



Le dévoilement de soi du clinicien

Le dévoilement de soi, défini comme les comportements ou les verbalisations qui révèlent une information personnelle du clinicien au patient, rend opérationnelle la notion d'authenticité. Utilisé à bon escient, ce partage d'expériences permet de rééquilibrer les places dans la relation thérapeutique.

La relation thérapeutique se distingue d'une relation personnelle par le fait qu'elle s'inscrit dans un contexte professionnel soumis à un cadre réglementaire et déontologique, pour une prestation centrée sur le patient, rémunérée et limitée dans le temps. En psychiatrie, la rencontre soignant soigné est au centre des soins et la qualité de cette relation est souvent considérée comme un facteur essentiel pour impliquer les patients dans le traitement et ainsi contribuer à son succès (1). Malheureusement, son impact est très peu étudié et ses effets peu démontrés (2), en grande partie pour des raisons méthodologiques. D'où la nécessité de conduire des recherches rigoureuses, basées notamment sur des instruments valides pour mesurer la qualité de la relation thérapeutique, dès le début du suivi thérapeutique, et pour observer et relever ses impacts précoces. Si les effets de la relation thérapeutique ont peu été étudiés, ceux de l'alliance thérapeutique l'ont été davantage.

Jérôme FAVROD*,
Alexandra NGUYEN**

*Infirmier, **Infirmière et doctorante en sciences de l'éducation ; Institut et Haute École de la Santé, La Source, HES-SO, Lausanne.



L'artiste du mois : Carme Albaiges

Née en 1956 à Barcelone, où elle réside, Carme Albaiges est peintre, sculpteuse et photographe. Pointue et raffinée, rationnelle et passionnée, cette artiste affirme sa volonté, au gré d'une œuvre foisonnante, de caractériser l'expérience humaine et d'autopsier les sentiments : « *Je cherche à refléter les ressentis, les passions, les inquiétudes, le doute, le manque de congruence... Mes toiles veulent exprimer l'incompréhension devant un univers étrange, gigantesque, dans lequel l'individu est immergé et qui ne lui est pas toujours compréhensible. Pour moi, le monde est absurde, j'essaie de donner forme à cette sensation dans mon travail.* » L'artiste travaille à l'acrylique et à l'huile, et utilise également de la résine, ce qui donne aux tableaux un aspect patiné. Ses toiles montrent ainsi des individus sans visage, au regard brouillé, dans des situations ou des interactions quotidiennes. Leurs attitudes révèlent leurs sentiments, leur inconfort, leur quête, leur activité aussi : « *Je veux traduire l'essence de l'expression, qu'elle passe par le corps, le regard ou le mouvement.* » Ces personnages expriment la tension dramatique de la vie mais aussi son côté burlesque, empli d'agitation fébrile. Comment rencontrer l'autre dans un univers codifié, dont chacun semble prisonnier ? Carme Albaiges n'admet aucune concession et transmet un message critique, cri d'alerte sur la condition humaine. Une œuvre lucide et attachante, sensible et puissante.

• **En savoir plus :** www.carmealbaiges.com/
 • **Voir des œuvres sur demande**
 à la **Galerie GNG, 3 rue Visconti, 75006 Paris,**
01 43 26 64 71, galeriegng@wanadoo.fr,
www.galeriegng.com

Définie comme le lien affectif et collaboratif entre un soignant et son patient, cette alliance comprend le plus souvent ces trois volets : le lien entre les deux partenaires et l'accord sur les objectifs thérapeutiques et les tâches orientées vers l'amélioration clinique. L'alliance thérapeutique est considérée comme un prédicteur modeste mais robuste du succès de l'intervention thérapeutique (3). Dans ce contexte, qu'entendons-nous par qualité de la relation thérapeutique et comment la décrire afin de l'évaluer, de l'améliorer et de l'enseigner ?

