



**L'AUTO-DIVULGATION  
DÉLIBÉRÉE :  
UN SAVOIR ET UN POUVOIR**

**Présentatrices:**

**Hélène Le Scelleur, MSS**

**Danielle Perron-Roach, MSS, TSI**

# OBJECTIFS

- Légitimiser l'approche de l'auto-divulgation délibérée de la part des intervenants dans le domaine de la santé et de la réadaptation psychosociale.
- Proposer un guide qui présente des lignes directrices conforme à un usage efficient et éthique de l'approche de l'auto-divulgation délibérée de la part des intervenants.
- Partager les résultats d'une recherche sur l'auto-divulgation délibérée par des travailleurs sociaux francophones œuvrant dans le domaine de la santé en Ontario.



# AGENDA

- Présentations
- Problématique
- L'auto-divulgation : une genèse
- Les formes d'auto-divulgation
- La pertinence de l'approche
- La mise en application et Lignes directrices
- Les risques et les limites
- Les enjeux auxquels elle fait face
- Cadre Conceptuel : Foucault
- La raison d'être de notre étude
- Conclusion



# PRÉSENTATIONS

- Qui nous sommes
- Qui êtes-vous?
- À main levée, combien d'entres-vous ...
- Combien de personnes pratiquent l'auto-divulgation délibérée?
  - De manière transparente ou silencieuse?



# PROBLÉMATIQUE

- Présentation d'un cas de conflit déontologique (mise en situation)
  - “The [therapist] should be opaque to his patients, and like a mirror, should show them nothing but what is shown to him” (Freud, 1912, p.117)
- Un débat clinique existe autour de la question de l'auto-divulgence de la part des thérapeutes/intervenants



# L'AUTO-DIVULGATION : UNE GENÈSE

- Le terme « auto-divulgation » a vu le jour il y a plus de 50 ans avec les travaux de Jourard (Farber, 2006 : 10). Elle aurait deux fonctions selon lui:
  - 1) celle de connecter avec l'Autre; et
  - 2) celle d'améliorer la compréhension de soi, qui permettrait de cheminer en tant que personne et de se rallier à l'autre dans une relation positive.
- Historiquement, c'est Sigmund Freud qui fut le premier à utiliser cette approche avant quelle soit proprement nommée. Avant toute analyse, il préparait le « malade » à sa cure en procédant comme suit :
  - *On l'invite à être absolument sincère avec son analyste, à ne rien lui dissimuler avec intention de ce qui lui passe par l'esprit, ensuite à se mettre au-dessus de toutes les réticences qui cherchent à empêcher la communication de telle pensée ou de tel souvenir (Freud, 1925).*



# L'AUTO-DIVULGATION : UNE GENÈSE (SUITE)

- La genèse de l'auto-divulgation se base principalement sur la volonté du patient à se dévoiler à l'intervenant.
- Or, il semblerait qu'un tournant important se dessine depuis car les intervenants se questionnent désormais sur comment, quand et à quelles conditions ils devraient eux aussi se dévoiler à leurs patients.
- Contexte : Rogers et la raison derrière la naissance de l'humanisme et la remise en question du pouvoir



# L'AUTO-DIVULGATION : UNE GENÈSE (SUITE)

- Et vous...comment définissez-vous l'auto-divulgation?





# LES FORMES D'AUTO-DIVULGATION

- Par définition, l'auto-divulgence par le thérapeute ou l'intervenant signifie le dévoilement d'informations qui vont au-delà des informations professionnelles standards comme son nom, sa formation et son accréditation, les politiques de son organisation, etc.
- Quatre formes :
  - Inévitable
  - Accidentelle
  - Initiée par le client
  - Délibérée



# LA PERTINENCE DE L'APPROCHE

- 90% des thérapeutes utilisent l'auto-divulgation dans leurs interventions

(Edwards & Murdock, 1994; Mathews, 1989; Pope, Tabachnick & Keith-Spiegel, 1987 dans Henretty & Levitt, 2010).

- Revue de littérature empirique (Henretty et Levitt en 2010),
  - Revue des 61 études quantitatives sur le sujet est exposée.
  - 1/5 études comme négative, toutes les autres étant en faveur de l'utilisation de l'auto-divulgation délibérée de la part de l'intervenant.

