



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

ScienceDirect

et également disponible sur www.em-consulte.com



Psychologie clinique

Qu'est-ce que les professionnels dévoilent d'eux-mêmes dans la relation thérapeutique avec les personnes atteintes de schizophrénie ?

What do professionals disclose about themselves in the therapeutic relationship with people with schizophrenia?

A. Nguyen^{a,*}, L. Frobert^a, A. Ismailaj^b, S. Monteiro^a, J. Favrod^a

^a Institut et Haute Ecole de la Santé, La Source, HES-SO, Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale, Lausanne, Suisse

^b SISP SA, Structure intermédiaire de soins psychiatriques, Lausanne, Suisse

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 6 septembre 2020
Accepté le 2 mars 2021
Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :
Partage d'expérience
Dévoilement de soi
Schizophrénie
Interaction
Alliance thérapeutique

R É S U M É

Introduction. – Le dévoilement de soi par les professionnels de la santé est une pratique courante, bien que controversée quant au moment opportun, à l'étendue et au contenu des informations partagées et aux conséquences cliniques.

Objectif. – Cette étude qualitative vise à enquêter sur de dévoilement de soi chez les professionnels de la santé et du monde socioéducatif.

Méthode. – Treize entretiens approfondis avec les animateurs d'une intervention pour améliorer le plaisir et la motivation dans la schizophrénie. Les entretiens ont fait l'objet d'une analyse thématique.

Résultats. – Les professionnels décrivent leurs dévoilements comme un partage authentique d'expériences vécues. Du point de vue du contenu, les professionnels sélectionnent des événements simples de leur vie personnelle ou professionnelle, qu'ils trouvent faciles à partager avec les patients, en groupe. Les critères de sélection de ces expériences concernent principalement la valeur thérapeutique et sont formulés en termes de pertinence du contenu et de l'utilité envisagée pour le patient ainsi que d'authenticité. La révélation de soi génère une redéfinition des places dans l'interaction conduisant à une relation plus égalitaire.

* Auteur correspondant. Institut et Haute Ecole de la Santé, La Source, HES-SO, Avenue Vinet 30, CH-1004 Lausanne, Suisse.
Adresse e-mail : a.nguyen@ecolelasource.ch (A. Nguyen).

<https://doi.org/10.1016/j.prps.2021.03.001>

1269-1763/© 2021 Société Française de Psychologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Pour citer cet article : Nguyen, A., et al. Qu'est-ce que les professionnels dévoilent d'eux-mêmes dans la relation thérapeutique avec les personnes atteintes de schizophrénie ? *Pratiques psychologiques*, <https://doi.org/10.1016/j.prps.2021.03.001>

Conclusions. – Le dévoilement de soi s'avère être un outil pour développer et maintenir la relation thérapeutique. De plus amples études sur le phénomène seraient utiles pour concevoir la formation des professionnels.

© 2021 Société Française de Psychologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

A B S T R A C T

Keywords:

Experience sharing
Self-disclosure
Schizophrenia
Interaction
Therapeutic alliance

Introduction. – Health professionals' self-disclosure is a common practice, but there is still controversy regarding when it is appropriate, what the extent and content of self-disclosure should be, and what the clinical consequences are.

Objectives. – This qualitative study aimed to investigate self-disclosure in health and social-care professionals.

Method. – Thirteen in-depth interviews with group leaders of an intervention to improve pleasure and motivation in schizophrenia. The interviews were subjected to thematic analysis.

Results. – Professionals describe their personal disclosures as authentic sharing of lived experiences. From a content point of view, professionals select simple events from their personal or professional life, which they find easy to share with patients, in a group. The selection criteria for these experiences mainly concern the therapeutic value and are formulated in terms of relevance of the content and the usefulness envisioned for the patient as well as authenticity. Self-disclosure generates a redefinition of the places in interaction and a more egalitarian relationship.

Conclusion. – Self-disclosure is found to be a tool for developing and maintaining the therapeutic relationship. Further studies of the phenomenon would be useful to design training and supervision for professionals.

© 2021 Société Française de Psychologie. Published by Elsevier Masson SAS. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

La relation thérapeutique entre un patient et un clinicien est au centre de la prestation du traitement psychiatrique (Favrod, Nguyen, Frobert, & Pellet, 2018 ; Horvath, 2005). Dans les enquêtes, les patients considèrent qu'il s'agit de la composante la plus importante des soins (Johansson & Eklund, 2003). La relation thérapeutique joue un rôle majeur pour engager les patients atteints de troubles psychiatriques sévères dans les soins (Priebe, Watts, Chase, & Matanov, 2005) et améliorer l'adhérence au traitement médicamenteux (McCabe et al., 2012). Plusieurs études ont montré qu'une relation thérapeutique positive était associée à moins de réadmissions à l'hôpital et ainsi qu'à des changements plus favorables du niveau des symptômes et des mesures de fonctionnement (Priebe, Richardson, Cooney, Adedeji, & McCabe, 2011b). Bien qu'il n'y ait pas de consensus universel sur la façon dont la relation thérapeutique doit être définie et mesurée, elle est largement considérée comme un facteur non spécifique important dans la détermination des résultats du traitement (Martin, Garske, & Davis, 2000). Cette relation lie le thérapeute et le patient dans une dyade collaborative qui nécessite un processus d'ajustement mutuel, une interaction subtile d'ajustement entre les partenaires en interaction. L'alliance thérapeutique est fréquemment démontrée comme un ingrédient essentiel dans l'efficacité des interventions thérapeutiques au-delà des modèles utilisés (Ahn & Wampold, 2001 ; Plantade-Gipch, 2017) et elle est significativement associée à la perception de l'authenticité du thérapeute (Nienhuis et al., 2018). Les études ont démontré non seulement que l'authenticité est