Comme le rappelle Pascal Chabot dans son *Traité des libres qualités* (4), en paraphrasant Saint-Augustin sur ce qu'est la qualité, si personne ne nous interroge, nous le savons, si on nous interroge, nous l'ignorons. Le terme qualité dans les soins est le plus souvent utilisé soit comme un slogan soit dans des *check-lists* pour attester que tel ou tel acte a bien été réalisé, mais il ne nous informe pas sur son sens dans la relation thérapeutique tel que le perçoivent les soignants. Cette qualité est complexe et versatile, difficile à décrire et composée de valeurs comme la confiance, l'honnêteté, le respect, l'humanité, la considération, la compréhension, la patience, la gentillesse, l'attention, l'acceptation... Souvent la qualité de la relation est définie comme « bonne » ou « mauvaise » ou parfois sur un continuum entre ces deux points, ce qui semble bien rudimentaire surtout si la relation thérapeutique est au cœur de la professionnalisation du soignant en psychiatrie.

– Une première façon d'affiner cette notion est de demander au patient ce qu'il en attend. Par exemple Ljungberg et collaborateurs (5) ont cherché à synthétiser les recherches qualitatives disponibles sur les éléments bénéfiques dans la relation avec les professionnels, du point de vue des personnes avec un trouble psychiatrique sévère. Un des éléments jugés essentiels par les patients est la possibilité de disposer de temps, avec des professionnels qu'ils connaissent et en qui ils ont confiance. Les patients apprécient les soignants qui les considèrent comme des êtres humains, les estiment, cherchent à les comprendre et font preuve d'empathie. Cette revue de littérature souligne que les patients sont particulièrement sensibles à la « touche personnelle » et au fait que la rencontre

soit non seulement professionnelle mais aussi humaine. Les résultats indiquent que la qualité de la relation thérapeutique dépend de la rencontre « de personne à personne », en plus du rapport « de professionnel à patient ».

– Une seconde stratégie pour rendre apparente la qualité de la relation est d'étudier la communication, qui peut être déclinée en comportements observables. En médecine générale, de nombreux travaux ont ainsi montré que la qualité de la communication a un impact sur la santé, l'adhérence au traitement et la réduction des litiges (6). Ces études ne couvrent pas entièrement les aspects spécifiques de la communication en psychiatrie. Quels sont les principes qui permettraient d'observer une communication de bonne qualité dans ce champ, au-delà des codes professionnels de bonne conduite ? Bien entendu, celui de favoriser l'atteinte des objectifs cliniques, ce qui suppose que le clinicien obtienne les informations nécessaires du patient, que ce dernier reçoive et comprenne les informations qui le concernent, que les décisions nécessaires soient prises, qu'une relation thérapeutique soit établie et maintenue et qu'une amélioration clinique apparaisse. Dans cette perspective, les experts (1) recommandent que la communication soit centrée sur les préoccupations du patient et guidée par ses plaintes et ses souhaits. Le patient doit être accepté et valorisé en tant que personne, et ses opinions prises au sérieux et considérées comme importantes. Il existe un consensus large et croissant sur le fait que pour faire des choix appropriés, les patients doivent être pleinement impliqués dans la prise de décision. Les soignants doivent également être authentiques, chaleureux et ouverts et communiquer avec les patients en tant qu'êtres humains. Par ailleurs, l'amélioration clinique serait davantage susceptible de se produire lorsqu'une bonne relation est combinée avec une méthode thérapeutique éprouvée et empiriquement testée (7, 8, 9).

Ces deux stratégies identifient donc des notions qui sont au cœur d'une relation de qualité mais certaines valeurs restent difficiles à opérationnaliser comme l'authenticité, la chaleur, l'ouverture. Elles font apparaître que la dimension humaine de la relation reste un ingrédient essentiel.

DE LA RELATION THÉRAPEUTIQUE À L'INTERACTION THÉRAPEUTIQUE

La relation thérapeutique prenant place dans une interaction, l'analyse interactionnelle pourrait peut-être nous fournir des pistes pour définir sa qualité. Ce type d'analyse considère l'activité humaine comme une réalité située, observable et interprétable dans les conditions de son accomplissement. Dans une perspective ethnographique, elle donne à voir cette activité telle qu'elle s'élabore

dans trois grands ordres : déontique, épistémique et affectif (11), qui conditionnent et organisent les interactions, configurant les rapports de places et de pouvoir entre les personnes.

