Document généré le 13 oct. 2025 14:58

Canadian Journal of Bioethics
Revue canadienne de bioéthique

Le dévoilement de soi dans la recherche d'aide et le suivi dans les services de santé mentale et psychiatrie

Marie-Claude Jacques

Volume 3, numéro 2, 2020

Éthique et santé mentale
Ethics and Mental Health

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1073552ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1073552ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Programmes de bioéthique, École de santé publique de l'Université de Montréal

ISSN

2561-4665 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Jacques, M.-C. (2020). Le dévoilement de soi dans la recherche d'aide et le suivi dans les services de santé mentale et psychiatrie. *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, *3*(2), 102–111. https://doi.org/10.7202/1073552ar

Résumé de l'article

Le dévoilement de soi des patients est essentiel au travail des professionnels de la santé, et ceci est encore plus critique en santé mentale où la parole du patient est le reflet du contenu de la psyché. Le dévoilement de soi concerne alors des symptômes invisibles qui sont associés à des problèmes de santé où la discrimination et la stigmatisation sont encore très présentes. Cet article explore les enjeux éthiques de ce phénomène encore très peu étudié. Le dévoilement en tant que processus décisionnel, interpersonnel, dynamique et complexe sera défini et approfondi à l'aide d'exemples tirés de la recherche. Par la suite, la vulnérabilité de la personne qui se dévoile sera abordée, suivie des enjeux liés aux normes de pratique professionnelle associées au dévoilement des patients et à leur responsabilité avers celui-ci. Ces éléments mettent en lumière de nombreuses questions éthiques et nous amènent, en dernier lieu, à une amorce de proposition pour positionner les professionnels impliqués.

Copyright © Marie-Claude Jacques, 2020

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Canadian Journal of Bioethics
Revue canadienne de bioéthique

M-C Jacques. *Can J Bioeth / Rev Can Bioeth.* 2020;3(2):102-111

ARTICLE (ÉVALUÉ PAR LES PAIRS / PEER-REVIEWED)

Le dévoilement de soi dans la recherche d'aide et le suivi dans les services de santé mentale et psychiatrie

Marie-Claude Jacques[1]

Résumé
Le dévoilement de soi des patients est essentiel au travail des professionnels de la santé, et ceci est encore plus critique en santé mentale où la parole du patient est le reflet du contenu de la psyché. Le dévoilement de soi concerne alors des symptômes invisibles qui sont associés à des problèmes de santé où la discrimination et la stigmatisation sont encore très présentes. Cet article explore les enjeux éthiques de ce phénomène encore très peu étudié. Le dévoilement en tant que processus décisionnel, interpersonnel, dynamique et complexe sera défini et approfondi à l'aide d'exemples tirés de la recherche. Par la suite, la vulnérabilité de la personne qui se dévoile sera abordée, suivie des enjeux liés aux normes de pratique professionnelle associées au dévoilement des patients et à leur responsabilité avers celui-ci. Ces éléments mettent en lumière de nombreuses questions éthiques et nous amènent, en dernier lieu, à une amorce de proposition pour positionner les professionnels impliqués.

Mots-clés
bienveillance, confiance, confidentialité, dévoilement, santé mentale, psychiatrie, relation thérapeutique, service de santé mentale

Abstract
Patient self-disclosure is essential to the work of health professionals, and this is even more critical in mental health where speech is a reflection of the content of thought. Self-disclosure is then about invisible symptoms that are associated with health problems where discrimination and stigmatization are still very prevalent. This article explores the ethical issues of this phenomenon which has received very little study. Disclosure as a decision-making, interpersonal, dynamic and complex process will be defined and deepened with the help of examples from research. Subsequently, the vulnerability of the person who discloses will be addressed, followed by issues of quality of care and related to the standards of professional practice associated with patient disclosure and their associated responsibility. These elements highlight many ethical issues and ultimately lead us to a proposal to situate the professionals involved.

Keywords
benevolence, trust, confidentiality, disclosure, mental health, psychiatry, therapeutic relationship, mental health services

Introduction

Jean-Marc, 42 ans, est marié, père de deux enfants et exerce le métier de pompier depuis 20 ans. Dans la dernière année, il a vécu une séparation et son meilleur ami est décédé d'un fulgurant cancer. Depuis plusieurs semaines, son sommeil est médiocre, il perd fréquemment patience au travail ou envers ses enfants, et passe ses temps libres devant la télévision, n'ayant le goût de rien. Il est conscient de s'enfoncer dans un état dépressif grave, mais ne se voit pas chez un psychologue et encore moins prendre des antidépresseurs. Pressé par son chef de consulter un médecin, il s'y résout et prend rendez-vous. Une fois devant le médecin, il constate que celui-ci, bien que calme et respectueux, semble pressé d'en venir aux faits. Jean-Marc n'hésite donc pas à minimiser ses symptômes afin d'éviter un diagnostic officiel et un arrêt de travail. Le médecin lui recommande donc simplement de prendre garde à son hygiène de vie. Jean-Marc continue de travailler, mais son état se dégrade et il pense de plus en plus au suicide. Il a de plus en plus de difficulté à accomplir ses responsabilités au travail et finit par être mis en congé forcé après plusieurs erreurs d'entretien de matériel qui auraient pu mettre ses collègues en danger. Extrêmement irritable et de plus en plus suspicieux, il fait des menaces de mort à son chef par courriel. Les policiers débarquent chez lui et il est hospitalisé en psychiatrie contre son gré, avec une médication qui devra être assez lourde afin qu'il retrouve le sommeil et que ses symptômes psychotiques s'atténuent. Hospitalisé pendant six semaines, il sera par la suite déclaré inapte au travail pendant deux ans avant de pouvoir aspirer à des tâches administratives dans le domaine de la prévention des incendies. Son ex-épouse refuse encore à ce jour qu'il puisse voir ses enfants si un autre membre de la famille n'est pas présent.

En Amérique du Nord, moins de 35 % des personnes aux prises avec des symptômes de trouble de santé mentale courants consulteront dans la première année de l'apparition de la maladie (1). Cela dit, rien n'assure que le patient qui consulte en ces circonstances s'ouvrira entièrement au professionnel de la santé qui est devant lui. Ceci est d'autant plus préoccupant, considérant que les demandes d'aide en santé mentale se produisent souvent dans des moments de crise, voire d'urgence, où l'état mental peut altérer le jugement de la personne qui doit se dévoiler (2,3). La problème peut s'étendre aux rencontres subséquentes, puisque le patient a potentiellement de multiples raisons de ne pas se dévoiler entièrement.

Le type de dévoilement abordé dans le présent texte concerne le dévoilement de signes, symptômes ou conditions à un professionnel de la santé mentale. Ce professionnel peut être un médecin de soins de première ligne, un intervenant en santé mentale œuvrant dans la communauté, ou encore un membre du personnel hospitalier sur une unité de soins psychiatriques. Le dévoilement se fait dans le but d'obtenir de l'aide et des soins, ou encore afin de répondre aux exigences d'une évaluation initiale ou de suivi. Par exemple, il peut s'agir d'une jeune patiente qui a peut-être un trouble alimentaire et qui devrait s'ouvrir à un professionnel de la santé sur son rapport avec la nourriture et les conséquences de celui-ci dans sa vie. Il est donc question ici de se dévoiler au sujet de symptômes liés à un trouble qui touche l'intimité psychologique de la personne. Le patient doit pouvoir s'exprimer afin que la gravité d'un état dépressif ou encore le contenu d'hallucinations auditives puissent être évalués correctement. De plus, en contexte de suivi chez une personne présentant un trouble grave ou chronique, les

2020 M-C Jacques. Creative Commons Attribution 4.0 International License
ISSN 2561-4665

entretiens avec le patient servent à collecter une foule d'informations contextuelles vitales pour évaluer le fonctionnement et les conditions de vie où se déroulera une éventuelle réadaptation dans la communauté. Par exemple: comment est le climat dans votre famille? Comment se passent vos journées au travail? Consommez-vous des drogues? Voyez-vous encore des fantômes?