associée à une meilleure alliance thérapeutique mais également que la confiance octroyée par les patients est augmentée lorsque les cliniciens dévoilent des informations personnelles (Laugharne, Priebe, McCabe, Garland, & Clifford, 2012). Le concept de dévoilement de soi permet de rendre opérationnelle la notion d'authenticité. Le dévoilement de soi est défini comme les comportements ou les verbalisations qui révèlent une information personnelle du clinicien au patient (Dulit et al., 2001). Les travaux dans le domaine de la psychothérapie catégorisent les pratiques de dévoilement de soi des professionnels comme évitables, accidentelles ou délibérées, ou encore, comme « inéluctables » (ex : grossesse) ou « involontaires » (ex : transfert-contretransfert) (Psychopathology Committee of the Group for the Advancement of P, 2001). Le dévoilement de soi semble améliorer la relation et l'alliance thérapeutique, aider à réduire le sentiment de honte du patient, et normaliser l'expérience du patient, modéliser et enseigner des habiletés de communication spécifiques, et promouvoir l'autonomie du patient (Mathews, 1988 ; Simon, 1990). La recherche sur le dévoilement de soi suggère d'observer comment les réponses des patients au dévoilement de soi professionnel modèrent cette intervention et pourquoi les thérapeutes utilisent cette pratique dans les situations spécifiques observées (Beach et al., 2004).

L'objectif de cette étude qualitative est d'explorer les expériences et les pratiques de dévoilement du thérapeute au cours de la conduite du Programme Emotions Positives pour la Schizophrénie (PEPS). PEPS est une intervention psycho-éducative de groupe brève qui vise à réduire l'anhédonie et l'apathie chez les personnes souffrant de schizophrénie (Favrod et al., 2019a ; Favrod et al., 2019b). Du point de vue de l'activité professionnelle, la particularité du programme tient au fait que les thérapeutes non seulement conduisent les séances, mais participent également aux exercices de la même manière que tous les participants (Nguyen et al., 2016). Les compétences enseignées dans PEPS sont : gérer les croyances défaitistes, savourer, anticiper et se remémorer des expériences agréables, exprimer et partager les émotions positives. Les thérapeutes sont ainsi amenés à se révéler dans le groupe en partageant leurs expériences, leurs échecs, leurs succès et leurs difficultés. À la suite de l'étude pilote, plusieurs participants ont spontanément rapporté qu'ils avaient particulièrement apprécié que les dévoilements de soi des thérapeutes (Favrod et al., 2015).

Alors que le programme prescrit le partage de l'expérience vécue des thérapeutes, le but de cette étude qualitative est d'étudier les informations que les professionnels sont prêts à dévoiler. Afin d'élargir la base de recherche pour l'élaboration de pratiques, nous avons posé les questions de recherche suivantes. Quelles sont les contenus personnels que les professionnels sont prêts à divulguer ? Quels sont les effets perçus du dévoilement sur la relation thérapeutique ?

2. Méthodes

L'étude a utilisé des entrevues semi-structurées avec des thérapeutes de PEPS. L'échantillon était composé de treize professionnels de la santé et du social (4 infirmiers, 5 éducateurs, 1 moniteur socio-professionnel, 2 assistants soins et santé communautaire et 1 pair praticien en santé mentale), 9 femmes et 4 hommes travaillant dans des institutions de réadaptation socioprofessionnelle ou dans des établissements médico-sociaux des cantons de Fribourg et de Vaud en Suisse. Les thérapeutes ont été recrutés par les investigateurs (AN et JF). Pour être inclus dans l'étude thérapeutes devaient répondre aux critères d'avoir suivi une formation d'une journée à l'animation de PEPS et conduit au moins un groupe PEPS. Les entrevues ont été menées sur le lieu de travail du thérapeute. Les thérapeutes connaissaient les investigateurs de cette étude par le fait qu'ils ont participé à un essai clinique randomisé et/ou une étude pilote sur PEPS. Ils ont été informés des questions que cette étude cherchait à explorer et ont participé de manière volontaire. Ils représentent treize des quinze professionnels formés à PEPS en Suisse romande qui ont animé un groupe au moment de la présente étude. Aucun participant n'a refusé l'invitation à participer à l'étude. Les deux thérapeutes qui n'ont pas été contactées ont été écartées sur la base qu'elles étaient éducatrices et avaient pris des positions davantage de co-thérapeute plutôt que thérapeute principal et pour éviter de sur-représenter les professionnels du social. L'échantillon comprend ainsi 6 professionnels du social et 7 de la santé.

Un guide d'entrevue a été élaboré par les auteurs à partir d'un examen de la littérature sur le dévoilement de soi. Le guide comprenait des questions ouvertes sur les deux dimensions du sujet de

Tableau 1
 Description du dévoilement de soi professionnel.

Contenus	Partageables	Émotions positives ou émotions douloureuses « intégrées » Situations de loisirs impliquant des amis, ses enfants ou le conjoint
	Non partageables	Émotions douloureuses Situations impliquant l'entourage proche et/ou entraînant des émotions douloureuses (décès, enterrement, etc.)
	Critères de choix	Pertinence Authenticité Utilité envisagée pour le patient
Craintes	Centrées sur le rôle professionnel	Liées aux représentations du rôle et aux règles institutionnelles
	Stratégies de dépassement	Expériences professionnelles Formation
Effets	Sur la relation/alliance thérapeutique	Établissement de la relation Partenariat
	Sur la déstigmatisation	Réduction de l'écart lié à la maladie et au statut identitaire Meilleure estime personnelle du patient et empowerment

recherche, c'est-à-dire, le choix du contenu personnel à révéler et les effets de l'auto-divulgence sur la relation thérapeutique.

