

Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive



*Association Francophone
de Formation et de Recherche en
Thérapie Comportementale et Cognitive*



*Association pour l'Etude,
la Modification et la Thérapie
du Comportement*

2016

**Septembre
Vol. XXI - n° 1**

Éditorial

Valentino Pomini
Rédacteur en chef

Il faut bien l'admettre, les TCC sont d'abord des thérapies individuelles de personnes souffrant de troubles psychiques, puis des thérapies groupe, voire de couple ou de famille, mais rarement des interventions uniquement destinées aux proches. Au cours des dix dernières années, par exemple, notre revue n'a publié qu'un seul article présentant un programme d'intervention comportementale pour les parents souffrant d'un trouble du spectre autistique (Ilg et al., 2014). C'est peu. Ce premier numéro de 2016 vient dans une certaine mesure réparer cette lacune, avec trois contributions sur le sujet provenant de Suisse romande.

Tout d'abord, Virigine Salamin, Sabine Corzani, Olivier Clément et Chantal Martin Soelch nous proposent un premier aperçu de la charge vécue par les proches de patients souffrant de troubles psychiques, puis les résultats d'une étude qu'ils ont conduite sur le plan local comparant 96 proches et 45 adultes tout venant. Les résultats de leur étude confirment ce que la littérature a déjà montré et défend : la nécessité de proposer des méthodes d'intervention centrées sur les proches car ceux-ci représentent un groupe à risque, en particulier pour la dépression. On peut intuitivement le comprendre : les sentiments dépressifs sont nourris par des préoccupations constantes, plus ou moins ruminatoires, au sujet du proche en souffrance qu'ils côtoient, sans parler des sentiments de faible maîtrise voire d'impuissance vis-à-vis de l'évolution de ses troubles. Mais l'étude va au-delà de ces impressions cliniques ; les auteurs ont effet procédé à des analyses de régression pour voir quels sont les facteurs qui influencent ce taux plus élevé de dépression. Et je ne sais pas si on doit en être surpris ou pas, mais le fait de trouver un soutien social moins fourni et des compétences de régulation émotionnelle plus basses a de quoi nous interroger, non seulement sur la stigmatisation sociale qui accompagne encore fréquemment les troubles psychiques, mais aussi sur les moyens dont disposent les proches pour faire face à des situations existentielles très certainement des plus problématiques lorsqu'un membre de la famille souffre d'un trouble mental.

Les deux autres articles nous proposent un aperçu de deux méthodes d'intervention spécifiquement destinées aux proches. Connexion Familiale© d'un côté, programme destiné aux proches de personnes souffrant d'un trouble de personnalité borderline ; CRAFT de l'autre (CRAFT pour Community Reinforcement And Family Training) pour les proches de patients toxicodépendants. Ces deux approches s'appuient à la fois sur des éléments de psycho-éducation - qu'il aurait été surprenant de ne pas voir convoqués - mais aussi sur des interventions plus spécifiques, liées pour Connexion Familiale© à l'approche comportementale dialectique, et pour CRAFT aux approches plutôt centrées sur la gestion des contingences. Ces approches, et les manuels qui les fondent, sont de bons moyens aussi pour nous, thérapeutes, dans nous replonger dans l'essence même de certains traitements, et de redécouvrir ce qui peut être fait pour les proches, les messages qui leur sont délivrés, les stratégies que les spécialistes du domaine préconisent. Quand bien même nombre de thérapeutes ne se lanceront pas dans la conduite de ce type de programme, une petite plongée dans cet univers ne peut que faire du bien. Ce numéro devrait aussi être l'occasion d'aller visiter les sites spécialisés dédiés aux proches, dont celui du réseau fribourgeois de santé mentale (http://www.fr.ch/rfsm/fr/pub/soutien_proches/plate_forme_proches.htm) que j'ai personnellement trouvé assez remarquable. Un jour, il nous faudra bien faire le point sur l'offre d'informations sur les troubles mentaux et leurs traitements (notamment en TCC), pour nous aider tous, patients, proches, professionnels de la santé, journalistes, à trier le bon grain de l'ivraie.

Ce numéro se clôt sur un texte de Frédérick Dionne et Lyne Deschênes. Les deux auteurs canadiens de l'université du Québec à Trois-Rivières nous invitent à découvrir un modèle de supervision basée sur la thérapie d'acceptation et d'engagement, et notamment sur le concept de flexibilité psychologique qui apparaît ici au centre des réflexions. Cet article fait en quelque sorte écho aux contributions sur la

supervision qui ont parsemé l'histoire de notre revue, en particulier depuis notre numéro spécial de septembre 2011 (Vol. XVI, no 3) entièrement consacré à ce sujet. Dionne et Deschênes proposent un bref rappel du modèle cognitif et comportemental plutôt classique de la supervision, tel que Milne, spécialiste du domaine, l'a suggéré (Milne, 2007). Puis ils nous décrivent la manière dont on peut envisager une supervision davantage expérientielle, visant le développement d'une certaine flexibilité psychologique chez le thérapeute. Qu'il s'agisse du concept de flexibilité psychologique ou de celui de supervision, cet article nous plonge en pleine actualité cognitive et comportementale.

En effet comment ne pas songer, d'un côté, aux mouvements de plus en plus clairs qui se dessinent au sein des associations pour adopter des modèles explicites de supervision théoriquement sinon empiriquement fondés, et imposer aux superviseurs une formation à ces derniers ? Comment de l'autre ne pas évoquer les travaux sur les processus cognitifs dans les approches métacognitives et les traitements de modification des biais cognitifs (Monestès & Baeyens, 2016) ? D'un côté la supervision explicitement fondée nous fait transiter d'un modèle de type imitatif (le superviseur reproduit dans son activité le modèle de supervision dont il a lui-même bénéficié au cours de sa propre histoire de formation) à des approches sans doute plus légitimes scientifiquement (sachant que la question de la formation fait de plus en plus l'objet de recherches empiriques, cf. Milne, 2009). De l'autre, les approches transdiagnostiques en thérapie cognitive ou métacognitive nous incitent de plus en plus à valoriser la question de la flexibilité mentale, en tant que capacité de l'être humain à s'adapter aux aléas de l'existence et de ses expériences émotionnelles. Je pense qu'à l'instar de la formation aux méthodes thérapeutiques basées sur la méditation de pleine conscience, une expérience personnelle avec l'ACT, une formation dans cette approche ou une supervision inspirée par celle-ci ont probablement un atout supplémentaire par rapport aux modèles classiques de la supervision : chercher, au-delà de l'apprentissage à l'utilisation correcte des techniques et stratégies d'intervention, à améliorer le bien-être du thérapeute et à prendre en considération ses valeurs.

Reste évidemment à savoir, dans ces divers modèles de formation et de supervision, ce qui résistera aux résultats de la recherche empirique. Ne souhaitons-nous pas que, au-delà des choix guidés par l'intérêt, le style ou l'appréciation personnels, la conduite de la supervision - et d'une manière plus générale des divers volets de la formation en TCC - puisse être autant légitimée que les types de thérapie que nous cherchons à offrir à nos patients ? La question reste aujourd'hui encore ouverte, mais vu le nombre de recherches et de formations qui peu à peu s'engagent sur ce terrain, nul doute que dans un temps qui n'est peut-être pas si lointain, obligation nous sera faite non seulement de continuer à prouver l'intérêt de nos méthodes thérapeutiques mais aussi de celles des formations qui y sont associées. Demain, une formation accréditée devra aussi prouver, au-delà des programmes et des contenus offerts, que les méthodes pédagogiques adoptées seront efficaces.

Références

- Ilg, J., Paquet, A., Wolgensinger, L., Dutray, B., Rivard, M., Rousseau, M., Forget, J., Hauth-Charlier, S., & Clément, C. (2014). Programme francophone de formation pour les parents d'enfants avec un TSA : fondements et contenus. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, XIX(3), 5-20.
- Milne, D. L. (2007). An empirical definition of clinical supervision. *British Journal of Clinical psychology*, 46, 437-447. doi :10.1348/014466507X197415
- Milne, D. L. (2009). *Evidence-based clinical supervision: Principles and practice*. Chichester, UK: BPS/Blackwell.
- Monestès, J.-L., & Baeyens, C. (Eds.) (2016). *L'approche transdiagnostiques en psychopathologie*. Paris, France : Dunod.

La santé mentale des proches de personnes en souffrance psychique

Mental health of relatives of individuals with a mental illness

Virginie SALAMIN^{1,2}, Sabine CORZANI¹, Olivier CLEMENT¹, Chantal MARTIN-SOELCH²

(1) Réseau fribourgeois de santé mentale, c/o Centre de soins hospitaliers, CH-1633 Marsens, Suisse

(2) Université de Fribourg, Département de Psychologie, Unité de Psychologie clinique et de la santé

¹Réseau fribourgeois de santé mentale, Plate-forme Proches, c/o Centres de soins hospitaliers, L'Hôpital 140, CP90, CH-1633 Marsens, Suisse.

²Université de Fribourg, Chaire de psychologie clinique et de la santé, Rue de Faucigny 2, CH-1700 Fribourg

Remerciements A tous les proches qui ont gentiment accepté de participer à cette étude. A nos collègues de la Plate-forme Proches, à Dre Isabelle Gothuey et à Serge Renevey : pour leur soutien et leur engagement en faveur des proches de nos patients.

Adresse de contact : RFSM_PlateFormeProches@rfsm.ch

Résumé

Etre parent, enfant, conjoint ou simplement proche d'une personne en souffrance psychique peut être considéré comme un stressor ayant des répercussions importantes sur la qualité de vie et sur l'humeur. On estime que près de la moitié des proches de personnes souffrant de troubles psychiques manifestent eux-mêmes des difficultés psychologiques. Une proportion importante de proches serait ainsi susceptible de bénéficier d'interventions de type cognitives et comportementales (par ex., psychoéducation, entraînement de techniques de communication, de gestion du stress et de résolution de problèmes). Cet article propose de faire un état des lieux des charges vécues par les proches et de leurs conséquences. Nous présenterons les résultats obtenus auprès de 96 proches et 45 adultes tout venant en mettant l'accent sur des aspects psychologiques. Nos données indiquent notamment que les proches perçoivent peu de soutien social et ont des difficultés de régulation des émotions. Ils sont 44% à atteindre des scores de dépression dépassant un seuil clinique, scores dont 63% de la variance est prédite par les charges globales des proches, leur sentiment de maîtrise et leur accès à des stratégies de régulation des émotions, domaines pouvant profiter d'interventions préventives ou thérapeutiques.

Mots-clés: proches aidants, troubles psychiques, fardeau, dépression, intervention cognitive et comportementale

Abstract

Being a parent, child, spouse, or in another close relationship with a person with a mental illness can be viewed as a source of stress and can have important repercussions upon mood and quality of life. Moreover, it has been estimated that about half of these relatives have themselves psychological problems. A significant proportion of relatives is thus affected and could consequently benefit from cognitive behavioral interventions such as psycho-education, communication skills training, stress management, and problem management skills. This article aims to investigate the burden experienced by relatives and the consequences of this burden. We present results obtained from 96 relatives and 45 unselected adults, emphasizing psychological features. Our results indicate that relatives perceive a low degree of social support and have difficulties with emotional regulation and that 44% have depression scores within the clinical range, with 63% of the variance accounted for by their overall burden, their sense of mastery, and their access to emotion regulation strategies, areas which respond to preventive or therapeutic intervention.

Keywords: caregivers, mental illness, burden, depression, cognitive and behavioral intervention

-----CET ARTICLE EST PROTÉGÉ PAR UN COPYRIGHT JUSQU'EN 2021-----

Introduction

En Europe, on estime qu'en moyenne un adulte sur quatre (27%) souffre ou a souffert d'au moins un trouble psychique au cours de l'année écoulée (Wittchen & Jacobi, 2005). Avec près de huit millions d'habitants en Suisse, les troubles psychiques concernent chaque année environ deux millions de personnes, et au moins autant de personnes parmi leurs parents, conjoints, enfants, frères et sœurs. En effet, les familles des patients doivent également faire face aux bouleversements que la maladie engendre (Bartsch, Roberts, Davis, & Proeve, 2015; Mercurio-Riley, Lee, Chronister, & Swigar, 2013). De nos jours, les politiques socio-sanitaires articulent hospitalisations de courte durée et renforcement des prises en charge intermédiaires, ceci dans un contexte de maintien à domicile (Novella, 2010). On estime par exemple que 75% des patients souffrant d'une schizophrénie vivent dans leur famille (Haley et al., 2011).

Les familles se retrouvent alors en première ligne dans la prise en charge des patients. Elles jouent donc un rôle central puisque, par les soins ou le soutien qu'elles dispensent, elles peuvent influencer le processus de rétablissement, diminuer les hospitalisations et les rechutes (Lucksted, McFarlane, Downing, Dixon, & Adams, 2012). Le terme de proche aidant a été souvent employé pour faire référence à un ou plusieurs membres d'une famille qui, liés par un fort sentiment d'engagement, s'impliquent étroitement dans le processus de soin et la gestion du quotidien du malade. Le proche aidant fournit une aide non professionnelle à une proche de son entourage (conjoint, enfant, membre de la famille, voisin, etc.) qui, sans cette aide, ne pourrait faire face à ses difficultés (Kuipers, Onwumere, & Bebbington, 2010).

Néanmoins, ce rôle essentiel peut aussi avoir des conséquences sur celui qui l'endosse. Les proches, et plus spécifiquement les proches aidants, apparaissent dès lors comme un groupe à risque auquel il est utile, et parfois nécessaire, de proposer des interventions préventives (secondaires voire tertiaires), comme des interventions cognitives et comportementales ciblées, qui ont déjà fait leurs preuves dans ce domaine (Grover et al., 2011; Lucksted et al., 2012; Perlick et al., 2010).

Bien que la littérature témoigne d'un intérêt grandissant pour les proches et les proches aidants de patients, qui peut aller au-delà des

problématiques liées aux démences, à l'autisme, aux troubles psychotiques ou bipolaires, il existe relativement peu d'études qui témoignent du vécu de ces personnes, en le comparant notamment avec celui de personnes qui n'ont pas au sein de leur famille un membre souffrant d'un trouble mental sévère.

Ayant développé dans les réseaux de santé mentale fribourgeois une offre de programmes d'aide et de soutien en groupe ou online pour les proches de patients souffrant de divers troubles psychiques (en particulier psychoses, troubles bipolaires, troubles de la personnalité borderline, etc.), nous avons profité de cette participation pour conduire une étude contrôlée sur le vécu des proches, en nous focalisant plus précisément sur quatre questions ou objectifs : (1) déterminer si les proches aidants, comparés à des personnes tout venant, présentent une vulnérabilité supérieure au niveau de certaines variables comme l'humeur, le soutien social, la capacité de régulation émotionnelle et d'autres ressources psychologiques ; (2) décrire les fardeaux qui prédominent chez les proches, (3) étudier si certaines de leurs caractéristiques démographiques et individuelles y sont associées et (4) déterminer les prédicteurs les plus pertinents de la détresse psychique des proches. Cet article vise, sur la base d'une discussion de la littérature et de nos propres observations, à définir le rôle du proche aidant et à décrire le fardeau pouvant y être associé. Nous nous intéresserons surtout aux différences individuelles associées aux conséquences négatives de ce statut. Nous discuterons nos résultats et les implications pratiques des inquiétudes, difficultés et ressources mises en évidence.

La charge des proches et des proches aidants

Les anglophones utilisent le terme *burden* pour parler des *conséquences négatives*, du *fardeau* ou des *charges* liées à ce rôle d'aidant. La traduction française n'étant pas satisfaisante, nous utiliserons ici ces différents termes sans chercher à les différencier. Concrètement, les charges auxquelles font face les familles des personnes atteintes dans leur santé psychique sont multiples (Lowyck et al., 2004; MacMaster, 2006; Rose, Mallinson, & Gerson, 2006) : inquiétudes pour l'avenir, difficultés financières, sentiment d'impuissance, manque d'information sur la maladie et ses

traitements, épuisement, dépression, stress, troubles somatiques, diminution du réseau social, renoncement à des projets de vie, vécu de stigmatisation.

On distingue classiquement les charges objectives des charges subjectives. Les charges objectives englobent les rôles et tâches supplémentaires à assumer et à intégrer dans son emploi du temps (par exemple gestion des aspects administratifs et logistiques, soutien financier, etc.), alors que les charges subjectives sont plutôt d'ordre cognitif et affectif : soucis ou tensions relatifs à la sécurité, aux comportements violents envers soi-même ou autrui, à des demandes importantes ou à une forte dépendance, etc. (Baronet, 1999). Certains proches décrivent également des aspects positifs de leur situation : une relation d'authenticité, un sentiment de satisfaction ou une meilleure estime de soi (Kuipers et al., 2010). Néanmoins, la dynamique familiale est souvent affectée, les autres membres de la famille pouvant se sentir négligés ou développer du ressentiment vis-à-vis de la personne en souffrance psychique (Kuipers et al., 2010).

Les bouleversements vécus par les proches comportent aussi à certains égards un sentiment de perte que l'on peut rapprocher au vécu de deuil. On a notamment mis en évidence chez les proches un sentiment de perte similaire à celui des personnes endeuillées, mais qui perdure (Patterson et al., 2005). Les spécialistes de la question du deuil ont créé le concept de perte ambiguë (*ambiguous loss*) lorsque, dans des situations de disparition, on ne retrouve pas le corps d'une personne présumée décédée (Boss, 2007). Le processus de deuil est alors bloqué par des sentiments ambivalents qui font osciller la personne entre espoir et désespoir.

Cette perte ambiguë apparaît aussi chez les proches de personnes souffrant d'une maladie psychique de longue durée (Dekel & Monson, 2010; O'Brien, 2007; Patterson, Birchwood, & Cochrane, 2005). La personne en souffrance peut être à la fois présente physiquement, et absente psychologiquement, puisqu'elle est perçue, en raison de la maladie, comme différente de ce qu'elle était. Les proches se raccrochent à l'espoir de retrouver la personne telle qu'elle était avant, ce qui peut empêcher la mise en place d'un processus d'adaptation (via des stratégies de coping et de communication) et d'acceptation de la maladie (risquant ainsi d'invalider l'expérience de la personne en souffrance). On sait aussi que de nombreux domaines d'ambiguïté augmentent les charges et la détresse des proches concernés par la maladie d'Alzheimer ou l'autisme. O'Brien (2007) en cite cinq : (1) le manque de clarté du diagnostic,

(2) la difficulté à prédire l'évolution de la maladie, (3) les hauts et bas dans la vie quotidienne qui affectent les relations familiales, (4) les compétences apparentes des personnes en souffrance qui, au-delà de la maladie, ont aussi de nombreuses qualités (lesquelles font naître des attentes d'un certain niveau de fonctionnement), et enfin (5) la crainte de voir les relations émotionnelles bouleversées par la maladie. Cette ambiguïté dans la perte affective est un facteur de stress important qui a été associé à la dépression chez les proches de patients souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'enfants autistes (O'Brien, 2007). Cela permet d'expliquer pourquoi les proches ressentent parfois les affects typiques d'un deuil : dépression, culpabilité, anxiété, colère, impuissance, etc. En effet, une des grandes préoccupations des familles, hormis la manière dont elles peuvent gérer les manifestations de la maladie, est le souci de pouvoir gérer leur propre tristesse par rapport à la situation du patient (Rose et al., 2006).

On peut supposer que ce phénomène de perte ambiguë ne soit pas spécifique au vécu des proches de personnes souffrant de troubles comme l'autisme ou la démence, mais peuvent apparaître de manière plus générale dans nombre de cas de maladie psychique sévère, chronique ou récurrente. Il n'est dès lors pas surprenant que les proches de patients souffrant d'un trouble obsessionnel-compulsif décrivent une qualité de vie (santé physique, psychique et relations sociales) moins bonne que celle relevée dans la population générale (Stengler-Wenzke, Kroll, Matschinger, & Angermeyer, 2006), ou qu'une détresse psychique cliniquement significative, touche, notamment sous la forme de dépression, jusqu'à 46% des proches de patients présentant des troubles bipolaires (Steele, Maruyama, & Galyner, 2010). Néanmoins, seules cinq études sur les 24 passées en revue par ces auteurs avaient un groupe contrôle composé de personnes sans proche en souffrance psychique. Les parents d'adultes souffrant de graves troubles psychiques rapportent également plus d'événements stressants et des stress plus intenses que les parents d'adultes en bonne santé psychique (Barker, Greenberg, Seltzer, & Almeida, 2012).

Ces fardeaux objectifs et subjectifs varient d'un proche à un autre. Plusieurs facteurs d'influence sont décrits dans la littérature : les caractéristiques sociodémographiques du proche, les caractéristiques de la maladie du patient, le soutien social et les ressources internes et externes dont dispose le proche (Baronet, 1999; Kuipers et al., 2010; Mackay & Pakenham, 2012; Padierna et al., 2013). La qualité de la relation entre le proche

et la personne en souffrance joue également un rôle important (Kuipers et al., 2010). Néanmoins, les résultats ne sont pas toujours consistants.

Il faut également noter que tous les troubles psychiques n'ont pas la même gravité et ne nécessitent pas les mêmes réorganisations de la vie quotidienne du patient et de sa famille. Parmi les plus difficiles à gérer pour les familles, nous retrouvons ceux comprenant des manifestations particulièrement éprouvantes comme les menaces et tentatives suicidaires, les comportements bizarres, les idées délirantes, les comportements impulsifs, les symptômes négatifs ou les colères, comme cela peut être le cas dans le contexte de certains troubles psychotiques (Kuipers et al., 2010) ou bipolaires (Berk et al., 2013), dans les troubles de personnalité borderline (Hoffman & Fruzzetti, 2007), les dépressions sévères (Rane et al., 2012; van Wijngaarden, Schene, & Koeter, 2004), les troubles alimentaires (Padierna et al., 2013), dans certains troubles liés au stress et aux traumatismes (Dekel & Monson, 2010) ou les troubles obsessionnels-compulsifs (Grover & Dutt, 2011).

Méthode

Participants

Nous avons inclus 45 adultes tout venant (recrutés dans des cercles de connaissance d'étudiants en psychologie de l'Université de Fribourg) et 96 proches de personnes en souffrance psychique intéressés à participer à l'un des groupes psychoéducatifs offerts par le Réseau fribourgeois de santé mentale aux familles de patients entre septembre 2011 et janvier 2014. Tous les proches ayant consenti à remplir les questionnaires sont inclus dans cette étude. Ces programmes reposent essentiellement sur des approches cognitives et comportementales (programme Profamille (Cormier, 1991) et Famille et troubles bipolaires (adapté de Cormier, 1991) ou comportementales dialectiques Connexion familiale (Hoffman et al., 2005) et le programme *online* rfsm-e-motion développé par notre service et en cours de validation. Tous les participants ont été informés par oral et par écrit de l'étude et ont signé un formulaire de consentement éclairé selon la déclaration d'Helsinki et les normes légales en vigueur. Cette étude a été approuvée par la commission d'éthique régionale.

L'échantillon des 96 proches est constitué de 47 parents, 19 conjoints, 13 enfants adultes, 12 frères

et sœurs de personnes adultes en souffrance psychique et 5 autres relations (tante, amie proche), que ces dernières soient en traitement ou pas. Ils ne connaissent pas toujours précisément le diagnostic. Lorsqu'on leur demande d'indiquer quelle est, d'après eux, la problématique de leur proche, 11.5% répondent ne pas savoir, 28.1% pensent qu'il s'agit d'un trouble de personnalité borderline, 24.0% d'un trouble psychotique, 17.7% d'un trouble bipolaire, 10.4% d'un trouble dépressif ou anxieux et 8.3% indiquent d'autres troubles (ex. trouble alimentaire, etc.). Pour la majorité, le début des troubles date d'il y a trois à dix ans (52.1%), voire de plus de dix ans pour 31.3%. Seuls 16.7% ne font face aux troubles que depuis moins de trois ans. L'échantillon des 96 proches comprend 69.8% de femmes alors qu'elles ne sont que 48.9% chez les 45 tout venants ($\chi^2_{(1)} = 5.75, p < .05$). Par contre, les proches ($M = 47.3$ ans, $SD = 14.1$, étendue 20-74 ans) sont d'un âge comparable à celui des tout venant ($M = 44.2$, $SD = 12.0$, étendue 26-69 ans). L'état civil est comparable chez les proches et les tout-venant, avec respectivement 28.1% et 33.3% de personnes célibataires, 46.9% et 57.8% mariées, 22.9% et 8.9% séparées ou divorcées et 2.1% et 0.0% de veuves. La proportion d'actifs est également comparable dans les deux échantillons, respectivement 68.8% et 75.0%, avec un taux d'activité médian de 60% dans les deux groupes.

Mesures

Le questionnaire d'évaluation de l'implication et de la charge perçue (*Involvement Evaluation Questionnaire*, IEQ, van Wijngaarden et al., 2000 ; traduction française fournie par un des auteurs de l'instrument) évalue le degré d'implication et l'aide fournie par le proche aux cours des quatre dernières semaines. Il comprend quatre dimensions et un facteur global : la *tension* (relations interpersonnelles tendues entre le proche et la personne en souffrance), le *souci* (par rapport à la situation actuelle du patient et du proche), la *supervision* des tâches quotidiennes de la personne en souffrance et la *motivation* à lui insuffler pour qu'elle entreprenne des activités. Ce questionnaire bien validé est fréquemment utilisé dans les recherches portant sur les proches au niveau européen (Gelkopf & Roe, 2014; van Wijngaarden et al., 2000), avec des indicateurs de consistance interne allant de 0.74 à 0.85 pour les sous-échelles et 0.90 pour le score global dans la version originale hollandaise (van Wijngaarden, Schene, & Koeter, 2002). La traduction française n'est néanmoins pas

encore validée à ce jour. Dans cette étude, nous trouvons de bonnes consistances internes pour toutes les dimensions ainsi que pour le score global (α de Cronbach situés entre 0.82 et 0.88), à l'exception de la dimension supervision ($\alpha=0.68$). Afin de faciliter l'interprétation clinique, les scores bruts de chaque item peuvent être dichotomisés en 0 et 1 (d'après la procédure proposée par van Wijngaarden et al., 2009). Les réponses 0 ou 1 (jamais ou rarement) sont recodées en 0 ; les réponses 2, 3 ou 4 (régulièrement, souvent, ou (presque) toujours) en 1. La somme des points obtenus reflète directement le nombre de conséquences assez fréquentes pour être considérées comme ayant une certaine importance. Ceci permet ensuite d'obtenir des indices continus allant de 0 à 1, nommés C-index (ou indice conséquence) correspondant au nombre de conséquences cochées au moins régulièrement divisé par le nombre total de conséquences possibles présentées dans la sous-échelle (*cet indice fournit en quelque sorte le pourcentage d'items cochés comme étant au moins régulièrement présents*).

Le questionnaire de *Soutien Social et Ressources Psychologiques* (SSRP, Bovier, Chamot, & Perneger, 2002) comprend 14 items que la personne doit coter sur une échelle Likert allant de 1 à 5. Il évalue quatre dimensions : le soutien affectif, le soutien pour la résolution de problèmes, l'estime de soi, et le sentiment de maîtrise. Le questionnaire a été développé et validé en français sur un échantillon d'étudiants universitaires suisses ; sa consistance interne est satisfaisante, avec des α de Cronbach situés entre 0.70 et 0.81 (Bovier et al., 2002). Dans notre échantillon, nous relevons des α de Cronbach situés entre 0.84 et 0.89.

Le questionnaire de difficultés de régulation des émotions (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*, DERS ; Gratz & Roemer, 2004, validation française par Dan-Glauser & Scherer, 2013) comprend 36 items et évalue sur une échelle Likert allant de 1 à 5, en plus d'un facteur global, six difficultés relatives à la régulation des émotions négatives (*non-acceptation* des réponses émotionnelles, difficulté à s'engager dans des comportements orientés vers des *buts*, *impulsivité*, difficulté à prendre *conscience* de ses émotions, difficulté à mettre en place des *stratégies* de régulation des émotions, difficulté à savoir avec *clarté* quelles sont les émotions ressenties). La consistance interne de la version française sur un

échantillon d'étudiants est excellente ($\alpha=0.92$ pour l'échelle globale). Dans notre échantillon de proches, nous relevons également un α de 0.92 pour l'échelle globale, et des α satisfaisants, situés entre 0.79 et 0.87, pour trois des six sous-échelles. Par contre, la consistance interne des sous-échelles *Buts*, *Conscience*, et *Clarté* est faible, avec des α de respectivement 0.59, 0.61 et 0.66.