Le dévoilement qui n'est pas fait suffisamment tôt dans l'évolution du trouble mental peut avoir de graves, voire funestes conséquences. Par exemple, il est connu que le délai de traitement de la psychose est associé à une plus grande résistance au traitement antipsychotique et à un moins bon fonctionnement psychosocial, même une fois celle-ci contrôlée (4). Dans la dépression, l'aggravation des symptômes se traduit par une perte de productivité, une incapacité à prendre soin de soi et des autres, et évidemment, une augmentation du risque de suicide (5). Pourtant, de nombreuses études attestent que les personnes aux prises avec un trouble de santé mentale n'arrivent pas à faire confiance aux professionnels de la santé, se sentent incomprises ou sont concrètement victimes de stigmatisation à l'intérieur même des services de santé mentale (6-11). En fait, les risques associés au dévoilement de symptômes de troubles de santé mentale sont tellement élevés que les professionnels de la santé figurent parmi les plus hésitants à aller chercher de l'aide lorsqu'ils sont eux-mêmes souffrants psychiquement (12-17). Ceci n'est pas étranger au fait que ce type de trouble est encore de nos jours très stigmatisé. Il peut donc avoir de nombreuses conséquences négatives pour la personne et ce, à long terme.

Le dévoilement de soi en contexte de services de santé mentale pose donc la question du contenu de celui-ci. Dans les services de santé mentale, la parole, reflet de la psyché, est l'instrument de travail principal des professionnels (18). La nature du contenu de la parole, via le dévoilement, est donc importante afin d'assurer des soins de qualité qui vont satisfaire des besoins du patient. Dans la situation de Jean-Marc, le médecin s'en tient au recueil de données cliniques, par souci d'efficacité. Cette approche, reflet de la tendance à biologiser la psychiatrie et les problèmes psychosociaux (19,20), peut être confortable pour un patient comme Jean-Marc, qui ainsi n'a pas à exposer ses vulnérabilités et ses besoins intimes dans le détail. Par contre, il est légitime de se demander comment la situation aurait évolué si le médecin avait invité Jean-Marc, avec bienveillance, à parler davantage de son vécu. Jean-Marc aurait pu dévoiler ses perceptions par rapport aux problèmes de santé mentale, ses inquiétudes par rapport à ses obligations professionnelles et familiales, de même que ses craintes par rapport à la perte de libertés et privilèges souvent associée à un diagnostic psychiatrique. À cet égard, la nécessité de s'intéresser au vécu et aux perceptions des patients, au-delà des besoins de soins de santé, est aussi au cœur de l'approche du rétablissement psychosocial en santé mentale qui est maintenant répandue dans les milieux soins. Cette approche vise à aider les patients à s'engager dans un processus axé sur leur potentiel et leurs rêves, indépendamment des limitations causées par un trouble de santé mentale (21). Elle préconise par conséquent que l'on s'intéresse à la vie de la personne, et non seulement à sa maladie (22). Il s'agit d'ailleurs là d'une préoccupation éthique de la première importance : « Le souci d'autrui, à l'origine de l'éthique du prendre soin, donne tout son sens à celle-ci lorsqu'il favorise, autant que possible, la réintégration de la personne dans une commune humanité, reposant sur la dignité d'un être autonome et responsable » (23).

Ce contexte de dévoilement spécifique est à ce jour très peu étudié. Il l'a notamment été en contexte de maladie physique, principalement sur la question du dévoilement chez les personnes porteuses du VIH. (24) Le contexte est alors substantiellement différent, puisqu'il s'agit surtout pour le patient de décider s'il dévoile ou non son statut de séropositif dans différents contextes (par exemple à un ami). Un exemple dont les enjeux se rapprochent davantage de ceux de la santé mentale est celui du dévoilement de symptômes suggérant la présence d'un cancer. Sun et Knobf (25) rapportent que si le dévoilement précoce des symptômes peut sauver des vies, du point de vue des patients cette décision n'est pas si évidente et certains peuvent hésiter à dévoiler leurs symptômes à un professionnel de la santé. Cette hésitation peut être causée, entre autres, par la peur de souffrir au site du symptôme, qui pourrait par exemple être une lésion à un organe génital. Il peut aussi y avoir la crainte d'un cancer dont on se juge responsable, comme dans le cas d'un fumeur qui a des symptômes de cancer du poumon. Dans cette perspective le dévoilement est un processus décisionnel où la personne décide de partager son expérience des symptômes à d'autres personnes, telles qu'un proche ou un professionnel de la santé. Ce processus comporte trois éléments, soit : interpréter les symptômes, mesurer les risques et les bénéfices du dévoilement, et agir. Sun et Knobf (25) précisent qu'il s'agit d'un processus interpersonnel complexe où entrent en jeu une variété de facteurs psychosociaux, situationnels et culturels.

Les aspects interpersonnels du dévoilement ont été mis de l'avant par Saiki et Lobo (26). De leur point de vue, ces aspects deviennent centraux lorsqu'il s'agit de dévoiler une information liée à la santé qui comporte des conséquences psychosociales, telles que la violence conjugale, l'abus sexuel dans l'enfance, l'incontinence fécale ou les symptômes de dépression post-partum. Ces auteurs définissent donc le concept de dévoilement comme étant « l'acte de rechercher des soins en révélant des informations personnellement importantes qui exposent le porteur à un risque de rejet ou de jugement négatif » (p.2719, traduction libre). La confiance, la confidentialité et l'authenticité sont des concepts qui sous-tendent les enjeux éthiques du dévoilement dans ce contexte.

Par ailleurs, des processus psychologiques complexes sont à considérer. Chaudoir et Fisher (27) proposent un modèle de processus du dévoilement en contexte d'identités invisibles et susceptibles d'engendrer de la stigmatisation. Ce peut être, par exemple, l'homosexualité, être porteur du VIH ou avoir un diagnostic psychiatrique. On mentionne notamment dans ce modèle que le style de but poursuivi par la personne qui a quelque chose à cacher va engendrer différents types de comportements face à une situation de dévoilement potentielle. Le premier style est celui des « buts d'évitement », où la personne cherche à éviter les conséquences négatives du dévoilement, à être à l'affût des signaux sociaux négatifs (ex. : distanciation), à avoir un affect négatif et des stratégies d'adaptation centrées sur l'évitement. Le second style est, inversement, un style de « buts

d'approche ». La personne qui agira dans le but d'avoir des résultats positifs sera plus attentive aux signaux positifs (ex. : acceptation), aura un affect davantage positif et des stratégies d'adaptation dites « d'approche », qui visent directement le problème. Bien que le modèle n'ait pas été développé pour répondre spécifiquement au contexte du dévoilement de signe ou symptômes psychiatriques, il est théoriquement envisageable que le style de but poursuivi, c'est-à-dire les motivations, puisse entrer en jeu dans ce contexte également. La personne qui envisage négativement les conséquences possibles de son dévoilement pourrait donc tarder à demander de l'aide, et davantage filtrer l'information lors de la consultation avec le professionnel de la santé. Ceci nous rapproche d'enjeux éthiques importants pour les professionnels de la santé mentale, soit la qualité de la relation thérapeutique et la nécessité d'aider le patient à ne pas dissimuler ses symptômes. Or, le dévoilement dans ce contexte est manifestement complexe et peut impliquer des conséquences notables tant pour le patient que pour ceux qui ont la responsabilité de le soigner.