Les entretiens ont été menés par des étudiants infirmiers en fin d'étude de l'Institut et Haute école de la santé, La Source, HES-SO. Ils ont été supervisés par les auteurs. Une formation en recherche approfondie et en entrevue de recherche a été dispensée aux étudiants dans le cadre d'une équipe de recherche élargie composée de trois auteurs (AN, LF et JF) et de treize étudiants en fin d'études. Les intervieweurs ont été formés à suivre le guide d'entrevue, à utiliser des questions ouvertes et encourager les thérapeutes à expliciter leurs réponses en reformulant ou avec des questions de relance. Les entrevues ont été menées en personne, enregistrées et transcrites intégralement. Les transcriptions ont été rendues anonymes. Les étudiants ne connaissaient pas les thérapeutes avant de les rencontrer pour les interviews. Les entretiens ont duré entre 60 et 75 minutes.

Une analyse qualitative des entrevues a été effectuée selon les principes de la théorie ancrée afin que les données soient dérivées des données obtenues plutôt qu'à priori. Deux chercheurs se sont familiarisés avec les données et ont cerné des thèmes émergents. Un index thématique a été élaboré à partir des transcriptions. Une analyse thématique de toutes les entrevues a été effectuée par deux des auteurs, indépendamment, en codant les données (AN et LF). Les données codées ont d'abord été compilées dans des tableaux thématiques qui incluaient le code du thérapeute, le code thématique et les verbatims dans une colonne, ainsi que des données en ligne pour chaque verbatim. Un tableau général de l'ensemble des données a été élaboré pour en assurer l'interprétation. Les interprétations ont été réalisées par trois chercheurs de l'équipe par la validation des catégories thématiques finales et par les discussions itératives au sein de la petite équipe de recherche (AL, LF et JF) puis au sein de l'équipe élargie (avec les étudiants et AI) ceci jusqu'à ce que les auteurs arrivent à un accord sur la saturation des données. La recherche fait partie d'une étude clinique qui a reçu l'accord de la Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain, CER-VD, no 446/15. Chaque participant de la présente étude a signé un consentement éclairé pour participer à la recherche. Les critères consolidés pour rendre compte d'une recherche qualitative ont été utilisés (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007).

3. Résultats

L'analyse a permis d'identifier les expériences de dévoilement de soi dans le cadre de l'animation de PEPS. Les professionnels ont identifié des contenus qui pouvaient faire l'objet d'un partage avec les patients et ceux qui ne pouvaient l'être. Les contenus dévoilés se distinguent selon les émotions qu'ils véhiculent et selon les types de situations narrées. Les données ont permis d'identifier les critères sur lesquels les professionnels s'appuient pour formuler leur dévoilement ainsi que les craintes éprouvées par les professionnels à se dévoiler et les freins qu'elles ont générés dans leur dévoilement au cours du programme. Les résultats montrent également les effets que le dévoilement d'un professionnel génère sur la dynamique du groupe thérapeutique et sur les phénomènes de déstigmatisation (Tableau 1).

3.1. La question du contenu à dévoiler ou non

Les professionnels (P) décrivent le dévoilement de soi comme des « partages d'expériences personnelles qui ne sont pas chargés émotionnellement » (P8), « des choses du quotidien, et pas des aspects psychologiques, personnels et intimes » (P4), des choses qu'ils assument, qu'ils aiment partager avec les patients, qui ne les mettent pas mal à l'aise. Il existe une convergence des discours sur la facilité de raconter des activités de loisirs, comme par exemple un film, le sport pratiqué, une promenade, des vacances, un repas de famille :

À la base, je me suis mis deux ou trois filtres. Au début, c'était un peu plus réfléchi durant la première séance. J'ai pensé à des plaisirs sensoriels que tout le monde peut vivre au quotidien. Par exemple, l'alimentation, le sommeil, des petites choses toutes simples du quotidien. Essayer de rester sur des choses terre-à-terre qu'ils pourraient vivre au quotidien et se les approprier. (P2)

Je sélectionne l'expérience qui soit une partie de ma vie personnelle mais sans que ce soit des situations trop privées. (...) J'essaie de trouver quelque chose un peu similaire à l'exemple qui me vient dans ma vie privée. (...) Je sélectionne les expériences selon le contexte qui se trouve dans le groupe mais aussi à partir de ce que les patients disent pour essayer d'être à leur niveau, enfin de même niveau qu'eux. (P10)

Je choisisais quand même des expériences qui n'étaient pas trop privées. Je laissais, je ne sais pas si on peut appeler ça une barrière, la limite quand même du privé. (P12)

J'ai eu des moments où j'ai des émotions qui sont montées et je trouve que ça fait partie du partage. Je vis avec authenticité et je pense que c'est à partager aussi. Alors ce n'est pas quelque chose qui m'a été difficile à faire. (P3)

Le type de situations choisies pour être partagées avec les patients diffère d'une personne à l'autre ; certains se sentent confortables avec le fait de raconter des activités menées avec des proches (enfants ou conjoint), alors que d'autres relèguent justement les situations impliquant le cercle familial proche aux situations « non partageables », préférant relater des expériences vécues seul ou avec des amis. Les professionnels décrivent tous une distinction entre ce qui est possible d'être dévoilé avec des patients et ce qui ne peut pas l'être. Cependant, la manière de définir ces contenus « partageables » ou « non partageables » diffère selon les personnes.

Les professionnels s'accordent pourtant sur le fait que les émotions douloureuses ne devraient pas être partagées avec les patients, sauf si celles-ci sont « intégrées », c'est-à-dire, si elles ne sont pas vives au moment de les évoquer avec les patients.