Le questionnaire *Center for Epidemiological Studies – Depression Scale* (CESD, Radloff, 1977 ; validation française par Fuhrer & Rouillon, 1989, et Morin et al., 2011) comprend 20 items évalués de 0 à 3 évaluant les symptômes de dépression. Il est adapté aux populations non-cliniques. Morin et al. (2011) proposent des seuils au-delà desquels les individus sont considérés comme ayant une probabilité élevée de souffrir d'une dépression, à savoir un score supérieur ou égal à 17 pour un homme et 21 pour une femme. La consistance interne est excellente dans la validation française du CESD, avec un ω de McDonald de 0.93 (Morin et al., 2011). Dans notre échantillon de proches, nous avons calculé un α de Cronbach de 0.92.

Les questionnaires portent sur l'état des proches avant le début de leur participation au programme de soutien.

Analyse des données

Les données sont analysées au moyen du logiciel statistique *SPSS/PASW Statistics* 21.0. Les sujets (proches et témoins) sont comparés par rapport à leurs caractéristiques sociodémographiques et cliniques. En fonction de la distribution des variables, nous utilisons des tests paramétriques (tests *t* de Student, ANOVA avec tests *post-hoc* selon le test de Hochberg ou de Bonferroni selon la taille des groupes, corrélation *r* de Pearson) et des tests non-paramétriques (tests de Mann-Whitney, de Kruskal-Wallis, du χ^2 , de Fischer, corrélation r_s de Spearman). Une analyse de régression linéaire multiple permet de décrire quelles caractéristiques des proches ont la plus grande valeur prédictive de la détresse psychique des proches.

Résultats

Profil des proches aidants par rapport à un échantillon tout venant

Le tableau 1 présente les différences entre les deux échantillons concernant les variables psychologiques.

Tableau 1. Moyennes (écarts-types) des questionnaires chez les proches et les tout venants

Echelles	Proches	Tout venants	Test et taille d'effet d ou r^c	p
Soutien social et ressources psychologiques (SSRP)				
Estime de soi ^b	3.95 (0.81)	4.13 (0.78)	$U = 1854.5, Z = -1.4$	.17
Maîtrise ^a	3.40 (1.06)	3.83 (0.85)	$t_{(139)} = -2.6, d = 0.45$	.011
Soutien affectif ^b	3.63 (1.14)	3.90 (0.91)	$U = 1911.0, Z = -1.1$	.26
Soutien pour la résolution de problèmes ^b	3.64 (1.16)	4.33 (0.64)	$U = 1422.5, Z = -3.3, r = 0.29$	.001
Humeur dépressive (CES-D)				
Score CES-D ^a	19.6 (10.6)	12.0 (8.2)	$t_{(138)} = 4.6, d = 0.81$	.000
Nombre (%) de personnes atteignant un seuil clinique	42 (44.2)	7 (15.6)	$\chi^2_{(1)} = 11.0$	.01
Difficultés de régulation des émotions (DERS)				
DERS score global ^a	82.2 (21.9)	72.9 (16.9)	$t_{(139)} = 2.5, d = 0.47$	.013
Non-acceptation ^b	12.2 (5.0)	11.7 (3.9)	$U = 2151.0, Z = .0$	.97
Difficultés à aller vers les buts ^b	13.9 (5.6)	10.9 (2.9)	$U = 1491.5, Z = -3.0, r = 0.25$	.003
Difficultés à contrôler les impulsions ^b	11.5 (4.4)	10.7 (3.5)	$U = 2022.0, Z = -0.6$	.54
Manque de conscience émotionnelle ^a	16.3 (4.1)	14.9 (4.0)	$t_{(139)} = 2.0, p = .05, d = 0.35$	.05
Accès limité aux stratégies de régulation ^b	17.5 (6.2)	16.7 (5.2)	$U = 1730.5, Z = -1.9$	.06
Manque de clarté émotionnelle ^b	10.7 (3.1)	9.8 (3.1)	$U = 1490.5, Z = -3.0, r = 0.25$	.003

^a distribution normale^b distribution déviant significativement de la normalité^c les tailles d'effet sont exprimées par le d pour les t-test et r pour les tests non-paramétriques interprétées selon les conventions de Cohen (1992) (d : 0.3 = petit, 0.5 = moyen, 0.8 = fort et r : 0.1 = petit, 0.3 = moyen, 0.5 = fort)

L'analyse de puissance a posteriori nous indique que lorsque nous comparons les moyennes de nos deux échantillons avec un test bilatéral, nous sommes en mesure de détecter des effets forts ($d < 0.8$ ou $r < 0.5$) avec un risque d'erreur de type II (β) de moins de 1%, mais ce risque augmente à plus de 20% en ce qui concerne les effets moyens ($d < 0.5$ ou $r < 0.3$) et à plus de 60% pour de petits effets ($d < 0.3$ ou $r < 0.1$). Pour tenir compte du risque multiplié d'erreur de type I (α), nous appliquons la correction de Bonferroni et acceptons comme seuil de significativité à $p < .004$. Ainsi, la différence principale entre nos deux échantillons concerne l'humeur, qui est significativement plus dépressive chez les proches (taille d'effet forte) ($p = .000$). Ces derniers sont d'ailleurs presque trois fois plus nombreux à atteindre un seuil clinique de dépression (résultat tendancielllement significatif, $p < .01$). Nous relevons également, avec des tailles d'effet petites à moyennes, que les proches sont significativement moins satisfaits par rapport à la quantité de soutien disponible pour la résolution de problèmes ($p = .001$), ont plus de difficultés à s'engager dans des comportements orientés vers des buts ($p = .003$) et à savoir clairement ce qu'ils ressentent au niveau émotionnel ($p = .003$).

Fardeaux objectifs et subjectifs des proches

Les proches ressentent un niveau de charge élevé, avec un score médian (écart-type) à l'indice global de l'IEQ de 0.33 (sd = .18) de conséquences réelles (i.e. 33% se produisant au moins régulièrement) en moyenne. La charge la plus lourde est le *souci* (Mdn = .64, sd = .31), puisque la moitié des proches rapporte la présence d'au moins deux tiers des six

conséquences de ce type évaluées par le questionnaire. Viennent ensuite la *tension* (Mdn = .32, sd = .25) et la *motivation* (Mdn = .27, sd = .26), avec la présence au moins régulière d'environ un quart des conséquences évaluées. La dimension de *supervision* est celle qui comprend le moins de conséquences régulières (Mdn = .14, sd = .20). Dans l'ensemble, 15.6% des proches ne rapportent aucune *tension* réelle avec la personne en souffrance, 29.2% ne rapportent pas de réelle nécessité de la *motiver*, 53.1% rapportent ne pas devoir *superviser* ses activités et seulement 6.3% estiment ne pas se faire de *souci* (ou rarement). Globalement, seules deux personnes (2.1%) ne rapportent pas de charge liée à leur statut de proche dans les quatre semaines précédentes. Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes au niveau des conséquences spécifiques. Concrètement, les cinq conséquences réelles rapportées par plus de la moitié des proches sont : s'inquiéter de l'avenir de son proche (82.1% des proches s'en inquiètent au moins régulièrement), s'inquiéter de l'état de santé général de son proche (70.2%), s'inquiéter de l'aide ou du traitement reçu par son proche (63.5%), s'inquiéter de la sécurité de son proche (57.9%), encourager son proche à entreprendre une activité telle aller se promener, faire des tâches ménagères ou des loisirs (55.8%).

Caractéristiques démographiques et individuelles associées au fardeau des proches

Le nombre de conséquences rapportées varie énormément d'un proche à l'autre. Nous nous sommes intéressés aux facteurs associés à ces conséquences.

Tableau 2 : Analyses univariées des différentes dimensions du questionnaire IEQ en fonction des caractéristiques des proches et de la maladie (N = 96)

	Indices de conséquences réelles de l'IEQ				
	Tension	Supervision	Souci	Motivation	IEQ total
Âge ^a	-.27**	.02	.16	-.08	-.07
Type de relation ^b (les proches sont :)					
Conjoints	0.48 (0.28)	0.15 (0.24)	0.56 (0.29)	0.27 (0.29)	0.36 (0.18)
Enfants adultes	0.48 (0.25)	0.14 (0.22)	0.78 (0.23)	0.24 (0.24)	0.39 (0.18)
Parents	0.25 (0.20)	0.16 (0.19)	0.70 (0.30)	0.32 (0.27)	0.34 (0.18)
Frères/sœurs	0.25 (0.26)	0.06 (0.13)	0.56 (0.30)	0.17 (0.24)	0.25 (0.16)
Autres	0.24 (0.20)	0.17 (0.20)	0.17 (0.29)	0.18 (0.19)	0.19 (0.16)
Vivre avec ^c					
Oui	0.37 (0.24)	0.16 (0.19)	0.68 (0.34)	0.38 (0.26)	0.38 (0.18)
Non	0.29 (0.26)	0.13 (0.20)	0.61 (0.30)	0.20 (0.24)	0.29 (0.17)
Dépression (CES-D) ^c					
Oui (>16 ou 20)	0.44 (0.26)	0.21 (0.20)	0.74 (0.31)	0.35 (0.29)	0.42 (0.18)
Non (<16 ou 20)	0.24 (0.21)	0.10 (0.18)	0.57 (0.29)	0.22 (0.23)	0.27 (0.15)
Score moyen ^a	.54**	.43**	.42**	.28**	.54**
Ressources psychologiques et soutien social (SSRP) ^a					
Estime de soi	-.18	-.19	-.14	-.11	-.19
Maîtrise	-.38**	-.29**	-.29**	-.15	-.34**
Soutien affectif	-.18	-.19	-.17	-.01	-.16
Soutien, résolution de problèmes	-.15	-.34**	-.22*	-.13	-.25*
Difficultés de régulation des émotions (DERS) ^a					
Difficultés globales	.21*	.07	.24*	.01	.17
Non-acceptation	-.00	.14	.27**	.19	.18
Buts	.16	.03	.15	-.11	.04
Impulsions	.24*	.04	.23*	.09	.24*
Conscience	.13	-.03	.15	-.02	.09
Stratégies	.19	.10	.24*	.00	.16
Clarté	.20	.07	.17	.03	.15

^a Corrélations de Spearman (r_s), avec NS : $p > .05$ (non-significatif), * : $p < .05$, ** : $p < .01$

^b Test de Kruskal-Wallis

^c Test de Mann-Whitney

Le tableau 2 indique les relations entre les différents indices de conséquences de l'IEQ et les caractéristiques des proches. Nous ne relevons pas

de différence significative de charges en fonction du genre, du taux d'activité, du statut socio-économique, du statut professionnel ou du niveau

de formation des proches. L'âge du proche est négativement corrélé à la tension ressentie. Le type de relation avec la personne en souffrance est également associé au fardeau subjectif perçu, en particulier la tension ($H_{(4)} = 16.32, p < .01$) et le souci ($H_{(4)} = 16.00, p < .01$). Les tests *post-hoc* (avec la correction de Bonferroni) révèlent que les conjoints et les enfants adultes décrivent plus de tension que les parents ; les enfants adultes et les parents rapportent plus de souci que les autres types de proches. Les proches qui vivent avec la personne en souffrance doivent plus la motiver à entreprendre des activités ($U = 663.0, Z = -3.46, p < .01$).

Au niveau psychologique, les proches ayant des scores de dépression supérieurs à un seuil clinique décrivent également plus de tension ($U = 615.0, Z = -3.77, p < .01$), plus de souci ($U = 703.5, Z = -3.12, p < .01$) et la nécessité de superviser davantage leur proche malade ($U = 728.0, Z = -3.15, p < .01$). Ils ressentent globalement un fardeau plus conséquent ($U = 614.5, Z = -3.74, p < .01$). Le sentiment de maîtrise et le soutien pour la résolution de problèmes sont négativement corrélés à ce fardeau global. Certaines difficultés de régulation des émotions sont par contre positivement corrélées au fardeau subjectif.

Enfin, il n'y a pas de relation entre les charges et des variables spécifiques à la maladie comme le diagnostic supposé par les proches ou la durée de la maladie.

Variables associées et prédicteurs du score de dépression des proches

Le score de dépression est corrélé à plusieurs variables psychologiques, en plus des charges liées au statut de proche décrites ci-dessus : (a) le soutien social et les ressources psychologiques : l'estime de soi ($r_s = -.54, p < .01$), le sentiment de maîtrise ($r_s = -.63, p < .01$), le soutien affectif ($r_s = -.29, p < .01$), le soutien pour la résolution de problèmes ($r_s = -.40, p < .01$) ; et (b) les difficultés de régulation des émotions : les difficultés globales ($r_s = .55, p < .01$), la non-acceptation ($r_s = .22, p < .01$), les difficultés à s'engager dans des comportements orientés vers des buts ($r_s = .45, p < .01$), les difficultés à contrôler ses impulsions ($r_s = .50, p < .01$), les difficultés à être conscient de ses émotions ($r_s = .39, p < .01$), les difficultés à accéder à des stratégies de régulation émotionnelle ($r_s = .51, p < .01$) et les difficultés à savoir clairement ce qu'on ressent ($r_s = .48, p < .01$). Il y a une tendance à un score de dépression de 4 points supérieurs chez les proches qui font ménage commun avec la personne en souffrance ($F_{(1,93)} = 3.39, p = .07$). Hormis cette différence aucune de ces variables n'est associée au score de dépression : l'âge, le sexe, l'état civil, le statut professionnel, le taux d'activité, le niveau de formation, le statut social, la durée de la maladie, le type de relation entre le proche et la personne en souffrance ou le diagnostic supposé.

Le tableau 3 présente les résultats d'une analyse de régression linéaire visant à déterminer le meilleur modèle de prédiction du score de dépression. Trois prédicteurs significatifs du score initial de dépression chez les proches expliquent ensemble 63% de sa variance : (1) la charge globale perçue, (2) le degré de maîtrise perçue sur sa vie et (3) les difficultés de régulation des émotions.

Tableau 3 : Caractéristiques individuelles des proches associées au score de dépression

VD= score initial de dépression	B	SE B	β
Etape 1 : $R^2 = .29$, $F_{(1,94)} = 37.5$, $p < .001$			
Constante	9.05	1.96	**
Indice des conséquences globales (IEQ)	31.72	5.18	.53**
Etape 2 : $R^2 = .53$, $\Delta R^2 = .25$ ($p < .001$), $F_{(2,93)} = 52.6$, $p < .001$			
Constante	30.02	3.40	**
Indice des conséquences globales (IEQ)	21.36	4.47	.36**
Degré de maîtrise perçu (SSRP)	-5.17	0.74	-.53**
Etape 3 : $R^2 = .63$, $\Delta R^2 = .09$ ($p = .001$), $F_{(3,92)} = 51.10$, $p < .001$			
Constante	8.63	5.40	**
Indice des conséquences globales (IEQ)	21.77	4.02	.37**
Degré de maîtrise / contrôle perçu (SSRP)	-3.17	0.79	-.32**
Difficultés globales de régulation des émotions (DERS)	0.18	0.04	.37**

** : $p < .01$

Discussion

Globalement les comparaisons que nous avons conduites entre l'échantillon d'adultes tout venant n'étant pas confrontés à la maladie psychique dans leur entourage immédiat et celui des proches aidants ont montré que ces derniers présentent une humeur plus fortement déprimée, ont légèrement plus de difficultés à réguler leurs émotions négatives et manquent davantage de soutien dans la résolution des problèmes.

La différence la plus manifeste que nous avons pu relever entre nos deux échantillons est la proportion trois fois plus élevée de personnes présentant potentiellement une dépression dans le groupe des proches aidants (44%). Les valeurs moyennes que nous avons trouvées s'avèrent plus élevées que celles figurant dans la littérature (voir par ex. Perlick, Hohenstein, Clarkin, Kaczynski, & Rosenheck, 2005). Cette comparaison directe de deux échantillons nous a permis ainsi de mettre en évidence une vulnérabilité à la dépression

clairement supérieure chez les proches aidants, un résultat très important en termes de prévention secondaire et tertiaire.

Les proches aidants rapportent également des difficultés plus fréquentes à réguler leurs émotions, qui se traduisent en particulier par plus de peine à s'engager dans des comportements orientés vers des buts (se concentrer et accomplir des tâches lorsqu'on ressent des émotions négatives), ainsi que par un manque plus fréquent de clarté émotionnelle (il leur est compliqué de savoir clairement quelles émotions ils ressentent) ; mais comme ces deux dimensions ont une consistance interne médiocre, il s'agit de considérer ces résultats avec précaution.

Pour terminer les proches aidants confient avoir plus de peine à trouver des soutiens pour la résolution de problème, c'est-à-dire à avoir accès à des personnes auxquelles il leur est possible de se confier et qui peuvent être de bon conseil lorsque des situations difficiles se produisent (Bovier et al., 2002). En lien avec cela, les proches ont été en effet nombreux à témoigner de leur difficulté à pouvoir parler de la maladie mentale, à la fois invisible,

stigmatisée, et peu ou mal comprise par les personnes qui ne la connaissent pas.

Fardeaux objectifs et subjectifs des proches aidants

Les charges rapportées par les proches aidants sont nombreuses. Au quotidien, ce sont en premier lieu des fardeaux subjectifs (notamment du *souci* et de la *tension*) qui sont vécus, résultat également relevé dans d'autres études (Hadryś, Adamowski, & Kiejna, 2011; van Wijngaarden et al., 2009). Plus de la moitié, homme ou femme, s'inquiète au moins régulièrement de l'avenir, de l'état de santé, du traitement ou de la sécurité de la personne en souffrance psychique. Il y a néanmoins une grande variabilité individuelle dans la perception des différents types de fardeau.

La perception des fardeaux objectifs et subjectifs ne diffère pas en fonction du sexe, de la situation, de l'état civil, de la position sociale, du statut professionnel ou du niveau de formation du proche aidant. Ces résultats sont congruents avec la littérature (Baronet, 1999). L'influence de l'âge sur la perception des charges ne montre pas de résultat univoque (Baronet, 1999). Dans notre échantillon, nous observons que les proches les plus âgés ressentent moins de *tension*, alors qu'Hadryś et al. (2011) trouvent le résultat inverse. Nous ne trouvons pas non plus de relation entre l'âge et le score de dépression. Les résultats pourraient d'ailleurs varier selon la durée de la maladie du patient, l'intensité de l'aide mise en place et fournie par le réseau professionnel, le degré d'acceptation de la maladie, le développement de stratégies pour y faire face au quotidien, ou encore l'état de santé du proche. Cette question nécessiterait d'être analysée dans des échantillons de proches très homogènes, par exemple des parents faisant face à la première période de décompensation psychique de leur fils.

D'autres facteurs d'influence de ce fardeau global sont par contre déjà soulignés dans la littérature (Baronet, 1999). Les proches qui font ménage commun avec la personne en souffrance ressentent plus de charges objectives, avec presque deux fois plus le poids de devoir *motiver* la personne en souffrance. Une certaine responsabilité pour des tâches objectives incombe donc plus aux personnes physiquement les plus accessibles. Par contre, cette proximité spatiale n'a pas d'influence sur le *souci* : qu'ils vivent sous le même toit ou séparément, les proches se font toujours autant de souci.

Diagnostic.

L'influence du type de catégorie diagnostique montre aussi des résultats équivoques (Baronet, 1999 ; Magliano et al., 2005). Dans notre étude, le diagnostic *supposé* par les proches n'est pas associé aux charges. Hadryś et al. (2011) concluent aussi, après avoir comparé le fardeau lié aux psychoses, aux troubles affectifs et aux troubles anxieux ou de personnalité, que ce dernier est indépendant du diagnostic, conclusion partagée par Wijngaarden et al. (2009). Les catégories diagnostiques sont par définition hétérogènes quant à leur présentation clinique et d'intensité des difficultés de fonctionnement social et de rôle professionnel, ce qui limite les possibilités d'étude, même lorsque les diagnostics des patients et leurs comorbidités sont posés rigoureusement au moyen d'instruments standardisés. De plus, les comorbidités et le chevauchement de symptômes entre différentes pathologies sont plutôt la règle que l'exception (Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005). Dans cette étude, nous nous sommes intéressés à la perception du diagnostic par le proche et nous n'avions pas d'information objective sur le diagnostic réel. On estime qu'environ 20% des proches de patients hospitalisés ne connaissent pas le diagnostic et qu'environ 30% pensent le connaître mais se trompent (Cleary, Freeman, Hunt, & Walter, 2006). Ainsi, nos résultats sont à prendre avec précaution. Par contre, la quantité d'aide apportée et le type de comportements symptomatiques pourraient avoir une influence mais nos données ne nous permettent pas de nous positionner sur cette question. Au-delà des diagnostics, ce seraient plutôt le type et l'intensité des symptômes qui pèsent sur les proches (Baronet, 1999).

Type de relation.

Le type de relation entre le proche et le patient n'est associé qu'au fardeau subjectif. La *tension* est plus fréquente chez les conjoints et enfants adultes que chez les parents (voir aussi Hadryś et al., 2011). Le *souci* est également plus fréquent chez les enfants adultes mais aussi chez les parents comparés aux autres proches. Plus la proximité est grande, plus ils ressentent de fardeau subjectif, que cette proximité soit spatiale (domicile commun) ou familiale (famille nucléaire : parents, enfants adultes, conjoints). Il est probable que le degré d'implication des proches varie aussi selon le fonctionnement familial (par ex. « parentification » d'un aîné, absence d'un des parents, etc.), ce qui

impliquerait que parfois ce sont des enfants adultes ou des frères ou sœurs qui prennent le relais d'un parent ou d'un conjoint. Être impliqué dans une relation étroite avec une personne en souffrance, quelle que soit le type de relation, provoque vraisemblablement une ambiguïté dans l'identité (O'Brien, 2007) : en prenant en charge des responsabilités et des rôles qui incombent normalement à autrui, les expériences de vie du proche sont de plus en plus dépendantes de celles de la personne en souffrance et les frontières identitaires s'estompent (par ex. un conjoint doit faire le deuil de la relation initiale, un frère ou une sœur se sent négligé par ses parents car il « fonctionne bien », etc.). Cette confusion ou « ambiguïté d'identité », que nous n'avons pas mesurée, est certainement également en partie associée au fardeau et à la dépression des proches, au-delà du type de relation ou de l'âge. Il est ainsi difficile de tirer des conclusions puisque plusieurs variables se confondent avec le fardeau : le type de relation, la constellation familiale et les rôles pris par chacun ou l'âge.

Soutien social.

Lorsque le réseau d'aide manque, les proches se sentent plus concrètement impliqués (*supervision*) et se font plus de *souci* (par ex., de nombreux parents, prenant de l'âge, se demandent comment leur enfant fera face lorsqu'ils ne seront plus en état de l'aider aux niveaux financiers, logistiques ou relationnels). Ce résultat n'est cependant pas clairement étayé par la littérature (Baronet, 1999). Les deux dernières variables que nous souhaitons discuter, la maîtrise et les difficultés de régulation émotionnelle, sont des cibles de choix pour les interventions d'approche cognitive et comportementale. Elles sont non seulement liées au fardeau, mais également des prédicteurs significatifs du niveau de détresse des proches.

Variables associées et prédicteurs du score de dépression des proches

Deux tiers de la variance du score de dépression chez les proches sont expliqués par la quantité de fardeau global, discuté ci-dessus, le degré de maîtrise perçue et les difficultés de régulation émotionnelle.

Régulation des émotions.

Le manque de conscience émotionnelle des proches nous interpelle. Une hypothèse probable est qu'ils souffrent de la même vulnérabilité émotionnelle que les patients. Mais ce type de traitement affectif pourrait aussi avoir différentes fonctions dans la situation des proches : se protéger de l'expérience émotionnelle douloureuse vécue (par ex. l'anxiété lors des menaces suicidaires), économiser son énergie pour pouvoir répondre aux exigences de la situation ou y rester impliqué (« *si je m'écoutais je m'arrêteraïs mais qui prendrait alors le relai ?* ») ou encore faire face à ses émotions en minimisant leur importance. Malheureusement, cette tendance à ignorer ses émotions a pour conséquence de s'auto-invalider, ce qui peut au contraire renforcer l'activation émotionnelle et la propre fragilité du proche (Fruzzetti & Worall, 2010). À force d'ignorer ses signaux d'alarmes, il y a un risque d'épuisement physique ou psychologique. En effet, les difficultés du traitement affectif sont plus impliquées dans les conséquences psychologiques vécues par les proches que dans le fardeau perçu. Près de la moitié décrit des symptômes de dépression atteignant un seuil clinique et dont l'intensité est substantiellement prédite à la fois par les charges globales, les difficultés de régulation émotionnelle et le sentiment de maîtrise. Selon le modèle diathèse-stress (Monroe & Simons, 1991), on peut supposer que ces trois facteurs agissent vraisemblablement en interaction sur le risque de dépression. Les difficultés de régulation émotionnelle et le manque de contrôle perçu augmenteraient la vulnérabilité psychologique individuelle chez un proche qui est dans un contexte de stress à la fois aigu et chronique, faisant face à des événements critiques de vie, devant répondre à de nombreuses demandes et s'adapter à des situations nouvelles, ceci pour une durée indéterminée.

Sentiment de maîtrise.

Ce concept fait référence aux sentiments de contrôle perçu sur les événements et d'efficacité pour y faire face, c'est-à-dire à la perception qu'il y a une possibilité de changer certains aspects importants de sa vie et de trouver un moyen de régler ses problèmes (Bovier et al., 2002). Il est proche de celui d'efficacité personnelle (Bandura, 1977), et, à l'inverse, de celui d'impuissance acquise (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978) mis en

cause dans la dépression. Les proches qui ont un sentiment de maîtrise plus faible ressentent plus de fardeau. Nous ne pouvons pas nous prononcer sur la relation de causalité. Il est probable que la perception d'une situation hors de contrôle et d'une influence limitée sur l'autre soit compensée par une plus grande implication auprès de la personne en souffrance, ce qui peut épuiser, générer du souci ou de l'anxiété et des tensions interpersonnelles. Mais l'inverse est également possible. D'autres études relèvent également cette corrélation négative entre le sentiment de maîtrise et les charges (Baronet, 1999; Hadryś et al., 2011). De manière générale, les relations entre le sentiment de maîtrise et la dépression mises en évidence dans cette étude sont bien étayées par la littérature (Maciejewski, Prigerson, & Mazure, 2000). « *Je n'en peux plus, je ne sais plus quoi faire* » est une phrase récurrente lors de nos premières rencontres avec les proches et résume ce lien entre l'épuisement psychologique et le manque de maîtrise sur une situation critique de vie particulière. Un des premiers besoins qu'ils mentionnent est d'augmenter leur sentiment de contrôle sur la maladie (par des informations et stratégies concrètes). Ce n'est souvent qu'ensuite qu'ils prennent conscience de la nécessité de prendre soin d'eux-mêmes et de partager leurs expériences.

Limites de l'étude

Nous avons déjà discuté ci-dessus d'un certain nombre de limites. Au niveau de notre échantillon, les adultes tout venants ne sont pas appariés quant à l'âge ; la comparaison n'a donc qu'une valeur indicative mais elle nous semble pertinente car il n'y a que peu d'études comparant directement les proches à un échantillon de la population générale. Les proches sont tous en demande d'une aide professionnelle mais ils forment un groupe hétérogène puisque nous avons des conjoints, parents, enfants adultes, etc., qui vivent ou pas avec le patient. L'humeur très déprimée des proches de notre échantillon peut aussi s'expliquer par le fait que notre étude a pour point de départ la situation des proches et non pas celle des patients. Dans la majorité des recherches considérées à titre de comparaison, les proches sont abordés *via* les patients en traitement. Or les proches ne rencontrant pas de difficulté particulière ne sont *a priori* pas représentés dans notre échantillon. Les personnes concernées par la maladie ont des problématiques et des prises en charges d'intensités très variables ; certaines sont dans une période relativement stable alors que d'autres sont en situation de crise et

hospitalisées. La combinaison de ces variables crée des contextes très variés pouvant influencer nos résultats. Recueillir des informations sur la situation des patients nous aurait donné l'accès à d'autres variables pertinentes qui nous manquent dans cette étude. Une autre limite est l'absence d'évaluation des autres facteurs de stress (professionnels, conjugaux, financiers, etc.) qui pourraient se surajouter aux charges liées au rôle de proche et expliquer une partie de la détresse psychique. La proportion de « personnes présentant potentiellement une dépression » que nous rapportons surestime la prévalence des troubles dépressifs chez les proches puisque nous nous basons seulement sur un questionnaire auto-évalué. Les symptômes dépressifs rapportés peuvent d'ailleurs faire partie de nombreux tableaux cliniques (troubles bipolaires, troubles anxieux, troubles de l'adaptation) et difficultés (deuil, *burnout*). Une évaluation complète de la santé psychique des proches, au moyen d'un entretien diagnostic, aurait permis d'évaluer également d'autres difficultés, notamment les troubles liés aux traumatismes et au stress, vraisemblables dans des situations où les proches sont témoins de manière répétée de tentatives de suicide, d'automutilations ou d'agressivité. Au niveau de la validité statistique, nous sommes limités par une mauvaise consistance interne dans notre échantillon pour trois dimensions du questionnaire DERS. Nous relevons le même problème pour la dimension *supervision* de l'IEQ, qui n'est par ailleurs pas validé en français. Le choix de l'IEQ nous a influencé à considérer le rôle de proche uniquement sous l'angle de ses conséquences négatives. Interrogés à ce sujet, certains décrivent aussi des aspects positifs (par ex. MacKay & Pakenham, 2012). Par exemple, le questionnaire *Experience of Caregiving Inventory* (ECI) tient compte des aspects positifs de la relation au patient ainsi que des aspects satisfaisants de l'expérience personnelle (Joyce, Leese, & Szmukler, 2000), mais il n'est malheureusement pas validé en français. Il nous semble utile de citer ici deux instruments validés en langue française : le *Schizophrenia Caregiver Quality of Life Questionnaire*, qui s'adresse spécifiquement aux parents de patients souffrant de troubles psychotiques (Richieri et al., 2011), et le *Caregiver Reaction Assessment*. Ce dernier a de bonnes qualités psychométriques dans des échantillons variés de proches de personnes atteintes de pathologies psychiatriques et offre l'avantage de comprendre une échelle d'*impact de l'aide sur l'estime de soi* qui évalue les aspects positifs du rôle

de proche aidant (Antoine, Quandalle, & Christophe, 2010).