(Audet & Everall, 2003 dans Henretty & Levitt, 2010)



# L'AUTO-DIVULGATION DÉLIBÉRÉE DE LA PART DU THÉRAPEUTE – MISE EN APPLICATION

- Présentation d'un guide préparé à partir des travaux d'Henretty et Levitt (2010)
- En premier lieu, quelles sont les compétences nécessaires
- En deuxième lieu :
  - Avec qui?
  - Quoi?
  - Pourquoi?
  - Quand?
  - Comment?



# LIGNES DIRECTRICES

(HENRETTY & LEVITT, 2010)

- Compétences interpersonnelles du thérapeute:
  - Tact
  - Jugement du moment propice
  - Patience
  - Humilité
  - Persévérance
  - Sensibilité
- Enseignement au niveau des préceptes, des lignes directrices, des critères et surtout le développement d'une réflexion critique sur : avec qui, quoi, pourquoi, quand et comment utiliser l'approche de l'auto-divulgence délibérée.



# LIGNES DIRECTRICES - SUITE

(HENRETTY & LEVITT, 2010)

- **Avec qui** le thérapeute pourrait se divulguer :
  - Les clients avec qui il a une forte alliance et/ou une relation positive; et
  - Les clients qui appartiennent à une même petite communauté (par exemple, immigrants, gais-lesbiennes-bisexuels-transgenres (GLBT), avec un vécu en santé mentale, etc.)
- **Avec qui** éviter la divulgation :
  - Les clients n'ayant peu ou pas de limites personnelles;
  - Les clients qui ne voient que les besoins des autres et non les leurs;
  - Les clients avec un trouble de personnalité;
  - Les clients qui ont une faible estime d'eux-mêmes; et
  - Tout simplement quiconque qui ne serait pas confortable avec l'approche.



# LIGNES DIRECTRICES - SUITE

(HENRETTY & LEVITT, 2010)

## ○ **Quoi divulguer :**

- Des informations démographiques telles que l'éducation, l'orientation théorique, le statut professionnel et l'état civil;
- Les émotions qui concernent la relation avec le client;
- Les fautes professionnelles ou organisationnelles;
- Les difficultés et les expériences de vie passées et résolues;
- Les similitudes avec le client; et
- Les valeurs, surtout si elles sont en conflit avec le client.



# LIGNES DIRECTRICES - SUITE

(HENRETTY & LEVITT, 2010)

## ○ **Quand** divulguer :

- Il peut être important de divulguer dès le début de la relation, (ne doit pas être intime) dans le but de permettre:
  - un consentement éclairé de la part du client
  - pour soulager les appréhensions du client
  - pour construire l'alliance thérapeutique
  - dans le but de faire avancer la thérapie ou de briser une impasse.
- De plus, il est encouragé de divulguer certaines informations à la fin de la relation:
  - afin de célébrer l'atteinte des objectifs
  - afin de « débriefer » et de démystifier le processus thérapeutique
  - pour partager son appréciation et dire au revoir au client.



# LIGNES DIRECTRICES - SUITE

(HENRETTY & LEVITT, 2010)

- **Pourquoi divulguer :**
- **La pensée ultime : L'INTERVENANT A UNE RAISON VALABLE DE LE FAIRE, donc :**
  - Obligation éthique (consentement éclairé)
  - Encourage la divulgation chez le client
  - Servir de modèle
  - Valide l'expérience comme une réalité de vie
  - Démystifie la thérapie
  - Favorise l'alliance et l'établissement de la relation thérapeutique
  - Encourage l'autonomie
  - Offre des alternatives aux façons de penser et d'agir
  - Aide le client à reconnaître la frontière entre ce qu'il pense et ressent et ce que les autres pensent et ressentent