Il s'agit donc d'un phénomène où, au plan éthique, la question la relation professionnel-patient est centrale. À cet égard, l'approche des bases de l'éthique de Ricœur nous éclaire sur les enjeux essentiels de ce phénomène. En 1985, Ricœur (28) a placé en relation un *je*, un *tu* et un *il* au premier plan de sa conceptualisation de l'éthique. Au pôle du *je* correspond la liberté (*je peux*, car je me *crois* libre), qui est invisible en soi, mais qui s'atteste dans les actes (*je fais*). Le *tu* représente *l'autre*. « On entre véritablement en éthique, quand, à l'affirmation par soi de la liberté, s'ajoute la volonté que la liberté de l'*autre* soit. *Je* veux que *ta* liberté soit » (28). Dans cette perspective, la croyance en ma propre liberté amène la nécessité de croire en celle de l'autre (*tu*) afin de pouvoir s'attendre à ce que celui-ci reconnaisse la mienne. C'est une relation réciproque où chacun est à la fois *je* et *tu*. Enfin le pôle du *il* désigne l'élément neutre du triangle de l'éthique, c'est-à-dire les règles ou les normes essentielles au développement de la relation entre le *je* et le *tu*, afin de favoriser le vivre bien et de prévenir les rapports de force et leurs dérives (23). Dans la question du dévoilement dans les services de santé, le *je* et le *tu* peuvent représenter invariablement le soignant et le patient. Le soignant est le *je* lorsqu'il qu'il prend la liberté d'accomplir sa tâche en interrogeant le patient, mais il doit le faire avec responsabilité, afin de ne pas heurter la liberté du patient (le *tu*). Par contre, le patient, dans sa position de *je,* possède la liberté de décider ce qu'il veut bien dévoiler, tout en étant responsable de partager ce qui aidera le soignant à bien faire son travail qui vise à comprendre ses besoins et y répondre. Enfin, les attentes sociales et les normes professionnelles entourant la relation soignant-patient constituent un *il* qui encadre cette relation et les résultats attendus de celle-ci.

En résumé, le dévoilement de soi du patient est un ingrédient essentiel des soins en santé mentale de qualité, tant pour le diagnostic que pour un suivi au long cours. Néanmoins, ce dévoilement peut être difficile pour le patient, pour de nombreuses raisons. Qui plus est, il peut être perçu comme risqué en raison de ses conséquences potentielles. Si les soignants ont à l'évidence un rôle important dans la facilitation de ce dévoilement, il est important d'exposer comment les nombreuses préoccupations d'ordre éthique que ce contexte soulève en appellent, au-delà d'une tâche, à une responsabilité pour le soignant de faciliter ce dévoilement.

Cet article a pour objectif général d'explorer les enjeux éthiques du dévoilement de soi en contexte de soins de santé mentale et psychiatrique. À cette fin, ce phénomène sera d'abord approfondi à l'aide d'exemples tirés de la recherche. En second lieu, la grande vulnérabilité à laquelle s'expose le patient qui se dévoile sera explorée via trois contextes distincts où le patient fait face à d'importants risques. Troisièmement, des normes et des standards et de pratique professionnelle seront mis en relation avec le dévoilement de soi des patients. Enfin, il sera expliqué pourquoi, du point de vue éthique, le dévoilement de soi du patient est d'abord de la responsabilité des professionnels de la santé.

Le dévoilement du patient dans le contexte des services de santé mentale est un champ d'études très jeune, la première publication traitant de ce sujet ayant été repéré datant de l'année 2000 (29). Afin de documenter le présent article, une démarche de recherche documentaire exploratoire a été mise en œuvre, priorisant les écrits 1) spécifiques au dévoilement dans les services de santé et de santé mentale, dans des contextes diversifiés; 2) basés sur un cadre théorique adéquatement décrit ou une méthodologie suffisamment rigoureuse; et 3) pertinents au contexte occidental, en particulier canadien.

Les particularités du dévoilement du patient dans services de santé mentale

Encore très peu d'études se sont intéressées au dévoilement en contexte de services en santé mentale ou de services psychiatriques. Néanmoins, les trois exemples suivants laissent entrevoir un éventuel consensus sur le fait qu'il s'agit d'un processus complexe pour le patient lui-même, que des facteurs personnels et socioculturels très variés entrent en jeu et que la responsabilité du soignant est au cœur de la nature du déroulement du processus de dévoilement.

Le premier exemple (30) concerne le dévoilement de symptômes dépressifs dans les services de première ligne (ex. : à un médecin de famille) chez 24 Américaines d'origine ethnoculturelle afro-américaine, Hispanique et « blanche non-Hispanique ». Des entretiens qualitatifs ont permis de mieux saisir les facteurs qui découragent ou incitent au dévoilement. Les participantes ont surtout parlé de ce qui les rendait indécises à se dévoiler. D'abord, elles avaient l'impression que les professionnels de la santé de première ligne n'étaient pas la bonne personne pour aborder le sujet de la santé mentale. Elles perçoivent ce milieu de soin comme étant associé aux problèmes physiques courants, comme un mal d'estomac ou un bras cassé. Deuxièmement, elles avaient le sentiment que leur dévoilement pouvait mener à une obligation de traitement avec peu de choix, notamment, celui de prendre ou non de la médication. Cette inquiétude peut amener les femmes à minimiser les symptômes dont elles souffrent. Troisièmement, parler de leur état dépressif est difficile et il existe une crainte de devoir raconter plusieurs fois son

histoire si elles doivent être référées à un autre professionnel ou s'il y a des interruptions dans la continuité des services. Quatrièmement, les participantes ont mentionné éprouver de la difficulté à reconnaître leurs symptômes, de comprendre que ce n'est pas normal et ce qu'il faut dévoiler. Ainsi, le dévoilement tend à se produire lorsque les symptômes sont devenus graves. Par ailleurs, les participantes ont nommé, comme principal facilitateur au dévoilement, la probabilité perçue d'être aidé à la suite de leur dévoilement. Enfin, cette étude rapporte que des signaux de la part du professionnel de la santé nuisent au dévoilement ou le facilitent. Par exemple, le manque de temps apparent des professionnels, qui se manifeste par la fréquence et la durée des rendez-vous, donne aux femmes l'impression qu'ils n'ont pas de temps pour le sujet de la santé mentale. Cela dit, les questions directes de la part des professionnels facilitent le dévoilement, car en leur absence la femme ne sait pas qu'elle peut aborder le sujet avec ceux-ci, tout comme l'expression d'un souci sincère manifesté par de l'écoute et une mise en place d'une relation confortable et positive.