Conclusion

Il nous semble important de retenir quatre éléments de notre étude. (1) Les proches peuvent être considérés comme un groupe à risque en ce qui concerne l'humeur dépressive. (2) Les proches se font régulièrement du souci quant à l'avenir, la santé, la sécurité et l'aide apportée à la personne en souffrance. (3) Quel que soit le genre ou le statut socio-économique, les conséquences de l'aide apportée sont les mêmes. Le type de relation et l'humeur déprimée ont par contre un impact. (4) L'humeur dépressive des proches est en partie expliquée par cette expérience d'aide, le sentiment de maîtrise et les difficultés dans le traitement des émotions.

Cette étude souligne la nécessité de prendre en compte la détresse dans laquelle les proches pourraient se trouver. Être proche d'une personne souffrant d'un trouble psychique peut être vécu à la fois comme un événement critique de vie (perte) et comme un stress chronique. Un travail de prévention pour ce groupe « à risque » est essentiel. C'est le fardeau subjectif qui est le plus lourd, ce qui plaide en faveur de programmes visant à améliorer la régulation intra- et interpersonnelle des émotions et les stratégies de communication. De manière générale, il s'agit de contribuer à diminuer l'impact du stress vécu par les proches en favorisant le développement de stratégies adaptées pour faire face à une situation par définition peu contrôlable, peu prévisible et fortement chargée affectivement. Il serait pertinent de leur offrir plus d'espaces d'accueil, d'écoute et de soutien individualisé, sans banaliser leur souffrance ni la « pathologiser ». Il est également important de pouvoir valider la perte ressentie par certains proches et les accompagner dans leurs différents « deuils ». Les associations de proches semblent clairement répondre au manque de soutien pratique. Leurs membres comprennent les difficultés sans les juger et s'appuient sur leur expérience et souvent sur leur long parcours dans le système de soins pour conseiller et orienter d'autres proches. De la même manière, les groupes pour proches, libres ou structurés autour d'un thème ou d'une maladie spécifique, permettent de trouver des informations, des ressources et une écoute dans une atmosphère non-jugeante et respectueuse autant du proche que de la personne en souffrance. Les propos de cette maman l'illustrent très bien : « *Nous avons eu depuis des années de nombreux entretiens*

concernant notre fils. Dans ce groupe, nous pouvons parler de « la maladie ». On peut la voir, l'observer, et l'analyser de façon plus neutre et moins douloureuse que lorsqu'on voit notre fils malade. Nous apprenons à être plus attentifs à ce que nous ressentons, à ce que les autres participants ressentent dans un climat chaleureux et compréhensif, puisque les animateurs sont là pour nous. » De la même manière qu'on parle du rétablissement des patients (Favrod & Scheder, 2004), le concept de rétablissement pourrait s'appliquer aussi aux proches. D'une part nous devons reconnaître et accepter les différentes étapes par lesquels ils passent (du déni et désespoir initiaux à l'acceptation et à la croissance individuelle et relationnelle). D'autre part, par la mise en exergue des valeurs qui sous-tendent l'aide qu'ils apportent, nous pouvons favoriser l'inscription de ce rôle dans un ensemble d'actions qui ont du sens et qui s'intègrent dans une nouvelle définition de la relation et de l'identité du proche.

Références

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74. doi: 10.1037/0021-843X.87.1.49
- Antoine, P., Quandalle, S., & Christophe, V. (2010). Vivre avec un proche malade: évaluation des dimensions positive et négative de l'expérience des aidants naturels. *Annales Médico-psychologiques*, 168, 273-282. doi: 10.1016/j.amp.2007.06.012
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unified theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191
- Barker, E. T., Greenberg, J. S., Seltzer, M. M., & Almeida, D. M. (2012). Daily stress and cortisol patterns in parents of adult children with a serious mental illness. *Health Psychology*, 31(1), 130-134. doi: 10.1037/a0025325
- Baronet, A.-M. (1999). Factors associated with caregiver burden in mental illness: A critical review of the research literature. *Clinical Psychology Review*, 19(7), 819-841. doi: 10.1016/S0272-7358(98)00076-2
- Bartsch, D. R., Roberts, R. M., Davis, M., & Proeve, M. (2015). The impact of parental diagnosis of borderline personality disorder on offspring: Learning from clinical practice. *Personality and Mental Health*. doi: 10.1002/pmh.1274
- Berk, L., Berk, M., Dodd, S., Kelly, C., Cvetkovski, S., & Jorm, A. F. (2013). Evaluation of the acceptability and usefulness of an information website for caregivers of people with bipolar disorder. *BMC Medicine*, 11, 162. doi: 10.1186/1741-7015-11-162

- Boss, P. (2007). Ambiguous loss theory: Challenges for scholars and practitioners. *Family Relations*, 56, 105-111. doi: 10.1111/j.1741-3729.2007.00444.x
- Bovier, P. A., Chamot, E., & Perneger, T. V. (2002). Brief scales for measurement of functional social support and psychological resources in French-speaking adults. *Sozial- und Präventivmedizin*, 47(5), 298-306. doi: 10.1007/PL00012640
- Cleary, M., Freeman, A., Hunt, G. E., & Walter, G. (2006). Patient and carer perceptions of need and associations with care-giving burden in an integrated adult mental health service. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 208-214. doi: 10.1007/s00127-005-0017-z
- Cormier, H., Guimond, G., Joncas, G., Leblanc, G., Morin, R., & Vaillancourt, S. (1991). Programme Profamille. *Unité de psychiatrie sociale et préventive du CHUL. Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard*.
- Dekel, R., & Monson, C. M. (2010). Military-related post-traumatic stress disorder and family relations: Current knowledge and future directions. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 303-309. doi: 10.1016/j.avb.2010.03.001
- Favrod, J., & Scheder, D. (2004). Se rétablir de la schizophrénie: Un modèle d'intervention. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 124, 205-208.
- Fruzzetti, A. E., & Hoffman, P. D. (2004). *Family Connections workbook and training manual*. Rye, NY: National Education Alliance for Borderline Personality Disorder.
- Fruzzetti, A. E., & Worall, J. M. (2010). Accurate expression and validating responses: A transactional model for understanding individual and relationship distress. In K. Sullivan & J. Davila (Eds.), *Support process in intimate relationships*. New York: Oxford University Press.
- Fuhrer, R., & Rouillon, F. (1989). La version française de l'échelle CES-D. Description et traduction de l'échelle d'auto-évaluation. *Psychiatrie et Psychobiologie*, 4, 163-166.
- Gelkopf, M., & Roe, D. (2014). Evaluating outcome domains assessing caregivers of individuals with mental illness: A review. *Family Process*, 53(1), 150-174. doi: 10.1111/famp.12056
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. doi: 10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
- Grover, M., Williams, C., Eisler, I., Fairbairn, P., McCloskey, C., Smith, G., . . . Schmidt, U. (2011). An off-line pilot evaluation of a web-based systemic cognitive-behavioral intervention for carers of people with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 708-715. doi: 10.1002/eat.20871
- Grover, S., & Dutt, A. (2011). Perceived burden and quality of life of caregivers in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 65, 416-422. doi: 10.1111/j.1440-1819.2011.02240.x
- Hadryś, T., Adamowski, T., & Kiejna, A. (2011). Mental disorder in Polish families: is diagnosis a predictor of caregiver's burden? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(5), 363-372. doi: 10.1007/s00127-010-0200-8
- Haley, C., O'Callaghan, E., Hill, S., Mannion, N., Donnelly, B., Kinsella, A., . . . Turner, N. (2011). Telepsychiatry and carer education for schizophrenia. *European Psychiatry*, 26(302-304). doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.12.021
- Hoffman, P. D., & Fruzzetti, A. E. (2007). Advances in interventions for families with a relative with a personality disorder diagnosis. *Current Psychiatry Reports*, 9, 68-73. doi: 10.1007/s11920-007-0012-z
- Hoffman, P.D., Fruzzetti, A.E., Buteau, E., Neiditch, E.R., Penney, D., Bruce, M.L., . . . Struening, E. (2005). Family Connections: A program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Family Process*, 44, 217-225. doi: 10.1111/j.1545-5300.2005.00055.x
- Joyce, J., Leese, M., & Szmukler, G. (2000). The experience of caregiving inventory: further evidence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 185-189. doi: 10.1007/s001270050202
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.617
- Kuipers, E., Onwumere, J., & Bebbington, P. (2010). Cognitive model of caregiving in psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 259-265. doi: 10.1192/bjp.bp.109.070466
- Lowyck, B., De Hert, M., Peeters, E., Wampers, M., Gilis, P., & Peuskens, J. (2004). A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients. *European Psychiatry*, 19(395-401). doi: 10.1016/j.eurpsy.2004.04.006
- Lucksted, A., McFarlane, W., Downing, D., Dixon, L., & Adams, C. (2012). Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 101-121. doi: 10.1111/j.1752-0606.2011.00256.x
- Maciejewski, P. K., Prigerson, H. G., & Mazure, C. M. (2000). Self-efficacy as a mediator between stressful life events and depressive symptoms: Differences based on history of prior depression. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 373-378. doi: 10.1192/bjp.176.4.373
- Mackay, C., & Pakenham, K. I. (2012). A stress and coping model of adjustment to caring for an adult with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 48, 450-462. doi: 10.1007/s10597-011-9435-4
- MacMaster, S. A. (2006). A stress-coping model for conceptualizing the impact of substance abuse on families. *Stress, Trauma, and Crisis*, 9, 119-137. doi: 10.1080/15434610500406327
- Mercurio-Riley, D., Lee, G. K., Chronister, J., & Swigar, E. A. (2013). Psychosocial adjustment of spousal

- caregivers of patients with chronic pain: A model of risk and resistance factors. *SAGE Open*, 3(4), 1-13. doi: 10.1177/2158244013512130
- Monroe, S. M., & Simons, A. D. (1991). Diathesis-Stress theories in the context of life stress research. Implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*, 110(3), 406-425. doi: 10.1037/0033-2909.110.3.406
- Morin, A. J., Moullec, G., Maïano, C., Layet, L., Just, J. L., & Ninot, G. (2011). Psychometric properties of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) in French clinical and nonclinical adults. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 59(5), 327-340. doi: 10.1016/j.respe.2011.03.061
- Novella, E. J. (2010). Mental health care in the aftermath of deinstitutionalization : A retrospective and prospective view. *Health Care Analysis*, 18, 222-238. doi: 10.1007/s10728-009-0138-8
- O'Brien, M. (2007). Ambiguous loss in families of children with autism spectrum disorders. *Family Relations*, 56, 135-146. doi: 10.1111/j.1741-3729.2007.00447.x
- Padierna, A., Martin, J., Aguirre, U., González, N., Muñoz, P., & Quitana, J. M. (2013). Burden of caregiving amongst family caregivers of patients with eating disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 151-161. doi: 10.1007/s00127-012-0525-6
- Patterson, P., Birchwood, M., & Cochrane, R. (2005). Expressed emotion as an adaptation to loss: Prospective study in first-episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 187(48), s59-s64. doi: 10.1192/bjp.187.48.s59
- Perlick, D. A., Hohenstein, J. M., Clarkin, J. F., Kaczynski, R., & Rosenheck, R. A. (2005). Use of mental health and primary care services by caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. *Bipolar Disorders*, 7, 126-135. doi: 10.1111/j.1399-5618.2004.00172.x
- Perlick, D. A., Miklowitz, D. J., Lopez, N., Chou, J., Calvin, C., Adzhishvili, V., & Aronson, A. (2010). Family-focused treatment for caregivers of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 12, 627-637. doi: 10.1111/j.1399-5618.2010.00852.x
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401. doi: 10.1177/01466216770010030
- Rane, L. J., Fekadu, A., Papadopoulos, A. S., Wooderson, S. C., Poon, L., Markopoulou, K., & Cleare, A. J. (2012). Psychological and physiological effects of caring for patients with treatment-resistant depression. *Psychological Medicine*, 42, 1825-1833. doi: 10.1017/S0033291711003035
- Richieri, R., Boyer, L., Reine, G., Loundou, A., Auquier, P., Lançon, C., & Simeoni, M. C. (2011). The Schizophrenia Caregiver Quality of Life questionnaire (S-CGQoL): Development and validation of an instrument to measure quality of life of caregivers of individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 126, 192-201. doi: 10.1016/j.schres.2010.08.037
- Rose, L. E., Mallinson, R. K., & Gerson, L. D. (2006). Mastery, burden, and areas of concern among family caregivers of mentally ill persons. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(1), 41-51. doi: 10.1016/j.apnu.2005.08.009
- Steele, A., Maruyama, N., & Galyner, I. (2010). Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar disorder: A review. *Journal of Affective Disorders*, 121(1-2), 10-21. doi: 10.1016/j.jad.2009.04.020
- Stengler-Wenzke, K., Kroll, M., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2006). Quality of life of relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 47(6), 523-527. doi: 10.1016/j.comppsy.2006.02.002
- van Wijngaarden, B., Koeter, M., Knapp, M., Tansella, M., Thornicroft, G., Vazquez-Barquero, J.-L., & Schene, A. (2009). Caring for people with depression or with schizophrenia: Are the consequences different? *Psychiatry Research*, 169, 62-69. doi: 10.1016/j.psychres.2008.06.013
- van Wijngaarden, B., Schene, A. H., Koeter, M., Vázquez-Barquero, J. L., Knudsen, H. C., Lasalvia, A., . . . group, t. E. S. (2000). Caregiving in schizophrenia : development, internal consistency and reliability of the Involvement Evaluation Questionnaire – European version. EPSILON Study 4. *The British Journal of Psychiatry*, 177, s21-s27. doi: 10.1192/bjp.177.39.s21
- van Wijngaarden, B., Schene, A. H., & Koeter, M. W. J. (2002). Caregiver consequences in the Netherlands and other European countries: The development and use of the Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ). In H. P. Lefley & D. L. Johnson (Eds.), *Family interventions in mental illness: International perspectives* (pp. 145-169). Westport, CT: Praeger Publishers.
- van Wijngaarden, B., Schene, A. H., & Koeter, M. W. J. (2004). Family caregiving in depression: impact on caregivers' daily life, distress and help seeking. *Journal of Affective Disorders*, 81, 211-222. doi: 10.1016/S0165-0327(03)00168-X
- Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357-376. doi: 10.1016/j.euroneuro.2005.04.012

Connexion familiale© : Expériences d'animation d'un programme pour les proches de personnes souffrant d'un trouble de personnalité borderline

Family Connections©: Leading a program for relatives of individuals suffering from borderline personality disorder

Olivier CLEMENT¹, Virginie SALAMIN^{1,2} & Caroline STOCKER¹

(1) Réseau fribourgeois de santé mentale, c/o Centre de soins hospitaliers, CH-1633 Marsens, Suisse

(2) Université de Fribourg, Département de Psychologie, Unité de Psychologie clinique et de la santé

Remerciements. À Alan Fruzzetti qui nous a transmis son enthousiasme et quelques-unes de ses compétences concernant ce travail avec les familles, à Rita Mohan pour la traduction franco-canadienne du manuel d'animation de Connexion familiale, à nos collègues de la Plate-forme Proches du Réseau fribourgeois de santé mentale qui nous soutiennent dans la mise en place de ce programme depuis le tout début et surtout à tous les participants qui nous ont fait confiance au cours de ces quatre années.

Adresse de contact : RFSM_PlateFormeProches@rfsm.ch

Résumé

Le trouble de personnalité borderline affecte non seulement le patient lui-même, mais aussi ses relations proches, en particulier familiales. Les familles de ces patients vivent des situations de crise au quotidien mais manquent souvent d'informations et de moyens pour y faire face. Pour répondre à ces besoins, le programme groupal Connexion familiale© a été développé par des cliniciens sur la base de l'approche comportementale dialectique, adaptée aux familles. Nous présentons et illustrons cette intervention auprès des proches à la lumière de notre expérience d'animation de ces groupes. L'accent sera mis sur la manière dont les participants accueillent et s'approprient les différents thèmes proposés durant le programme (informations sur le trouble, théorie biosociale, conscience de soi et de la relation, régulation des émotions, acceptation, techniques de validation et de gestion des problèmes).

Mots-clefs : trouble de personnalité borderline, proches, intervention, thérapie comportementale dialectique, groupe, psychoéducation

Abstract

Borderline personality disorder affects not only the patient herself but also those close to the patient, especially families, who live through crisis situations on a daily basis often without the means and knowledge to cope with them. To fill this need, clinicians developed the group-based program Family Connections©, adapting the dialectical behavioral approach to apply to families. We illustrate this family intervention by describing our experiences as group leaders through the program's six modules, with an emphasis on the participants' ways of incorporating and accepting each theme, starting with instruction about the disorder and biosocial theory, and proceeding to develop self-awareness and mindfulness of the relationship, emotional regulation skills, acceptance, validation techniques, and problem management skills.

Keywords: borderline personality disorder, caregivers, intervention, dialectic behavior therapy, group, psychoeducation

-----CET ARTICLE EST PROTÉGÉ PAR UN COPYRIGHT JUSQU'EN 2021-----

Introduction

Vivre avec une personne atteinte dans sa santé mentale représente une source de stress non négligeable (Oehari, 2003 ; Ostman & Hansson, 2004 ; Rose, Mallinson, & Gerson, 2006). Cela a été largement documenté pour des troubles psychiatriques chroniques comme la schizophrénie ou les troubles de l'humeur (Awad & Voruganti, 2008 ; Caqueo-Uriazar et al., 2014 ; Millier et al., 2014 ; Saunders, 2003 ; Steele, Maruyama, & Galyner, 2010 ; Van der Voort, Goossens, & Van der Bijl, 2007), mais également pour le trouble de personnalité borderline, dont la symptomatologie - souvent spectaculaire et inquiétante - a de quoi nourrir de multiples préoccupations chez les proches (Bailey & Grenyer, 2013 ; Goodman et al., 2011).

Malgré cela, l'accompagnement des proches reste souvent le parent pauvre des suivis psychiatriques et psychosociaux ; le temps consacré au travail avec les familles reste en général peu important par rapport à l'ensemble du travail clinique. Par exemple, en Suisse romande de nombreux réseaux de soins, en particulier au niveau des institutions de psychiatrie publique, offrent depuis quelques années déjà des programmes de traitement pour les personnes souffrant de troubles de la personnalité limite (Prada, Guenot, Charbon, Kolly, & Perroud, 2015). Ceux-ci relèvent selon les endroits de l'approche comportementale dialectique (Linehan, 2000a, 2000b), de la thérapie des schémas (Young, Klosko, & Weishaar, 2005), ou d'autres méthodes encore issues notamment des approches psychodynamiques centrées sur le transfert ou la mentalisation (Allen & Fonagy, 2006 ; Bateman & Fonagy, 2015 ; Kernberg, 2016 ; Yeomans, Delaney, & Renaud, 2007). Si la prise en charge spécifique du trouble de la personnalité borderline est ainsi devenue assez courante dans nos contrées, l'offre de programmes spécifiques pour les proches de ces patients reste encore très marginale, nettement moins développée par exemple que l'offre dédiée aux proches de patients psychotiques. Il est vrai que l'existence des programmes pour les familles avec un patient souffrant de schizophrénie est plus ancienne, mieux ancrée sur le terrain, mais également mieux documentée et davantage validée (Hodé, 2011 ; Lucksted, McFarlane, Downing, Dixon, & Adams, 2012 ; Pharoah, Mari, Rathbone, & Wong, 2010).

De manière générale, l'intervention auprès des familles est motivée par deux principes de base. Premièrement, les troubles psychiques - et en particulier les troubles de personnalité - coïncident très fréquemment avec des problèmes interpersonnels : les difficultés psychiques affectent non seulement la personne qui en souffre mais également son entourage, sa famille. En retour, les membres de la famille, de par l'étroitesse des liens qu'ils ont avec le patient, sont ceux qui vont avoir probablement le plus d'impact sur lui (Hoffman, Fruzzetti, & Buteau, 2007). En second lieu, qu'ils le veuillent ou non, les proches font partie intégrante du traitement du patient et de sa trajectoire. Ils l'accompagnent souvent dans ses étapes cruciales, comme celle de l'engagement, et contribuent aussi à la rémission et la prévention des rechutes. Ainsi les proches et membres de la famille sont des acteurs de première ligne dans la prise en soin d'une personne avec un trouble psychique.

La famille se retrouve fréquemment dans des situations problématiques pour lesquelles elle n'est pas préparée : prendre soin d'une personne souffrant de troubles psychiques est une source de détresse. La notion de fardeau (*burden*) ou de fardeau de l'aidant (*caregiver burden*) a été utilisée pour mettre en évidence la charge, c'est-à-dire les coûts émotionnels, sociaux et physiques, que les proches assument lorsqu'ils sont en contact ou s'occupent de personnes malades (Gubman & Tesler, 1987). Lorsque le fardeau psychologique pour un proche est important, ce dernier peut être lui-même submergé par les coûts de l'aide qu'il apporte. Son soutien peut perdre alors efficacité, ce qui en retour risque d'exacerber les symptômes du patient (Cleary, Hunt, Matheson, & Walter, 2008). Il n'est dès lors guère surprenant que dans l'accompagnement de personnes souffrant de maladies mentales sévères, chroniques ou récurrentes, les proches présentent un risque non négligeable de développer des troubles physiques et psychiques (Hoffman & Fruzzetti, 2007), car ce qu'ils peuvent vivre avec la personne souffrant d'un trouble mental les met eux-mêmes dans une situation où le risque de développer des maladies est accru.

Il a été démontré que les programmes de psychoéducation pour les familles de patients souffrant d'un trouble bipolaire ou d'un trouble psychotique ont des effets directs sur les patients eux-mêmes (Lucksted et al., 2012) et sur leurs

proches (Lobban et al., 2013). Ces programmes ont pour objectif d'informer et d'éduquer les familles sur la maladie de leur proche, tout en leur enseignant des compétences spécifiques pour modifier leurs attitudes et comportements envers le patient. Ces interventions visent à diminuer la charge des familles, augmenter leur fonctionnement global et améliorer leur santé mentale.

Les besoins des familles de patients souffrant d'un trouble de personnalité borderline ont été récemment mis en évidence. Les proches de tels patients décrivent un vécu d'événements traumatiques, de stress chronique et de tensions familiales (Giffin, 2008), des ressentis d'impuissance, de culpabilité (Ekdahl, Idvall, Samuelsson, & Perseus, 2011), des symptômes de dépression (Hoffman et al., 2005), une diminution de leur réseau social et des charges financières (Buteau, Dawkins, & Hoffman, 2008). Les proches de patients souffrant d'un trouble de personnalité borderline font donc face à des stressors parmi les plus difficiles à gérer : crises de colère, menaces suicidaires, automutilations, entre autres (Bailey & Grenyer, 2013). Ils ont besoin d'informations fiables et de qualité sur le trouble de la personne qu'ils côtoient voire encadrent (Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti, & Bruce, 2003).

Des programmes psychoéducatifs spécifiques pour soutenir les proches ont été développés dans cette perspective. En effet, une forte implication émotionnelle des proches auprès des patients borderline est un facteur de meilleur pronostic du traitement (Hooley & Hoffman, 1999). D'inspiration comportementale dialectique, les groupes d'entraide les plus connus sont celui proposé par l'association nationale pour la recherche et le traitement des troubles de la personnalité (*Treatment and Research Advancements National Association for Personality Disorders*, TARA ; Porr, 2010), et *Family Connections*, proposé par l'Alliance nationale pour l'éducation sur le trouble de personnalité borderline

(*The National Education Alliance on Borderline Personality Disorder*. NEA-BPD ; Fruzzetti & Hoffman, 2004). Ce dernier est le seul à avoir été évalué scientifiquement. Il a un impact positif sur le bien-être des participants, notamment une réduction des charges perçues, du chagrin et de la dépression, et une augmentation du sentiment de maîtrise (Flynn, Kells, Joyce, & Suarez, 2014 ; Hoffman et al., 2007 ; Hoffman et al., 2005 ; Rajalin, Wickholm-Pethrus, Hursti, & Jokinen, 2009). Par ailleurs, il a été traduit par l'équipe québécoise du Réseau d'Ottawa pour le trouble de personnalité limite qui l'offre déjà en français depuis 2008. Pour obtenir le manuel et animer ce programme, il est nécessaire de suivre une formation préalable avec le Prof. Fruzzetti. Il est aussi demandé aux animateurs de s'engager à l'offrir gratuitement, puisqu'il a été conçu comme un « *community-based treatment* » à but non-lucratif.

Intéressés par ce programme, nous avons effectué la formation demandée et introduit cette approche au sein de l'institution de psychiatrie publique du canton de Fribourg (Suisse). Nous présentons ici, à l'instar de Penney (2008), un bref bilan de nos premières expériences dans le travail avec ces proches en tant qu'animateurs du programme Connexion familiale© (Hoffman et al., 2005).

Le programme Connexion familiale©

Le tableau 1 donne un aperçu du contenu des séances de Connexion familiale© (Fruzzetti & Hoffman, 2004). Le programme complet comporte six modules dont la durée varie de 1 à 3 séances. Au total, le programme se déroule sur 12 séances, soit une période d'environ trois mois à raison d'une séance hebdomadaire.

Nous présentons ci-après les différents modules sur lesquels nous reviendrons ensuite en mettant l'accent sur nos expériences personnelles d'animation de ces groupes.

Tableau 1; Présentation du contenu des différents modules du programme Connexion familiale©

Module	Thème	Contenus
Module 1 (séance 1)	Introduction, définition du trouble personnalité borderline	Accueil, règles du groupe, présentation des participants. Critères diagnostiques et domaines de dysrégulation selon la TCD.
Module 2 (séances 2-3)	Éducation des familles	Données récentes sur les traitements, comorbidités et caractéristiques associées. Théorie biosociale: la vulnérabilité émotionnelle et l'environnement invalidant
Module 3 (séances 4-5)	Pleine conscience relationnelle et gestion des émotions	Conscience de soi, de l'autre et de la relation, états de conscience, observer et décrire sans juger, accepter le moment présent, émotions primaires et secondaires, fonctions des émotions, action opposée, contextes de vulnérabilité émotionnelle.
Module 4 (séances 6-7)	Environnement familial et l'acceptation radicale	Relations interpersonnelles, environnement familial validant, notions de faute/accusation, hypothèses de base de la TCD, tensions dialectiques, acceptation radicale.
Module 5 (séances 8-10)	Techniques de validation et d'expression de son ressenti	Définition et cibles de validation, techniques de validation, repérer les invalidations, l'auto-validation. Observer ses limites, définir ses priorités, communiquer selon ses priorités.
Module 6 (séances 11-12)	Techniques de gestion des problèmes relationnels	Analyse en chaîne de l'interaction (doubles chaînes comportementales), définition du problème, techniques de négociation et de gestion des problèmes, techniques en cas de non-collaboration, acceptation radicale.

Module 1 : introduction et présentation du trouble de personnalité borderline

Après une phase d'accueil, dédiée à la présentation de soi des participants, l'évocation brève des patients ¹, et la clarification de règles de fonctionnement du groupe, l'essentiel de la première séance est ensuite dévolu à l'explication des critères diagnostiques du trouble selon le DSM-IV TR et le DSM-5, mais en faisant également référence à la réorganisation de ces critères autour du concept de dysrégulation (dysrégulation émotionnelle, cognitive, relationnelle, comportementale et de l'image de soi ; cf. Linehan,

2000a, 2000b). Le but de cette première séance est d'aider les participants à comprendre le diagnostic et à introduire la description clinique du trouble.