## POURQUOI DIVULGUER (SUIITE)

- Encourage l'introspection et la révélation
- Valide l'expérience comme une réalité de vie
- Normalise et généralise la situation et les émotions
- Égalise les rapports de pouvoir
- Permet de traverser une impasse ou réparer une alliance brisée
- Corrige les idées fausses
- Aide le client dans l'identification de ses émotions
- Aide à identifier les similitudes
- Rassure
- Augmente l'estime de soi du client
- Renforce et influence les comportements désirés
- Offre une relation authentique, une communication d'humain à humain
- Crée un environnement sécuritaire et exempt de tout jugement
- Contre la haine et la honte intériorisée
- Être crédible aux yeux du client
- Accroît les qualités positives liées aux résultats (empathie, compréhension, regard positif, authenticité, spontanéité, confiance, intensité, ouverture et engagement)



# LIGNES DIRECTRICES - SUITE

(HENRETTY & LEVITT, 2010)

## ○ **Comment divulguer :**

- Ne devrait pas être fréquente ou coutumière;
- Doit être délibérée et non commandée;
- L'intervenant doit se mettre aux aguets vis-à-vis le langage qu'il utilise pour ne pas créer de confusion et aussi faire attention au degré d'intimité qu'il utilise;
- L'intervenant se doit d'interagir avec son client avant, pendant et après une divulgation afin de vérifier sa réceptivité et sa compréhension; et
- L'intervenant doit ramener le point focal de l'intervention vers le client, suite à l'auto-divulgation, pour éviter que le client sente que c'est l'intervenant qui a besoin de soutien.



# LIGNES DIRECTRICES - SUITE

(HENRETTY & LEVITT, 2010)

- **Il est important DE NE PAS DIVULGUER** pour les raisons suivantes :
  - Dans le but de contrôler ou de manipuler un client;
  - Pour attaquer un client;
  - Pour faire plaisir à un client lorsque ce n'est pas approprié pour la thérapie;
  - Pour souligner les différences entre le client et l'intervenant;
  - Pour satisfaire les besoins du client; et
  - Pour que l'intervenant soit dans un rôle renversé où lui-même devient celui qui consulte son client



## LES RISQUES ET LES LIMITES

- L'approche laisse une grande place au jugement de l'intervenant et les codes de déontologie ne fournissent pas de définition claire de ce que peut signifier « des limites professionnelles appropriées »
- Cette approche suscite aussi des divergences d'opinions et place les membres des équipes en opposition dans la pratique, parce qu'il soulève une forme de conflit déontologique et par extension de faute professionnelle
- Nul ne s'entend sur la « bonne distance thérapeutique » et sur ce qui est approprié de dire en toute confidentialité



## LES ENJEUX AUXQUELS ELLE FAIT FACE

- L'intervenant = un semblable
- L'intervenant se disqualifie de son image d'expert (mythe ou réalité?)
- *En effet, une tendance forte se dessine où seule la « science » serait autorisée à dire le besoin des personnes visées par les programmes étant donné que son degré de légitimité serait plus élevé ou moins contesté que celui associé aux simples perceptions des clients ou des intervenants...*  
(Parazelli et Dessureault, 2010 : 16)



# LES ENJEUX : CURE OR CARE?

- Retour à la question de *Who care? Who cures?* posée par Baumann et al. en 1998.
- Existence d'un **espace paradigmatique** entre :
  - Paradigme médical
  - Paradigme de rétablissement
- **Confrontation interdéontologique** issue d'un pluralisme éthique et déontologique (Nowak, 2009).



# LES ENJEUX : MULTIDISCIPLINARITÉ OU INTERDISCIPLINARITÉ?

- **Multidisciplinaire** : Chaque professionnel est autonome et peut prendre des décisions indépendantes. La collaboration s'effectue dans l'atteinte d'objectifs organisationnels. Pas de dynamique de groupe.
- **Interdisciplinaire** : Regroupement de plusieurs professionnels dont les compétences se chevauchent et s'harmonisent. Chaque professionnel collabore avec les autres pour atteindre les objectifs de l'équipe. L'interdisciplinarité se caractérise par une plus grande interactivité et une véritable dynamique de groupe.