• L'ordre déontique

L'ordre déontique fait référence au pouvoir des participants d'imposer des actions à leurs interlocuteurs dans l'interaction. Il est étroitement lié aux statuts et aux positionnements des interactants.

les soins, il considère les savoirs comme l'expérience et l'expertise. Dans la relation thérapeutique, il existe des asymétries épistémiques complexes qui structurent les rapports entre le professionnel et le patient du point de vue de leurs savoirs et de leurs champs d'expertise. Le professionnel détient une expertise spécialisée qui lui confère un certain pouvoir sur le patient. Toutefois, le savoir expérientiel du patient est tout aussi indispensable aux soins pour recueillir les informations



Le dévoilement de soi semble ainsi améliorer la relation et l'alliance thérapeutique, réduire le sentiment de honte du patient et normaliser son expérience, modéliser et enseigner des habiletés de communication spécifiques, et promouvoir l'autonomie... »

conjointement entre les interactants. Elle utilise des interactions enregistrées et retranscrites selon des conventions qui prennent en compte les dimensions verbales, vocales et non-verbales. En fonction des questions étudiées, des séquences sont choisies et analysées en groupe, dans des data sessions, pour rendre compte de phénomènes de synchronicité et de séquentialité. La transcription permet de suspendre le jugement au profit de la description. Les data sessions permettent d'identifier le sens que les participants donnent à leur interaction, puis d'analyser l'ensemble des phénomènes décrits grâce au croisement des regards.

Dans cette approche, selon Laurent Filletaz (10), la relation peut être définie comme l'influence réciproque que les partenaires exercent sur leurs actions respectives lorsqu'ils sont en présence les uns des autres. Ces actions sont orientées vers des enjeux partagés qui se déroulent temporellement et de manière séquentiellement ordonnée par des ressources sémiotiques multimodales (c'est-à-dire toutes les informations fournies par les canaux verbaux, vocaux – volume de la voix, intonations, temps de latence de réponse, prosodie... – et non-verbales – gestes, orientation du regard, mimique...). Les intentions des actions sont rendues manifestes par les participants et reconstruites, ou pas, par leurs partenaires. Finalement, cette interaction est située et façonnée par le contexte culturel. Selon cette approche, la relation se décline

Dans les soins, cela concerne le pouvoir, le droit d'assigner une tâche, une prescription ou un traitement. L'infirmière demande par exemple au patient de regagner sa chambre. Son statut lui octroie le droit de donner cette consigne. Si celle-ci était donnée par la secrétaire ou la femme de ménage, le patient ne reconnaîtrait pas sa légitimité. Dans cette occurrence, il peut soit prendre une position complémentaire et accepter, soit contester cette autorité et négocier un autre rapport de pouvoir.

Cet ordre est souvent très asymétrique dans la relation soignant-soigné en psychiatrie, qui revendique par ailleurs le développement de relations basées sur le partenariat. Le patient peut s'opposer aux prescriptions du professionnel avec le risque de placer ce dernier devant sa responsabilité. Ce dilemme génère une véritable tension entre les besoins des cliniciens de soutenir l'autodétermination des patients et simultanément le fait de se sentir responsable des actes du patient. Lorsque les soignants se sentent responsables des actes des patients, ils répondent en utilisant davantage de contrôle et réduisent les occasions pour ces derniers de s'autodéterminer, risquant ainsi de compromettre la relation thérapeutique (12).

• L'ordre épistémique

Cet ordre épistémique renvoie aux connaissances des participants en rapport à la situation ou à l'objet de l'interaction. Dans

nécessaires à l'évaluation clinique, à la définition des problèmes et des objectifs des soins (13). Par exemple, dans un entretien d'éducation thérapeutique, les domaines d'expertise entre le patient et l'infirmière sont complémentaires : la soignante détient des connaissances biomédicales et sur les traitements, le patient a l'expertise de son expérience de la maladie, de ses symptômes et réactions aux traitements. Dans l'interaction, le tandem alterne des moments où le soignant transmet des savoirs et d'autres où il recherche des informations auprès du patient, et *vice versa*

• L'ordre affectif

L'ordre affectif concerne les émotions exprimées dans l'interaction par les participants.