Module 2 : éducation des familles

Le deuxième module vise à donner des informations générales sur le trouble (prévalence du trouble, des automutilations et des tentatives de suicide), les comorbidités, les modalités de soin et les approches thérapeutiques existantes. Le module introduit la théorie biosociale qui postule le rôle de transactions répétées entre des vulnérabilités individuelles et un environnement invalidant (Linehan, 2000a). La présentation du modèle biosocial commence par

¹ Afin de simplifier la formulation, le terme patient au masculin sera ici employé pour faire référence à la personne souffrant du trouble de

personnalité borderline dont les familles et les proches vont parler durant le programme.

la présentation de la vulnérabilité biologique sous-jacente au trouble de personnalité borderline. L'hypersensibilité émotionnelle y est expliquée par la forte réactivité neurobiologique aux stimuli et la lenteur du retour à l'état initial de calme ou de tranquillité. Ces explications s'appuient sur quelques résultats issus des recherches récentes dans le domaine des neurosciences qui sont brièvement synthétisées (p. ex. Lynch et al., 2006). Ces explications permettent de rendre compte des crises émotionnelles et des conduites auto-dommageables qui les accompagnent.

Ensuite les animateurs du groupe abordent le rôle de l'environnement invalidant qui contribue également au développement du trouble, via les attitudes de rejet, de punition de l'expression émotionnelle ou de sur-simplification face aux buts à atteindre. Ce thème est évidemment très sensible pour les participants, en particulier les parents ; il peut rendre l'animation de ce module particulièrement délicate, du fait de la culpabilité que cette thématique peut susciter auprès des participants, ces derniers apparaissant ici comme des acteurs directement impliqués dans le développement du trouble de leur enfant ou conjoint malades. Face à ces potentielles difficultés, la tâche du thérapeute consiste ici à défendre quatre principes de base (sous-jacents d'ailleurs à la conduite de l'ensemble du programme) : (a) chacun a probablement fait de son mieux avec ses enfants ou son conjoint ; (b) les enfants avec une vulnérabilité émotionnelle de base sont plus difficiles à élever et confrontent leurs parents à des difficultés émotionnelles auxquelles ils ne sont pas préparés ; (c) le fait de se trouver dans un environnement validant devrait amener une amélioration chez le patient (Fruzzetti & Worall, 2010 ; Shenk & Fruzzetti, 2011) ; (d) si on veut aider le patient il convient, plutôt que d'insister ou de ruminer sur les erreurs passées, de se doter des outils permettant de devenir le plus souvent possible validant avec son proche.

Ce module offre ainsi la première occasion d'aborder de front la question du bien-être des familles et de tout ce qui dans la relation avec le patient peut venir le perturber. Les thérapeutes mettent l'accent sur l'équilibre à trouver entre le bien être personnel et le stress provoqué par la vie aux côtés d'une personne sujette aux accès de colère, aux automutilations, aux tentatives de suicide, etc. Cette question de l'équilibre est travaillée via l'évocation des symptômes observés au quotidien qui nuisent le plus à la personne en souffrance, à ses proches et à leur relation. Une des

clés de ce travail consiste ici, en s'appuyant sur les critères diagnostiques et la théorie biosociale, à réattribuer les comportements problèmes aux symptômes plutôt qu'à de la méchanceté ou à un mauvais caractère.

Module 3 : Attention relationnelle et gestion des émotions

L'objectif du troisième module est de développer une attitude globale favorable non seulement vis-à-vis de la personne concernée par le trouble mais aussi vis-à-vis de soi. Comme son intitulé l'indique, ce module vise à aider les participants à mieux réagir au quotidien en apprenant à mieux gérer ses propres émotions. Dans un premier temps, les animateurs introduisent le concept général de pleine conscience, puis celui plus spécifique de pleine conscience relationnelle, qui consiste à intégrer la pleine conscience de sa propre expérience tout en étant conscient de l'autre personne et de la relation (Falb & Pargament, 2012 ; Fruzzetti & Iversion, 2004). Afin d'entraîner le non-jugement, le programme prévoit que les participants réalisent des exercices de pleine conscience standards puis s'exercent à observer et à décrire les comportements de leur proche, sans les juger. Le non-jugement sera par la suite repris régulièrement dans la suite du programme mais en particulier lorsqu'on aborde le thème des émotions puis celui de la validation.

La deuxième partie de ce module vise à développer les connaissances et compétences personnelles en matière de régulation émotionnelle. Le modèle de Shenk et Fruzzetti (2011) est utilisé ici pour décrire le cercle vicieux entre émotions négatives et réponses invalidantes chez une personne vulnérable. Par ailleurs les participants abordent la question des fonctions des émotions et celle des différences entre émotions primaires et secondaires. Enfin, le programme aborde les stratégies de gestion des émotions. Cette partie est très proche de celle présentée dans les groupes d'entraînement aux compétences pour patients borderline (Linehan, 2000a). Les proches peuvent ainsi mieux comprendre les mécanismes des crises émotionnelles et apprennent à mieux « coacher » leur proche malade dans la gestion de leurs émotions. Si cette partie du module peut donc servir à aider les patients, l'objectif principal avoué du modèle reste néanmoins de développer pour eux-mêmes des stratégies d'autorégulation émotionnelle efficaces.

Module 4 : Compétences relatives à l'environnement familial

Le quatrième module est consacré à l'environnement familial. Après avoir travaillé dans les modules précédents sur la compréhension du trouble, sur le développement d'une attitude non-jugeante envers soi-même et son proche, sur une meilleure connaissance des émotions et de leur régulation, les animateurs introduisent ici le concept d'acceptation. Il s'agit de reprendre plus en détail les dilemmes dialectiques face auxquels toute personne en interaction avec un patient souffrant de ce trouble de personnalité peut se trouver confronté. Ce terme désigne le fait que les patients optent parfois pour des attitudes ou des patterns comportementaux assez contradictoires, et dès lors déroutants. Par exemple, ne sachant si son environnement comprend ou non sa vulnérabilité émotionnelle, le patient va osciller entre une attitude de rejet avec un besoin de culpabiliser les autres, ou une attitude d'auto-invalidité et de dévalorisation de soi. En réponse à ces attitudes, l'entourage (y compris le thérapeute) peut à son tour osciller entre des conduites de soutien exagéré (pour soutenir la part défaillante de la personne, et des attitudes de rejet ou de changement (en réponse aux attaques de la personne).

Un deuxième dilemme fréquemment rencontré oppose des attitudes de sollicitation excessive des autres (passivité active, demandes d'aide) à des conduites apparemment compétentes, afin de ne pas peser sur autrui (volonté illusoire de pouvoir s'en sortir seul, ne pas demander de l'aide quand ce serait pourtant indispensable). Le danger ici pour l'entourage ou l'équipe soignante est à nouveau soit de trop soutenir la personne et maintenir une image de soi fragile, soit de trop exiger d'elle sans se souvenir de ses vulnérabilités.

Enfin un troisième dilemme fait osciller la personne et son entourage entre des crises répétées et vives face à des échecs ou des pertes, et l'inhibition de l'expression émotionnelle qui permettrait une meilleure métabolisation de celle-ci. Pour l'entourage et le soignant, le dilemme se pose entre soutien à l'expression des émotions et le blocage ou à minima la modulation de cette expression (du fait des risques de dérapage).

L'évocation de ces dilemmes a pour vocation d'entrer en résonance avec les difficultés spécifiques des familles, pour conduire une

réflexion sur ce qui pourrait contribuer à améliorer l'environnement et le bien-être familial. C'est l'occasion de décortiquer certains automatismes adoptés au sein des familles (par exemple l'habitude de chercher un ou plusieurs coupables pour les problèmes quotidiens) et de discuter de leur capacité à entretenir la souffrance.

Le module 4 représente aussi l'occasion de faire une synthèse des hypothèses et des principes de base de la thérapie comportementale dialectique adaptées aux proches. Ces hypothèses de compréhension du vécu quotidien doivent aider les participants à se montrer moins jugeant, à mieux tolérer la réalité et à développer l'acceptation de celle-ci. Ce dernier point soulève la question de ce qu'il est possible d'accepter au quotidien, et celles relatives aux coûts et bénéfices de l'acceptation *versus* de la non-acceptation ou de l'obstination. Quatre messages-clés y sont délivrés. (1) *Il convient d'interpréter les choses de la manière la moins dramatique possible.* (2) *Il n'y a pas de vérité absolue sur une expérience ou un comportement.* (3) *Chacun fait de son mieux à ce moment précis (que ce soit le patient, le proche ou le professionnel).* (4) *Chacun, patient, proche, professionnel, doit essayer encore plus.*

Module 5 : Techniques de validation

Le cinquième module est consacré à l'approfondissement du concept de validation (Fruzzetti, 2008), et surtout à son usage au quotidien ou dans les situations critiques. Après avoir rappelé les éléments de base relatifs à ce concept, tels qu'ils ont été introduits au module 3 (en particulier les raisons pour lesquelles il est important de valider le proche), les animateurs font un pas de plus en illustrant leur propos par un jeu de rôle qui servira de point de départ pour le reste du module. En l'occurrence, nous présentons habituellement l'interaction entre un père et une fille adolescente et déroulons deux scénarios possibles : la première fois le père réagit et se laisse prendre par les émotions que sa fille amorce chez lui ; la seconde fois il utilise des techniques de validation et d'expression de son propre ressenti pour dialoguer avec elle. À partir de là, les participants ont pour tâche d'identifier et de discuter les différentes réactions qu'ils ont observées, et d'en extraire les stratégies verbales et non verbales de validation. Cet exercice lance une réflexion sur les cibles à valider et permet de faire la distinction

entre les comportements problèmes qui ne doivent pas être validés (automutilation, consommations, etc. ; par exemple « *c'est vrai, je n'aime pas que tu fumes du cannabis...* ») et les éléments du vécu qu'il convient justement de valider (émotions, désirs, opinions, efforts, y compris l'état émotionnel ayant déclenché le comportement problème ; par exemple : « *...mais je comprends que lorsque tes amis fument autour de toi, il t'est difficile de refuser ; pour moi, c'est pareil quand on prend l'apéro du vendredi avec mes collègues* »).

Ensuite, les participants sont encouragés à partager des situations personnelles afin de réfléchir ensemble sur la manière dont la validation peut être conduite. Les animateurs invitent ainsi les participants dans chaque situation évoquée : (1) à déterminer ce qui peut être validé chez le proche (la peur de ne pas s'en sortir, le sentiment de solitude, la frustration, ...), (2) à distinguer les comportements problèmes de l'état émotionnel qui les a suscités, (3) à apprécier la manière dont on peut valider, à la fois sur le plan verbal ou celui non verbal (être attentif, refléter le vécu émotionnel, chercher à comprendre, contextualiser, normaliser, montrer sa propre vulnérabilité).

Le thème de l'auto-validation et des limites est ensuite logiquement abordé. Il peut être en effet culpabilisant de s'entendre dire tout ce qu'on pourrait faire pour aider ou soutenir la personne en souffrance. Cela peut laisser l'impression que ses propres réactions ne doivent pas compter. C'est pourquoi ce module sert aussi à rappeler qu'on ne peut pas constamment être en train de s'occuper d'autrui sans reconnaître le stress, la charge et les émotions que cela provoque. Les proches sont ainsi encouragés à développer davantage la compassion envers eux-mêmes, tout en laissant un espace pour une discussion sur la capacité de chacun à respecter ses limites, à les observer et à les communiquer.

Les animateurs proposent vers la fin du module un petit exercice de pleine conscience. Il vise à observer ses limites physiques pour en faire ensuite une analogie avec les limites dans la relation. Il permet d'amorcer un dernier thème qui est celui des techniques d'efficacité interpersonnelle. Les proches y découvrent les techniques pour améliorer la manière de fixer des priorités telles qu'elles sont proposées dans le groupe d'entraînement aux compétences destiné aux patients (Linehan 2000a).

Module 6 : Techniques de gestion des problèmes

Le dernier module concerne l'entraînement à la gestion des problèmes (et non à la résolution de

problèmes), car on part du principe que tous les problèmes ne peuvent pas être résolus mais qu'ils peuvent au moins être gérés. Fruzzetti (2008) ajoute à cette technique classique de la thérapie cognitive et comportementale la technique de l'analyse comportementale en chaîne double.

L'analyse comportementale en chaîne est une technique issue de la thérapie comportementale dialectique. Elle permet d'analyser l'enchaînement des pensées, émotions et comportements dans une situation donnée qui a abouti à un comportement problème (Linehan, 2000a). On parle d'analyse comportementale en chaîne double car la méthode originale est ici adaptée au couple. Les vécus ouverts et couverts de chaque personne impliquée dans la situation sont reportés, dans le but de mieux comprendre comment ils interagissent et s'influencent mutuellement. Il s'agit ensuite de disposer de l'information concernant chacun des interlocuteurs pour avoir un tableau global de la situation et réfléchir à son sujet en vue d'une résolution du problème adaptée et adéquate pour chacun.

Dans le cadre de ce module, nous prenons l'exemple d'une personne qui se sent trop sollicitée par son collègue. Les animateurs s'appuient à nouveau sur un jeu de rôle simulant cette situation : la personne trop sollicitée utilise une des techniques enseignées pour expliquer le problème et se met d'accord avec son partenaire pour y travailler ensemble. Les deux réalisent ensuite une double analyse comportementale en chaîne au tableau pour que chaque participant puisse bien comprendre la démarche dans le détail. L'activité se termine par les phases classiques du brainstorming pour la recherche des solutions possibles et de la sélection d'une solution viable, phases auxquelles tous les membres du groupe participent.

Ce module est aussi l'occasion de revenir sur le thème de l'acceptation : parfois, on ne peut pas changer une réalité qui nous dérange et l'on perd plus d'énergie à essayer de changer la réalité plutôt qu'à l'accepter telle qu'elle est. Les participants sont alors invités à échanger autour des sujets qu'ils savent devoir accepter, même si cela leur apparaît encore difficile.

Expériences d'animation des groupes Connexion familiale©

Depuis 2011, nous avons animé Connexion Familiale© à quatre reprises dans le cadre d'une plateforme pour les proches développée au sein du Réseau fribourgeois de santé mentale, Suisse (pour plus d'informations sur cette plateforme, cf. le site

internet

www.fr.ch/rfsm/fr/pub/soutien_proches/plate_forme_proches.htm). 44 personnes (25 femmes et 19 hommes) ont participé au programme. Il s'agit majoritairement de parents et de conjoints de personnes souffrant de troubles de la régulation émotionnelle ainsi que de quelques enfants adultes, fratrie et amies. Parmi les conjoints, trois étaient séparés et avaient souhaité participer au programme pour comprendre ce qui s'était passé dans leur relation de couple ou pour savoir comment gérer la relation actuelle (du fait notamment qu'ils avaient des enfants avec la personne concernée). De plus, un peu moins de la moitié des conjoints rapportaient avoir subi une forme de violence conjugale, verbale ou physique. Le taux de participation a été supérieur à 85% dans chaque groupe.

Nous avons rencontré la plupart des participants en entretien préalable avant le début du programme. Nous leur avons présenté le contenu général de l'intervention et discuté leurs attentes. Celles-ci étaient globalement de deux ordres : acquérir des connaissances sur le trouble borderline (et savoir comment le gérer), et partager avec des personnes ayant un vécu similaire.

Module 1 : introduction et présentation du trouble de personnalité borderline

Nous avons constaté que la majorité des participants présentaient leur enfant ou conjoint souffrant d'un trouble de personnalité borderline comme quelqu'un ayant certes des fragilités mais aussi de nombreuses qualités (enthousiasme, créativité, spontanéité, etc.). Par ailleurs le simple fait de reconnaître les critères diagnostiques a été très souvent une première validation du vécu des proches : tout un ensemble de comportements et d'expériences douloureux et souvent chaotiques ont enfin pris sens dans une entité clinique reconnue. De plus les participants se sont rendus compte que les autres partageaient aussi ce même vécu et ce moment particulier. Ainsi la présentation du diagnostic nous est apparue comme un moment fort pour le groupe, où tout en étant attentif aux descriptions que nous fournissions, les participants se mettaient à échanger entre eux de nombreux signes non-verbaux (hochements de tête, regards). Pour certains participants toutefois, le diagnostic n'était pas encore complètement clair, même s'ils pouvaient désormais se faire une idée plus précise

de ce concept psychopathologique ou psychiatrique, et apprécier la plus ou moins grande pertinence de cette description pour leur proche. Nous avons aussi estimé nécessaire d'expliquer qu'il est normal que le processus diagnostique de ce type de trouble prenne du temps et que son établissement n'est pas toujours chose facile. Il nous a paru important de souligner à la fois l'hétérogénéité des présentations cliniques (en fonction de la combinaison des critères diagnostiques) et la variabilité en termes de gravité globale du trouble ou de certains symptômes spécifiques. Il s'agissait pour nous d'éviter un éventuel effet de « contamination » entre les différentes situations individuelles, puisque les participants étaient à des stades différents dans l'expérience de ce trouble, certains vivant avec la personne souffrant du trouble de personnalité depuis des années alors que d'autres ne découvriraient cette réalité que depuis peu.

Nous avons aussi été rapidement confronté aux inquiétudes des participants face à l'avenir : que devront-ils endurer et pour combien de temps ? Il ne nous était naturellement pas possible de répondre à ces interrogations, mais nous avons senti combien dès la première séance, il fallait promouvoir les moments de discussion afin que les participants puissent partager leur vécu (ici face à ces différents symptômes) et décrire ce qu'ils ressentaient comme problématique pour eux. Ces moments répondaient à nos yeux à un réel besoin de communiquer et de partager son expérience, car les participants ont rapidement exprimé le soulagement de se sentir moins seuls en écoutant le témoignage des autres.

Module 2 : éducation des familles

Nous aimerions rapporter en priorité deux choses par rapport à ce module consacré surtout à la transmission d'informations cliniques sur les troubles et leurs traitements : en premier lieu le questionnement des participants autour des thérapies et du pronostic, en second lieu les remous associés à la thématique du suicide.

La présentation des données épidémiologiques, en particulier celles relatives à l'évolution au long cours, et l'évocation du traitement ont suscité de nombreuses interrogations relatives au pronostic à long-terme et à la pharmacologie préconisée. Ces questions nous semblaient traduire, ou du moins contenir en arrière-plan, à la fois le besoin de

pouvoir se préparer à la suite et le souhait d'entendre que les choses allaient s'arranger (cf. Gunderson et al., 2011). Lors de la présentation des approches thérapeutiques existantes nous avons dû tenir compte du fait que les thérapeutes des patients pouvaient proposer des interventions selon d'autres approches que la thérapie comportementale dialectique avec laquelle nous travaillons, comme la thérapie basée sur la mentalisation, la thérapie des schémas, ou la thérapie centrée sur le transfert. Il nous a fallu faire preuve d'une certaine connaissance de ces autres approches, tout en gardant à l'esprit que l'objectif du programme Connexion familiale© n'est pas de faire le tour détaillé et précis de toutes les formes de thérapies existantes mais plutôt d'aborder la question des traitements du point de vue des proches. Nous avons insisté aussi sur le fait qu'il n'existe pas de traitement médicamenteux spécifique et parfaitement efficace du trouble de personnalité borderline. Nous avons ainsi cherché à faire comprendre la nécessité d'un ajustement régulier de la pharmacothérapie de la part des psychiatres, ce qui demande de la patience de la part de tous.

Les chiffres concernant la mortalité par suicide de ces patients (10%) ont particulièrement interpellé nos participants dont certains, à la longue, avaient fini par considérer les menaces suicidaires comme des stratégies de manipulation. Réaliser que leurs proches pouvaient décéder par suicide fut aussi un moment chargé en émotions. La mort devenait une réalité qui transformait les menaces répétées, associées à une mort de plus en plus virtuelle, en un acte définitif débouchant sur un décès bien réel.

Le module prévoit d'aborder la thématique du bien-être personnel au sein de la famille, avec l'idée de l'équilibre à trouver entre le bien être personnel et le stress provoqué par la vie aux côtés d'une personne sujette à des crises émotionnelles. Les participants exprimèrent ici toute la peine qu'ils avaient à trouver un tel équilibre. Ce qui ressortit de leurs témoignages fut surtout une tendance à alterner entre des périodes de sur-engagement et des périodes de désinvestissement. Lors du travail de réattribution des symptômes à la maladie, une maman réalisa par exemple que sa fille avait tendance à l'insulter quand son petit ami ne répondait pas à ses messages et qu'il y avait en arrière-plan un vécu d'abandon de la part de sa fille, qu'elle ne parvenait pas à gérer et dont elle, la mère, devait en subir les conséquences.

Malgré une meilleure compréhension du trouble acquise à travers les explications et les exemples, nous avons constaté néanmoins que les participants

restaient souvent sur un sentiment de frustration : comprendre est une chose, répondre concrètement pour soulager la souffrance du proche (et la leur) en est une autre. Le fait de ne pas recevoir tout de suite des réponses concrètes à leurs questions concrètes (« *Que lui répondre ? Que faire dans cette situation ?* ») favorisait l'éclosion de sentiments d'impuissance face à la colère de leurs proches, face à leurs crises, leurs comportements auto-dommageables. Notre attitude vis-à-vis de ce type de difficultés fut de toujours valider leurs ressentis et les efforts accomplis jusque-là, de rappeler qu'on ne pouvait pas tout traiter en même temps et que la suite du programme allait justement être consacrée à s'approprier des outils pour mieux gérer les crises et mieux prendre soin de soi. Pour nous il était important que les membres du groupe puissent d'abord s'exprimer librement et faire le récit des difficultés rencontrées avec leurs proches, afin d'établir déjà une bonne alliance et de tenir compte de la culpabilité souvent ressentie. Prendre le temps de reconnaître la souffrance et les efforts faits par les proches, notamment les parents, devenait d'autant plus crucial que la suite de ce module allait aborder précisément l'étiopathogénie du trouble selon la théorie biosociale de Linehan (2000a), avec ses deux concepts clés de vulnérabilité individuelle et d'environnement invalidant.

Si nous avons pu constater que le thème de l'environnement invalidant pouvait inquiéter particulièrement les conjoints qui étaient parents de jeunes enfants, car ils craignaient que leurs enfants ne développent à leur tour un trouble borderline en étant exposés aux symptômes de leur parent en souffrance, de manière générale nous avons été étonnés de voir à quel point les participants acceptaient facilement nos explications sur le rôle de l'environnement invalidant. La manière bienveillante avec laquelle nous avons présenté ces aspects difficiles a sans doute aidé les participants non seulement à accepter ce pan de la théorie biosociale mais aussi à se remettre en question. Souligner que certaines conduites du proche restent peu compréhensibles pour qui ne connaît pas le trouble, que parfois on n'a même pas connaissance de ces comportements, qu'il n'est pas facile de se rendre compte à quel point on peut être invalidant ou que le proche peut lui-même être dans une dynamique auto-invalidante, a peut-être permis de mieux faire accepter ce thème sans induire ou surajouter de la culpabilité. Nous avons vu aussi que nombre de proches ont aussi eux-mêmes formulé l'hypothèse bienveillante que s'ils avaient connu le diagnostic plus tôt, ils auraient sans doute pu mieux

comprendre et aider leur proche. Quand cela était nécessaire, par exemple que le temps manquait pour entrer dans tous les détails ou pour compléter certaines choses abordées dans le groupe, nous avons transmis aux proches intéressés du matériel supplémentaire d'information. Ce fut notamment le cas pour la question de la transmission du trouble aux enfants qui pouvait inquiéter les proches parents de jeunes enfants (cf. Stepp, Whalen, Pilkonis, Hipwell, & Levine, 2012).

Être à la fois animateur du programme et thérapeute personnel d'un ou plusieurs patients dont les proches participent au groupe n'est pas toujours chose facile, en particulier dans ce deuxième module où les proches peuvent se sentir remis en cause et où il faut gérer la question de la confidentialité des informations détenues via les séances individuelles et celles issues du travail de groupe. Nous conseillons naturellement d'éviter qu'un des animateurs du groupe soit aussi thérapeute d'un des patients dont les proches viennent au groupe. Mais cela n'est pas toujours possible. Dans ces conditions, les problèmes d'animation apparaissaient surtout lorsque les proches ne prenaient pas complètement conscience de ces processus d'invalidation ou les minimisaient. Le meilleur moyen de rester dans une bonne relation avec eux, était alors de pouvoir faire abstraction de ce que nous pouvions savoir sur les épisodes de vie et les expériences d'invalidation des patients suivis en traitement individuel. Il a aussi été très aidant : (1) de garder en tête l'hypothèse de base que les proches faisaient de leur mieux pour faire face à des situations très pénibles, et (2) de se positionner comme partenaire des proches dans le soutien apporté à la personne malade. Considérer les parents ou conjoints comme des proches-aidants avec lesquels nous avons besoin de collaborer pour réussir à aider le malade permettait, notamment lors des discussions informelles à l'issue des séances, de diminuer la discordance qu'on pouvait ressentir entre le rôle de thérapeute individuel et celui d'animateur du groupe de proches.

Cette manière d'envisager la relation aux proches était également bénéfique pour mieux supporter les critiques ou les revendications émises par des participants déçus du système de soins, critiquant ouvertement la qualité des soins, la disponibilité des soignants ou la quasi inexistence d'un droit des proches par rapport au droit des patients. Témoignant aussi de leurs difficultés à naviguer

dans un réseau d'aide complexe et parfois opaque (démarches administratives, questions juridiques et sociales, etc.), nous avons estimé utile de proposer pour conclure ce module une séance supplémentaire, non prévue dans le programme initial, animée par une assistante sociale spécialiste de ces questions davantage institutionnelles et administratives.

Module 3 : Attention relationnelle et gestion des émotions

Les explications sur la dysrégulation émotionnelle ont amené certains participants à mieux prendre de conscience de la charge que peuvent représenter les émotions dysrégulées pour les patients. La remarque spontanée d'un père à ce sujet est éloquent : « *mais s'ils vivent ça en permanence, ça doit les épuiser !* ». Nous avons discuté avec eux de leurs propres contextes de vulnérabilité émotionnelle ainsi que de ceux de la personne en souffrance. Apprendre à ne pas porter de jugement sur la personne en souffrance est un point central de l'intervention. Il est nécessaire d'accepter les comportements et les fragilités du proche malade et pour y réagir de manière validante. Ce point est directement abordé dans ce module et il s'est avéré être un des points difficiles pour les participants. S'ils ont en général rapidement adhéré à l'idée que le jugement est toxique pour la qualité de la relation, leur bien-être et celui de la personne concernée, ils ont été dans un premier temps souvent très réticents à l'idée de ne pas juger. Pour y parvenir il nous a semblé que les participants devaient surmonter deux obstacles principaux, à savoir (1) leurs automatismes à porter des jugements, y compris envers eux-mêmes, et (2) leurs émotions négatives (colère, impuissance ou frustration), en réponse à l'attitude de la personne en souffrance. Par ailleurs, plusieurs participants ont laissé entendre que renoncer aux jugements apparaissait souvent à leurs yeux comme un signe de faiblesse (on est faible car on « se laisse faire ») ou d'impuissance (on baisse les bras). Nous les avons donc encouragés premièrement à ne pas se juger et à accepter que d'avoir jugé jusqu'à présent est humain et bien souvent automatique dans notre société.

Lorsqu'il s'est agi d'aborder les stratégies de gestion des émotions, nous avons constaté qu'une émotion particulièrement difficile à gérer pour les proches était leur propre peur (peur du suicide, peur

des conséquences des comportements impulsifs, etc.). Il semble que leur anxiété ait été souvent une justification pour dépasser leurs propres limites dans la relation et dans la quantité d'aide qu'ils ont essayé d'apporter, ce qui contribue à leur épuisement. D'ailleurs, à l'évocation des stratégies de base pour prendre soin de soi, plusieurs participants exprimèrent qu'ils ont pris l'habitude de ne pas s'occuper d'eux-mêmes. Grâce à ce module, plusieurs participants ont pu identifier la nécessité de mieux prendre soin de soi non seulement dans les situations de stress (afin de mieux tolérer leur propre détresse dans les situations difficiles), mais aussi dans leur vie quotidienne (équilibre et qualité de vie). Un couple a par exemple proposé l'idée de se constituer un « kit de ressourcement », kit contenant par exemple du chocolat, le flyer des bains thermaux pour se rappeler d'y aller, des entrées de cinéma, etc.