Si je me dévoile en termes d'émotions, que je dis que j'ai vécu ceci ou cela, comment j'ai compris les choses, généralement ça ne me pose pas trop de problème, ça part de moi. (P1)

J'ai partagé une expérience qui m'a fortement émue lors d'une séance PEPS, l'émotion est montée, j'avais la voix qui tremblait, j'étais chamboulée. C'était approprié dans ce contexte parce que c'est un moment où on peut vivre les émotions mais je pense que si j'avais été plus loin dans ce partage j'aurais pu avoir les larmes. (P3)

Peut-être mes doutes, mes craintes, ça je ne les partage pas forcément avec eux. Je leur parle de certains aspects mais des aspects que je maîtrise. (P8)

Il faut que ça reste thérapeutique entre guillemets, c'est vrai que ça sert à rien de commencer à s'épancher sur une situation difficile qu'on a pu vivre. Ce qu'il faut en faire ressortir, c'est qu'est-ce qu'on a pu en retirer, c'est quoi les apprentissages qu'on a pu en faire de cette situation personnelle-là. (P14)

3.2. Les critères de choix d'un dévoilement de soi

Cependant, au-delà de la sélection du contenu thématique du dévoilement de soi, les données montrent que les professionnels formulent ce qu'ils dévoilent selon des critères d'authenticité et de pertinence.

J'essaie toujours de partager des choses, je ne peux pas ramener quelque chose qui ne soit pas vrai. Pour moi, c'est inenvisageable, ou je ne ramène rien. Mais pas quelque chose qui n'est pas vrai. (P8)

Je pense que si je partage une partie de ce que je pense, de ce que je peux ressentir, des expériences que j'ai faites, de ce que je n'ai pas réussi à faire, on va plus me voir comme une personne qu'un rôle. (P4)

Une fois que je retrouve un peu le côté authentique, je me sens beaucoup plus à l'aise pour partager les expériences, même personnelles. (P11)

J'avais pas forcément de critères particuliers, justement je crois que j'essayais pas spécialement de trouver quelque chose qui avait fonctionné, l'idée c'était de rendre le plus authentique. (P14)

Je pense que j'ose aller plus loin, dans une forme d'authenticité. (P1)

Alors que le dévoilement de soi semble contribuer à l'authenticité du professionnel, le critère de pertinence s'impose dans les discours comme indispensable à la valeur thérapeutique de l'intervention.

Ce vers quoi je vais tendre c'est la pertinence. Donc simplement, si je me dis que cet exemple-là (...) peut toucher telle personne c'est tout bénéf. (P13)

J'ai trouvé cela agréable et constructif non seulement pour les participants mais pour moi également. Finalement, de m'entendre parler de mon vécu avec mes mots et de le faire de façon très ritualisée donne une sorte de conduite dans la façon dont je peux construire ce que je partage dans les entretiens individualisés pour que ce soit encore plus pertinent. (P3)

Avec les patients, je partage quand c'est utile et nécessaire en plus d'avoir un but. Je ne partage pas pour partager. Je suis plutôt dans l'écoute. (P6)

En arrivant à voir ce qui était pertinent ou pas de partager, pouvoir bien construire entre guillemets cette expérience partagée et pouvoir après l'utiliser dans les entretiens thérapeutiques ou dans le quotidien. (P14)

Les termes d'« utilité », « nécessaire » viennent renforcer la nature intentionnelle de ce partage d'expérience, ouvrant la dimension thérapeutique de la démarche.

J'étais contente de partager des expériences car en termes de développement personnel, il y a des choses que j'ai appris à faire et que je peux transmettre dans ma façon de me dévoiler. (...)

J'ai appris à décortiquer l'élément que j'apportais pour que mon partage soit le plus enrichissant possible. (...) J'étais quand même dans du dévoilement avec l'envie de le faire bien, par étape, pour que ça puisse aider l'autre à construire peut-être un développement personnel du point de vue de sa manière de ressentir les choses qui constituent son vécu. (...) Dans le programme, je procédais par paliers dans mon dévoilement avec un vocabulaire et une intention professionnelle. J'ai toujours une réflexion méta-instantanée où je remets en question la pertinence de ce que j'ai partagé et la manière dont je l'ai fait. Dans l'échange de l'expérience personnelle, j'ai aussi appris à mettre quelques filtres et puis à l'utiliser de façon appropriée. Ce n'est pas ce que je vais mettre en avant en premier dans l'échange mais c'est quelque chose que j'utilise pour aller vers un but. (P3)

Le but général c'est de trouver le bon moment, la bonne chose à dire, d'être juste, d'être pertinent (...). C'est aussi une question de feeling, enfin ça a développé ma sensibilité à savoir ce qui est bon ou pas. (P13)

C'est vraiment important de sélectionner ce qui va être important pour la personne. Le but ce n'est pas de la charger en plus avec des choses émotionnelles ou je ne sais quoi mais vraiment de sélectionner ce qui est pertinent. (P14)

Le dévoilement de soi est décrit comme un outil thérapeutique et pédagogique pour à la fois établir une relation authentique avec les patients, mais également comme moyen pédagogique d'exposer les stratégies efficaces d'apprentissage personnelles dans les exercices du programme, d'explicitier les émotions. La manière de se dévoiler à usage thérapeutique est décrit par les professionnels comme répondant à une certaine technicité.

3.3. Les craintes à se dévoiler

Certains professionnels décrivent une certaine crainte à se dévoiler et à partager leurs expériences au cours du programme, liée aux représentations qu'ils ont du rôle professionnel dans une dimension identitaire ou institutionnelle.