La professionnalité du soignant réside dans sa compétence à répondre aux plaintes et à la souffrance du patient. Dans la relation thérapeutique, on observe une asymétrie dans l'expression et la gestion des émotions. Le patient exprime ses difficultés personnelles alors que le professionnel n'est, lui, pas censé se plaindre de ses propres difficultés. Il doit aider le patient à réduire son implication émotionnelle et lui permettre de penser et d'élaborer ce qu'il vit afin de réduire sa détresse et l'aider à reprendre sa vie en main. Par exemple, dans un entretien infirmier, il est attendu que le patient décrive ses difficultés et ses émotions douloureuses et que le soignant soutienne l'explicitation et reconnaisse

son expérience. Ses compétences lui permettent également de proposer des alternatives à la définition initiale du patient. Dans les soins, les interactions sont orientées sur l'expérience et les besoins du patient, que le soignant s'affilie ou non à la posture émotionnelle du patient.

que la confiance octroyée par les patients augmente lorsque les cliniciens dévoilent des informations personnelles (17). Le concept de dévoilement de soi, défini comme les comportements ou verbalisations qui révèlent une information personnelle du clinicien au patient, permet donc de rendre opérationnelle la notion

« dévoilement de soi », (*self-disclosure* dans la littérature anglo-saxonne) comprend l'idée que la chose dévoilée était d'abord cachée ou dissimulée. La notion de partage d'expérience redonne de la maîtrise puisque l'action est plus directe et noble. Cet échange permet au soignant de modifier les places de chacun et de



Dans les expériences de dévoilement de soi, les écarts liés aux statuts et aux rôles prédéfinis du contexte des soins se voient réduits au profit d'une relation plus partenariale et égalitaire... »

De façon paradoxale, bien que la relation thérapeutique comporte des asymétries, son but principal est de redonner de l'autonomie au patient. Ces dernières années, plusieurs démarches ont été entreprises pour réduire les déséquilibres et progresser vers une relation plus égalitaire et partenariale. Au niveau déontique, les lois sur les droits des patients ou l'usage du « plan de crise conjoint » (14) servent à donner davantage de pouvoir décisionnel aux patients dans les négociations avec les professionnels de santé. Au niveau épistémique, l'apparition des médiateurs de santé pairs (15) (ou pairs praticiens) vient légitimer le savoir basé sur l'expérience de la maladie, du traitement et le rôle de patient.

Le dévoilement de soi fait partie de ces stratégies qui visent à réduire ces asymétries. L'analyse interactionnelle apparaît être un outil méthodologique utile pour affiner les jugements de qualité de la relation thérapeutique en prenant davantage en compte les rapports de places multiples. Le soignant peut ainsi être authentique sur le plan de l'affectivité tout en étant directif sur le plan déontique. Il peut partager une expérience sur le plan affectif en conservant une légitimité professionnelle sur le plan de son expertise épistémique.

DÉVOILEMENT D'INFORMATIONS PERSONNELLES

L'alliance thérapeutique est fréquemment identifiée comme un ingrédient essentiel dans l'efficacité des interventions thérapeutiques, au-delà des modèles utilisés, et elle est significativement associée à la perception de l'authenticité du thérapeute (16). Les études montrent que l'authenticité est associée à une meilleure alliance thérapeutique mais également

d'authenticité. Plusieurs catégories sont repérées : accidentelles, involontaires, ou au contraire maîtrisées, délibérées.