Module 4 : Compétences relatives à l'environnement familial

Le quatrième module laisse beaucoup de place au dialogue entre les participants. Les participants y ont certes partagé leurs difficultés à accepter les expériences négatives associées au vécu avec un proche souffrant d'un trouble de personnalité borderline, mais aussi leurs expériences positives, lorsqu'ils avaient par exemple arrêté de se battre contre la réalité, et accepté la fragilité de leur proche ou leur propre impuissance à changer la situation. Nous avons ici estimé qu'il était important en tant qu'animateurs de rappeler très explicitement le fait qu'on ne devait pas accepter ce qui est dangereux pour le proche ou son entourage. Même si on comprend ce qui peut provoquer les comportements de mise en danger (en général des ressentis qu'on peut valider), on ne peut pas entrer dans un cercle vicieux où l'on accepte les tentatives de suicide, les agressions ou les comportements auto-dommageables ; nous avons ainsi souvent rappelé qu'il fallait au contraire chercher les moyens de ne pas en arriver là.

Il nous a semblé aussi que l'évocation des dilemmes dialectiques a offert à certains proches trois opportunités ; (1) celle de mentionner combien la connaissance du diagnostic représentait pour eux non seulement un soulagement, mais aussi une aide à entamer un véritable processus d'acceptation ; (2) celle de mettre un peu d'ordre et de donner du sens au chaos relationnel vécu avec le proche ; (3) celle de se sentir moins seuls et aussi moins coupables.

Au final, les thèmes abordés dans ce module ont soulevé dans nos groupes beaucoup de questions et

des échanges riches et parfois chargés émotionnellement. Il arrive heureusement à un moment où la dynamique de groupe a eu le temps de se développer et où donc un dialogue libre et ouvert entre participants peut s'instaurer. Par exemple, nous avons vu à plusieurs reprises que les participants ont d'eux-mêmes souligné les différences entre parents et conjoints : les premiers resteront toujours parents, alors que les seconds peuvent toujours décider de quitter la personne concernée, même s'ils sont liés par un enfant. Ce type de débat générerait beaucoup d'émotions, car on y évoquait la souffrance et les limites personnelles qu'une relation délétère avec le proche souffrant d'un trouble de personnalité borderline pouvait amener à dépasser, surtout lorsqu'il est question d'être un parent envers son enfant, même si ce dernier est un adulte « accompli ».

Module 5 : Techniques de validation

C'est seulement dans les deux derniers modules que nous présentons des techniques « concrètes » de communication. Malgré une suite logique dans les contenus du programme, nous avons toujours observé une certaine impatience chez les participants qui attendent ces aspects pratiques dès le début du programme. Les jeux de rôle qui présentent l'interaction entre le père et sa fille adolescente permettent bien d'amorcer cette question de la validation et exercent les participants à la fois à repérer ce qui doit être validé et à voir comment ils peuvent s'y prendre. Le détour par les situations personnelles que les participants n'ont pas manqué d'amener ont alimenté vraiment la réflexion commune sur ce qui peut concrètement être validé, sur la façon d'opérer cette validation et aussi sur cette distinction cruciale à faire entre comportements problèmes et émotions qui en sont à l'origine. Intégrer ces différents éléments est complexe et demande de se donner du temps ; nous avons vu que les situations problématiques amenées par les participants aident beaucoup le groupe à améliorer la compréhension de ce point.

Le thème de l'auto-validation et des limites personnelles a suscité chez certains participants de la culpabilité associée au fait de s'entendre conseiller sur ce qu'il convient de faire vis-à-vis de leur proche malade. Face à cela, nous n'avons cessé d'encourager à développer la compassion envers soi, à connaître et respecter ses limites, et surtout à les communiquer. Régulièrement, les participants ont rapporté le dilemme qui les pousse à aller toujours plus loin : ils ne savent pas jusqu'à quand ils devront tenir, et pensent plutôt aux conséquences

à court-terme, en omettant celles à plus long-terme (dont le risque de leur propre épuisement ou de la détérioration des autres relations familiales). Nous avons constaté auprès de certains participants que la prise en compte de leurs limites est source de beaucoup d'angoisse : ils redoutent les réactions possibles de leur proche en souffrance. C'est pourquoi les techniques d'efficacité interpersonnelle du groupe d'entraînement aux compétences proposé aux patients (Linehan, 2000a) nous sont apparues. Expérience faite, comme une bonne manière de développer des compétences communicationnelles avec les mêmes moyens que ceux fournis aux patients, quand bien même les proches ont souvent avoué avoir peur de ne pas paraître authentiques s'ils utilisent ces techniques. Il est important de leur rappeler qu'il faut s'entraîner pour bien se les approprier, jusqu'à ce que cela devienne spontané.

Module 6 : Techniques de gestion de problèmes

Le titre de ce dernier module, à l'instar du précédent ne fut pas sans susciter beaucoup de curiosité et d'intérêt auprès des participants, friands qu'ils étaient de conseils et idées plus concrètes voire techniques pour faire face à leurs problèmes. On a retrouvé cette même impatience à laquelle nous devons répondre par des paroles réfléchies et de modération, car il n'y a pas de recette miracle. Une nouvelle fois, le support du jeu de rôle s'est avéré extrêmement utile, sinon essentiel, pour permettre de montrer comment procède l'analyse comportementale en chaîne, les interactions qui se produisent entre les partenaires d'une situation critique ou simplement problématique, et les solutions qu'on peut en dériver. Pour éviter que la technique de gestion de problèmes ne devienne auprès des participants une sorte de clé anglaise à employer dès qu'il y a difficulté, il nous a semblé important d'expliquer que ces techniques devaient être appliquées « au bon moment », et non pas dans les situations de crise où l'attitude première demeure la validation.

Nous avons constaté que le thème de l'acceptation a occupé finalement une place assez centrale dans ce module, bien que ce dernier se veuille centré sur la gestion des problèmes, et donc, a priori, sur le changement. Ce module a en quelque sorte ravivé toute la dialectique à laquelle étaient confrontés les

participants et qui se traduisait par l'évocation fréquente des notions de maladie et de handicap qu'on ne pouvait occulter. Même à disposer de techniques génériques pour les gérer sinon les résoudre, certains problèmes résistent et il faut l'accepter, compter avec cela.

Bien qu'arrivés en fin de module (et en fin de programme), nous avons pu également voir que nombre de participants avaient encore de la peine à faire la différence entre certains comportements problématiques inacceptables (par exemple détruire du mobilier) et le fait qu'il faille accepter que ces comportements fassent partie de la maladie et ne changeront peut-être pas aussi vite qu'espéré. Nous n'avons pu alors que rappeler le fait que ne pas accepter la maladie et toujours essayer de faire changer les choses ne conduisait souvent qu'à une aggravation des ruminations, à l'épuisement, à une disponibilité réduite voire médiocre pour la relation. Nous avons dès lors saisi ces dernières occasions pour valider à notre tour le fait qu'il est normal et instinctif de vouloir aider l'autre à changer, mais que parfois ce qui aide vraiment est simplement d'être là au bon moment et d'accompagner le proche dans sa souffrance tout en sachant se préserver soi-même. Du thème de l'acceptation à celui du deuil, il n'y avait en somme qu'un pas, un écho qu'il était impossible de ne pas entendre. Cette thématique ne fut jamais pas simple à aborder et nous n'avions ni le temps ni les moyens de l'approfondir dans cette conclusion de programme. En même temps, d'une certaine manière, ce n'était qu'à ce stade qu'elle pouvait être abordée et bien comprise.

Conclusion

Sans proclamer que Connexion familiale© soit une panacée, ni même un programme complet aux vertus thérapeutiques indubitables, nous avons souhaité par cette présentation et ce témoignage partager notre conviction qu'il participe de l'enrichissement mutuel que les proches et les thérapeutes peuvent s'apporter, pour le bien-être des patients et des familles. Les échanges que favorise le programme Connexion familiale©, en plus de la partie psycho-éducative, sont fondamentaux et très stimulants. Le format de groupe nous semble ouvrir beaucoup de perspectives nouvelles aux participants, avec l'avantage d'être peu coûteux en ressources pour

l'institution. L'accès au module et à une formation brève permettent de s'engager dans un type de travail avec les familles de patients souffrant d'un trouble de personnalité borderline qui n'est pas si fréquemment offert dans les institutions de psychiatrie publique.

Références

- Allen, J. G., & Fonagy, P. (Eds.). (2006). *The handbook of mentalization-based treatment*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Awad, A. G., & Voruganti, L. N. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers. *Pharmacoeconomics*, 26(2), 149-162. doi: 10.2165/00019053-200826020-00005
- Bailey, R.C., & Grenyer, B.F.S. (2013). Burden and support needs of carers of persons with borderline personality disorder: A systematic review. *Harvard Review of Psychiatry*, 21(5), 248-258. doi: 10.1097/HRP.0b013e3182a75c2c
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2015). *Mentalisation et trouble de la personnalité limite* (M. Debbané, A. Downing, N. Perroud & P. Prada, Trad.). Bruxelles: DeBoeck. Oeuvre originales publiée en 2004.
- Buteau, E., Dawkins, K., & Hoffman, P.D. (2008). In their own words: Improving services and hopefulness for families dealing with BPD. *Social Work in Mental Health*, 6(1), 203-214. doi:10.1300/J200v06n01_16
- Caqueo-Urizar, A., Miranda-Castillo, C., Giraldez, S. L., Maturana, S.-I. L., Perez, M. R., & Tapia, F. M. (2014). An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. *Psicothema*, 26(2), 235-243. doi: 10.7334/psicothema2013.86
- Cleary, M., Hunt, G.E., Matheson, S., & Walter, G. (2008). The association between substance use and the needs of patients with psychiatric disorder, levels of anxiety, and caregiving burden. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(6), 375-385. doi:10.1016/j.apnu.2008.02.001
- Ekdahl, S., Idvall, E., Samuelsson, M., & Perseus, K.-I. (2011). A life tiptoeing: Being a significant other to persons with borderline personality disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(6), e69-e76. doi:10.1016/j.apnu.2011.06.005
- Falb, M.D., & Pargament, K.I. (2012). Relational mindfulness, spirituality, and the therapeutic bond. *Asian Journal of Psychiatry*, 5(4), 351-354. doi:10.1016/j.ajp.2012.07.008
- Flynn, D., Kells, M., Joyce, M., & Suarez, C. (2014). *Evaluating continued effectiveness of the Family Connections programme in an Irish population*. Paper presented at the Third International Congress on Borderline Personality Disorders and Allied Disorders, Roma, Italy.
- Fruzzetti, A.E. (2008). *Régler les conflits de couple*. Ottawa: Broquet.
- Fruzzetti, A.E., & Hoffman, P.D. (2004). *Family Connections workbook and training manual*. Rye, NY: National Education Alliance for Borderline Personality Disorder.
- Fruzzetti, A.E., & Iversen, K.M. (2004). Mindfulness, acceptance, validation, and "individual" psychopathology in couples. In S. C. Hayes, V. M. Follette & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. NY: The Guilford Press.
- Fruzzetti, A.E., & Worall, J.M. (2010). Accurate expression and validating responses: A transactional model for understanding individual and relationship distress. In K. Sullivan & J. Davila (Eds.), *Support process in intimate relationships (ajoutez les pages)*. NY: Oxford University Press.
- Giffin, J. (2008). Family experience of borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 29(3), 133-138. doi: 10.1375/anft.29.3.133
- Goodman, M., Patil, U., Triebwasser, J., Hoffman, P., Weinstein, Z. A., & New, A. (2011). Parental burden associated with borderline personality disorder in female offspring. *Journal of Personality Disorders*, 25(1), 59-74. doi: http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2011.25.1.59
- Gubman, G. D., & Tessler, R. C. (1987). The impact of mental illness on families concepts and priorities. *Journal of Family Issues*, 8(2), 226-245. doi: 10.1177/019251387008002005
- Gunderson, J.G., Stout, R.L., McGlasgan, T.H., Shea, M.T., Morey, L.C., Grilo, C.M., ... Skodol, A.E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: Psychopathology and function from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 827-837. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.37
- Hodé, Y. (2011). Prise en charge des familles de patients schizophrènes. *Annales Médico-psychologiques*, 196(3), 196-199. doi:10.1016/j.amp.2011.02.015
- Hoffman, P.D., Buteau, E., Hooley, J., Fruzzetti, A.E., & Bruce, M.L. (2003). Family members' knowledge about borderline personality disorder: Correspondance with their levels of depression, burden, distress, and expressed emotion. *Family Process*, 42, 469-478. doi: 10.1111/j.1545-5300.2003.00469.x
- Hoffman, P.D., & Fruzzetti, A.E. (2007). Advances in interventions for families with a relative with a personality disorder diagnosis. *Current Psychiatry Reports*, 9, 68-73.
- Hoffman, P.D., Fruzzetti, A.E., & Buteau, E. (2007). Understanding and engaging families: An education, skills and support program for relatives impacted by borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1), 69-82. doi: 10.1080/09638230601182052
- Hoffman, P.D., Fruzzetti, A.E., Buteau, E., Neiditch, E.R., Penney, D., Bruce, M.L., ... Struening, E. (2005). Family Connections: A program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Family Process*, 44, 217-225.

- Hooley, J.M., & Hoffman, P.D. (1999). Expressed emotion and clinical outcome in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1557-1562.
- Kernberg, O. (2016). *Les troubles limites de la personnalité*. Paris, France: Dunod.
- Linehan, M.M. (2000a). *Manuel d'entraînement aux compétences pour traiter le trouble de personnalité état-limite*. Chêne-Bourg, Suisse: Editions Médecine & Hygiène.
- Linehan, M.M. (2000b). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite*. Chêne-Bourg, Suisse: Editions Médecine & Hygiène.
- Lobban, F., Postlethwaite, A., Glentworth, D., Pinfold, V., Wainwright, L., Dunn, G., . . . Haddock, G. (2013). A systematic review of randomised controlled trials of interventions reporting outcomes for relatives of people with psychosis. *Clinical Psychology Review*, 33, 372-382. doi:10.1016/j.cpr.2012.12.004
- Lucksted, A., McFarlane, W., Downing, D., Dixon, L., & Adams, C. (2012). Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 101-121. doi: 10.1111/j.1752-0606.2011.00256.x
- Lynch, T.R., Rosenthal, M.Z., Kosson, D.S., Cheavens, J.S., Lejuez, C.W., & Blair, R.J.R. (2006). Heightened sensitivity to facial expressions of emotion in borderline personality disorder. *Emotion*, 6(4), 647-655. doi: 10.1037/1528-3542.6.4.647
- Millier, A., Schmidt, U., Angermeyer, M., Chauhan, D., Murthy, V., Toumi, M., & Cadi-Soussi, N. (2014). Humanistic burden in schizophrenia: A literature review. *Journal of Psychiatric Research*, 54, 85-93. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.03.021>
- Ohaeri, J. U. (2003). The burden of caregiving in families with a mental illness: a review of 2002. *Current Opinion in Psychiatry*, 16(4), 457-465. doi: 10.1097/01.yco.0000079212.36371.c0
- Ostman, M., & Hansson, L. (2004). Appraisal of caregiving, burden and psychological distress in relatives of psychiatric inpatients. *European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists*, 19(7), 402-407. doi:10.1016/j.eurpsy.2004.06.030
- Penney, D. (2008). Family Connections: An education and skills training program for family member well being: A leader's perspective. *Social Work in Mental Health*, 6(1), 229-241. doi:10.1300/J200v06n01_18
- Pharoah, F., Mari, J.J., Rathbone, J., & Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Review*, 12. doi: 10.1002/14651858.CD000088.pub3.
- Porr, V. (2010). *Overcoming borderline personality disorder: A family guide for healing and change*. NY: Oxford University Press.
- Prada, P., Guenot, F., Charbon, P., Kolly, S., & Perroud, N. (2015). Thérapies actuelles du trouble de personnalité borderline. *Revue Médicale Suisse*, 486(11), 1686-1690.
- Rajalin, M., Wickholm-Pethrus, L., Hursti, T., & Jokinen, J. (2009). Dialectical behavior therapy-based skills training for family members of suicide attempters. *Archives of Suicide Research*, 13(3), 257-263. doi: 10.1080/13811110903044401
- Rose, L. E., Mallinson, R. K., & Gerson, L. D. (2006). Mastery, burden, and areas of concern among family caregivers of mentally ill persons. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(1), 41-51. doi: 10.1016/j.apnu.2005.08.009
- Saunders, J. C. (2003). Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(2), 175-198. doi:10.1080/01612840305301
- Shenk, C.E., & Fruzzetti, A.E. (2011). The impact of validating and invalidating responses on emotional reactivity. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(2), 163-183.
- Steele, A., Maruyama, N., & Galynker, I. (2010). Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar disorder: A review. *Journal of Affective Disorders*, 121(1-2), 10-21. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.04.020>
- Stepp, S.D., Whalen, D.J., Pilkonis, P.A., Hipwell, A.E., & Levine, M.D. (2012). Children of mothers with borderline personality disorder: Identifying parenting behaviors as potential targets for intervention. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(1), 76-91. doi: 10.1037/a0023081
- Van Der Voort, T., Goossens, P., & Van Der Bijl, J. (2007). Burden, coping and needs for support of caregivers for patients with a bipolar disorder: A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(7), 679-687. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01158.x
- Yeomans, F., Delaney, J. C., & Renaud, A. (2007). La psychothérapie focalisée sur le transfert. *Santé mentale au Québec*, 32(1), 17-34. doi: 10.7202/016507ar
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2005). *La Thérapie des schémas. Approche cognitive des troubles de la personnalité* (B. Pascal, Trad.). Louvain-la-Neuve: De Boeck Université. Oeuvre originale publiée en 2003

CRAFT, un programme thérapeutique pour les proches de consommateurs de produits psychotropes

CRAFT, a therapeutic program for concerned significant others of substance users

Roberto Prezzemolo¹

¹ Le Levant - Centre d'Aide et de Prévention (CAP), Ch. du Levant 159 A, 1005 Lausanne Suisse, Roberto.Prezzemolo@levant.ch

Résumé

Les problèmes liés à l'abus de substances (alcool, drogues, médicaments) et aux addictions affectent non seulement les consommateurs mais également leur entourage. Motiver la personne qui fait usage de produits psychotropes à modifier son comportement ou à rentrer en traitement est un défi majeur pour le proche. Ce dernier se trouve souvent seul, démuni et épuisé face aux comportements de consommation et aux conséquences sociales, relationnelles et économiques qui en résultent.

La méthode CRAFT (Community Reinforcement and Family Training), développée par Smith et Meyers (2004), est une intervention familiale unilatérale qui s'adresse aux proches de personnes présentant une consommation de produits psychotropes et qui refusent de s'engager dans un traitement. Basée sur des principes comportementaux et s'appuyant sur des techniques de renforcement et d'entraînement à la communication, elle vise à favoriser l'entrée en thérapie du consommateur, à modifier sa consommation de substances et à améliorer le bien-être du proche.

Le présent article résume les principes de la méthode, ses composantes et le support scientifique sur lequel elle se base. Son utilisation clinique et les développements possibles sont abordés.

Mots-clefs : méthode CRAFT, addiction, proches, thérapie familiale unilatérale.

Abstract

The problems with substance abuse and drug addiction affect not only the patients but also their relatives. Motivating a narcotic user to change his behavior or to seek treatment may be a major challenge for his significant others. These often feel alone, powerless and exhausted, in the face of the consumer's behaviors and their social, relational and economic consequences.

The CRAFT method (Community Reinforcement and Family Training), developed by Smith and Meyers (2004), is a unilateral family intervention dedicated to the relatives of people suffering from narcotics abuse who refuse treatment. Based on behavioral principles, supportive techniques and communicative training, the method encourages the patient to engage into treatment, to change his consumption of drugs and to improve the well being of the people living with or around him.

This article summarizes the principles and components of CRAFT. Its clinical use is discussed. A brief overview of the scientific elements is available, and future developments are addressed.

Keywords : CRAFT method, addiction, concerned significant others, unilateral family therapy.

-----CET ARTICLE EST PROTÉGÉ PAR UN COPYRIGHT JUSQU'EN 2021-----

Introduction

Il n'est pas rare que les individus touchés par un problème d'addiction ne soient pas motivés à entreprendre un traitement. Prochaska et ses collègues ont estimé que plus de 80% des personnes présentant un comportement addictif problématique se trouvent à un stade de précontemplation ou de contemplation et ne sont donc pas prêts à s'engager dans un changement (Snow, Prochaska, & Rossi, 1992 ; Meyers, Miller, Hill, & Tonigan, 1998). Nous savons par ailleurs que les individus qui cherchent de l'aide lors de l'apparition des premiers signes d'addiction présentent souvent une évolution plus favorable que si le traitement est entamé tardivement (McLellan, Woody, Luborsky, O'Brien, & Druley, 1983).

Les consultations spécialisées dans le traitement des addictions reçoivent régulièrement des demandes d'aide venant d'amis, de conjoints ou de membres de la famille du consommateur de produits psychotropes, alors que celui-ci ne souhaite pas arrêter ses consommations, et a fortiori à suivre un traitement. Ceux-ci se retrouvent souvent seuls à devoir gérer les nombreuses difficultés liées à la toxicodépendance : relations conflictuelles assorties ou non de violences domestiques, perte de confiance vis-à-vis de la personne consommatrice, difficultés financières, problèmes de santé, préoccupations par rapport à la sécurité ou au bien-être des enfants ou d'autres membres de la famille, etc. L'incapacité, malgré les efforts fournis, à modifier les comportements du consommateur ou à le convaincre à entreprendre un traitement, associée aux difficultés vécues au quotidien, provoquent chez les proches des sentiments d'impuissance pouvant aller jusqu'à l'apparition d'états d'épuisement et de détresse psychique sévère (Barnard, 2007 ; Orford, Velleman, Natera, Templeton, & Copello, 2013).

Trois types d'intervention ont été développés afin de venir en aide aux proches des consommateurs de produits psychotropes (Meyers et al., 1999). Les deux premières approches apparues historiquement se basent sur une philosophie de traitement diamétralement opposée (Smith & Meyers, 2004). La première est dérivée du programme en douze étapes des alcooliques anonymes (Al-Anon Family Groups, 1984) et des narcotiques anonymes [Nar-Anon] (Narcotics Anonymous, 1993). Elle promeut chez les proches, à travers le soutien du groupe, un

certain détachement affectif et l'acceptation de l'impuissance à contrôler les comportements du proche toxicodépendant. La deuxième approche, ancrée dans une pensée plutôt psychanalytique a été reprise par le mouvement Synanon et proposée notamment par le Johnson Institute (Johnson, 1986). Elle s'appuie sur des principes opposés à l'approche précédente : on y encourage une attitude confrontante de la part des proches tout en conseillant la famille non pas à blâmer le patient, mais à l'aider et à l'encourager à entrer en traitement. La méthode s'appuie entre autres sur une « rencontre surprise » pour le patient, organisée à l'avance par l'équipe soignante et par les proches, au cours de laquelle on le confronte à différentes informations pénibles concernant son addiction et on l'encourage à s'engager dans un traitement (Liepman, 1993).

La troisième approche est représentée par les thérapies familiales dites unilatérales (Thomas & Ager, 1993 ; Thomas & Santa, 1982). Ce terme général, désigne une forme de thérapie familiale atypique qui inclut un ou plusieurs membres de la famille, avec lesquels le thérapeute travaille en séance, sans le consommateur. Les thérapies familiales unilatérales réunissent plusieurs méthodes spécifiques qui toutes s'appuient sur l'idée que les proches doivent agir activement pour favoriser l'entrée en traitement de la personne toxicomane (Barber & Crisp, 1995 ; Garrett et al., 1998 ; Smith & Meyers, 2011). S'ils ne sont jamais considérés « coupables » des troubles addictifs ou responsables des changements positifs, on estime qu'ils peuvent jouer un rôle clé dans la réduction des conduites de consommation par leurs réactions face à celles-ci et par leur manière de les communiquer.

En somme, il est évident que les proches peuvent avoir une influence positive sur le consommateur. Cette influence apparaît d'autant plus cruciale qu'elle est souvent la seule disponible lorsque la personne toxicodépendante refuse de rencontrer des professionnels de la santé (Meyers, Smith, Sierna, & Belon, 2013). Les proches sont en outre généralement très motivés à ce que se produise un changement au vu des difficultés auxquelles ils sont confrontés au quotidien et du lien affectif qui les lie à la personne souffrant d'addiction. Ils apparaissent dès lors comme des collaborateurs précieux pour favoriser l'apparition d'une

motivation au changement et soutenir l'engagement dans une intervention.

Objectifs et principes de base de la méthode CRAFT

La méthode CRAFT (Community Reinforcement and Family Training) développée par Smith et Meyers fait partie des thérapies familiales unilatérales. Elle poursuit trois objectifs principaux, dont deux ciblent le consommateur et le troisième les proches. Le premier but constitue également l'objectif final de la thérapie, à savoir favoriser l'entrée en traitement du consommateur. Le deuxième objectif est de réduire sa consommation de produits psychotropes. Le troisième est d'aider les proches à mettre en place des changements positifs dans leur vie afin d'améliorer leur bien-être et leur qualité de vie, et ceci, indépendamment du fait que le consommateur s'engage ou non dans un traitement (Smith & Meyers, 2004).

Basée sur des principes comportementaux, la méthode CRAFT utilise des stratégies de renforcement. Il s'agit d'apprendre aux proches à réorganiser les contingences de l'environnement du consommateur pour récompenser les comportements favorisant l'abstinence et décourager la consommation. De nouvelles compétences et techniques de communication sont enseignées aux proches pour qu'ils puissent influencer sur l'entrée en traitement du consommateur, en même temps qu'une attention particulière est portée à l'amélioration de leur satisfaction dans des domaines spécifiques de vie (Meyers et al., 2013).

Le programme est prévu pour un setting individuel. Mais il peut être proposé sous forme de groupe de quatre à six personnes, voire huit ou douze participants. Si les petits groupes favorisent l'intimité des échanges, l'exploration en profondeur des situations de chacun et l'entraînement pratique de certaines compétences, les groupes plus consistants sont quant à eux moins touchés par les éventuels drop-outs et favorisent la variété et la diversité (Foote & Manuel, 2009).

La durée du programme est a priori indéterminée, les thérapeutes s'accordant le temps nécessaire pour en accomplir chacune des étapes. Il semble néanmoins qu'une durée supérieure à douze séances ne conduise pas à des bénéfices supplémentaires indiscutables (Meyers, Miller, Smith, & Tonigan, 2002). Les formules plus standardisées, notamment les groupes, s'étendent d'ailleurs habituellement sur huit à douze séances hebdomadaires d'une durée d'une heure chacune, minimum requis pour couvrir l'ensemble du programme. Mais les groupes

peuvent ensuite déboucher sur une formule plus ouverte dont la fin n'est pas forcément prédéterminée (Foote & Manuel, 2009).

Composantes de l'intervention

La méthode CRAFT propose huit axes de travail, chacun pouvant être abordé et travaillé de manière autonome et à tout moment de la thérapie, en fonction des besoins spécifiques des proches.

1. Construction et soutien de la motivation du proche

La première séance introduit la méthode. Deux objectifs y sont poursuivis : encourager les proches à participer au programme, obtenir leur confiance. La question de la confidentialité est abordée en début de thérapie, car garantir la confidentialité concernant la participation au programme, y compris envers le consommateur, est d'une importance cruciale : un nombre non négligeable de proches décident en effet, pour différentes raisons, de ne pas annoncer leur début de suivi au consommateur (Smith & Meyers, 2004).

Les proches sont invités à décrire les problèmes causés par la consommation de produits psychotropes ainsi que leur impact sur eux-mêmes et les autres membres de la famille. Les tentatives faites jusqu'à présent pour modifier la consommation de substances du consommateur sont également explorées.

Il est important au début de rendre les proches réceptifs à l'idée de changer leurs attitudes vis-à-vis du consommateur et d'adhérer au programme qui leur est proposé. La confiance n'étant pas forcément acquise d'emblée, le thérapeute vise d'une part à rassurer les proches et à créer des attentes positives (Meyers, Miller, & Smith, 2001). Tout en offrant une écoute empathique, il met l'accent sur les nouvelles solutions et stratégies d'action qui peuvent être envisagées par leur participation au programme CRAFT. Il peut aussi faire part de son expérience dans le travail avec d'autres proches qui ont vécu des situations similaires. Il peut enfin présenter les résultats d'études scientifiques qui soutiennent l'efficacité du programme, décrire les bénéfices potentiels auxquels on est en droit de s'attendre, même dans les cas où le consommateur n'entre pas en traitement. Ces bénéfices peuvent concerner l'amélioration des relations avec le consommateur, la diminution des violences, l'amélioration de la qualité de vie et de la satisfaction personnelle.

Cette première séquence du programme se conclut sur une brève présentation des principes de base de

la méthode CRAFT, de ses objectifs principaux et de ses différentes composantes.

