon l'échelle proposée.

1	2	3	4	5
Presque jamais	Parfois	La moitié du temps	La plupart du temps	Presque toujours
(0-10 %)	(11-35 %)	(36-65 %)	(66-90 %)	(91-100 %)

- _____ (1) Je comprends clairement mes émotions.
- _____ (2) Je fais attention à ce que je ressens.
- _____ (3) Je vis mes émotions comme écrasantes et incontrôlables.
- _____ (4) Je ne sais pas comment je me sens.
- _____ (5) J'ai de la difficulté à comprendre le sens de mes émotions.
- _____ (6) Je suis attentif à mes émotions.
- _____ (7) Je sais exactement comment je me sens.
- _____ (8) Je suis préoccupé(e) par ce que je ressens.
- _____ (9) Je suis confus par rapport à ce que je ressens.
- _____ (10) Quand je suis perturbé(e) j'identifie mes émotions
- _____ (11) Quand je suis perturbé(e) je m'en veux de me sentir comme ça.
- _____ (12) Quand je suis perturbé(e) je me sens gêné(e) de me sentir comme ça.
- _____ (13) Quand je suis perturbé(e) j'ai des difficultés à faire mon travail.
- _____ (14) Quand je suis perturbé(e) je deviens hors de contrôle.
- _____ (15) Quand je suis perturbé(e) je crois que je vais le rester pendant longtemps.
- _____ (16) Quand je suis perturbé(e) je crois que je vais finir par me sentir très déprimé(e)
- _____ (17) Quand je suis perturbé(e) je crois que mes émotions sont valides et importantes.

1	2	3	4	5
Presque jamais	Parfois	La moitié du temps	La plupart du temps	Presque toujours
(0-10 %)	(11-35 %)	(36-65 %)	(66-90 %)	(91-100 %)

- _____ (18) Quand je suis perturbé(e) j'ai de la difficulté à me centrer sur d'autres choses.
- _____ (19) Quand je suis perturbé(e) je me sens incontrôlable
- _____ (20) Quand je suis perturbé(e) j'arrive quand même à finir des choses
- _____ (21) Quand je suis perturbé(e) je me sens honteux(se) de me sentir comme ça.
- _____ (22) Quand je suis perturbé(e) je sais que je peux trouver une façon de me sentir mieux.
- _____ (23) Quand je suis perturbé(e) je me sens faible
- _____ (24) Quand je suis perturbé(e) je sens que je peux rester en contrôle de mes comportements
- _____ (25) Quand je suis perturbé(e) je me sens coupable de me sentir comme ça.
- _____ (26) Quand je suis perturbé(e) j'ai des difficultés à me concentrer.
- _____ (27) Quand je suis perturbé(e) j'ai des difficultés à contrôler mes actions
- _____ (28) Quand je suis perturbé(e) je crois qu'il n'y a rien que je puisse faire pour me sentir mieux.
- _____ (29) Quand je suis perturbé(e) je me sens fâchée envers moi de me sentir comme ça.
- _____ (30) Quand je suis perturbé(e) je commence à me sentir mal envers moi-même.
- _____ (31) Quand je suis perturbé(e) je crois que m'enfoncer dans cet état est tout ce que je peux faire.
- _____ (32) Quand je suis perturbé(e) je perds le contrôle de mes comportements.

1	2	3	4	5
Presque jamais	Parfois	La moitié du temps	La plupart du temps	Presque toujours
(0-10 %)	(11-35 %)	(36-65 %)	(66-90 %)	(91-100 %)

- _____ (33) Quand je suis perturbé(e) j'ai de la difficulté à penser à quoi que ce soit d'autre.
- _____ (34) Quand je suis perturbé(e) cela me prend du temps avant d'observer ce que je ressens vraiment.
- _____ (35) Quand je suis perturbé(e) cela me prend beaucoup de temps avant de me sentir mieux.
- _____ (36) Quand je suis perturbé(e) mes émotions m'écrasent.

Appendice E

Échelle de qualité de vie professionnelle (ProQOL) Satisfaction par la compassion et
usure de la compassion (ProQOL) Version 5 (2009)

[Aider] les autres vous met en contact direct avec leur vie. Comme vous l'avez probablement constaté, votre compassion pour les personnes que vous *[aidez]* peut vous affecter de manière à la fois positive et négative. Les questions ci-dessous concernent votre expérience, tant positive que négative, dans votre fonction d'*[aide]*. Lisez chacune des questions ci-après sur vous et votre situation professionnelle actuelle. Choisissez la note qui reflète honnêtement la fréquence à laquelle vous avez fait les expériences suivantes au cours des *30 derniers jours*.

1 = Jamais 2 = Rarement 3 = Parfois 4 = Souvent 5 = Très souvent

- 1 Je suis heureux. _____
 - 2 Je suis préoccupé par plus d'une des personnes que j'*[aide]*. _____
 - 3 Je ressens de la satisfaction à pouvoir *[aider]* les autres. _____
 - 4 Je me sens lié à autrui. _____
 - 5 Je sursaute ou suis surpris par des bruits inattendus. _____
 - 6 Travailler avec ceux que j'*[aide]* me donne de l'énergie. _____
 - 7 Il m'est difficile de séparer ma vie privée de ma profession d'*[aidant]*. _____
 - 8 Ma productivité au travail baisse parce que je perds le sommeil du fait des expériences traumatisantes d'une personne que j'*[aide]*. _____
 - 9 Je pense que j'ai pu être affecté par le stress traumatique des personnes que j'*[aide]*. _____
 - 10 Je me sens pris au piège par mon travail d'*[aide]*. _____
 - 11 En raison de mon travail d'*[aide]*, je me suis senti « sur les nerfs » pour diverses raisons. _____
 - 12 J'aime mon travail d'*[aide]*. _____
 - 13 Je me sens déprimé du fait des expériences traumatisantes des personnes que j'*[aide]*. _____
 - 14 J'ai l'impression de ressentir le traumatisme d'une personne que j'ai *[aidée]*. _____
 - 15 Mes croyances/convictions me soutiennent. _____
 - 16 Je suis satisfait de la façon dont je me tiens au courant de l'évolution des techniques et protocoles d'*[aide]*. _____
-

1 = Jamais 2 = Rarement 3 = Parfois 4 = Souvent 5 = Très souvent

-
- 17 Je suis la personne que j'ai toujours voulu être. _____
- 18 Mon travail me procure de la satisfaction. _____
- 19 Je me sens épuisé par mon travail d'*[aide]*. _____
- 20 J'ai des pensées et des sentiments agréables concernant les personnes que j'*[aide]* et la façon dont j'ai pu les aider. _____
- 21 Je me sens submergé parce que la charge de travail à laquelle je dois faire face me semble inépuisable. _____
- 22 Je crois que mon travail me permet de faire la différence. _____
- 23 J'évite certaines activités ou situations car elles me rappellent des expériences effrayantes faites par des gens que j'*[aide]*. _____
- 24 Je suis fier de ce que je peux faire *pour [aider]*. _____
- 25 Du fait de mon travail d'*[aide]*, je suis envahi par des pensées effrayantes. _____
- 26 Je me sens « coincé » par le système. _____
- 27 J'ai le sentiment de réussir dans mon travail d'*[aide]*. _____
- 28 Je ne peux me souvenir de parties importantes de mon travail avec des victimes de traumatisme. _____
- 29 Il est très important pour moi de prendre soin d'autrui. _____
- 30 Je suis heureux d'avoir choisi de faire ce travail. _____
-