Le deuxième exemple est une étude qualitative de Gronholm et al. (31) qui s'est penchée sur le dévoiement et le parcours de soins de 29 jeunes (adolescents et jeunes adultes) qui sont à un stade précoce de développement de la psychose. Cet état se définit par la présence de symptômes psychotiques, par exemple des hallucinations ou des idées délirantes sous le seuil de la psychose franche, associé à des difficultés émotionnelles, sociales et comportementales. Si la détection précoce de ces éléments peut mener à la prévention d'un épisode de psychose grave, il faut souligner qu'il s'agit de symptômes à fort potentiel de discrimination et de stigmatisation. Les résultats de l'analyse des données se regroupent sous le concept de « dévoilement conditionnel », c'est-à-dire qu'il dépend de diverses règles et prérequis qui détermineront si le jeune se dévoilera et comment. Ce processus serait au centre de la recherche d'aide. Trois sous-thèmes viennent expliquer ce phénomène. Premièrement, le dévoilement est conditionnel parce que le jeune anticipe la réaction des autres, voire d'être rejeté, et craint de ne pas avoir d'aide. Il a des inquiétudes pour son image publique et sait que le milieu scolaire est un contexte très propice au jugement social. Ainsi, les jeunes vont se dévoiler à un proche ou à un intervenant de soutien formel, comme un conseiller scolaire ou un professionnel de la santé, qui répondra aux critères suivants : il connaît bien la personne, la confiance est installée et il possède des habiletés relationnelles. Ceci explique pourquoi le dévoilement reste conditionnel, et sera d'autant plus sélectif. Le jeune utilisera d'ailleurs diverses stratégies afin de ne pas être incité au dévoilement, comme prétendre que tout va bien, garder le sourire, tenter d'agir normalement et trouver des excuses pour ses absences de la classe. Les auteurs constatent que les éléments du dévoilement conditionnel peuvent amener des délais de traitement importants et une réticence à s'engager dans les services.

Notre étude publiée deux ans avant celle de l'équipe de Gronholm montrait un processus très semblable chez les personnes qui ont reçu un diagnostic de schizophrénie (32,33). Cette étude par théorisation ancrée avait pour objet l'adaptation des personnes vivant avec un trouble du spectre de la schizophrénie. Nous y avons mis en lumière le concept de « modulation du dévoilement », présent tant dans la recherche d'aide initiale que dans les services de suivi en santé mentale. « Moduler le dévoilement » signifie que les personnes aux prises avec la schizophrénie ajustent qualitativement et quantitativement l'information les concernant selon quatre principales conditions. D'abord, la personne doit être invitée à parler de façon authentique, c'est-à-dire de savoir qu'elle sera écoutée jusqu'au bout, sans jugement et avec un souci de la part du professionnel de la santé d'utiliser ce dévoilement pour répondre aux besoins et à la souffrance exprimés ou devinés. Deuxièmement, la personne doit avoir la capacité de se dévoiler au moment opportun. Ceci n'est pas gagné d'avance, sachant que les évaluations initiales se font souvent en moment de crise, où les symptômes psychotiques peuvent altérer la communication, et donc dans un lieu de soins d'urgence, qui laisse moins de temps pour s'exprimer. De plus, les émotions intenses, de honte ou de détresse, par exemple, peuvent rendre la personne muette face aux questions des professionnels de la santé. Enfin, la capacité à se dévoiler peut être altérée par les symptômes cognitifs associés à la schizophrénie, car se dévoiler demande de mettre de l'ordre dans ses idées, de pouvoir juger correctement de sa propre situation, d'arriver à l'exprimer telle que vécue et d'interpréter correctement la réaction de la personne qui reçoit le dévoilement. Troisièmement, le dévoilement dépend de l'attente d'être effectivement aidé. La personne doit sentir que son dévoilement ne lui nuira pas. Ceci est lié notamment aux expériences antérieures d'aide : par exemple, si la dernière situation de dévoilement a amené l'hospitalisation de la personne contre son gré, elle fera très attention à ce qu'elle dira la prochaine fois. Un autre aspect important est la définition personnelle du patient sur ce qu'est de « l'aide ». Si dans notre étude ce qui était vraiment considéré comme de l'aide par la personne malade était essentiellement la réponse aux besoins de base et la chaleur humaine, on perçoit alors le peu de compatibilité avec la définition d'aide des professionnels de la santé, qui est davantage centrée sur la sécurité, la diminution des symptômes et la stabilisation de la condition du patient. Le quatrième modulateur de dévoilement (et non le moindre) est la crainte de la stigmatisation associée aux diagnostics de troubles mentaux. Un diagnostic psychiatrique va avoir un impact sur tous les aspects de la vie de la personne, que ce soit dans la recherche d'une relation amoureuse, d'un emploi ou même dans les relations avec les membres de l'entourage. Tout ce que fait ou dit la personne devient interprété à travers la lunette de ce diagnostic. De plus, comme les troubles mentaux sont encore associés à des images de dangerosité ou de « fous » en camisole de force, des participants de notre étude ont rapporté ne pas parvenir à s'identifier à cette image, et ne se considèrent donc pas malades, et sont alors moins portés à avoir besoin de se dévoiler et à rechercher de l'aide.

Ces trois études se rejoignent sur plusieurs points : l'importance de la qualité de relation entre le patient et le professionnel de la santé, l'évidence que le dévoilement dans ce contexte n'a pas toujours de retombées positives et la complexité de la prise de décision face au dévoilement de soi. Plus encore, ces trois études suggèrent que le professionnel de la santé doit posséder des habiletés qui faciliteront le dévoilement et qui seront déployées dans l'intérêt du patient. Ceci implique la question fondamentale de la bienfaisance dans l'incitation au dévoilement. Il peut être bienfaisant de soutirer activement le dévoilement du patient, dans le but de pouvoir le soigner adéquatement, mais plusieurs conditions semblent essentielles à un dévoilement

sécuritaire et authentique, par exemple : faire preuve d'habiletés relationnelles, bien expliquer son rôle comme professionnel pour la santé mentale du patient, l'aider à identifier ce qui est pertinent à dévoiler, prendre le temps nécessaire, l'informer celui-ci de ses droits et explorer ses craintes, assurer la continuité des soins afin de lui éviter de raconter plusieurs fois son histoire, et être attentif à sa crainte d'être stigmatisé. Cela dit, le professionnel, par la nature de sa fonction, peut se retrouver dans une situation où la facilitation du dévoilement est très proche de l'incitation au dévoilement. Ainsi, à quel point le professionnel de la santé peut-il se permettre d'influencer le processus décisionnel sous-jacent au dévoilement, et dans quel intérêt le fait-il? Le professionnel peut donc devoir intervenir dans un contexte où il doit se préoccuper de la capacité de la personne à faire un choix éclairé sur ce qu'elle devrait dévoiler, tout en essayant d'en savoir le plus possible, afin d'enrichir son évaluation clinique et de prendre des décisions dans l'intérêt du patient.

La vulnérabilité du patient qui se dévoile

En contexte de symptômes de troubles de santé mentale, la personne qui est en souffrance se retrouve en situation d'extrême vulnérabilité et littéralement entre les mains du professionnel de la santé qui décidera ce qui doit être fait en conséquence du dévoilement. Rappelons-le, les professionnels de la santé, et en particulier les psychiatres, détiennent un grand pouvoir, comme celui d'hospitaliser une personne contre son gré, de recommander de lui retirer la garde de ses enfants, de refuser de signer une aptitude à occuper une fonction professionnelle ou encore de l'obliger à se soumettre à un traitement. Nous verrons ici trois exemples de situations, où malgré des contextes très diversifiés, le dévoilement de symptômes de troubles de santé mentale place invariablement la personne dans une situation de vulnérabilité importante.