2. Analyse fonctionnelle des comportements de consommation

L'une des bases essentielles de la méthode CRAFT est l'apprentissage de la gestion des contingences (Hunt & Azrin, 1973) : les proches apprennent à décoder les conduites de consommation du patient et à comprendre comment modifier leurs réactions lorsqu'ils y sont confrontés. Il est donc indispensable, tant pour le thérapeute que pour le proche, d'être en mesure d'identifier chez le patient les déclencheurs internes et externes des comportements de consommation ainsi que leurs conséquences à court et à long terme. Le travail du thérapeute consiste ici à expliquer en détail les principes de l'analyse fonctionnelle, en les illustrant par plusieurs exemples, jusqu'à ce que les participants puissent à leur tour maîtriser globalement cette méthode et l'appliquer aux situations de consommation dont ils sont témoins chez leur proche consommateur.

Cette deuxième étape de la méthode est importante car c'est sur la base des informations recueillies lors des analyses fonctionnelles que le proche commencera à envisager comment changer ses réactions pour favoriser chez le consommateur une diminution de ses conduites problématiques ou renforcer ses comportements positifs.

3. Précautions contre la violence domestique

La violence domestique est souvent associée à la consommation d'alcool et de drogues (Lipsey, Wilson, Cohen, & Derzon, 1997 ; Wekerle & Wall, 2002 ; White & Chen, 2002). Dès lors le programme dédie systématiquement au moins une séance à l'appréciation du risque de violence domestique via un recueil d'informations sur la fréquence et la sévérité d'éventuels épisodes antérieurs de violence (des questionnaires standardisés peuvent être employés). Le thérapeute doit rester attentif à tout signe d'abus, car certains proches peuvent montrer de la réticence à parler de leur statut de victime (Acierno, Resnik, & Kilpatrick, 1997 ; Schornstein, 1997).

Tout au long de son intervention, le thérapeute reste particulièrement vigilant face au risque de violence domestique. En effet celle-ci a une certaine probabilité d'augmenter au moment où le proche

commence à modifier son comportement face à la consommation de substances. Si l'on souhaite induire une motivation au changement chez le consommateur, les nouvelles réactions du proche et les conséquences engendrées doivent être vécues par ce dernier comme indésirables. Ceci peut avoir comme conséquence le risque d'une augmentation de la tension et des conflits entre le proche et le consommateur (Smith & Meyers, 2004).

La conduite d'analyses fonctionnelles des épisodes de violence apparaît comme un outil clé qui aide les proches à en identifier les précurseurs. Les agressions devenant davantage prédictibles, le proche a la possibilité de mieux les anticiper et de s'y préparer. Les informations ainsi récoltées permettent également de construire des plans d'action à mettre en place en cas de violence avérée (O'Farrell & Murphy, 2002). Il s'avère souvent nécessaire de développer un support social adéquat auquel le proche peut se référer en cas de besoin, et de lui fournir aussi des informations sur les organismes publics auxquels il peut s'adresser en cas de crise.

4. Entraînement à la communication

Les relations avec des personnes souffrant d'abus de substance sont souvent entachées de problèmes communicationnels qui peuvent interférer avec la recherche ou le maintien de l'abstinence (Epstein & McCrady, 1998 ; O'Farrell & Fals-Stewart, 2003). Corollairement, les interventions basées sur l'entraînement à la communication produisent en général des résultats favorables en terme de réduction dans l'utilisation des substances (Fals-Stewart et al., 2001). Il n'est donc pas surprenant que la méthode CRAFT inclut un travail ciblé sur la communication.

L'intervention s'appuie sur l'idée de développer, par apprentissage vicariant et renforcement, un style de communication positive entre le proche et le consommateur (Donohue, 2011 ; Meyers & Wolfe, 2004). D'une part on espère que le proche, en adoptant ce style de communication avec le patient conduise ce dernier à en faire de même avec lui. D'autre part, le jeu de rôle est employé en séance comme méthode d'entraînement. Par ailleurs on table sur le fait qu'une communication positive (par exemple l'utilisation des compliments) est renforçante en soi.

Au-delà même des effets espérés vis-à-vis du

patient consommateur, on attend aussi de l'utilisation d'une communication positive des effets plus généraux sur la satisfaction de vie du proche, son bien-être et la qualité de ses relations sociales, notamment par le fait qu'elle peut favoriser l'accès à un réseau social et de soutien plus étendu (Monti, Kadden, Rohsenow, Cooney, & Abrams, 2002).

Smith et Meyers (2004) proposent sept techniques de communication destinées au proche : être bref, être positif, se référer à un comportement spécifique, exprimer ce qu'on ressent, exprimer de la compassion, accepter sa part de responsabilité et proposer de l'aide. Chaque technique est présentée au proche, discutée avec lui et successivement entraînée en jeu de rôle. Le but est que le proche puisse commencer à utiliser les techniques de communication dans son quotidien, dans la communication avec le consommateur tout comme dans ses autres relations sociales.

5. Renforcement positif de la sobriété

Dans cette phase de la méthode, le thérapeute apprend au proche à renforcer positivement les comportements sobres et l'abstinence du consommateur, pour qu'ils puissent apparaître de plus en plus fréquemment et remplacer progressivement les consommations. Elle débute par une présentation du concept de renforcement positif qui est appliqué aux conduites addictives, pour bien montrer comment celles-ci sont positives à court terme pour le patient et donc facilement maintenues dans le temps. Le thérapeute peut alors expliquer que la stratégie thérapeutique consiste à réserver spécifiquement et le plus possible ses gratifications pour les conduites servant l'abstinence.

À partir là, il s'agit d'établir une liste des renforçateurs et des activités alternatives à la consommation. Pour qu'il soit efficace, le thérapeute rappelle qu'un renforçateur doit être agréable pour le consommateur, peu onéreux (voire gratuit), simple à mettre en place et immédiatement accessible quand on en a besoin (Smith & Meyers, 2004). Des exemples de renforçateurs illustrent le propos : se relaxer avec le consommateur en écoutant de la musique, faire une de ses tâches, exprimer des sentiments positifs à son égard, accepter de regarder avec lui son émission préférée, parler de sujets qu'il apprécie, lui faire un compliment, préparer un repas spécial, lui caresser la main, etc. (Meyers et al., 2001).

L'étape suivante consiste à identifier les activités ou les conduites sobres du consommateur qui

mériteront d'être renforcées. Idéalement celles-ci devraient être appréciées par lui et (si possible) par le proche, et surtout entrer en compétition avec la consommation de substance dans les lieux et les moments où cette dernière a de fortes chances d'apparaître. La conduite sobre qui sera renforcée doit pouvoir en effet remplir la même fonction que la conduite addictive habituellement adoptée. Un dernier point qui sera aussi relevé au cours de cet apprentissage est le fait qu'il est important de se montrer systématique et cohérent, sans quoi la stratégie de renforcement risque de ne pas être effective. À ce sujet, le thérapeute reste attentif à la manière dont le proche peut associer verbalement la conduite sobre et les gratifications qu'il délivre (Smith & Meyers, 2004).

Afin d'éviter le risque de renforcer involontairement des conduites associées à la consommation, il est important que le proche sache reconnaître les moments durant lesquels le patient n'est pas sobre. Le proche doit donc parallèlement apprendre à repérer les signes même les plus subtils qui montrent que le patient a consommé (cf. Meyers & Wolfe, 2004, pour un inventaire des signes possibles d'un état de consommation), et à adopter une attitude adéquate dans ces moments-là (Meyers, Dominguez, & Smith, 1996). C'est en effet lui seul qui détient en quelque sorte l'opportunité dans la vie quotidienne du patient de soutenir ou de décourager certains de ses comportements (Meyers et al., 2001).

Il arrive fréquemment que les proches se montrent initialement réticents à mettre en place des renforcements. Ceux-ci peuvent leur rappeler les reproches adressés par leur entourage (notamment celui d'en faire trop pour le consommateur). Ils peuvent donc s'interroger sur les raisons de continuer à donner à l'autre sans rien recevoir en retour. Il est important, dans ces cas, de préciser que la philosophie de cette intervention n'est pas d'offrir des actes de gentillesse totalement désintéressée, mais d'utiliser des récompenses planifiées et systématiques en réponse aux comportements favorisant l'abstinence. En cas de réticence, il reste toujours possible pour le thérapeute d'inviter à « essayer pour voir » (« Try It, You'll Like It » ; Meyers & Wolfe, 2004, p. 153), c'est-à-dire à renforcer de façon ciblée et systématique une conduite précise alors que le patient est sobre, et à observer les effets de cette nouvelle attitude sur le comportement ainsi gratifié (Meyers & Smith, 1995).

6. Découragement des comportements de consommation

L'utilisation du renforcement positif des comportements de non consommation est une intervention importante mais rarement suffisante pour obtenir des changements appréciables (Smith & Meyers, 2004). Des techniques qui agissent directement sur les conséquences négatives de la consommation sont souvent nécessaires. La méthode CRAFT propose à ce niveau deux techniques essentielles : (1) ne pas délivrer des renforcements positifs si le patient a consommé, (2) laisser les conséquences négatives naturelles de la consommation se produire, sans chercher donc à vouloir les prévenir.

La première procédure consiste à retirer momentanément des renforcements positifs pendant la durée d'un épisode de consommation (technique du time-out ; cf. Friman, 2009 ; Hunt & Azrin, 1973). Souvent, sans s'en rendre compte, les proches peuvent involontairement contribuer au maintien d'un comportement de consommation en continuant à fournir des renforcements positifs alors que le patient est sous l'effet de produits psychotropes. Dans la méthode CRAFT, les proches apprennent à cesser tout renforcement positif en cas de consommation du patient. Par exemple une femme apprendra à ne plus regarder la télévision avec son mari les soirs où ce dernier rentre à la maison manifestement sous l'effet de substances. Ce retrait peut être explicite et annoncé à l'avance : un fils dira par exemple à son père qu'il ne veut plus aller jouer au bowling avec lui s'il boit avant d'y aller ou même pendant une partie ; des parents confisqueront le portable de leur adolescent si celui-ci rentre à la maison et a manifestement fumé du cannabis.

Il est important que le proche choisisse un renforçateur qui : (a) lorsqu'il lui sera enlevé va manquer au consommateur, générer chez lui une certaine frustration, (b) soit facile à retirer si le patient n'est pas abstinent, (c) soit facile à réintroduire dès le retour à la sobriété, (d) ne mette pas le proche en danger au moment où il le supprime car le proche doit se sentir suffisamment en sécurité pour effectuer la punition planifiée (Smith & Meyers, 2004). Par ailleurs, le programme prévoit un espace où thérapeute et proches peuvent discuter et exercer une manière positive de communiquer ces décisions au consommateur.

La deuxième procédure consiste à laisser

simplement les conséquences négatives naturelles de la consommation avoir lieu. Ceci signifie que le proche n'intervient en aucune manière pour résoudre ou prévenir les problèmes qui résultent directement de la consommation de substances. Le but étant que le consommateur puisse se confronter aux conséquences négatives de sa consommation et remettre ainsi son comportement en question.

Afin d'introduire ce type de changement, il est utile d'anticiper et discuter des risques possibles auxquels le proche lui-même pourrait s'exposer avant de décider de ne pas intervenir (répercussions financières, légales, matérielles, etc.), des sentiments auxquels il pourrait être confronté (culpabilité, colère, honte), des réactions et des capacités d'adaptation du consommateur et de l'impact sur leur relation.

Ainsi, à l'instar des critères énoncés pour la punition des conduites de consommation, thérapeute et client se fixent des critères à respecter pour cette seconde stratégie de découragement (Smith & Meyers, 2004). Premièrement, les conséquences que le proche ne cherchera plus à prévenir ou atténuer résultent directement de la consommation. En deuxième lieu, le proche doit être en mesure de tolérer les émotions négatives que cette nouvelle attitude de retrait ne manqueront pas de susciter, comme la colère, la culpabilité ou la honte de voir le consommateur probablement empêtré dans de nouvelles difficultés. Troisièmement, le consommateur doit considérer ces conséquences comme suffisamment négatives pour l'encourager à cesser les consommations. Elle doivent cependant ne pas être trop dramatiques et ne pas conduire à une dégradation majeure de la situation qui pourrait s'avérer insupportable et faire au final plus de mal que de bien. Enfin le proche doit être en mesure de comprendre et d'expliquer cette procédure, à la fois pour en être convaincu mais aussi pour pouvoir en parler avec le consommateur qui pourrait se montrer surpris, déçu ou fâché de cette nouvelle attitude.

Cette seconde stratégie peut donc potentiellement engendrer de nouveaux problèmes pour le proche. En tenant compte de ce fait, le programme propose une introduction et un entraînement aux compétences de résolution de problème qui consiste à appliquer le modèle classique de D'Zurilla & Goldfried (1971) aux situations spécifiques réelles ou potentielles résultant de cette nouvelle approche.

7. Amélioration de la qualité de vie du proche

Les proches sont souvent des victimes psychologiques ou physiques de la personne souffrant de toxicodépendance, ce qui n'est pas sans conséquence sur leur santé et engendre aussi des coûts non négligeables pour la société (Casswell, You, & Huckle, 2011 ; Lander, Howsare, & Byrne, 2013 ; Navarro, Doran, & Shakeshaft, 2011). Les proches font souvent face à divers facteurs de stress sur le plan relationnel, émotionnel, social et économique, qui ont un impact négatif sur leur qualité de vie (Daley, 2014 ; Leonard & Eiden, 2007). C'est la raison pour laquelle le programme CRAFT consacre un chapitre entier à cette question. Au-delà de l'impact que peut avoir la méthode sur le consommateur, l'un des buts clés demeure en effet l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie du proche. Le but du thérapeute, dans cette phase du programme, est d'amener le proche à prendre davantage soin de lui-même, autant pour augmenter ou préserver son bien-être personnel, que pour continuer à rester une ressource pour son entourage et en particulier la personne consommatrice.

En premier lieu, on explore via l'utilisation d'une échelle de satisfaction de vie (Happiness Scale : Azrin, Naster, & Jones, 1973) les domaines qui peuvent poser problème pour le proche : la consommation de substances (celle du proche, s'il y a lieu, non pas celle du patient), le travail ou la formation, la gestion du budget et les finances, la vie sociale, les habitudes personnelles, le mariage et la famille, les relations interpersonnelles, les problèmes de justice, la vie émotionnelle, la communication, le bonheur général. Le profil obtenu permet de lancer une réflexion sur les objectifs personnels du proche, et d'établir une première hiérarchie d'objectifs à atteindre. Les objectifs les plus faciles sont repérés et font l'objet d'un plan d'action en vue de leur réalisation.

Au cours de cette intervention, le thérapeute aide le proche à reformuler en termes concrets des buts atteignables et réalistes, et ainsi à faire le tri entre des perspectives futures utopiques ou pessimistes, et des changements positifs atteignables via une stratégie adéquate. Le proche est ainsi soutenu dans la reprise d'activités récréatives, dans le développement de nouvelles activités sociales qui ne soient pas en lien avec les problèmes d'addiction. Dans cette démarche, thérapeute et client explicitent une fois de plus les critères des activités qui méritent développement. Celles-ci doivent être gratifiantes, accessibles (notamment sur le plan

financier, mais aussi géographique ou temporel), faciles à intégrer dans l'agenda de la personne. On privilégie celles qui impliquent d'autres personnes, notamment l'entourage amical, par rapport aux activités davantage solitaires (Smith & Meyers, 2004). Enfin, l'on investit les obstacles qui pourraient empêcher l'initiation de ces activités et les solutions à envisager pour les dépasser. À cet effet on reprend la stratégie classique de résolution de problèmes, appliquée cette fois-ci à la mise en place des activités positives envisagées. Cette stratégie est d'ailleurs également utilisable pour identifier et sélectionner les activités que le proche décidera au final de mettre en place (Smith & Meyers 2004).

Une procédure d'encouragement systématique est aussi mise en œuvre pour soutenir le proche dans sa motivation (Sisson & Mallams, 1981). Elle se résume à trois recommandations clés auxquelles le thérapeute reste attentif (Meyers & Smith, 1995) : (1) ne jamais assumer que le proche fera le premier pas de manière tout à fait autonome pour contacter des personnes ou des organisations lors de la reprise d'activités récréatives ; (2) faire en sorte que le proche ait une personne de contact fiable au sein du groupe ou de l'organisation qu'il va rejoindre dans le cadre de ses activités récréatives ; (3) évoquer la reprise des activités positives avec le proche lors des sessions du programme CRAFT. Il s'agit donc d'accompagner le proche dans sa démarche de reprise d'activités gratifiantes, en particulier lorsqu'elle implique la création de nouveaux contacts interpersonnels ; mais il s'agit aussi de renforcer la mise en œuvre et la poursuite de ces activités positives, par le suivi assez systématique mené lors des séances du programme, par le témoignage d'un intérêt du thérapeute pour cet aspect de la vie du proche, et par la réflexion sur et le recours à toutes les sources de gratification possibles (auto-renforcements, bénéfices relationnels, plaisir).

8. Incitation au traitement

Dès le début de leur participation au programme CRAFT, la plupart des proches attendent avec impatience le moment où ils proposeront au consommateur de s'engager dans un traitement. Souvent les proches n'ont pas besoin d'attendre longtemps. Deux études ont montré qu'ils arrivent à proposer avec succès une entrée en traitement après cinq séances en moyenne (Meyers et al., 1998 ; Miller et al., 1999). Mais la prudence doit rester de mise et procéder plus lentement peut s'avérer dans

certains cas nécessaire. Une invitation prématurée comporte des risques de refus plus élevés.

Idéalement, un certain nombre de facteurs doivent être mis en place pour que la proposition de rentrer en traitement ait un maximum de chance de succès. Il est tout d'abord important de choisir un moment où le consommateur se montre particulièrement motivé à changer. La motivation est en effet un processus dynamique ; son intensité varie dans le temps. Le thérapeute doit ainsi aider le proche à reconnaître les signes ou les moments qui indiquent une plus grande ouverture au changement. Certains moments semblent assez favorables : par exemple quand regrette des problèmes associés à sa consommation ; quand il se montre dérangé ou surpris par des remarques sur sa dépendance aux substances ; quand il s'intéresse aux démarches thérapeutiques entreprises par le proche ; quand il se questionne sur les changements de comportement de son entourage.

Afin d'augmenter les chances que le consommateur accepte de rencontrer un professionnel, le proche peut lui transmettre des informations utiles et motivantes. Il peut tout d'abord lui expliquer qu'il aura la possibilité de rencontrer son thérapeute mais qu'il pourra être suivi par quelqu'un d'autre ; qu'il pourra se limiter à « essayer » la thérapie ; qu'il pourra participer à la définition de ses objectifs et de son plan de traitement ; qu'il aura la possibilité d'aborder en thérapie d'autres sujets que la consommation.

Tous ces aspects sont évidemment discutés avec le proche dans le cadre d'une séance CRAFT, et de jeux de rôle peuvent être organisés par jeu de rôle pour intégrer les messages à délivrer dans une approche s'appuyant sur les techniques de communication positive.

Il est toutefois important de préparer le proche à un éventuel refus de la part du consommateur à rentrer en traitement car, même si la proposition a été avancée à un moment favorable et en utilisant une communication positive, le refus reste une possibilité concrète. Les risques de drop out, en cas d'engagement du consommateur à la thérapie, doivent également être discutés et anticipés avec le proche. Enfin, dans les cas où le consommateur rentre en traitement, la nécessité de poursuivre le suivi pour le proche doit être discutée car le maintien d'un soutien professionnel peut s'avérer utile.

Bases scientifiques

L'efficacité de la méthode CRAFT a été examinée par diverses études d'évaluation. Plusieurs études ont montré que dans 70% des cas environ les proches ayant participé au programme CRAFT ont réussi à motiver le consommateur de produits psychotropes à entrer en traitement (Kirby, Marlowe, Festinger, Garvey & LaMonaca, 1999 ; Meyers et al., 1998 ; Meyers et al., 2002 ; Sisson & Azrin, 1986 ; Waldron, Turner, Ozechowski, & Hops, 2003). Cette approche s'est montrée efficace pour plusieurs types de proches (épouses, parents, colocataires, amis proches) et plusieurs types de dépendances (alcool, cannabis, stimulants, cocaïne, opiacés) (Kirby et al., 1999 ; Meyers et al., 1998 ; Meyers et al., 2002 ; Waldron et al., 2003).

Une méta-analyse conduite par Roozen et collaborateurs a sélectionné sur un ensemble de 19 articles relatifs à cette approche identifiés dans la littérature scientifique, 4 études contrôlées randomisées de qualité suffisante comparant CRAFT à une intervention alternative (Al-Anon, Nar-Anon ou la méthode du Johnson Institute). Cette méta-analyse conclut que CRAFT permet environ trois fois plus d'engagements en traitement des patients toxicodépendants que les interventions concurrentes Al-Anon et Nar-Anon, et deux fois plus d'engagement qu'avec la méthode Johnson (Roozen, de Waart, & Van der Kroft, 2010). Globalement, selon ces 4 études, approximativement deux-tiers des patients sont d'accord d'entrer en traitement après 4 à 6 séances de CRAFT conduites avec leurs proches. Une des études les plus récentes sur CRAFT a obtenu des résultats sur l'engagement au traitement un peu inférieurs à ceux obtenus jusque-là (55% d'engagement), mais dans un cadre de traitement de routine et avec une population davantage hétérogène comprenant notamment des patients polytoxicomanes (Dutcher et al., 2009).

Indépendamment du fait que le consommateur rentre ou non en traitement, ces études rapportent des effets bénéfiques pour les proches (p. ex. : baisse de l'anxiété, de la dépression, de la colère, des troubles somatiques : Kirby et al., 1999 ; Meyers et al., 1998 ; Meyers et al., 2002 ; Miller, Meyers & Tonigan, 1999 ; Sisson et al., 1986 ; Waldron et al., 2003). Néanmoins, comme le rapporte la méta-analyse de Roozen, on ne peut pas conclure à une supériorité de la méthode CRAFT

sur les méthodes Al-Anon, Nar-Anon ou du Johnston Institute (Roozen et al., 2010).

Conclusion

Motiver les personnes dépendantes à modifier leurs comportements de consommation et à s'engager dans un traitement représente un challenge auquel les proches et les membres de l'entourage sont confrontés au quotidien. Leurs efforts durent souvent depuis longtemps, alimentés par la volonté d'aider la personne consommatrice. Mais le parcours est fréquemment parsemé de moments d'échecs, d'espoir, de conflits, d'impuissance, voire d'épuisement. Ainsi le bien-être des proches est en général mis durement à l'épreuve et ce n'est parfois qu'en dernier recours seulement que ceux-ci font appel au soutien de professionnels.

Il est important que ces derniers puissent alors s'appuyer sur des méthodes d'intervention comme CRAFT pour aider les proches à non seulement motiver le patient toxicodépendant à rentrer en traitement, mais aussi à réduire leur propre souffrance et à préserver leur propre santé.

L'intérêt d'une approche comme CRAFT est de proposer des modalités d'intervention applicables à différentes situations cliniques et aux multiples problèmes rencontrés par les proches. Bien que formulée à la manière d'un programme standardisé (et manualisé) la méthode offre suffisamment de souplesse pour que le thérapeute et le proches puissent à chaque séance se déterminer sur les aspects les plus pertinents à travailler. Elle offre des outils qui permettent au proche de disposer de moyens concrets et applicables, dont l'impact sur le comportement du consommateur peut être aisément constaté.

Cependant, quelles que soient les qualités de CRAFT, il faut bien rappeler que cette approche ne saurait à elle seule surmonter toutes les résistances à s'y engager manifestées par certains proches, qui peuvent notamment peiner à comprendre qu'il leur faille eux-mêmes s'inscrire dans une démarche thérapeutique alors que leur but est d'aider la personne avec laquelle ils ont un lien affectif à entrer en traitement. Confrontés aux problèmes engendrés par les conduites d'abus de substances du consommateur, il n'est pas rare que les proches considèrent, voire exigent, que le changement soit effectué de sa part et non l'inverse. Avancer une demande d'aide et accepter de se remettre en question est donc souvent le résultat d'un parcours dont le premier pas est difficile à franchir.

Des efforts doivent être faits de la part des professionnels afin de rendre les méthodes d'intervention destinées aux proches plus facilement accessibles et enlever les barrières et les fausses croyances qui empêchent encore aujourd'hui à un nombre important de proches de formuler une demande d'aide. Des collaborations plus étroites avec les associations de proches et une mise en place de stratégies de communication destinées au large public pourraient être des pistes de sensibilisation à investiguer à l'avenir. Quoi qu'il en soit, et quand bien même des études supplémentaires mériteraient d'être conduites pour en asseoir encore davantage le support empirique, la méthode CRAFT apparaît comme une approche cognitive et comportementale utile, pas trop difficile à implémenter pour des thérapeutes confirmés, et qui mérite sa place dans la panoplie des options d'interventions à offrir aux proches de patients souffrant de toxicodépendance.

Références

- Acierno, R., Resnick, H. S., & Kilpatrick, D. G. (1997). Health impact of interpersonal violence: Prevalence rates, case identification, and risk factors for sexual assault, physical assault, and domestic violence in men and women. *Behavioral Medicine*, 23, 53–64. doi: 10.1080/08964289709596729
- Al-Anon Family Groups. (1984). *Al-Anon faces alcoholism*. New York, NY : Author.
- Azrin, N. H., Naster, B. J., & Jones, R. (1973). Reciprocity counseling: A rapid learning-based procedure for marital counseling. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 365–382. doi: 10.1016/0005-7967(73)90095-8
- Barber, J. G., & Crisp, B. R. (1995). The 'pressures to change' approach to working with the partners of heavy drinkers. *Addiction*, 90, 269–276. doi:10.1046/j.1360-0443.1995.90226912.x
- Barnard, M. (2007). *Drug Addiction and Families*. London, Great Britain: Jessica Kingsley.
- Casswell, S., You, R. Q., & Huckle, T. (2011). Alcohol's harm to others: reduced wellbeing and health status for those with heavy drinkers in their lives. *Addiction*, 106(6), 1087–1094. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03361.x
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107–126. doi: 10.1037/h0031360

- Daley, D. C. (2013). Family and social aspects of substance use disorders and treatment. *Journal of food and drug analysis*, 21(4), S73-S76. doi: 10.1016/j.jfda.2013.09.038
- Dutcher, L. W., Anderson, R., Moore, M., Luna-Anderson, C., Meyers, R. J., Delaney, H. D., & Smith, J. E. (2009). Community Reinforcement and Family Training (CRAFT): An effectiveness study. *Journal of Behavior Analysis in Health, Sports, Fitness and Medicine*, 2(1), 80-90. doi: 10.1037/h0100376
- Epstein, E. E., & McCrady, B. S. (1998). Behavioral couples treatment of alcohol and drug use disorders: Current status and innovations. *Clinical Psychology Review*, 18, 689-711. doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00025-7
- Foote, J., & Manuel, J. K. (2009). Adapting the CRAFT approach for use in group therapy. *Journal of Behavior Analysis in Health, Sports, Fitness and Medicine*, 2(1), 109-120. doi:10.1037/h0100378.
- Friman, P. C. (2009). Time-out, time-in and task-based grounding. In W. T. O'Donohue & J. E. Fisher (Eds.), *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy* (pp. 655-662). Hoboken NJ: John Wiley & Sons.
- Garrett, J., Landau, J., Shea, R., Stanton, M. D., Baciewicz, G., & Brinkman-Sull, D. (1998). The ARISE intervention: Using family and network links to engage addicted persons in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, 333-343. doi:10.1016/S0740-5472(97)00212-2
- Hunt, G.M., Azrin, N.H., 1973. A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 11(1), 91-104.
- Johnson, V. E. (1986). *Intervention : How to help those who don't want help. A step-by-step guide for family and friends of chemically dependent persons* (8th ed.). Center City, MN : Hazelden Publishing.
- Kirby, K. C., Marlowe, D. B., Festinger, D. S., Garvey, K. A., & LaMonaca, V. (1999). Community reinforcement training for family and significant others of drug abusers: A unilateral intervention to increase treatment entry of drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 56, 85-96. doi: 10.1016/S0376-8716(99)00022-8
- Lander, L., Howsare, J., & Byrne, M. (2013). The impact of substance use disorders on families and children: From theory to practice. *Social Work in Public Health*, 28, 194-205. doi : 10.1080/19371918.2013.759005
- Leonard, K. E., & Eiden, R. D. (2007). Marital and family processes in the context of alcohol use and alcohol disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 285. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091424
- Liepmann, M. R. (1993). Using family influence to motivate alcoholics to enter treatment: The Johnson Institute Intervention approach. In J. T. O'Farrell (Ed). (1993). *Treating alcohol problems: Marital and family interventions* (pp. 54-77). New York, NY: Guilford Press.
- Lipsey, M. W., Wilson, D. B., Cohen, M. A., & Derzon, J. H. (1997). Is there a causal relationship between alcohol use and violence? A synthesis of the evidence. In M. Galanter (Ed.), *Recent developments in alcoholism. Vol. 13. Alcohol and violence: Epidemiology, neurobiology, psychology, and family issues* (pp. 245-282). New York, NY: Plenum Press.
- McLellan, A. T., Woody, G. E., Luborsky, L., O'Brien, C. P., & Druley, K. A. (1983). Increased effectiveness of substance abuse treatment: A prospective study of patient-treatment "matching". *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171(10), 597-605.
- Meyers, R. J., Dominguez, T. & Smith, J. E. (1996). Community reinforcement training with concerned others. In V. B. Hasselt & M. Hersen (Eds.), *Source of psychological treatment manuals for adult disorders* (pp. 257-294). New York, NY: Plenum Press.
- Meyers, R. J., Miller, W. R., Hill, D. E., & Tonigan, J. S. (1998). Community reinforcement and family training (CRAFT): Engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*, 10(3), 291-308. doi: 10.1016/S0899-3289(99)00003-6
- Meyers, R. J., Miller, W. R., Smith, J. E., & Tonigan, J. S. (2002). A randomized trial of two methods for engaging treatment-refusing drug users through concerned significant others. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1182-1185. doi:10.1037/0022-006X.70.5.1182
- Meyers, R. J., & Smith, J. E. (1995). *Clinical guide to alcohol treatment: the Community Reinforcement Approach*. New York, NY: Guilford Press.