J'ai partagé des choses qui ne me mettaient pas en danger dans ma fonction et dans mon rôle. (P3)

Si on se livre trop, on n'arrive pas à se définir. Qu'est-ce que c'est mon rôle ? Est-ce que je suis toujours thérapeute ? Est-ce que je me suis pas trop livré ? On va se perdre. (P11)

Je me rappelle qu'à l'hôpital où je travaillais, il ne fallait surtout pas qu'ils connaissent nos noms de famille, il ne fallait pas qu'ils sachent où on habite. En plus, c'est certainement cela qui est ancré, c'est vouloir protéger encore une partie (de sa vie privée) parce-que je serai attaquable là-dessus. Vous voyez c'est peut-être une certaine croyance que j'ai parce qu'on nous disait beaucoup à l'hôpital qu'il faut faire attention, il faut pas trop en dire ! (P15)

Oui, au début j'ai trouvé que ce n'était pas naturel de le faire, j'avais peur mais je ne sais pas de quoi d'ailleurs ! C'est vrai, pendant mes études ils ont beaucoup rabâché qu'il ne fallait pas parler de nos vies privées avec les patients surtout en psy parce que lorsqu'ils se retournent contre nous, à ce moment ça va moins bien dans la relation thérapeutique. (...) Je pense, c'était vraiment la crainte et l'ignorance parce que c'est des choses que je ne faisais jamais avant et maintenant je les fais régulièrement et j'ai jamais eu de soucis. (P10)

Ces représentations, issues des croyances et des règles édictées dans les institutions, mais également dans le cadre de la formation des professionnels engendre des craintes d'exposition personnelle ou de perte de maîtrise.

Le premier filtre qui importe pour moi c'est que ce que je décide de partager ne me mette pas dans l'inconfort ou dans le danger immédiat ou potentiel. (P3)

Peut-être il y a des choses que je n'ai pas envie de dire au client parce qu'on n'a pas envie d'être fragilisé. (P15)

Moi je suis soumise au secret professionnel mais eux pas. Donc il faut toujours amener des choses que tu es consciente que tu peux transmettre et qu'ils peuvent en parler plus loin. (P8)

L'expérience et la formation semblent permettre de dépasser ces craintes :

Je suis toujours en réflexion de ce que je dévoile, de qu'est-ce que j'ai dévoilé et de ce que j'ai utilisé de moi pour aller vers un but. Je pense que c'est ça qui me permet justement de me réajuster et de toujours être dans ma fonction, j'ai quand même toujours cette pensée en éveil. (P3)

Vu qu'on peut choisir un peu quelle expérience on veut amener, il n'y a pas trop de crainte. Après, c'est vrai que s'ils posaient des questions sur la famille ou autre, je sais que j'arrive à dire non. Cela est trop privé, je m'arrête là. Donc des craintes ? Pas spécialement. (P12)

Ça s'entraîne mais une fois qu'on en voit les bénéfices et que nous on en ressent aussi des bénéfices, ça vient naturellement, il n'y a pas de craintes à avoir. (P14)

Au niveau de l'animation, c'est cadré par rapport au fil rouge des séances : on partage en fonction du thème que l'on est en train de traiter, de ce qui est demandé dans le slide. (P4)

3.4. Les effets du dévoilement de soi

Le partage d'expériences prescrit par le programme conduit les animateurs à endosser également le rôle de participant, au-delà du rôle d'animateur et des fonctions institutionnelles. Ainsi, se dévoiler influe sur la relation thérapeutique entre les professionnels et les patients :

Je pense que ce qui influence la relation c'est certainement de savoir comment la séance se passe, qu'on parle de soi, de réfléchir aux émotions. Je pense que ce qui modifie et renforce la relation, c'est le partage de l'un et de l'autre, la participation active du participant et de l'animateur. (P3)

Dans l'animation par exemple de PEPS, on était trois à animer, mais c'était aussi participer quand il y a des exercices à faire ou des exemples à donner ou un retour à donner. Que je sois l'animatrice ou pas, je donne mon vécu, comment j'ai fait l'exercice : je donne un retour. C'est là, que je dis qu'on est au même niveau. (P4)

Le partage d'expériences c'est aussi respecter l'autre là où il est, c'est partager sans creuser un écart entre l'autre et moi. (P3)

Je pense le fait de partager les expériences personnelles avec les participants ça m'a permis de casser un peu ce rapport très hiérarchique qu'on peut avoir entre soignant et soigné et ça m'a mis un peu plus à leur niveau et puis eux, ils se sentent un peu plus au notre. Je pense qu'ils ont plus de facilité à se confier et puis à partager leurs expériences. (P10)

La relation est décrite dans un partage égalitaire des exercices à mener, du vécu échangé et d'une forme relationnelle égalitaire et partenariale :

Au niveau du positionnement, ce qui est agréable c'est que ça nous demande à nous aussi de partager nos expériences, mais tout de suite ça pose les choses, qu'on va faire la même chose que vous, oui on a l'ordi, on a les diapos, on vous les fait passer, on pose des questions mais on va aussi y répondre. (P15)

Lorsque nous partageons nos échecs personnels, les personnes peuvent voir qu'effectivement, tout le monde a des échecs ou des choses qu'elles n'ont pas réussies dans leur quotidien. Donc, en partageant cela on peut aider la personne à faire face ou peut-être à se sentir moins sotte ou trop seule avec quelque chose qui n'a pas fonctionné. (P6)

Partager son expérience, c'est montrer ses failles dans un sens, pour moi, c'est montrer son unité, c'est montrer qu'on n'est pas que le masque, que la profession, que le badge. (P13)

Ça efface la hiérarchie. Cela permet justement d'être dans un contact d'humain à humain avec des expériences. (P12)

Les professionnels décrivent non seulement l'élaboration d'une relation d'humain à humain, en réduisant les écarts liés à la maladie et au statut identitaire, mais également une modification des représentations réciproques.