La dépression post-partum

L'apparition graduelle de symptômes de dépression post-partum peut mener la femme qui en souffre à plusieurs questionnements. D'abord, parlons d'un questionnement sur sa propre compétence parentale. Ensuite, la tristesse, le manque d'élan vers le nouveau-né peuvent être interprétés comme une insuffisance d'habileté parentale. La nouvelle mère peut donc déjà s'exposer au jugement de la part de son entourage, et pourrait être portée à camoufler ses symptômes. Or, si son état s'aggrave et qu'elle se convainc de se confier à un professionnel de la santé, la décision de dévoiler l'ampleur de ses symptômes n'est pas sans implications. Cette décision, qui peut conduire à un diagnostic et une proposition de traitement, expose aussi la femme souffrante à la stigmatisation et à se faire retirer la responsabilité parentale. En ces circonstances, il n'est pas acquis qu'elle donnera un consentement au traitement qui sera libre, et non donné afin de conserver ses droits.

Prevat et Desmarais (34) se sont spécifiquement intéressées au dévoilement des symptômes de dépression post-partum à un professionnel de la santé. Leur enquête en ligne, réalisée auprès de 211 femmes américaines dans les trois ans post-partum, visait à explorer les barrières et facilitateurs au dévoilement de symptômes de dépression post-partum à un professionnel de la santé. Dans cet échantillon, moins de la moitié des femmes qui ont eu des symptômes de dépression post-partum ont reçu un diagnostic. De plus, une femme sur cinq n'a pas révélé ses symptômes. Les barrières les plus importantes au dévoilement à un professionnel de la santé étaient la stigmatisation (19 %), les contraintes de temps (18 %) et le manque de motivation (16 %). L'auto-identification des symptômes et le niveau de stress étaient prédicteurs de la plus grande perception de barrière, ceci montrant que ce sont les femmes qui avaient le plus de besoin de services qui percevaient le plus de barrières. Le soutien social perçu et le stress étaient des facilitateurs de dévoilement, les auteurs expliquant ce phénomène par le fait que le soutien social allégerait la perception des barrières au dévoilement.

L'enjeu de la stigmatisation est ici en lien avec la crainte des femmes d'avoir un signalement à la Protection de l'enfance si la dépression post-partum est diagnostiquée. Ceci les place donc dans une position très préoccupante où elles hésiteront à dévoiler leurs symptômes, avec pour conséquence possible l'aggravation de ceux-ci, alors qu'à leurs yeux le dévoilement peut avoir des conséquences tout aussi négatives, telles que la perte de la garde de l'enfant ou de la confiance de ses proches en ses capacités parentales. Pourtant, afin de prévenir les délais de traitement et les complications qui en découlent, on recommande un dépistage systématique de la dépression post-partum dans certains pays, par exemple aux États-Unis (35). Cela dit, ce dépistage peut être considéré comme coercitif, en allant, de façon proactive, arracher aux femmes un dévoilement sur des symptômes qui auraient peut-être pu rester cachés ou, surtout, être traduits s autrement que par un diagnostic de dépression et traitement médical. À cet égard, Vaswani et al. (36) démontrent que le dépistage universel de la dépression, en particulier auprès des femmes enceintes ou en post-partum, n'est pas appuyé par des données probantes solides. Les outils de dépistage courants seraient associés à une proportion de faux positifs pouvant aller jusqu'à 50 %, alors que les antidépresseurs, considérés comme le traitement de première intention, ne sont pas sans risques pour le fœtus ou le bébé allaité. Qui plus est, ces instruments se concentrent sur le dévoilement de symptômes sans tenir compte de facteurs psychosociaux tels que le soutien social, la pauvreté, ou la conciliation travail-famille, qui peuvent causer énormément de stress à la femme enceinte ou nouvelle mère et ainsi affecter sa santé mentale. Ces éléments restent donc sous-explorés et l'approche préconisée reste essentiellement médicale.

Étudiants d'origine chinoise

Dans cet exemple, le triangle de base de l'éthique de Ricœur est manifeste. Les études collégiales et universitaires se produisent au moment de la transition développementale entre la jeunesse et l'âge adulte, où les jeunes sont particulièrement vulnérables aux problèmes de santé mentale. Le suicide est la deuxième cause de décès dans cette population (37). Or, le statut d'immigrant ou de minorité culturelle contribue aux défis vécus par les jeunes étudiants. En 2017, 28 % des étudiants

internationaux au Canada étaient d'origine chinoise (38). Outre les enjeux liés à la stigmatisation, des aspects spécifiques à cette culture (le *il* de Ricœur) peuvent considérablement nuire à la recherche d'aide et au dévoilement de symptômes de troubles de santé mentale. Les symptômes ou les troubles de santé mentale peuvent être considérés comme une honte, un manque de volonté ou de contrôle de soi, ce qui constitue une barrière importante à la recherche d'aide en santé mentale (39-41). Par ailleurs, on retrouve dans la culture chinoise l'importance profonde d'éviter « la perte de la face ». La « face » se divise en deux concepts. Le premier est le « *mien-tzu* », réfère à la réputation, qui s'est construite socialement par des réussites dans des domaines tels que l'éducation et la carrière. Le deuxième type se désigne par le « *lien* », qui concerne la valeur morale de la personne. (le *je* de Ricœur) « Perdre la face » est perçu par les Chinois comme très grave, car ceci signifie une dégringolade sociale quasi irrécupérable causée par une réponse inadéquate aux attentes ou aux standards de la collectivité (42). Il est de plus important de sauver la face de sa famille (le *tu* de Ricœur). Par exemple, un échec professionnel affectera durablement l'estime de soi de la personne et la réputation de sa famille. La préservation des apparences est donc plus importante que l'exposition directe de vulnérabilités ou de situation négatives, afin d'éviter une honte profonde qui peut rejaillir sur l'entourage et amener une perte de statut social pour tous.

Par conséquent, le fait de rechercher de l'aide professionnelle en santé mentale représente une perte de la face pour un étudiant chinois, car il aura échoué à se prendre en main, ceci étant de surcroît un échec de sa famille, qui aura été incapable de gérer la situation (41). Ceci pose plusieurs enjeux, entre autres d'ordre éthique, entourant le dévoilement dans les services de santé. Les professionnels de la santé canadiens ne peuvent tous être outillés pour accueillir les étudiants d'origine chinoise qui présentent des symptômes de trouble de santé mentale. Il peut leur être difficile de les inciter à un dévoilement authentique afin de pouvoir leur offrir les meilleurs soins et services, tout en étant conscients des conséquences sociales majeures auxquelles s'exposent ces personnes. L'évaluation des risques et les bénéfices de la mise en place d'un traitement et de services en santé mentale dans ce contexte représente donc un défi supplémentaire. Enfin, il importe de pouvoir soutenir l'étudiant en détresse à faire des choix pour sa santé qui seront à la fois éclairés et culturellement sécuritaires.