• **Différentes situations de dévoilement de soi accidentels et/ou involontaires** peuvent être citées :

- il arrive que le patient soit le témoin fortuit d'une confidence entre deux soignants ;
- un soignant peut se dévoiler involontairement en montrant des signes d'émotions en réaction à ce que lui raconte le patient ;
- un soignant dévoile des indices de conflits de couple en répondant au téléphone à son conjoint durant la consultation avec le patient ;
- la grossesse d'une soignante s'avère inéluctablement un dévoilement de soi après quelques semaines ;
- les signes d'irritation ou d'ennui d'un professionnel à l'égard du patient divulguent également des informations.

Le processus interactionnel est donc toujours un processus de dévoilement de soi. À force d'interagir, on apprend à se connaître mutuellement, même dans une relation asymétrique.

• **D'autres situations de dévoilement de soi sont délibérées et maîtrisées :**

- un soignant raconte comment il a fait pour dépasser une difficulté similaire à celle que le patient rencontre afin de modéliser une solution pour lui ;
- il « normalise » un sentiment de honte ou de colère en racontant une situation similaire à celle qui a humilié ou blessé le patient ;
- il peut partager sa difficulté à prendre quotidiennement un traitement, ce qui peut permettre au patient d'évoquer ses difficultés à être observant.

Il serait peut-être plus juste de parler ici de partages d'expérience. Le terme

réduire les asymétries : sur le plan déontique en soutenant le rôle actif du patient et les décisions partagées ; sur le plan épistémique, en valorisant l'expérience concrète plutôt que les connaissances théoriques ; sur le plan affectif, en normalisant les réactions humaines et en réduisant la stigmatisation.

Le dévoilement de soi semble ainsi améliorer la relation et l'alliance thérapeutique, réduire le sentiment de honte du patient et normaliser son expérience, modéliser et enseigner des habiletés de communication spécifiques, et promouvoir l'autonomie.

QUELS ENJEUX ?

Récemment, nous avons montré que les animateurs d'un programme thérapeutique (18) (voir aussi l'article d'A. Nguyen et al., p. 28) qui préconisait le partage d'émotions avec les patients, décrivaient des craintes que les rapports de places et de pouvoir soient affectés par le dévoilement de vécus personnels. Ces craintes, basées sur les croyances issues des représentations sociales et professionnelles, semblent reconfigurées avec l'expérience de l'animation de ce programme. Non seulement les rôles et les fonctions ne semblent pas affectés par la communication d'informations personnelles, mais les données montrent que la qualité de la relation thérapeutique est jugée meilleure par les professionnels et les patients, car cette communication réduit les asymétries et favorise le partenariat.

Comme dans les études sur la relation thérapeutique avec les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères (5), ces expériences de dévoilement de soi améliorent la qualité de la relation, par des phénomènes de normalisation

et d'identification réciproque qui modifient les représentations des uns et des autres. Les écarts liés aux statuts et aux rôles prédéfinis du contexte des soins se voient réduits au profit d'une relation plus partenariale et égalitaire. L'ordre affectif concerne les attentes socialement partagées concernant l'expression et le partage des émotions.

Dans le domaine des soins en psychiatrie, dans les formations et dans les recommandations institutionnelles, il n'existe pas de consensus sur cette 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 soignants soignés (19, 20) et rendent compte des effets bénéfiques d'une gestion de l'affectivité basée sur le partage d'expériences. Nos données récentes renforcent donc ces études car les professionnels décrivent des phénomènes d'identification réciproque, de déstigmatisation et d'auto-déstigmatisation. Elles indiquent également une pratique autoréflexive en action qui permet aux professionnels de monitorer le niveau d'implication lors des récits d'expériences, veillant à assurer une manière appropriée de partager son vécu, c'est-à-dire en lien avec les buts de la relation thérapeutique.