Partager son expérience c'est se montrer humain, donc enlever le... mettre de côté, c'est pas l'enlever complètement, mais mettre de côté la blouse. (P13)

Le partage d'expérience est aussi utile pour minimiser l'écart qu'il peut y avoir entre l'employé, le chef ou la personne malade et la personne valide. (P3)

Quand on partageait les expériences ou les exercices, lorsqu'on les faisait avec eux, ce qui m'avait marqué c'était d'arriver à faire abstraction des symptômes du patient. De le voir en tant qu'être humain avant tout. (P11)

Dans l'institution générale, (...) au niveau des entretiens, quand un patient me parle d'une expérience douloureuse, si j'ai vécu quelque chose un peu similaire, maintenant je vais dans la mesure du raisonnable oser parler de mes expériences personnelles. Une chose que je ne faisais pas avant et je pense que j'ai créé un lien plus rapidement et plus fort avec mes patients, un lien collaboratif plus important plus rapide qu'avant. (P10)

4. Discussion

Les professionnels décrivent leurs dévoilements personnels comme des partages authentiques d'expériences vécues. Nos données contribuent à décrire ce que les études descriptives du dévoilement de soi ont catégorisé comme des énoncés de réconfort qui informent le patient à propos d'expériences personnelles vécues, des énoncés de conseil à propos d'expériences qui pourraient guider l'action des patients ou qui servent à soutenir la relation (Beach et al., 2004). Du point de vue des contenus, les animateurs PEPS sélectionnent des événements « simples » de leur vie personnelle ou professionnelle, qui leur semblent aisés à partager avec des patients, dans un groupe. Le choix du contenu révélé repose sur le confort personnel du professionnel, c'est-à-dire, un sentiment de plaisir à partager une situation du quotidien qui ne soit pas de l'ordre de l'intime ; cet intime est

défini de manière individuelle révélant des distinctions variables de ce qui peut être dévoilé ou non. Les données indiquent que les situations les plus évoquées sont les activités de la vie quotidienne ou les loisirs simples auxquelles les patients peuvent s'identifier. Les critères de sélection de ces expériences concernent majoritairement la valeur thérapeutique et sont formulés en termes de pertinence des contenus en regard de la situation clinique, de l'utilité envisagée pour le patient et d'authenticité. Ces données concordent et renforcent les études menées auprès des patients, qui insistent sur l'importance du dévoilement personnel attendu de la part des professionnels, de l'authenticité et de la chaleur humaine (Laugharne et al., 2012) (). Elles s'inscrivent également en continuité des recherches qui ont souligné la nécessité que le dévoilement du professionnel soit centré sur le patient et ses besoins en tant que technique psychothérapeutique qui peut améliorer le traitement (Dulit et al., 2001 ; Henretty & Levitt, 2010). Les analyses montrent également un usage pédagogique du partage d'expérience des professionnels dans PEPS. Il permet de suggérer des stratégies pour dépasser les difficultés rencontrées en partant de sa propre expérience.

Les professionnels décrivent une utilisation de soi au bénéfice du patient, qui repose sur une ingéniosité dans le recours au lexique approprié, dans le placement opportun du récit d'expérience lors de l'animation et dans la maîtrise du niveau d'implication émotionnelle. Cette utilisation de soi dans la relation thérapeutique révèle cependant des craintes liées à la perte de contrôle sur les émotions ressenties lors du récit de l'expérience personnelle, ou à la perte de maîtrise dans les rapports de place institutionnels. L'expérience positive du dévoilement de soi dans la qualité du lien thérapeutique, le cadre et les objectifs du programme et la formation concourent au dépassement de ces craintes.

Le dévoilement de soi engendre une redéfinition des rapports de place dans l'interaction et une relation plus égalitaire. Partager son expérience vécue avec les patients, dans des récits authentiques du vécu de succès ou d'échecs, participe à l'acceptation inconditionnelle de soi. Cette dynamique partagée semble conduire la personne à s'accepter comme un être humain faillible et réduire son sentiment d'anomalie en mettant l'accent sur la gestion d'un ensemble particulier de problèmes plutôt que sur la gestion d'un diagnostic médical. Ces données renvoient à une littérature du champ de l'interactionisme qui considère les relations sociales comme ancrées dans trois ordres : l'ordre épistémique, l'ordre déontique et l'ordre émotionnel (Stevanovic & Peräkylä, 2014) (Nguyen, 2020). Ces différentes facettes de la relation conditionnent et organisent les interactions, configurant les rapports de place et de pouvoir entre les personnes. L'ordre épistémique considère les rapports selon les savoirs en interaction, tels que l'expérience et l'expertise (Gadoux, 2017). Dans les interactions institutionnelles du domaine de la santé, il est admis qu'une asymétrie de savoirs structure les rapports entre le professionnel et le patient : le professionnel détient une expertise spécialisée qui lui confère un certain pouvoir sur le patient. Toutefois, les recherches dans le domaine relèvent également le savoir d'expérience du patient, indispensable aux soins (par exemple, le diagnostic, la définition et le suivi du traitement). Lors de PEPS, les professionnels animent les séances et conduisent le processus thérapeutique en se basant sur la structure des supports PEPS ; en ce sens, les interactions sont définies par les statuts et les rôles déterminés par les rapports épistémiques institutionnels (professionnels experts et patients non-experts). Toutefois les animateurs réduisent l'asymétrie épistémique par le partage de l'expérience personnelle, sollicitant les territoires épistémiques de l'expertise expérimentielle, commune à tous les participants, patient et professionnels. L'ordre déontique concerne le pouvoir, le contrôle et l'agentivité (Stevanovic & Peräkylä, 2014) ; le pouvoir se définit comme le droit d'assigner une tâche à quelqu'un (Stevanovic & Peräkylä, 2012) et détermine les interactions entre les participants. Les animateurs PEPS décrivent des craintes que les rapports de place et de pouvoir soient affectés par le dévoilement de soi ; ces craintes, basées sur les croyances issues des représentations sociales et professionnelles, semblent reconfigurées avec l'expérience de l'animation du programme. Les rôles et les fonctions ne semblent pas affectées par l'expérience PEPS et les partages d'expériences personnelles. Au contraire, les données montrent que la qualité de la relation thérapeutique est améliorée, réduisant les asymétries et favorisant le partenariat et des échanges humains. Dans la lignée des études sur la relation thérapeutique avec les personnes qui présentent des troubles psychiatriques sévères (Ljungberg, Denhov, & Topor, 2015), les expériences de dévoilement décrites par les professionnels génèrent des modifications relationnelles avec les patients par des phénomènes de normalisation, d'identification réciproque qui modifient les représentations les uns à