# CADRE CONCEPTUEL : FOUCAULT

## ○ Savoirs et Pouvoir :

- Savoir expérientiel = Savoirs assujettis : « j'entends également toute une série de savoirs qui se trouvaient disqualifiés comme savoirs non conceptuels, comme savoirs insuffisamment élaborés : savoirs naïfs, savoirs hiérarchiquement inférieurs, savoirs en dessous du niveau de la connaissance ou de la scientificité requise » (Foucault, 1997 : 8-9)
- C'est une forme d'échange et de relation égalitaire qui aplatit la relation hiérarchique de l'expert « en-haut » et le client « en-bas ». C'est donc à la notion de pouvoir en tant que domination que Foucault associe les discours englobants et hiérarchisants des experts scientifiques et technocratiques. Cette domination, qui propose un rapport rigide et vertical, donc hiérarchique, manifeste une force répressive et contrôlante (Foucault, 1994a : 710-711, 1994b : 368).





# LA RAISON D'ÊTRE DE CETTE ÉTUDE

- Nous nous rallions à la perspective que l'auto-divulgation délibérée tend à avoir du mal à s'instaurer de manière légitime chez les différents professionnels qui œuvrent dans le domaine de la santé parce qu'elle brouille certains repères:
  - D'une part, la distinction entre expert et profane (la question des savoirs d'expérience et des savoirs experts, ces derniers se rapportant, dans les sociétés contemporaines occidentales, aux savoirs dits « scientifiques »).
  - D'autre part, elle crée un flou entre l'espace public et l'espace privé, distinction sur laquelle s'édifient et se distinguent la légitimité professionnelle de certaines pratiques.



# LA RAISON D'ÊTRE DE CETTE ÉTUDE

## (SUITE)

- Le savoir d'expérience, mis à profit dans la relation thérapeutique, gagne en légitimité car il démocratise le discours et contre les effets de pouvoir.
- Une grande majorité pratiquent l'auto-divulgation délibérée, bien que le plus souvent ce soit de manière silencieuse et non ouverte.
- Parce qu'elle tend à égaliser la relation et à créer un espace de confiance réciproque, l'auto-divulgation délibérée permet de requalifier le savoir du patient par rapport au savoir scientifique et aux pratiques managériales qui tendent à le disqualifier.
- **Notre position** : Nous croyons donc que cette approche puisse favoriser le rétablissement.



## CONCLUSION

- Il est possible d'affirmer que les enjeux de pouvoir influencent le savoir mis en pratique, et donc l'utilisation de l'auto-divulgation délibérée considérée comme un savoir expérientiel (personnel/profane).
- Au regard d'une certaine éthique, l'auto-divulgation délibérée est conçue comme permettant de créer un climat de confiance et de réciprocité et vise à aplanir l'inégalité de la relation thérapeutique et ainsi requalifier le savoir des gens.



# BIBLIOGRAPHIE

Audet, Cristelle T. & Everall, Robin, D. (2010). « Therapist self-disclosure and the therapeutic relationship: a phenomenological study from the client perspective », *British Journal of Guidance and Counselling*, vol. 38, no. 3, p.327-342.

Audet, Cristelle T. (2011). « Client perspectives of therapist self-disclosure: Violating boundaries or removing barriers? », *Counselling Psychology Quarterly*, vol. 24, no. 2, p. 85-100.

Baumann, Andrea, Raisa B. Deber, Barbara E. Silverman, & Claire M. Maillette. (1998) « Who Cares? Who Cures? The Ongoing Debate in the Provision of Health Care. », *Journal of Advanced Nursing*, no. 28.5, p. 1040-1045.

Blais, Louise. (2006). « Savoir expert, savoirs ordinaires: qui dit vrai? Vérité et pouvoir chez Foucault », *Sociologie et sociétés*, vol. 38, no. 2, p. 151-163.

Blais, Louise. (2005). « Pouvoir et domination chez Foucault », dans Beaulieu, Alain, *Michel Foucault et le contrôle social*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 159 - 172.

Couturier, Yves & Carrier, Sébastien. (2003). « Pratiques fondées sur les données probantes en travail social : un débat émergent », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 16, no. 2, p. 68-79.

Drapeau, Martin & Annett Koerner. (2003). « L'impact des techniques thérapeutiques ». *Psychologie Québec*, p. 17-22.

# BIBLIOGRAPHIE (SUITE)

Ehrenberg, Darlene B. (2005). « Working at the “Intimate Edge”: Intersubjective Considerations - Comments on “A Case Study of Power and the Eroticized Transference-Countertransference ».  
*Psychoanalytic Inquiry*, vol. 25, no. 3, p. 342-358

Farber, Barry A. (2006). *Self-Disclosure in Psychotherapy*, New York, The Guilford Press, 242 p.