- 1– Priebe S, Dimic S, Wildgrube C, Jankovic J, Cushing A, McCabe R : Good communication in psychiatry - a conceptual review. *Eur Psychiatry* 2011;26:403-407.
- 2– Priebe S, Richardson M, Cooney M, Adedjei O, McCabe R : Does the therapeutic relationship predict outcomes of psychiatric treatment in patients with psychosis? A systematic review. *Psychotherapy and psychosomatics* 2011;80:70-77.
- 3– Fluckiger C, Del Re AC, Wampold BE, Symonds D, Horvath AO : How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *J Couns Psychol* 2012;59:10-17.
- 4– Chabot P : *Traité des livres qualités*. Paris, Presses Universitaires de France, 2019.
- 5– Ljungberg A, Denhov A, Topor A : The Art of Helpful Relationships with Professionals : A Meta-ethnography of the Perspective of Persons with Severe Mental Illness. *The Psychiatric quarterly* 2015;86:471-495.
- 6– Stewart MA. Effective physician-patient communication on health care outcomes: a review. *Can Med Assoc J* 1996;152:1423-33.
- 7– Turner DT, Reijnders M, van der Gaag M, Karyotaki E, Valmaggia LR, Moritz S, Lecomte T, Turkington D, Penadés R, Elkins H, Cather C, Shawyer F, O'Connor K, Li Z-J, de Paiva Barretto EM, Cuijpers P : Efficacy and Moderators of Cognitive Behavioural Therapy for Psychosis Versus Other Psychological Interventions : An Individual-Participant Data Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry* 2020;11
- 8– Leichsenring F, Rabung S : Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders : update of a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2011;199:15-22.
- 9– Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W : Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010:Cd000088.
- 10– Fillettaz L : *Interactions verbales et recherche en éducation*. Genève, Université de Genève, 2018.
- 11– Stevanovic M, Peräkylä A : Three orders in the organization of human action : On the interface between knowledge, power, and emotion in interaction and social relations. *Language in Society* 2014;43:185-207.
- 12– Farrelly S, Lester H : Therapeutic relationships between mental health service users with psychotic disorders and their clinicians : a critical interpretive synthesis. *Health Soc Care Community* 2014;22:449-460.
- 13– À lire sur ce sujet Les savoirs expérientiels du patient, *Santé mentale* n° 220, septembre 2017.
- 14– Faire vivre le plan de crise conjoint, P. Ferrari et al, *Santé mentale*, n° 245, février 2020.
- 15– Voir aussi Mettre en œuvre la pair-aidance, *Santé mentale*, n° 248, mai 2020.
- 16– Nienhuis JB, Owen J, Valentine JC, Winkeljohn Black S, Halford TC, et al. : Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy : A meta-analytic review. *Psychother Res* 2018;28:593-605.
- 17– Laugharne R, Priebe S, McCabe R, Garland N, Cliford D : Trust, choice and power in mental health care : experiences of patients with psychosis. *Int J Soc Psychiatry* 2012;58:496-504.
- 18– Nguyen A, Frobert L, Pellet J, Favrod J : On était scotché de voir leurs capacités. *Santé Mentale* 2017;221,60-65.
- 19– Voutilainen L, Peräkylä A, Ruusuvaara J : Recognition and Interpretation : Responding to Emotional Experience in Psychotherapy. *Research on Language & Social Interaction* 2010;43:85-107.
- 20– Weiste E, Peräkylä A : Prosody and empathic communication in psychotherapy interaction. *Psychotherapy Research* 2014;24:687-701.

Résumé : L'alliance thérapeutique est fréquemment démontrée comme un ingrédient essentiel dans l'efficacité des interventions thérapeutiques au-delà des modèles utilisés et elle est significativement associée à la perception de l'authenticité du soignant. Le dévoilement de soi est défini comme les comportements ou les verbalisations qui révèlent une information personnelle du clinicien au patient. Les travaux dans le domaine de la relation thérapeutique catégorisent les pratiques de dévoilement de soi des professionnels comme étant accidentelles, involontaires, ou au contraire maîtrisées, délibérées. Dans cet article, le dévoilement de soi ou le partage d'expériences est contextualisé dans le cadre de la relation thérapeutique. Utilisé à bon escient, il permet de rééquilibrer les rapports de places dans la relation thérapeutique.

Mots-clés : Alliance thérapeutique – Communication – Confiance – Émotion – Interaction – Relation soignant-soigné – Relation thérapeutique – Savoir expérientiel – Vie privée.