- Meyers, R. J., Smith, J. E., Serna, B., & Belon, K. E. (2013). Community reinforcement approaches: CRA and CRAFT. In P. M. Miller (Ed.), *Interventions for addiction, Vol. 3: Comprehensive addictive behaviors and disorders* (pp. 47-56). San Diego, CA: Academic Press. doi:10.1016/B978-0-12-398338-1.00006-3
- Meyers, R. J. & Wolfe B. L. (2004). *Get your loved one sober: Alternatives to nagging, pleading and threatening, , guide pratique*. New York, NY : Hazelden.
- Miller, W.R., Meyers, R.J., & Tonigan, J.S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 688–697. doi: 10.1037/0022-006X.67.5.688
- Monti, P. M., Kadden, R. M., Rohsenow, D. J., Cooney, N. L., & Abrams, D. B. (2002). *Treating alcohol dependence: A coping skills training guide (2nd ed.)*. New York, NY: Guilford Press
- Narcotics Anonymous. (1993). *It works - How and why. The Twelve steps and twelve traditions of Narcotics Anonymous*. Van Nuys, CA : Narcotic Anonymous World Services.
- Navarro, H. J., Doran, C. M., & Shakeshaft, A. P. (2011). Measuring costs of alcohol harm to others: A review of the literature. *Drug and alcohol dependence*, 114(2), 87-99. doi : 10.1016/j.drugalcdep.2010.11.009
- O'Farrell, T. J., & Fals-Stewart, W. (2003). Marital and family therapy. In R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (3rd ed., pp. 188–212). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- O'Farrell, T. J., & Murphy, C. M. (2002). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse: Encountering the problem. In C. Wekerle & A. M. Wall (Eds.), *The violence and addiction connection: Theoretical and clinical issues in substance abuse and relationship violence* (pp. 293–302). Philadelphia, PA: Brunner/ Mazel.
- Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L., & Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social Science & Medicine*, 78, 70-77. doi:10.1016/j.socscimed.2012.11.036
- SchorNSTein, S. L. (1997). *Domestic violence and health care: What every professional needs to know*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sisson, R.W., & Azrin, N.H. (1986). Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 17, 15-21. doi: 10.1016/0005-7916(86)90005-4
- Sisson, R. W., & Mallams, J. H. (1981). The use of systematic encouragement and community access procedures to increase attendance at Alcoholics Anonymous and Al-Anon meetings. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 8, 371–376. doi: 10.3109/00952998109009560
- Smith, J. E., & Meyers R. J. (2004). *Motivating substance abusers to enter treatment: Working with family members*. New York, NY : Guilford Press.
- Snow, M. G., Prochaska, J. O., & Rossi, J. S. (1992). Stages of change for smoking cessation among former problem drinkers: A cross-sectional analysis. *Journal of Substance Abuse*, 4(2), 107-116. doi: 10.1016/0899-3289(92)90011-L
- Thomas, E. J., & Ager, R. D. (1993). Unilateral family therapy with the spouses of uncooperative alcohol abusers. In T. J. O'Farrell (Ed.), *Treating alcohol problems: Marital and family interventions* (pp. 3-33). New York, NY: Guilford Press.
- Thomas, E. J., & Santa, C. A. (1982). Unilateral family therapy for alcohol abuse: A working conception. *American Journal of Family Therapy*, 10, 49–58. doi:10.1080/01926188208250088
- Waldron, H. B., Turner, C. W., Ozechowski, T., & Hops, H. (2003). Treatment-elusive vs. Traditional outpatient adolescent substance abusers : Baseline and treatment outcome differences. *Paper presented at the College on Problem of Drug Dependence*, Miami, FL.
- Wekerle, C., & Wall, A. M. (Eds.) (2002). *The violence and addiction connection: Theoretical and clinical issues in substance abuse and relationship violence*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- White, H. R., & Chen, P. (2002). Problem drinking and intimate partner violence. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 205-214. doi: 10.15288/jsa.2002.63.205

La thérapie d'acceptation et d'engagement : un modèle de supervision cognitivo-comportemental de la troisième vague

Acceptance and Commitment Therapy: A Third Wave Cognitive Behavioural Model of Supervision

DIONNE Frédérick¹ & DESCHÊNES Lyne²

¹Professeur au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)

²Psychologue en pratique privée

Correspondance : Frédérick Dionne, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, C.P. 500, Québec, Canada, G9A 5H7. Courriel : frederick.dionne@uqtr.ca

Résumé

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) est une approche cognitive et comportementale de troisième vague qui s'avère fort populaire et répandue. À l'heure actuelle, il n'existe aucun modèle de supervision basé sur la thérapie ACT. Cet article propose un modèle de supervision basée sur le modèle de la flexibilité psychologique de l'ACT. Il présente un aperçu de l'évolution de la supervision clinique selon l'approche cognitive et comportementale, les caractéristiques du modèle de supervision ACT, les éléments d'une séance type et une revue des études portant sur l'impact d'une formation ACT sur les compétences et le bien-être du thérapeute. De nature expérientielle, l'ACT offre une approche novatrice de la supervision qui se distingue de la TCC traditionnelle. Des études futures sont nécessaires afin d'évaluer le modèle de la supervision clinique de la thérapie ACT.

Mots clés : Supervision, Thérapie d'acceptation et d'engagement, Thérapie cognitive et comportementale, Troisième vague, Flexibilité psychologique.

Abstract

Acceptance and commitment therapy (ACT) is a popular and well-dissiminated third wave cognitive and behavioral therapy. However, there are no existing supervision model within ACT. This article proposes a supervision model based on the psychological flexibility model. A brief evolution of CBT clinical model is presented. Several useful strategies are offered for the supervisor as well as a typical session and general indications. A review of studies about the impact of an ACT training show that training can improve therapist competencies as well as well-being. Because of its experiential nature, ACT is an innovative model of supervision which is distinct from traditional cognitive and behavioral therapy. Further studies are needed to evaluate the ACT model of supervision.

Key words: Supervision, Acceptance and Commitment Therapy, Third wave, Cognitive and Behavioural Therapy, Psychological flexibility.

-----CET ARTICLE EST PROTÉGÉ PAR UN COPYRIGHT JUSQU'EN 2021-----

L'approche cognitive et comportementale (TCC) s'est considérablement transformée au cours des dernières années. Certains praticiens et chercheurs considèrent qu'une troisième vague est venue s'ajouter aux vagues comportementales et cognitives précédentes (Dionne & Neveu, 2010; Hayes, 2004; Hayes, Villatte, Levin, & Hildebrandt, 2011). Toujours ancrée dans la tradition empirique, cette troisième génération de TCC intègre des concepts ainsi que des méthodes d'intervention issus d'autres traditions comme la philosophie dialectique, l'acceptation ou encore la pleine conscience (*mindfulness*). Au lieu de modifier les expériences psychologiques directement, ces thérapies cherchent à modifier la *relation* aux expériences, ou à transformer leur contexte d'apparition.

Parmi ces approches, la thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptance & Commitment Therapy*; ACT à prononcer « acte »; Hayes, Wilson, & Strosahl, 2012) est certainement l'une des plus populaires. En dépit de la grande dissémination de ces approches et de la volonté des étudiants et des professionnels de la santé de s'y former, il n'existe que très peu de travaux sur l'ACT comme modèle de supervision. Quelques articles abordent la supervision selon cette approche, mais se centrent davantage sur un trouble particulier, comme l'état de stress post-traumatique (Walser & Westrup, 2006) ou sur le rôle des émotions des psychothérapeutes en supervision (Batten & Santanello, 2009; Folette & Batten, 2000). De plus, aucune publication n'est encore disponible pour le superviseur francophone.

L'objectif de cet article est d'offrir un cadre théorique et pratique de la supervision clinique basée sur l'ACT.

Il présente un aperçu de l'évolution de la supervision dans un cadre cognitif et comportemental, un résumé des aspects théoriques et pratiques de l'ACT, un modèle de la supervision basé sur la flexibilité psychologique de l'ACT, des indications générales sur ce modèle de supervision, les éléments constituant une séance type, ainsi qu'une revue des études concernant l'impact d'une formation ACT sur les compétences et le bien-être du psychothérapeute.

L'évolution de la supervision en TCC

Watkins (2014) définit la supervision comme une activité, une intervention ou une méthode pédagogique par laquelle un professionnel senior sert de mentor ou de guide à un professionnel junior en processus d'apprentissage de la pratique psychothérapeutique. La supervision est conçue pour améliorer le fonctionnement professionnel des supervisés, protéger les patients et la profession. Elle implique l'évaluation de ce fonctionnement professionnel par le superviseur.

Liese et Beck (1997) ainsi que Padeski (1996) ont réalisé les travaux fondateurs de la supervision en psychothérapie cognitive et comportementale. Leur approche consiste essentiellement à appliquer les principes et méthodes de la TCC à la supervision. Milne (2007) résume ce modèle en neuf points (voir Tableau 1). Ces caractéristiques le distinguent des autres modèles de la supervision, comme ceux des approches humaniste ou psychodynamique (Reiser, 2014).

Tableau 1. Les caractéristiques de la supervision selon la thérapie cognitive et comportementale (Milne 2007).

1. Elle adopte un agenda structuré.
2. Elle privilégie une approche active, pragmatique, et fondée sur la résolution de problème.
3. Elle accorde un rôle central à la conceptualisation et la discussion de cas.
4. Elle utilise des méthodes cognitives et comportementales comme le questionnement socratique, le jeu de rôle, l'entraînement d'habiletés.
5. Elle favorise une attitude de collaboration empirique entre le superviseur et le supervisé
6. Elle s'intéresse à la dynamique personnelle et interpersonnelle du supervisé dans la mesure où elle affecte la thérapie et la supervision (p. ex. identifier les pensées automatiques du supervisé).
7. Elle enseigne des méthodes validées empiriquement.
8. Elle fait usage de vidéos et d'outils psychométriques afin d'évaluer et d'améliorer les compétences du thérapeute.
9. Elle utilise des méthodes soutenues empiriquement, de même que des outils psychométriques afin d'évaluer l'efficacité de ses interventions

En cours de développement, le modèle cognitivo-comportemental a intégré les nouvelles avancées en matière de supervision. Les approches fondées sur les compétences visent le développement d'aptitudes centrales et plus générales de la supervision (Milne, 2008, 2009; Newman, 2010; Roth & Pilling, 2008). Entre autres, l'utilisation des principes d'apprentissage et de l'éducation chez l'adulte (Kolb, 1984), la prise en considération des stades de développement du supervisé (Stoltenberg, 2008), l'accent sur l'utilisation de méthodes empiriquement validées (observation, jeu de rôle, modeling), la rétroaction immédiate et la prise en compte des

variables culturelles sont mises en avant (Reiser, 2014; Roth & Pilling, 2008).

Préconisant une approche plus expérientielle de la psychothérapie, l'arrivée des approches basées sur l'acceptation et la pleine conscience entraînent un changement de paradigme dans la formation des thérapeutes en TCC (Crane et al., 2012). Pour Bondolfi et Bizzini (2006), le défi actuel des programmes de formation est de préserver l'efficacité clinique des TCC en intégrant ces approches plus récentes qui utilisent des méthodes expérientielles et épistémologiquement plus complexes. L'ACT fait partie de ces nouvelles approches qui attirent l'attention de la communauté scientifique. Elle vise

essentiellement l'amélioration de la *flexibilité psychologique* du client et du supervisé.

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)

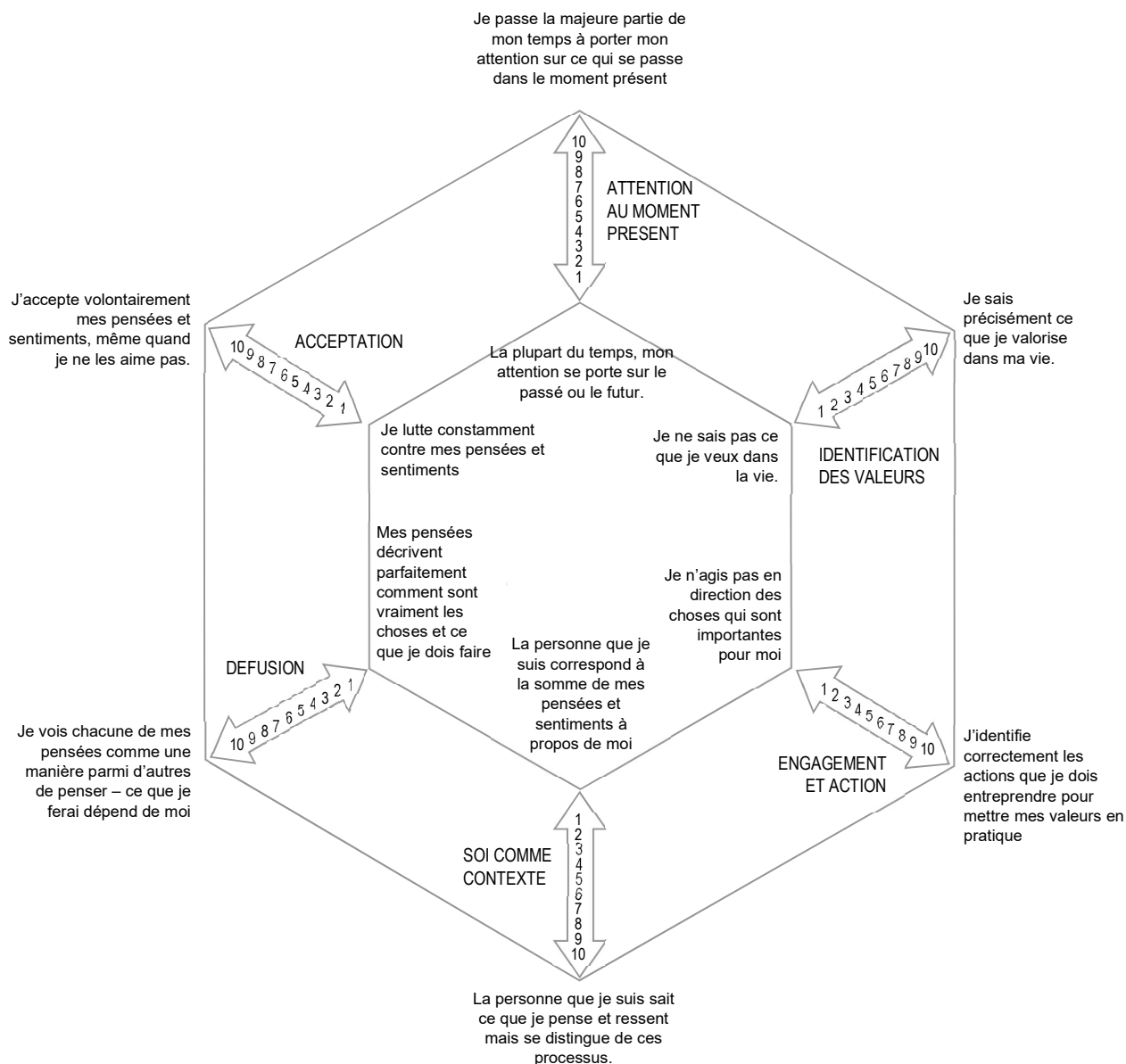
L'ACT est une approche prototypique des thérapies de troisième vague qui se montre efficace notamment auprès des personnes souffrant de douleur chronique, de dépression, d'anxiété mixte, de troubles psychotiques et d'abus de substances (voir A-Tjak, 2015, pour une méta-analyse). Les fondements épistémologiques de l'ACT reposent sur le contextualisme fonctionnel (Hayes, 1993). Cette philosophie de la science étudie le « contexte » au sein duquel apparaissent les comportements, considérant leurs antécédents (déclencheurs), leurs conséquences (renforcement positif ou négatif) ainsi que la relation de contingence entre antécédent/conséquence et comportements (Ramnerö & Törneke, 2008). L'intérêt du thérapeute ACT porte sur la fonction des comportements de l'individu (c.-à-d., leur utilité pour la personne). Par exemple, dans le cadre d'un trouble anxieux, la fonction du comportement d'évitement (demeurer à distance des situations anxiogènes) pourrait être le soulagement d'émotions douloureuses (renforceur négatif). Le contextualisme fonctionnel propose une vision pragmatique du fonctionnement humain; il ne cherche pas à découvrir une vérité ontologique à tout être humain, mais tente d'expliquer ce qui est utile à chaque individu pour atteindre ses buts, qu'il soit chercheur, thérapeute, superviseur ou client. Dans l'ACT, les valeurs orientent les interventions. Ainsi, une intervention est dite « efficace » si elle permet à l'individu à progresser en direction de ses valeurs personnelles.

Le modèle de la flexibilité psychologique de l'ACT s'appuie sur la théorie des cadres relationnels (TCR; Hayes et al., 2001; Törneke, 2010), une approche

comportementale du langage et de la cognition. Cette théorie nous apprend entre autres que les processus langagiers chez l'humain (p. ex. notre capacité à raisonner et à résoudre des problèmes, l'apprentissage par des règles verbales comparativement à un apprentissage basé sur l'expérience directe), peuvent être à la source de la souffrance humaine. Le suivi de règles verbales peut contribuer au maintien des troubles psychologiques en éloignant l'individu des contingences directes de ses comportements, ce qui peut avoir comme conséquence d'amener l'individu à persister dans les comportements inefficaces (Villatte, Villatte, & Hayes, 2015). Ce phénomène contribue également à l'évitement expérientiel, un processus au cœur des psychopathologies, défini comme la tendance récurrente à éviter d'être en contact avec des événements internes comme des pensées, des images, des souvenirs, des émotions ou des sensations physiques inconfortables ou désagréables (Hayes et al., 2012). L'ACT propose ainsi un modèle transdiagnostique de la psychopathologie.

Le modèle de la flexibilité psychologique peut servir de guide à l'évaluation clinique du patient (analyse fonctionnelle). Ce modèle, aussi appelé *hexaflex*, est constitué de six processus psychologiques interreliés, tels qu'illustrés à la Figure 1. Ils sont présentés sur un continuum de 0 à 10 permettant de situer le fonctionnement de l'individu sur chacun de ces processus : (1) acceptation vs évitement/attachement aux expériences; (2) défusion cognitive vs fusion cognitive; (3) soi comme contexte vs fusion avec le soi conceptualisé (4) moment présent et flexibilité attentionnelle vs inflexibilité attentionnelle; (5) clarté vs manque de clarté dans les valeurs; (6) l'action engagée vers les valeurs vs déficit d'actions engagées vers les valeurs et/ou impulsivité.

Figure 1. Le modèle de l'hexaflex (Monestès et Villatte, 2011)



Un modèle de supervision expérientiel et basé sur la flexibilité psychologique

Dans l'ACT, l'enseignement expérientiel prédomine sur les enseignements théoriques et didactiques (Hayes et al., 2012), ce qui la distingue de la TCC plus traditionnelle. L'approche expérientielle implique un apprentissage qui repose sur un contact direct avec les antécédents et conséquences des comportements. À l'inverse, dans un apprentissage basé sur des règles, ces éléments du contexte sont déterminés majoritairement sur un apprentissage verbal ou symbolique (Villatte et al., 2015). En d'autres mots, au lieu de décrire les contingences par des règles ou des instructions (un enseignement didactique), l'individu s'expose directement aux éléments de son contexte interne et externe (pensées, émotions, actions et conséquences) par exemple, par le développement d'habiletés d'observation. Les métaphores, paradoxes et exercices pratiques peuvent favoriser ce type d'apprentissage. Il importe néanmoins de mentionner que ces deux catégories d'apprentissage (didactique et expérientiel) ne sont pas mutuellement exclusives. Il est possible d'utiliser des instructions verbales pour parvenir à créer un apprentissage expérientiel et un apprentissage expérientiel aura pour conséquence d'engendrer de nouvelles règles possiblement plus flexibles (Villatte et al., 2015). Les thérapeutes en apprentissage ont souvent tendance à lire des livres ou observer des vidéos sur la thérapie plutôt que d'expérimenter et de pratiquer l'ACT (Brock, Robb, Walser, & Batten, 2015). Une autre erreur fréquemment rencontrée est l'utilisation plutôt rigide des métaphores (p. ex. lire les métaphores au client; Brock et al., 2015). Ces exemples font ressortir la difficulté de travailler dans une approche expérientielle en psychothérapie. En bref, les thérapeutes ont souvent tendance à *parler* de l'ACT au lieu de *faire* de l'ACT, de là toute l'importance de développer un mode d'apprentissage expérientiel.

Le modèle de l'hexaflex sous-tend le traitement ACT ainsi que les attitudes et les compétences à développer par le thérapeute dans la relation avec ses clients (Hayes et al., 2012; Pierson & Hayes, 2007; Wilson & Dufrene, 2009). En supervision, il implique l'application des six processus de l'ACT par le supervisé (Luoma, Hayes, & Walser, 2007). Le

développement des processus de la flexibilité psychologique chez le supervisé s'avère utile pour diverses raisons. Premièrement, cela peut aider le thérapeute à s'engager, à être plus présent et à défusionner des pensées en séance avec ses clients, et ainsi favoriser le développement de ces habiletés chez son client (Luoma et al., 2007). Il est difficile d'aider un client à accepter ses ressentis difficiles si le thérapeute n'accepte pas lui-même ses propres réactions émotionnelles lorsque son client apporte un vécu pénible en séance. Deuxièmement, cibler les processus de la flexibilité chez le supervisé lui permet de mieux saisir l'ACT sur le plan fonctionnel. Par exemple, en étant attentif à ses propres pensées et comportements « inflexibles », le thérapeute est à même de mieux détecter ces aspects chez son client (Luoma et al., 2007). Troisièmement, appliquer les outils à la personne du supervisé permet de mieux intégrer les aspects théoriques de l'ACT. Les interventions faites par le superviseur sont d'abord au service du client (en restant centré sur ses buts) et non du supervisé (Batten & Santanello, 2009). Le superviseur s'assure ainsi de rester avec son supervisé en relation de supervision et non de psychothérapie. Les lignes qui suivent présentent quelques stratégies du modèle de supervision clinique selon l'ACT.

Enseigner les savoirs théoriques

Même si l'ACT est hautement expérientielle, elle nécessite l'acquisition d'un savoir issu d'un apprentissage didactique, un ensemble de notions conceptuelles. Dans les premières rencontres de supervision et tout au long du processus, le superviseur accorde un temps à l'enseignement des concepts clés (p. ex. acceptation, défusion, valeurs) et suggère diverses lectures. Quelques livres sont disponibles en version française comme ceux de Harris (2012), Monestès et Villatte (2011), ou Schoendorff, Grand et Bolduc (2011). La lecture d'ouvrages classiques est fortement recommandée tels que ceux de Hayes et de Luoma (Hayes et al., 2012; Luoma et al. 2007).

Au début d'une démarche de supervision, Walser et Westrup (2006) suggèrent de participer à au moins une formation d'une journée sur la thérapie l'ACT. Harris (2012) mentionne que la plupart des thérapeutes s'étant formés à l'ACT considèrent qu'un minimum d'une année de formations théoriques et pratiques (p. ex. formation continue, lectures, visionnement de DVD) est nécessaire pour une

intégration fluide et souple du modèle. Pour se familiariser avec ce modèle, les apprentissages théoriques sont importants, mais ils ne devraient pas se faire au détriment de l'enseignement expérientiel.

Créer un contexte interpersonnel favorable au développement des compétences

Plusieurs auteurs s'entendent sur l'importance de la qualité de la relation superviseur/supervisé dans l'apprentissage et le développement des compétences du thérapeute (Borders, 2014; D'Errico et al., 2012; Lecomte & Savard, 2012; Sweeney & Creaner, 2014). La relation thérapeutique est également cruciale dans l'ACT (Pierson & Hayes, 2007). Le modèle ACT reconnaît que les processus menant à la souffrance psychologique sont présents chez tout être humain, qu'il soit client, thérapeute ou superviseur. La nature de la relation de supervision est foncièrement « égalitaire » et favorise l'acceptation, l'ouverture et la compassion à l'égard de l'expérience du supervisé. Le superviseur n'hésitera donc pas à demander la permission du supervisé avant de faire une intervention ou de proposer un exercice, et s'excuser auprès de lui s'il commet une maladresse. Le superviseur peut également dévoiler certains aspects personnels s'il conçoit que cette révélation peut être bénéfique ou utile au supervisé. Selon plusieurs auteurs, l'ouverture du superviseur inciterait les supervisés à une plus grande authenticité (Borders, 2014; D'Errico et al., 2012; Lecomte & Savard, 2012; Sweeney & Creaner, 2014). Le superviseur se fait modèle des six processus de l'ACT par son attitude et sa façon d'être lors du processus de supervision.

Certains auteurs soutiennent qu'une des stratégies pour développer de nouvelles compétences chez les clients (et le supervisé) est de renforcer celles-ci lorsqu'elles émergent en séance (Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg, & Gifford, 2004; Monestès & Villatte, 2011; Shoendorff et al., 2011; Tsai et al., 2008). En plus d'observer, susciter et renforcer les habiletés du supervisé, les rencontres de supervision deviennent un lieu propice au renforcement des compétences liées aux processus de l'hexaflex (Monestès & Villatte, 2011). Par exemple, lorsque le thérapeute expérimente le processus de défusion en séance de supervision (p. ex. en effectuant une intervention malgré une pensée lui indiquant le

contraire), le superviseur peut chercher à renforcer ce comportement, en encourageant le supervisé à observer qu'il a réussi à se mettre dans l'action engagée, malgré la pensée dérangeante, puis l'invite à évaluer l'utilité de cette réponse.

Adopter une approche contextuelle et fonctionnelle

Le modèle de supervision de l'ACT consiste à guider le supervisé à entrer en contact directement avec son expérience, au lieu de strictement lui proposer des instructions théoriques (règles verbales). Cela amène le supervisé à trouver « ses propres réponses » lui permettant une certaine autonomie face à la personne qui donne des règles (Villatte et al., 2015). Par conséquent, on favorise le développement d'habiletés plus générales et flexibles pouvant s'adapter à une multitude de contextes. Ce type d'enseignement s'opère à l'intérieur d'une perspective contextuelle et fonctionnelle.

Par un questionnement judicieux de la part du superviseur, le supervisé est ainsi invité à observer les antécédents, ses réponses (interventions thérapeutiques) ainsi que leurs conséquences. *Superviseur* : « Qu'est-il arrivé dans la rencontre avec votre client? Qu'elle a été votre expérience (pensées, émotions)? Qu'avez-vous fait en réponse à cette expérience? Qu'est-il arrivé ensuite? Est-ce que cette intervention vous a rapproché ou éloigné de votre objectif ou du thérapeute que vous désirez être? ». Cette façon de faire incite le supervisé à questionner et à comprendre la fonction de ses interventions ce qui peut favoriser le développement de cette aptitude auprès de ses clients. Par exemple, un thérapeute en consultation peut réaliser qu'à certains moments, il cherche à changer de sujet, tente de convaincre son client ou propose une métaphore de façon impromptue, des comportements qui peuvent avoir comme fonction l'évitement des ressentis inconfortables.