propos des autres. Les écarts liés aux statuts et rôles prédéfinis du contexte des soins se voient réduits au profit d'une relation partenariale et égalitaire. L'ordre émotionnel concerne les attentes socialement partagées concernant l'expression et le partage des émotions. La position sociale, le statut et le rôle déterminent le positionnement dans les interactions avec les co-participants. Dans le domaine des soins en psychiatrie, dans les formations et dans les préconisations institutionnelles, il n'existe pas de consensus sur la question du dévoilement de soi et de l'expression d'une affectivité ; certaines études décrivent pourtant des phénomènes tels que l'affiliation dans les interactions entre soignants et patients (Voutilainen, Peräkylä, & Ruusuvuori, 2010 ; Weiste & Peräkylä, 2014) et rendent compte des effets bénéfiques d'une gestion de l'affectivité en interaction basée sur le partage d'expériences. Nos données renforcent ces études car les animateurs PEPS décrivent les phénomènes d'identification réciproque, de déstigmatisation et d'auto-déstigmatisation des patients grâce au partage d'expériences personnelles avec eux. Les données indiquent également une pratique d'auto-réflexivité en action qui permet aux professionnels de monitorer le niveau d'implication lors des récits d'expérience, veillant à assurer une manière appropriée de partager son expérience, c'est-à-dire, en lien avec les buts du programme.

La formation et la supervision semblent participer au renforcement du respect et de l'expertise, mais aussi à l'encouragement d'une « touche personnelle » allant au-delà des notions actuelles de professionnalisme. Cette touche personnelle recommandée par la littérature (Priebe et al., 2011a) reste encore crainte surtout par les professionnels jeunes ou en début de carrière, ainsi que dans certains milieux de soins (Laurent et al., 2015). Par exemple, une étude montre que les professionnels plus expérimentés sont plus confortables avec le dévoilement de soi (Unhjem, Vatne, & Hem, 2018). Les curriculums des métiers de l'humain bénéficieraient donc d'études poussées sur les pratiques du dévoilement de soi professionnel et de ses effets dans les interactions patients-professionnels.

Les limites de cette étude comprennent la possibilité que les professionnels ayant accepté d'être interviewés avaient une expérience positive du dévoilement de soi du fait de leur participation au programme PEPS. Le cadre du programme prescrivait des moments de partage d'expériences personnelles entre tous les participants que les professionnels pouvaient préparer et anticiper. Des professionnels, ayant une formation stricte quant aux frontières entre soi et les patients et aucune expérience positive sur cette intervention, auraient probablement produit des témoignages plus négatifs et critiques sur son usage dans les relations professionnels-patients. Les entretiens ont été conduits par des étudiants dans le cadre de leur formation à la recherche. Une des limites de cette étude pourrait être leur manque d'expérience dans la conduite d'entretiens qualitatifs. Toutefois, ils ont reçu une formation pratique à la conduite de ceux-ci et devaient suivre un guide d'entretien.

5. Conclusion

Le dévoilement de soi s'avère constitutif des outils de développement et de maintien de la relation thérapeutique. Pourtant, malgré de nombreuses études descriptives, les pratiques et les formations professionnelles restent encore obscures quant à l'acquisition de cette compétence. Des études ultérieures seraient utiles pour documenter les pratiques réelles, au-delà des discours des professionnels ou des patients. Des descriptions fines des pratiques du dévoilement de soi contribueraient à identifier les ingrédients de cette compétence, et partant de là, permettraient de concevoir des dispositifs de formation et de supervision pour les professionnels.

Financement

Cette étude a été financée par le Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS – 105319-163355).