Les professionnels de la santé

Considérant que les professionnels de la santé sont bien informés de ce que sont les troubles de santé mentale, des traitements et services disponibles, de même des conséquences iatrogènes des délais de traitement allongés, leur propre dévoilement dans les moments de souffrance ne devrait pas se faire hésitant. Pourtant, même dans ces conditions, le dévoilement ne se fera pas toujours, car les professionnels de la santé redoutent, à juste titre, plusieurs conséquences négatives de leur dévoilement. Dans deux études sur des médecins présentant des symptômes de trouble de santé mentale ou un trouble identifié, le taux de dévoilement afin d'être aidé ne dépasse pas 56 %, les plus jeunes étant les moins portés à se dévoiler (12,15). Une étude sur 121 étudiantes en soins infirmiers du Royaume-Uni révélait que bien que 44 % et 48 % présentaient des symptômes cliniquement significatifs d'anxiété et de dépression, 47,2 % et 54 %, respectivement, n'ont pas cherché à avoir de l'aide (16). Cependant, un sondage réalisé auprès de 678 psychologues du même pays montrait que 84 % de ceux qui ont vécu un problème de santé mentale sont allés chercher de l'aide, dont 53,2 % auprès d'un médecin de famille (17). Chez les médecins, on profite de l'opportunité de pouvoir se soigner par soi-même afin d'éviter les conséquences négatives du dévoilement mentant à un diagnostic psychiatrique (12,15). Dans un vaste sondage réalisé auprès de 2106 femmes médecins américaines qui étaient aussi des mères, on a relevé des pratiques inquiétantes telles que l'auto prescription ou la prescription par un ami de médication psychotrope, payée comptant à la pharmacie afin que les assurances ne soient pas avisées du diagnostic et de la médication qui est associée, ou encore consulter dans une autre ville ou dans un autre système de santé (15).

Le dévoilement semble, dans ces circonstances, fortement lié à la peur de conséquences négatives. La crainte d'être perçu négativement ou étiqueté par les collègues est nommée dans plusieurs études, et touche autant les professionnels en exercice que les étudiants en formation. Les autres préoccupations concernent la confidentialité, les conséquences sur le droit de pratique, de devenir perçu comme incompétent, d'être rejeté par les patients et l'impact négatif sur l'image de soi (12-17). Spécifiquement, dans le cas des étudiants, on craint d'être refusé pour un stage, d'être jugé négativement par les superviseurs ou la direction, ou encore d'être perçu carrément inapte à pratiquer la profession (13,16). Ainsi, il semble y avoir un enjeu relatif au pouvoir des instances institutionnelles sur la carrière des professionnels de la santé. Bien que ceux-ci partagent avec la population générale la crainte d'être stigmatisé, la crainte d'être perçu comme incompétent, voire inapte à la profession, pèse plus lourd encore. Il apparaît que les professionnels de la santé souffrant de problèmes de santé mentale ne perçoivent pas d'emblée de la solidarité de la part de leurs pairs et de ceux qui supervisent leur travail, comme les chefs de département, les superviseurs ou les ordres professionnels. Ils perçoivent plutôt une impression de risque de perte de crédibilité, de statut social ou même du droit de pratique.

Ces trois types d'expériences, soit les femmes en post-partum, les étudiants d'origine chinoise ou encore les professionnels de la santé montrent les nombreuses zones de vulnérabilité auxquelles s'expose la personne qui se dévoile en contexte de recherche d'aide en santé mentale. La recherche d'aide elle-même expose à la stigmatisation, et le diagnostic psychiatrique et les traitements associés peuvent avoir de nombreuses conséquences qui ont le potentiel d'affecter négativement toutes les facettes de la vie de la personne, soit son image d'elle-même, son identité sociale, les relations avec sa famille et son parcours scolaire et professionnel.

Les normes de pratique professionnelle

La vulnérabilité des patients qui doivent se dévoiler et les risques auxquels ils s'exposent nécessitent une intervention par des professionnels compétents. Les normes professionnelles ne prescrivent pas de façon directe ou spécifique les façons de faire attendues en ce qui a trait au dévoilement. Toutefois, le dévoilement repose, comme on l'a vu, en grande partie sur la relation entre le professionnel et le patient, de même que sur une approche d'évaluation adéquate de l'état de santé de ce dernier. Or, ces deux éléments sont explicites dans les normes et les standards de pratique professionnelle attendus.

Les standards de pratique, par exemple en médecine ou en soins infirmiers, sont explicites sur l'importance d'établir un lien thérapeutique de qualité afin que le patient se sente à l'aise de se confier. Au Canada, le référentiel de compétence des médecins CanMEDS 2015 stipule que dans son rôle de « Communicateur » le médecin doit être capable 1 : « D'établir des relations professionnelles avec le patient, sa famille et ses proches aidants », 1.1 : de « Démontrer, lors des échanges, de l'empathie, du respect et de la compassion envers le patient afin de favoriser sa confiance et son autonomie » et 2 : de « Recueillir et synthétiser l'information pertinente, en tenant compte de la perspective du patient, sa famille et ses proches aidants », notamment en utilisant « des techniques d'entrevue centrées sur les besoins du patient afin d'obtenir l'information pertinente sur les plans biomédical et psychosocial » (43, p.17). Un guide plus spécifique, dédié à la compétence en santé mentale, précise dans le rôle de communicateur qu'il « incombe au médecin et à son patient de tenir une discussion franche, claire et respectueuse à propos des questions de santé mentale » (44, p.6). Ceci suggère non seulement une réciprocité dans la communication, qui doit être transparente pour les deux parties, mais que la responsabilité de la qualité de la communication appartient au professionnel de la santé.

En soins infirmiers, les référentiels de compétence varient selon les provinces. À titre d'exemple, les standards de pratique infirmière en santé mentale du Québec indiquent que l'infirmière en santé mentale « utilise des habiletés de communication verbales et non verbales, incluant l'empathie, l'écoute active, l'authenticité, la capacité d'observation et son intérêt pour l'expérience de vie de la personne et de ses proches » (45, p.17). Afin d'évaluer la personne soignée, elle :

> utilise un processus systématique pour évaluera la condition de santé physique et mentale d'une personne. Selon qu'il s'agit d'une évaluation initiale ou d'une évaluation en continu, ce processus peut comprendre un examen physique et un examen mental, l'histoire de santé de la personne, des observations, des renseignements obtenus à l'aide d'un entretien avec la personne, ses proches et les partenaires de soins si requis, et ce, en respectant les lois en matière de consentement et de confidentialité (45, p.25).

Par ailleurs, rappelons que l'approche centrée sur le rétablissement des personnes vivant avec un trouble de santé mentale, préconisée dans tous les guides de pratique en santé mentale au Canada, positionne les professionnels de la santé en « accompagnateurs ». C'est la personne qui se rétablit, et le professionnel de la santé utilise son expertise professionnelle afin d'aider la personne à faire des choix éclairés et de lui faciliter l'accès aux ressources et outils qui lui permettront de cheminer. Or, cet accompagnement sera enrichi par un dévoilement authentique obtenu dans la bienveillance, c'est-à-dire dans un contexte où celui-ci est digne de confiance. À ce titre, le guide canadien des pratiques orientées vers le rétablissement (22) insiste sur l'importance de connaître « les éléments fondamentaux pour bâtir une relation de confiance et la façon de les appliquer afin d'établir des relations thérapeutiques reposant sur la collaboration » (p.38). Le professionnel de la santé accompagnateur du rétablissement cherche donc à faciliter le dévoilement dans l'objectif d'aider la personne à mieux se comprendre, à se libérer de pensées douloureuses et à mieux se connaître. Dans ce contexte, ce dévoilement lui permettra de clarifier ses besoins et ses objectifs de vie.