Développer la position du soi comme contexte

Schön (1987) soutient que le praticien développe ses connaissances non par l'application de la théorie, mais par un double processus de réflexion : la réflexion dans l'action et la réflexion sur l'action. La pratique réflexive est centrale en supervision

(Teyber & McClure Teyber, 2014). L'ACT propose une notion similaire avec le soi comme contexte ou le « soi observateur » (Hayes et al., 2012). Le superviseur ACT adopte une présence attentive et une perspective d'observateur face aux interactions superviseur/supervisé et à ses propres réactions (pensées, émotions, sensations). À partir de ce point de vue, il est possible de prendre conscience de l'émergence de réactions rigides en lien avec le soi conceptualisé ou d'une tendance à vouloir expliquer, convaincre ou rationaliser même lorsque ce n'est pas utile (Hayes et al., 2012). Par ailleurs, le développement de cette perspective peut augmenter la capacité d'empathie du thérapeute. Par exemple, l'exercice intitulé « La journée de votre patient » (Monestès & Villatte, 2011; Vilardaga & Hayes, 2009) agit sur la capacité de prise de perspective du thérapeute en lui proposant de s'imaginer à la place de son client. *Superviseur* : « Prenez quelques secondes pour imaginer que vous êtes votre patient en chemin pour venir à sa consultation. Que ressent-il? ». Le superviseur aidera le supervisé à adopter ce changement de perspective, ce sens du soi comme contexte, afin qu'il puisse aussi l'appliquer avec sa clientèle (Vandenberghe & da Silveira, 2013).

Clarifier les valeurs du supervisé

Clarifier les valeurs du supervisé est important et peut constituer une des premières interventions en supervision. *Superviseur* : « Décrivez-moi le thérapeute que vous avez envie d'être ». *Thérapeute* : « Un thérapeute présent, aimant, sécurisant et compétent ». Il est indiqué d'encourager le supervisé à réfléchir sur les raisons profondes qui l'ont incité à devenir thérapeute et à prendre conscience des forces et des qualités personnelles qu'il souhaite incarner dans sa relation thérapeutique avec ses clients. Si le thérapeute valorise le fait d'être plus présent ou moins « dans sa tête » en présence de ses clients, le superviseur peut aider le supervisé à examiner les attitudes, objectifs et actions qu'il souhaite adopter afin de se rapprocher du thérapeute qu'il aimerait être.

Concrétiser des actions engagées

La mise en place de nouvelles interventions comme la pleine conscience et les métaphores vient avec son lot d'incertitudes, de sentiments et de pensées inconfortables. Pour favoriser l'apprentissage de la thérapie ACT, il peut être utile que le thérapeute sorte de sa zone de confort et prenne

des « risques émotionnels » (Tsai et al., 2008) en expérimentant de nouvelles interventions. *Superviseur* : « Êtes-vous prêt à essayer cette intervention si celle-ci vous permet de vous rapprocher du thérapeute que vous aimeriez être? ». Par exemple, un supervisé craignait de débiter une rencontre thérapeutique par un exercice de pleine conscience par peur de ne pas le faire correctement. Après avoir exploré ses pensées (p. ex. « comment réagira le client? ») et ses émotions (p. ex. anxiété), le superviseur a utilisé la métaphore des passagers dans l'autobus (Hayes et al., 2012; Monestès & Villatte, 2011) pour illustrer qu'il est possible de progresser en direction de ses valeurs (p. ex. être un thérapeute aidant), malgré ce que racontent les passagers (pensées et émotions).

Favoriser l'acceptation des ressentis émotionnels

Au cours du processus de supervision, plusieurs émotions sont susceptibles d'être vécues, tout comme dans la relation thérapeute/client. Dans la littérature, on évoque les sentiments tels que la honte (Gutierrez & Hagedorn, 2013; Lecomte, 2012; Sweeney & Creaner, 2014), le sentiment d'incompétence et d'imposture (Lecomte, 2012; Sweeney & Creaner, 2014), la crainte de l'échec en évaluation, la peur de décevoir le superviseur, ainsi que l'inconfort provoqué par certains types d'intervention (Rabin, 2013). Par le malaise qu'elles peuvent susciter, la probabilité d'évitement expérientiel est accrue et peut entraver le processus d'apprentissage et d'évolution du supervisé. Apprendre aux thérapeutes à identifier, tolérer et gérer ses propres ressentis émotionnels désagréables est une habileté clinique importante (Follette & Batten, 2000). Brock et al. (2015) soulignent d'ailleurs l'importance de consentir à ressentir des émotions désagréables (p. ex. de la confusion, des doutes, ou un sentiment d'incompétence), particulièrement dans l'apprentissage de l'ACT.

Que ce soit en supervision ou lors des rencontres avec un client, l'ACT nécessite pour le thérapeute un travail d'acceptation des émotions (de même que des pensées et des sensations). Par exemple, il est souvent remarqué que les supervisés éprouvent des difficultés à tolérer les silences en thérapie. L'exercice « Eyes on », présenté par Steven Hayes lors de certains de ses ateliers, peut s'avérer fort utile pour développer la compétence d'acceptation. En silence,

le superviseur et le supervisé se regardent droit dans les yeux, tout en observant et accueillant les pensées, émotions et sensations parfois inconfortables pouvant émerger.

Défusionner d'avec les pensées inefficaces

Afin de demeurer efficaces lors des séances d'intervention, les thérapeutes doivent éviter le piège de la fusion avec leurs croyances négatives à l'égard de leur expérience, leurs habiletés et leur rôle professionnels (Friedberg, Gorman, & Beidel, 2009 ; Pierson & Hayes, 2007). Par exemple, au cours de sa formation, il n'est pas rare que le futur thérapeute doute de ses compétences ou de son choix professionnels : « je ne suis pas à ma place », « je ne ferai pas un bon thérapeute », « je ne peux pas aider ce client », etc. Le thérapeute plus expérimenté, peut-être plus confiant en ses habiletés, rencontrera possiblement certaines barrières intérieures dans la transition entre son modèle thérapeutique actuel et l'apprentissage de l'ACT. Par conséquent, il est judicieux d'explorer ces croyances ainsi que la réponse comportementale à celles-ci dans le cadre de la supervision afin de permettre au supervisé de pratiquer concrètement la défusion, et de se libérer de l'emprise de ses pensées et réactions inefficaces. Diverses techniques peuvent être bénéfiques en supervision telles que dire « J'ai la pensée que... », écrire ses pensées sur des cartes et les amener avec soi ou répéter sa pensée à voix haute (Hayes et al., 2012).

Cultiver la pleine conscience

La pratique de la pleine conscience entraînerait des bénéfices utiles chez le thérapeute ainsi que sur son efficacité thérapeutique. Les recherches suggèrent qu'elle favorise le développement de capacités cognitives (conscience métacognitive, diminution de la rumination, amélioration des capacités attentionnelles) qui contribuent à leur tour à une meilleure régulation émotionnelle (Corcoran, Farb, Anderson, & Segal, 2010; Siegel, 2007). D'autres études démontrent que la méditation de pleine conscience favorise une plus grande flexibilité cognitive, une augmentation de la vitesse du traitement de l'information (Moore & Malinowski, 2009), le développement des habiletés d'auto-observation (Siegel, 2007) et un accroissement de l'autocompassion chez les

professionnels de la santé (Shapiro, Astin, Bishop, & Cordova, 2005) ainsi que chez les thérapeutes en formation (Shapiro, Brown, & Biegel, 2007). Lorsque la pratique de la pleine conscience est intégrée à la formation en psychothérapie, elle contribuerait au développement des habiletés du thérapeute (être plus attentif aux processus thérapeutiques, développer une plus grande aisance avec les silences, être davantage à l'écoute de soi et de ses clients) et influencerait son efficacité thérapeutique (Newsome, Christopher, Dahlen, & Christopher, 2006). En somme, développer les habiletés de pleine conscience du thérapeute bénéficie tout autant au thérapeute qu'à ses clients.

Indications générales et séance type

Dans la prochaine section, des indications générales sont proposées au superviseur ACT en demeurant près des standards et des données probantes en matière de supervision.

Obtenir un consentement libre et éclairé

Dès le début du processus de supervision et tout au long de celui-ci, il importe d'obtenir le consentement libre et éclairé du supervisé en discutant des éléments du contrat de supervision et spécifiant les attentes et les responsabilités du supervisé et du superviseur (Borders, 2014). Il peut être opportun de clarifier dès le départ les différences entre la relation de supervision et la relation thérapeutique. Dans une supervision ACT, il est également essentiel de s'assurer du consentement réel du supervisé à inclure ses expériences internes ainsi que ses « luttes » comme faisant partie intégrante du processus de supervision (Luoma et al., 2007).

Déterminer des objectifs concrets

En supervision, déterminer les objectifs et les attentes des thérapeutes est crucial. Borders (2014) définit qu'un objectif utile se doit d'être réaliste, mesurable, ajusté au niveau de développement du supervisé et à l'intérieur du champ de sa compétence. À chacune des rencontres de supervision, un ou plusieurs de ces objectifs seront discutés et leur progression sera évaluée régulièrement. Cabaniss, Arbuckle et Moga (2014) soulignent que les objectifs d'apprentissage améliorent l'expérience du supervisé,

permettent au superviseur de mieux diriger ses interventions et d'évaluer plus précisément les progrès réalisés par le supervisé. L'ACT nous enseigne que les objectifs peuvent être mis en relation avec les valeurs du supervisé, ce qui peut offrir un élément de motivation supplémentaire à la mise en place de certaines interventions nouvelles.

Établir un agenda

Dans la lignée de la tradition cognitive et comportementale, une séance de supervision ACT peut débuter par l'établissement d'un agenda. Cet agenda peut contenir un exercice d'introduction, une discussion sur les modalités d'ordre technique (p. ex. des considérations monétaires ou liées à l'horaire), un retour sur les exercices à réaliser à la maison et les objectifs fixés, ainsi que les cas qui seront à discuter au cours de la rencontre. Le superviseur invite généralement le supervisé à ajouter les points qu'il souhaite aborder. Bien qu'elle soit plus directive, cette façon peut apporter une plus grande efficacité aux rencontres, notamment par une meilleure gestion du temps. Évidemment, il y a toujours place à la souplesse dans la planification de cet agenda.

Débuter la séance avec un exercice expérientiel

Il peut être utile que la rencontre de supervision commence par un bref exercice expérientiel comme un exercice de pleine conscience, de défusion, d'acceptation ou de clarification des valeurs. Entamer la rencontre par un exercice de pleine conscience, par exemple, comporte plusieurs avantages. Premièrement, il permet au superviseur et au thérapeute de se recentrer et favorise une attitude d'ouverture durant la rencontre (Follette & Batten, 2000). Deuxièmement, il aide le supervisé à être plus conscient de ses pensées, émotions et sensations corporelles (Follette & Batten, 2000) et à l'apprentissage des différents processus de l'ACT. Troisièmement, il soutient le thérapeute dans l'acquisition de nouveaux outils d'intervention. Quatrièmement, il permet un apprentissage par modèle.

Conceptualiser les cas cliniques

La conceptualisation et la discussion de cas sont au cœur des supervisions cognitives et comportementales (Friedberg et al., 2009). De la même manière, le superviseur ACT aide le supervisé à conceptualiser ses cas selon le modèle de la

flexibilité psychologique. Il lui enseigne à repérer les processus de la flexibilité déficitaires chez son client (p. ex. faible engagement dans les valeurs, fusion avec les pensées). Il l'invite ainsi à « regarder avec des yeux ACT » et à « écouter avec des oreilles ACT » (Hayes et al., 2012). En plus du modèle de la flexibilité précédemment illustré à la Figure 1, il existe d'autres modèles similaires de conceptualisation de cas (voir Hayes et al., 2012, p. 127-136). La conceptualisation peut également consister à identifier le fonctionnement du supervisé sur les différents processus psychologiques du modèle de l'ACT. Cet exercice le familiarise à la fois à l'utilisation de ces outils de conceptualisation ainsi qu'à la prise de conscience de son propre fonctionnement sur ces processus psychologiques en tant que thérapeute en interaction avec ceux de son client.

Mettre en place des jeux de rôle et offrir de la rétroaction

Pour certains auteurs, l'utilisation des jeux de rôle en supervision est indispensable à la formation des psychothérapeutes (Teyber & McClure Teyber, 2014). Luoma et collaborateurs (2007) considèrent qu'il est aussi judicieux de les utiliser dans une supervision de type ACT. Habituellement, le superviseur demandera au supervisé de jouer le rôle de son client et interviendra selon une perspective ACT, lui proposant ainsi un apprentissage par modèle. Les rôles peuvent aussi s'inverser (le superviseur devient le client et le supervisé joue le thérapeute). Dès lors, il devient possible d'observer, *in vivo*, les comportements adoptés par le supervisé dans son rôle de thérapeute (p. ex. ceux servant à l'évitement d'expériences désagréables). Ainsi, le jeu de rôle crée un contexte lui permettant d'explorer et de prendre conscience de ses ressentis et de son fonctionnement sur les différents processus de l'hexaflex, puis favorise l'apprentissage de nouvelles façons d'agir ou de réagir. La rétroaction du superviseur s'avère un facteur clé dans l'apprentissage du supervisé. Pour qu'elle soit efficace, une rétroaction se doit d'être régulière et axée sur un comportement actuel et modifiable (Borders, 2014). Enfin, le jeu de rôle permet également au supervisé d'expérimenter de nouvelles techniques avant d'y recourir avec sa clientèle (p. ex. une métaphore ou un exercice de défusion).

Suggérer des exercices à domicile

Afin d'intégrer les apprentissages réalisés pendant les rencontres de supervision, le supervisé est convié à réaliser des exercices entre les séances afin d'améliorer sa flexibilité psychologique. Au cours de la semaine, le supervisé est invité à centrer son attention sur un des processus travaillés lors de la dernière séance. Par exemple, le thérapeute pourrait prioriser l'observation de son fonctionnement au niveau du processus d'acceptation lors de rencontres avec sa clientèle. Les exercices à domicile peuvent aussi être en lien avec sa vie personnelle, notamment en favorisant des comportements d'autosoin par exemple, un supervisé surchargé dans sa vie personnelle pourrait se fixer des objectifs d'activités plaisantes ou de méditation, au service de sa valeur « santé ». De cette façon, le superviseur fait d'une pierre deux coups : le supervisé travaille différents aspects de sa vie tout en expérimentant certaines méthodes de l'ACT.

Évaluer le supervisé

Afin de bien suivre les progrès du supervisé, il importe d'évaluer régulièrement certaines compétences clés. Dès le départ, le superviseur présente son plan d'évaluation au supervisé et l'encourage à faire son auto-évaluation (Borders, 2014). Pour une évaluation plus spécifique des processus de la flexibilité, le questionnaire *ACT Core Competency Rating Form* peut être utilisé (Luoma et al., 2007). Il s'agit d'une grille d'auto-observation permettant au thérapeute d'évaluer son fonctionnement au regard des processus de l'ACT.

Suivre une formation ACT peut-il améliorer les compétences et le bien-être des psychothérapeutes?

À notre connaissance, il n'existe aucune étude empirique ayant évalué le modèle de *supervision* basée sur la flexibilité psychologique. La plupart des recherches portent sur l'effet d'une formation de type ACT. Entreprendre une formation ACT permettrait le développement de compétences clés (Luoma & Vilardaga, 2013; Pakenham, 2015a) et

favorisait l'augmentation de certaines qualités positives chez les thérapeutes (Stafford-Brown, & Pakenham, 2012). Stafford-Brown et Pakenham (2012) ont démontré qu'un entraînement didactique et expérientiel fondé sur l'ACT, d'environ 9,5 heures sur une période de quatre semaines, favorisait une meilleure gestion du stress ainsi qu'une augmentation de qualités thérapeutiques positives (p. ex. alliance thérapeutique) chez des stagiaires post-gradués en psychologie. Les participants de cette étude rapportaient en effet une diminution significative du doute de soi, une meilleure autocompassion et une consolidation du sentiment d'auto-efficacité. Les processus de pleine conscience, d'acceptation et d'action engagée ont eu un rôle médiateur sur les résultats de cette étude. Pakenham (2015a) obtient des résultats similaires auprès de stagiaires en psychologie recevant un entraînement à l'ACT. Cette formation incluait le développement de compétences spécifiques (alliance thérapeutique, sentiment d'auto-efficacité, gentillesse envers soi-même) et de stratégies d'autosoins (acceptation, défusion, pleine conscience, valeur). De plus en plus reconnue comme une compétence de base à acquérir lors de la formation en psychologie clinique, la pratique d'autosoins pourrait de surcroît prévenir l'épuisement professionnel (Pakenham, 2015b). À la fin de la formation, les étudiants démontraient un niveau plus élevé d'acceptation et de pleine conscience, une diminution de la suppression de la pensée ainsi qu'un mode de vie en plus grande cohérence avec leurs valeurs (Pakenham, 2015a). De manière générale, ces étudiants ont démontré des améliorations au niveau de la gestion du stress au travail, de la détresse psychologique et de leurs compétences (alliance thérapeutique, auto-efficacité, compassion). Dans une étude menée en parallèle, Pakenham (2015b) observe que le niveau de fonctionnement sur certains processus de l'ACT (valeur, défusion, pleine conscience et acceptation) chez des étudiants en psychologie, était positivement corrélé avec des mesures d'adaptation (stress, détresse psychologique, satisfaction de vie, satisfaction de la formation clinique). Il conclut que les habiletés inhérentes aux processus de l'ACT seraient en soi des pratiques d'autosoins et adaptatives.

Dans une étude de Luoma et Vilardaga (2013), il a été démontré qu'un atelier de deux jours sur

l'ACT était associé à une amélioration du sentiment de compétence et d'accomplissement professionnel, une diminution de l'épuisement émotionnel ainsi qu'à une plus grande connaissance de l'ACT. De plus, l'ajout de consultations téléphoniques didactiques et expérientielles après cet atelier (p. ex. un travail sur l'expérience émotive du thérapeute en lien avec ses clients) apporterait un bénéfice supplémentaire quant à l'amélioration de la flexibilité psychologique des thérapeutes, comparativement à une formation sans appel téléphonique.

En somme, une formation ACT procure aussi des gains avantageux pour le thérapeute. On remarque notamment une diminution de l'épuisement professionnel (Luoma & Vilardaga, 2013; Veage et al., 2014), une meilleure gestion du stress (Pakenham, 2015a), un accroissement de l'autocompassion (Stafford-Brown & Pakenham, 2012), une augmentation du sentiment d'efficacité (Luoma & Vilardaga, 2013; Stafford-Brown & Pakenham, 2012) et une plus grande flexibilité psychologique (Luoma & Vilardaga, 2013; Pakenham 2015a; Stafford-Brown & Pakenham, 2012).

Conclusion

Malgré la popularité et la grande dissémination des thérapies de la troisième vague comme l'ACT, il existe peu de travaux sur son modèle de supervision clinique. Cet article jette les bases d'un modèle de la supervision basé sur la thérapie ACT. L'ACT a l'avantage d'offrir un apprentissage expérientiel de la psychothérapie et qui permet d'appliquer les aspects théoriques et pratiques auprès du supervisé afin d'améliorer sa propre flexibilité psychologique et de développer les compétences fondamentales à la pratique de l'ACT. Une séance type des rencontres de même que des indications générales ont été proposées. À ce jour, la majorité des études ont porté sur les effets d'une formation de type ACT sur les compétences et le bien-être des thérapeutes. Des recherches portant spécifiquement sur le modèle de supervision ACT sont nécessaires afin de déterminer quels sont les processus actifs du modèle et d'évaluer son efficacité dans le développement de compétences essentielles à la formation des thérapeutes.

Références

- A-Tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(30), 30-36. doi:10.1159/000365764
- Batten, S. V., & Santanello, A. P. (2009). A contextual behavioral approach to the role of emotion in psychotherapy supervision. *Training and Education in Professional Psychology*, 3(3), 148-156. doi:10.1037/1931-3918.a0014801
- Borders, L. D. (2014). Best practice in clinical supervision: Another step in delineating effective supervision practice. *American Journal of Psychotherapy*, 68(2), 151-162.
- Bondolfi, G. & Bizzini, L. (2006). La formation en psychothérapie cognitivo-comportementale. *Psychothérapies*, 4(26), 211-220.
- Brock, M. T., Robb, H. B., Walser, R. B., & Batten, S. J. (2015). Recognizing common clinical mistakes in ACT: A quick analysis and call to awareness. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(3), 139-143. doi:10.1016/j.jcbs.2014.11.003
- Cabaniss, D. L., Arbuckle, M. R., & Moga, D. E. (2014). Using learning objectives for psychotherapy supervision. *American Journal of Psychotherapy*, 68(2), 163-76.
- Callaghan, G. M., Gregg, J. A., Marx, B., Kohlenberg, B. S., & Gifford, E. (2004). FACT: The utility of an integration of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy to alleviate human suffering. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 195-207.
- Corcoran, K. M., Farb, N., Anderson, A., & Segal, Z. V. (2010). Mindfulness and emotion regulation: Outcomes and possible mediating mechanisms. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 339-355). New York, NY: Guilford Press.
- Crane R. S., Kuyken, W., Williams, J. M. G., Hastings, R., Cooper, L., & Fennell, M. J. V. (2012). Competence in teaching mindfulness-based courses: Concepts, development and assessment. *Mindfulness*, 3, 76-84. doi: 10.1007/s12671-011-0073-2
- D'Errico, J., Purcell Lalonde, M., & Bouchard, M.-A. (2012). La perspective de stagiaires en psychologie sur la relation de supervision. *Psychologie Québec*, 29, 33-35. En ligne https://ordrepsy.qc.ca/pdf/Psy_Qc_Mai2012_Dossier_02_DErrico_Lalonde_Bouchard.pdf
- Dionne, F., & Neveu, C. (2010). Introduction à la troisième génération de thérapie comportementale et cognitive. *Revue Québécoise de Psychologie*, 31(3), 15-36.

- Follette, V. M., & Batten, S. V. (2000). The role of emotion in psychotherapy supervision: A contextual behavioral analysis. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(3), 306-312. doi:10.1016/S1077-7229(00)80088-7
- Friedberg, R. D., Gorman, A. A., & Beidel, D. C. (2009). Training psychologists for cognitive-behavioral therapy in the raw world: A rubric for supervisors. *Behavior Modification*, 33, 104-123. doi:10.1177/0145445508322609
- Gutierrez, D., & Hagedorn, W. B. (2013). The toxicity of shame. Applications for acceptance and commitment therapy. *Journal of Mental Health Counseling*, 35(1), 43-59.
- Harris, R. (2012). *Passez à l'ACT. Pratique de la thérapie d'acceptation et d'engagement*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665. doi:10.1016/S0005-7894(04)80013-3
- Hayes, S. C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. In S. C. Hayes, L. J. Hayes, H. W. Reese, & T. R. Sarbin (Eds.), *Varieties of scientific contextualism* (pp. 11-27). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141-168. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Lecomte, C. (2012). La supervision clinique favorise le développement de la compétence et de l'efficacité thérapeutique. *Psychologie Québec*, 29(3), 28-32.
- Lecomte, C., & Savard, R. (2012). La supervision clinique : un processus de réflexion essentiel au développement de la compétence professionnelle. In T. Lecomte & C. Leclerc. *Manuel de réadaptation psychiatrique* (2^e éd.). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Liese, B. S., & Beck, J. S. (1997). Cognitive therapy supervision. In C. E. Watkins (Ed.), *Handbook of psychotherapy supervision* (pp. 114-133). New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists*. Oakland, CA: New Harbinger publications.
- Luoma, J. B., & Vildardaga, J. P., (2013). Improving therapist psychological flexibility while training Acceptance and Commitment Therapy: A pilot study. *Cognitive Behavior Therapy*, 42(1), 1-8. doi:10.1080/16506073.2012.701662
- Milne, D. L. (2009). *Evidence-based clinical supervision: Principles and practice*. Chichester, UK: BPS/Blackwell.
- Milne, D. L. (2008). CBT supervision: From reflexivity to specialisation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 779-786. doi:10.1017/S1352465808004773
- Milne, D. L. (2007). An empirical definition of clinical supervision. *British Journal of Clinical psychology*, 46, 437-447. doi :10.1348/014466507X197415
- Monestès, J. L., & Villatte, M. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement : ACT*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Moore, A., & Malinowski, P. (2009). Meditation, mindfulness and cognitive flexibility. *Consciousness and Cognition*, 18, 176-186. doi:10.1016/j.concog.2008.12.008
- Newman, C. F. (2010). Competency in conducting cognitive-behavioral therapy: Foundational, functional and supervisory aspects. *Professional Psychology, Research and Practice*, 47, 12-19. doi:10.1037/a0018849
- Newsome, S., Christopher, J. C., Dahlen, P., & Christopher, S. (2006). Teaching counselors self-care through mindfulness practices. *Teachers College Record*, 108, 1881-1990.
- Padesky, C. A. (1996). Developing cognitive therapist competency: Teaching and supervision models. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 266-292). New York, NY: Guilford Press.
- Pakenham, K. I. (2015a). Effects of acceptance and commitment therapy (ACT) training on clinical psychology trainee stress, therapist skills and attributes, and ACT processes. *Clinical psychology and psychotherapy*, 22, 647-655. doi: 10.1002/cpp.1924
- Pakenham, K. I. (2015b). Investigation of the utility of the acceptance and commitment therapy (ACT) framework for fostering self-care in clinical psychology trainees. *Training and education in professional psychology*, 92, 144-152. doi:10.1037.tpp0000074

- Pierson, H., & Hayes, S. C. (2007). Using Acceptance and Commitment Therapy to empower the therapeutic relationship. In P. Gilbert & R. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in cognitive behavior therapy* (pp. 205-228). London: Routledge.
- Rabin, S. J. (2013). *The interaction of therapist experiential avoidance and extraneous clinical information in predicting therapist preference for exposure treatment for OCD*. Thèse de doctorat non publiée. Drexel University, Philadelphia, PA, USA. En ligne : <http://hdl.handle.net/1860/4224>
- Ramnerö, J., & Törneke, N. (2008). ABCs of human behavior: Behavioral principles for the practicing clinician. Oakland, CA: New Harbinger.
- Reiser, R. P. (2014). Supervising cognitive and behavioral therapies. In C. E. Watkins & D. L. Milne (Eds.). *The Wiley international handbook of clinical supervision* (pp. 493-517). Chichester, UK: John Wiley & Sons. doi: 10.1002/9781118846360
- Roth, A., & Pilling, S. (2008). *A competence framework for the supervision of psychological therapies*. En ligne http://www.ucl.ac.uk/clinical-psychology/CORE/supervision_framework.htm
- Schoendorff, B., Grand, J., & Bolduc, M.-F. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement : guide clinique*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Schön, D.A. (1987). *Educating the reflective practitioner. How professionals think in action*. New York, NY: Basic books.
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12, 164-176. doi:10.1037/1072-5245.12.2.164
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1, 105-115. doi: 10.1037/1931-3918.1.2.105
- Siegel, D. M. (2007). Mindfulness training and neural integration: Differentiation of distinct streams of awareness and the cultivation of well-being. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2, 259-263. doi:10.1093/scan/nsm034
- Stafford-Brown, J., & Pakenham, K. I. (2012). The effectiveness of an ACT informed intervention for managing stress and improving therapist qualities in clinical psychology trainees. *Journal of clinical psychology*, 68(6), 592-613. doi: 10.1002/jclp.21844
- Stoltenberg, C. (2008). Developmental approaches to supervision. In C. A. Falender & E. P. Shafranske (Eds.). *Casebook for clinical supervision: Competency-based approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Sweeney, J., & Creaner, M. (2014). What's not being said? Recollections of nondisclosure in clinical supervision while in training. *British Journal of Guidance & Counseling*, 42(2), 211-224. doi:10.1080/03069885.2013.872223
- Teyber, E., & McClure Teyber, F. (2014). Working with the process dimension in relational therapies: Guidelines for clinical training. *Psychotherapy*, 51(3), 334-341. doi:10.1037/a0036579
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT: An introduction to relational frame theory and its clinical applications*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B. S., Follette, W. C., & Callaghan, G. M. (2008). *A guide to functional analytic psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism*. New York, NY: Springer.
- Vandenberghe, L., & Martins da Siveira, J. (2013). Therapist self-as-context and the curative relationship. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43, 159-167. doi:10.1007/s10879-012-9230-8
- Veage, S., Ciarrochi, J., Deane, F. P., Andresen, R., Oades, L. G., & Crowe, T. P. (2014). Value congruence, importance and success and in the workplace: Links with well-being and burnout amongst mental health practitioners. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3, 258-264. doi:10.1016/j.jcbs.2014.06.004
- Vilardaga, R., & Hayes, S. C. (2009). Acceptance and Commitment Therapy and the therapeutic relationship stance. *European psychotherapy*, 9(1), 1-22.
- Villatte, M., Villatte, J. L., & Hayes, S. C. (2015). *Mastering the clinical conversation: language as intervention*. New York, NY: Guilford Press.
- Walser, R. D., & Westrup, D. (2006). Supervising trainees in Acceptance and Commitment Therapy for treatment of posttraumatic stress disorder. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 2(1), 12-16.
- Watkins, C. E. (2014). Psychotherapy supervision developments and innovations for the new millennium: Contributions from the cutting edge. *American Journal of Psychotherapy*, 68(2), 141-149.
- Wilson, K. G., & DuFrene, T. (2009). *Mindfulness for two: An Acceptance and Commitment Therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. Oakland, CA: New Harbinger