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- Ahn, H.-N., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 48*(3), 251–257. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.3.251>
- Beach, M. C., Roter, D., Larson, S., Levinson, W., Ford, D. E., & Frankel, R. (2004). What do physicians tell patients about themselves? *Journal of General Internal Medicine, 19*(9), 911–916.
- Duitt, R., Goldman, B., Siris, S., Sonis, W., Bank, P., Hermann, R., & Fornari, V. (2001). Reexamination of Therapist Self-Disclosure. *Psychiatric Services, 52*(11), 1489.
- Favrod, J., Nguyen, A., Fankhauser, C., Ismailaj, A., Hasler, J. D., Ringuet, A., & Bonsack, C. (2015). Positive Emotions Program for Schizophrenia (PEPS): a pilot intervention to reduce anhedonia and apathy. *BMC Psychiatry, 15*, 231. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0610-y>
- Favrod, J., Nguyen, A., Frobert, L., & Pellet, J. (2018). La relation thérapeutique avec les patients qui ont des troubles psychotiques. In N. Franck (Ed.), *Traité de réhabilitation psychosociale*. Paris: Elsevier Masson (pp. 245–254).
- Favrod, J., Nguyen, A., Chaix, J., Pellet, J., Frobert, L., Fankhauser, C., & Bonsack, C. (2019). Improving Pleasure and Motivation in Schizophrenia: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Psychotherapy and psychosomatics, 88*(2), 84–95. <https://doi.org/10.1159/000496479>
- Favrod, J., Nguyen, A., Tronche, A. M., Blanc, O., Dubreucq, J., Chereau-Boudet, I., & Llorca, P. M. (2019). Impact of Positive Emotion Regulation Training on Negative Symptoms and Social Functioning in Schizophrenia: A Field Test. *Frontiers in Psychiatry, 10*(532), 532. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00532>
- Gadoux, X. (2017). *Les territoires épistémiques de l'interaction médicale : analyses de consultations de médecine générale en Suisse romande. (Thèse de doctorat ès lettres)*. Lausanne: Université de Lausanne.
- Henretty, J. R., & Levitt, H. M. (2010). The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: a qualitative review. *Clinical Psychology Review, 30*(1), 63–77. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.09.004>
- Horvath, A. O. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory. *Psychotherapy Research, 15*(1–2), 3–7. <https://doi.org/10.1080/10503300512331339143>
- Johansson, H., & Eklund, M. (2003). Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 17*(4), 339–346. <https://doi.org/10.1046/j.0283-9318.2003.00233.x>
- Laugharne, R., Priebe, S., McCabe, R., Garland, N., & Clifford, D. (2012). Trust, choice and power in mental health care: experiences of patients with psychosis. *The International journal of social psychiatry, 58*(5), 496–504. <https://doi.org/10.1177/0020764011408658>
- Ljungberg, A., Denhov, A., & Topor, A. (2015). The Art of Helpful Relationships with Professionals: A Meta-ethnography of the Perspective of Persons with Severe Mental Illness. *Psychiatric Quarterly, 86*(4), 471–495. <https://doi.org/10.1007/s11126-015-9347-5>
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 438–450 (Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10883561>)
- Mathews, B. (1988). The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: a survey of therapists. *American journal of psychotherapy, 42*(4), 521–531. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1988.42.4.521>
- McCabe, R., Bullenkamp, J., Hansson, L., Lauber, C., Martinez-Leal, R., Rossler, W., & Priebe, S. (2012). The therapeutic relationship and adherence to antipsychotic medication in schizophrenia. *PLoS One, 7*(4), e36080. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0036080>
- Nguyen, A., Frobert, L., McCluskey, I., Golay, P., Bonsack, C., & Favrod, J. (2016). Development of the Positive Emotions Program for Schizophrenia: An Intervention to Improve Pleasure and Motivation in Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry, 7*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00013>
- Nienhuis, J. B., Owen, J., Valentine, J. C., Winkeljohn Black, S., Halford, T. C., Parazak, S. E., & Hilsenroth, M. (2018). Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research, 28*(4), 593–605. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1204023>
- Plantade-Gipch, A. (2017). Former les futurs psychothérapeutes à la relation : la réflexion-en-action dans l'alliance thérapeutique. *Pratiques Psychologiques, 23*(3), 217–231. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2017.05.001>
- Priebe, S., Dimic, S., Wildgrube, C., Jankovic, J., Cushing, A., & McCabe, R. (2011). Good communication in psychiatry—a conceptual review. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists, 26*(7), 403–407. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.07.010>
- Priebe, S., Richardson, M., Cooney, M., Adedeji, O., & McCabe, R. (2011). Does the therapeutic relationship predict outcomes of psychiatric treatment in patients with psychosis? A systematic review. *Psychotherapy and psychosomatics, 80*(2), 70–77. <https://doi.org/10.1159/000320976>
- Priebe, S., Watts, J., Chase, M., & Matanov, A. (2005). Processes of disengagement and engagement in assertive outreach patients: qualitative study. *British Journal of Psychiatry, 187*, 438–443. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.5.438>
- Psychopathology Committee of the Group for the Advancement of P. (2001). Reexamination of therapist self-disclosure. *Psychiatric Services, 52*(11), 1489–1493. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.11.1489>
- Simon, J. (1990). Criteria for therapist self-disclosure. In G. Stricker, & M. Fisher (Eds.), *Self-disclosure in the therapeutic relationship*. New York: Plenum Press (pp. 207–225).
- Stevanovic, M., & Peräkylä, A. (2012). Deontic Authority in Interaction: The Right to Announce. *Propose, and Decide. Research on Language & Social Interaction, 45*(3), 297–321. <https://doi.org/10.1080/08351813.2012.699260>
- Stevanovic, M., & Peräkylä, A. (2014). Three orders in the organization of human action: On the interface between knowledge, power, and emotion in interaction and social relations. *Language in Society, 43*(2), 185–207. <https://doi.org/10.1017/s0047404514000037>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care, 19*(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

A. Nguyen *et al.**Pratiques psychologiques xxx (xxxx) xxx–xxx*

- Unhjem, J. V., Vatne, S., & Hem, M. H. (2018). Transforming nurse–patient relationships—A qualitative study of nurse self-disclosure in mental health care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5–6), e798–e807. <https://doi.org/10.1111/jocn.14191>
- Voutilainen, L., Peräkylä, A., & Ruusuvoori, J. (2010). Recognition and Interpretation: Responding to Emotional Experience in Psychotherapy. *Research on Language & Social Interaction*, 43(1), 85–107. <https://doi.org/10.1080/08351810903474799>
- Weiste, E., & Peräkylä, A. (2014). *Prosody and empathic communication in psychotherapy interaction*. *Psychotherapy Research*, 24(6), 687–701.
- Laurent, A., Magalie, B., Ansel, D., Aubert, L., Mellier, D., Quenot, J.-P., & Capellier, G. (2015). Les professionnels de réanimation à l'épreuve de la relation avec le patient. *L'Évolution Psychiatrique*, 80(4), 809–820. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2014.12.007>
- Nguyen, A. (2020). *La supervision à la relation thérapeutique en psychiatrie : perspective interactionnelle des rapports de place et des trajectoires de l'affectivité*. Genève: Université de Genève [doi: 10.13097/archive-ouverte/unige:146948 <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:146948>].