Les standards de pratique professionnelle mettent donc de l'avant le fait que le professionnel de la santé doit démontrer des habiletés relationnelles, que la perspective de la personne interrogée est un incontournable et qu'il est responsable de la réussite de la relation thérapeutique. Il s'agit de la base à installer afin de favoriser le dévoilement. Mais, comme nous le constatons, l'objet du dévoilement est souvent sensible et l'interrogation demeure : est-ce que la création d'un lien thérapeutique est une intervention qui serait à la base de l'ouverture au dévoilement de la part du client, alors que ce lien n'est pas, trop souvent, de qualité suffisante, les professionnels de la santé n'étant pas conscients de la nécessité de ce lien afin de pouvoir arriver à leurs fins? De plus, les compétences d'entrée en profession et les standards de pratique ont été conçus pour répondre aux situations courantes, mais le dévoilement en contexte de services de santé mentale peut impliquer des enjeux très sensibles, dont le professionnel de la santé n'est pas toujours conscient.

Faciliter le dévoilement avec bienfaisance : une responsabilité du professionnel de la santé

Si les normes et les standards de pratique professionnelle jettent les bases d'une intervention de facilitation du dévoilement, il reste que cette intervention repose aussi sur la posture éthique qui se pose, comme nous l'avons démontré, de multiples façons dans le contexte des services en santé mentale. Nous avons vu que le dévoilement de soi de la part de la personne en besoin d'aide en santé mentale est un aspect incontournable de la qualité et de la sécurité des soins psychiatriques. De plus, il est clair que ce dévoilement, contrairement au dévoilement d'un symptôme physique, oblige la personne à se rendre très vulnérable face au jugement d'autrui, à s'exposer à une perte de statut social et de ses droits, à l'imposition d'un traitement ou encore au glissement parfois irrécupérable de son parcours développemental. Enfin, force est de constater que cette

vulnérabilité place la personne en situation de perte de liberté face aux conséquences de son dévoilement. Celle-ci peut alors ne pas se sentir libre de se dévoiler entièrement. Pour reprendre le cadre éthique de Ricœur (28), la liberté qui reste pour la personne est donc celle de se dévoiler ou non, ceci dépendant d'éléments sur la plupart desquels les professionnels de la santé ont le pouvoir d'avoir une influence positive.

Il est donc proposé ici que le dévoilement authentique de la part du patient devrait relever essentiellement de la responsabilité du professionnel de la santé. D'abord, parce qu'il s'agit d'une responsabilité éthique. Pour Ricœur, la responsabilité, au-delà de la nécessité d'assumer les conséquences de ses actes, est une obligation à « remplir certains devoirs, d'assumer certaines charges, de tenir certains engagements » (46). Deuxièmement, cette position de responsable du dévoilement s'inscrit dans l'approche de rétablissement en santé mentale. Enfin, la formation de base des professionnels de la santé positionne ceux-ci d'emblée comme des intervenants outillés pour aider la personne en détresse qui doit se dévoiler. En effet, toute formation du domaine de la santé implique le développement d'habiletés de communication, et ce, de façon encore plus avancée pour les professionnels en santé mentale. Ainsi, ceux-ci devraient agir, dans la bienveillance et au meilleur de sa compétence, de façon à faciliter le dévoilement de la personne qui requiert ses services. Cette bienveillance devrait être éclairée notamment par les éléments suivants : le devoir de faciliter de façon proactive le dévoilement, la conscience des risques auxquels s'expose la personne qui se dévoile, la transparence en ce qui concerne l'utilisation des informations dévoilées et le souci des inquiétudes de la personne par rapport aux conséquences de son dévoilement, telles que le diagnostic et les options de traitement (32,47). En ce qui concerne ce dernier point, soulignons l'importance d'offrir des options de traitement et une offre de services qui seront basés, au-delà des considérations médicales, sur les besoins de la personne en tant qu'être humain qui a une vie en dehors de la maladie.

Conclusion

Cet article avait pour objectif d'explorer le dévoilement de soi des patients dans les services de santé mentale. Le dévoilement est étroitement associé à la recherche d'aide et à l'engagement dans les services. Ce phénomène est encore peu étudié, tant sur le plan du développement théorique que par des études empiriques. C'est essentiellement un processus décisionnel et relationnel, qui dépend de facteurs dynamiques et complexes. Il expose des personnes déjà vulnérables à de nombreux risques et il serait imprudent de tenir pour acquis que le dévoilement dans la recherche d'aide en santé mentale est toujours bénéfique. Or, les différents contextes et exemples présentés mettent en évidence de nombreux enjeux éthiques qui entourent le dévoilement dans ce contexte. Le premier concerne la responsabilité du professionnel de la santé dans la facilitation du dévoilement. Comment celui-ci devrait-il se positionner : en interlocuteur neutre, afin de s'abstenir de tout jugement, en interlocuteur engagé afin de démontrer son intérêt authentique pour le vécu du patient ou en interlocuteur simplement curieux du vécu de la personne ? Un second enjeu concerne les façons les plus éthiques de juger de la teneur du dévoilement, et par qui ce jugement est posé : par un observateur externe, par le professionnel qui cherche à susciter ce dévoilement, mais aussi par le patient. Un troisième enjeu, encore largement inexploré, est le dévoilement involontaire, par le partage d'information inhérent au travail d'équipe et aux systèmes de documentation informatisés. Enfin, des interventions d'accompagnement des patients, par des intervenants ou par des pairs, pourraient faciliter un dévoilement éclairé qui répondra à des objectifs basés sur les intérêts du patient et non aux intérêts personnels du professionnel. Si ces nombreuses pistes constituent chacune une réflexion à faire en soi, il en reste que les obligations morales et professionnelles devraient tout de même inciter, devant tant d'inconnu, à adopter une posture de prudence et bienveillance dans les situations de dévoilement, tout en cherchant de façon continue à accroître la qualité du questionnement éthique.

Lorsque l'on parle de dévoilement, il s'agit en quelque sorte d'encourager le patient à « passer aux aveux », à l'image de l'interrogatoire de police. Étrangement (ou peut-être pas), les meilleures techniques d'interrogatoire policier insistent sur l'importance des composantes suivantes :

- Rester objectif et ouvert, notamment en prenant garde à l'effet « première impression », qui devrait être validé);
- Créer un bon rapport, en établissant un bon contact dans les premières minutes;
- Écouter, en s'intéressant à la personne et non seulement au crime;
- Garder une attitude professionnelle, en étant conscient des risques d'abus de pouvoir;
- Savoir conclure, c'est-à-dire de faire en sorte de préserver la dignité de la personne qui vient de faire un aveu difficile (48).

Évidemment, il n'est pas souhaitable de positionner la relation professionnelle de la santé/patient à l'image d'une relation policier/suspect (voire coupable !). Cependant, cet effort relationnel « technique » qui est exigé pour faire passer aux aveux des criminels est tout aussi nécessaire pour les patients. Cet exemple laisse songeur et nous porte à réfléchir sur les obligations que devraient se donner les professionnels de la santé, qui, tout comme l'enquêteur de police, font face à des personnes dont l'authenticité du dévoilement est cruciale pour la suite des choses. La nécessité de considérer cette problématique avec une posture éthique prend donc tout son sens. Si le dévoilement dans les services de santé implique toujours une confrontation des intérêts du professionnel à ceux de son patient, au final la sollicitude, la bienveillance et surtout la responsabilité pourront orienter le professionnel dans sa façon de faire.

Remerciements
Je remercie Laurence Caron et l'Association Québécoise pour la réadaptation psychosociale pour leur intérêt pour la thématique du dévoilement de soi dans les services de santé mentale, de même que pour les nombreuses discussions qui ont permis de faire évoluer les idées présentées dans ce texte.