Forrest, Garry, G. (2010). *Self-disclosure in psychotherapy and recovery*, Lanham: Jason Aronson, a division of Rowman & Littlefield, 147 p.

Foucault, Michel. (2001). « Leçon du 7 janvier 1976 au collège de France », *Dits et Écrits Tome 3*, Paris, Gallimard, p.160-174

Foucault, Michel. (1999). « Les anormaux », *Cours au collège de France, 1974-1975*, Paris, Gallimard

Foucault, Michel. (1997). « Il faut défendre la société », *Cours au collège de France, 1976*, Paris, Gallimard/Seuil

Foucault, Michel. (1969). *L'archéologie du savoir*, Paris, Gallimard, p. 232-243

Freud, S. (1912). « Recommendations to physicians practicing psychoanalysis. » In J. Strachey (Ed. & Trans.). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, London : Hogarth Press, 1966, vol. 12, p.109-120.

Freud, S. (1925). *Psychanalyse et médecine ou La question de l'analyse profane*. Chicoutimi: J.-M. Tremblay (2002)

## BIBLIOGRAPHIE (SUITE)

Gibson, Margaret F. (2012). « Opening up: Therapist Self-Disclosure in Theory, Research and Practice. », *Clinical Social Work Journal*, vol. 40, p. 287-296

Gutheil, Thomas G. (2010). « Ethical Aspects of Self-Disclosure in Psychotherapy: Knowing What to Disclose and What Not to Disclose », *Psychiatric Times*, Special Reports - Ethical Issues, p. 39-41

Henretty, Jennifer R. & Levitt, Heidi M. (2010). « The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: A qualitative review. », *Clinical Psychology Review*, vol. 30, p. 63-77

Kahn, Michael. (1997). *Between Therapist and Client : The New Relationship*, Revised edition, United States of America, W.H. Freeman and Company, 199 p.

Nowak, S. (2010). « EXPÉRIENCES PARTAGÉES, L'éthique des professions de santé à l'épreuve de la violence dans les relations interdisciplinaires », *Éthique et santé*, vol. 7, p. 102-107

Prévost, A-M., & Bougie, C. (2008). « Équipe multidisciplinaire ou interdisciplinaire : qui fait quoi? ». *Le Médecin du Québec*, vol. 43, no. 11, p. 43-48

Schurmans, M.-N. & Charmillot, M. (2007). « Les sciences sociales face au paradigme médical: approche critique », *Sociologie santé*, vol. 26, no. 2, p. 317-336.



## BIBLIOGRAPHIE (SUITE)

Tosone, Carol, Nuttuman-Shwartz, Orit & Stephens, Tricia. (2012). « Shared Trauma: When the Professional is Personal », *Clinical Social Work Journal*, vol. 40, no. 2, p. 231-239

Tomblin-Murphy, G. & O'Brien-Pallas, L. (2002). « Étude no 30 : Comment les politiques et les pratiques relatives aux ressources humaines de la santé entravent-elles le changement? Un plan d'avenir », Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Page consultée le 25 août 2014 au [http://tools.hhr-rhs.ca/index.php?option=com\\_mtree&task=att\\_download&link\\_id=4983&cf\\_id=68&lang=fr](http://tools.hhr-rhs.ca/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=4983&cf_id=68&lang=fr)

Trainor, Brian & Jeffreys Helen. (2003). *The Human Service "Disciplines" and Social Work – The Foucault Effect*. Québec, World Heritage Press, 184 p.

Ziv-Beiman, Sharon. (2013). « Therapist self-disclosure as an integrative intervention », *Journal of Psychotherapy Integration*, vol. 23, no. 1, p. 59-74

Zur, Ofer. (2007). « Self-disclosure », *Boundaries in Psychotherapy: Ethical and Clinical Explorations*, p.149-165

Zur, O., Williams, M. H., Lehavot, K. & Knapp, S. (2009). « Psychotherapist self-disclosure and transparency in the Internet age ». *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 40, no. 1, p. 22-30