Acknowledgements
I would like to thank Laurence Caron and the Quebec Association for Psychosocial Rehabilitation for their interest in the topic of self-disclosure in mental health services, as well as for the many discussions that helped develop the ideas presented in this text.

Conflits d'intérêts
Aucun à déclarer

Conflicts of Interest
None to declare

Responsabilités des évaluateurs externes
Les recommandations des évaluateurs externes sont prises en considération de façon sérieuse par les éditeurs et les auteurs dans la préparation des manuscrits pour publication. Toutefois, être nommé comme évaluateurs n'indique pas nécessairement l'approbation de ce manuscrit. Les éditeurs de la *Revue canadienne de bioéthique* assument la responsabilité entière de l'acceptation finale et de la publication d'un article.

Peer-reviewer responsibilities
Reviewer evaluations are given serious consideration by the editors and authors in the preparation of manuscripts for publication. Nonetheless, being named as a reviewer does not necessarily denote approval of a manuscript; the editors of *Canadian Journal of Bioethics* take full responsibility for final acceptance and publication of an article.

Édition/Editors: Erica Monteferrante & Aliya Affdal

Évaluation/Peer-Review: Annie Carrier & Marc Jean

Affiliations
[1] École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke, Longueuil, Québec, Canada

Correspondance / Correspondence: Marie-Claude Jacques, marie-claude.jacques@usherbrooke.ca

Reçu/Received: 24 Jul 2019 **Publié/Published:** 30 Oct 2020

Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors de COPE. Plus précisément, ils travaillent pour s'assurer des plus hautes normes éthiques de la publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

The editors follow the recommendations and procedures outlined in the COPE Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors. Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

Références

1. Wang PS, Angermeyer M, Borges G et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. World Psychiatry. 2007;6(3):177-85.
2. Johnson JL, Oliffe JL, Kelly MT, Galdas P, Ogrodniczuk JS. Men's discourses of help-seeking in the context of depression. Sociol Health Illn. 2020;34(3):345-61.
3. Fleury M-J, Grenier G, Bamvita J-M, Caron J. Determinants and patterns of service utilization and recourse to professionals for mental health reasons. BMC Health Serv Res. 2014;14(1):161.
4. Penttila M, Jaaskelainen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettunen J. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. Brit J Psychiatry. 2014;205(2):88-94.
5. Ghio L, Gotelli S, Marcenaro M, Amore M, Natta W. Duration of untreated illness and outcomes in unipolar depression: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2014;152-154:45-51.
6. Brown P, Calnan M, Scrivener A, Szmukler G. Trust in mental health services: A neglected concept. J Ment Health. 2009;18(5):449-58.
7. Murray B, McCrone S. An integrative review of promoting trust in the patient–primary care provider relationship. J Adv Nurs. 2014;71(1):3-23.
8. Mechanic D, Meyer S. Concepts of trust among patients with serious illness. Soc Sci Med. 2000;51(5):657-68.
9. Eriksen KÅ, Arman M, Davidson L, Sundfør B, Karlsson B. Challenges in relating to mental health professionals: Perspectives of persons with severe mental illness. Int J Ment Health Nurs. 2013;23(2):110-7.
10. Ljungberg A, Denhov A, Topor A. Non-helpful relationships with professionals – a literature review of the perspective of persons with severe mental illness. J Ment Health. 2016;25(3):267-77.
11. Smith TE, Easter A, Pollock M, Pope LG, Wisdom JP. Disengagement from care: perspectives of individuals with serious mental illness and of service providers. Psychiatr Serv. 2013;64(8):770-5.
12. Cohen D, Winstanley SJ, Greene G. Understanding doctors' attitudes towards self-disclosure of mental ill health. Occup Med. 2016;66(5):383-9.
13. Dyrbye LN, Eacker A, Durning SJ et al. The impact of stigma and personal experiences on the help-seeking behaviors of medical students with burnout. Acad Med. 2015;90(7):961-69.
14. Edwards JL, Crisp DA. Seeking help for psychological distress: Barriers for mental health professionals. Aust J Psychol. 2017;69(3):218-25.
15. Gold KJ, Andrew LB, Goldman EB, Schwenk TL. "I would never want to have a mental health diagnosis on my record": A survey of female physicians on mental health diagnosis, treatment, and reporting. Gen Hosp Psychiatry. 2016;43:51-7.

16. Mitchell AEP. Psychological distress in student nurses undertaking an educational program with professional registration as a nurse: Their perceived barriers and facilitators in seeking psychological support. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2018;25(4):258-69.
17. Tay S, Alcock K, Scior K. Mental health problems among clinical psychologists: Stigma and its impact on disclosure and help-seeking. J Clin Psychol. 2018;74(9):1545-55.
18. Carlat D. The Psychiatric Interview. 4e éd. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
19. Gaille M, Foureur N. « L'humanité », enjeu majeur de la relation médecin/patient. Y a-t-il une violence intrinsèque à la situation de soin ? Dans: Benaroyo L, Lefève C, Mino J-C, Worms F, éditeurs. La philosophie du soin. Presses Universitaires de France; 2010. p.189-204.
20. Lemerle S. Trois formes contemporaines de biologisation du social. Socio Nouv Rev Sci Soc. 2016;(6).
21. Deegan PE. Recovery as a self-directed process of healing and transformation. Occup Ther Ment Health. 2002;17(3-4):5-21.
22. Commission de la santé mentale du Canada. Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement. Ottawa (Ontario); 2015.
23. Doucet H. Éthique clinique : pour une approche relationnelle dans les soins. Presses de l'Université Laval; 2014. 146 p.
24. Chaudoir SR, Fisher JD, Simoni JM. Understanding HIV disclosure: A review and application of the Disclosure Processes Model. Soc Sci Med. 2011;72(10):1618-29.
25. Sun Y, Knobf MT. Concept analysis of symptom disclosure in the context of cancer. Adv Nurs Sci. 2008;31(4):332-41.
26. Saiki LS, Lobo ML. Disclosure: A concept analysis. J Adv Nurs. 2011;67(12):2713-22.
27. Chaudoir SR, Fisher JD. The disclosure processes model: Understanding disclosure decision making and postdisclosure outcomes among people living with a concealable stigmatized identity. Psychol Bull. 2010;136(2):236-56.
28. Ricœur P. Éthique. Encyclopædia Universalis; 1985.
29. Hinshaw SP, Cicchetti D. Stigma and mental disorder: Conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure, and social policy. Dev Psychopathol. 2000;12(4):555-98.
30. Keller AO, Valdez CR, Schwei RJ, Jacobs EA. Disclosure of depression in primary care: A qualitative study of women's perceptions. Womens Health Issues. 2016;26(5):529-36.
31. Gronholm PC 1, Thornicroft G, Laurens KR, Evans-Lacko S. Conditional disclosure on pathways to care: coping preferences of young people at risk of psychosis. Qual Health Res. 2017;27(12):1842-55.
32. Jacques M-C, Tribble DS-C, Bonin J-P. Le dévoilement de soi chez les hommes vivant avec la schizophrénie. Rech Soins Infirm. 2016;(126):80-92.
33. Jacques M-C, St-Cyr Tribble D, Bonin J-P. Filters in the coping process of people with schizophrenia spectrum disorder: a constructivist grounded theory study. J Psychiatr Menta Health Nurs. 2019;26(5-6):142-152.
34. Prevatt B-S, Desmarais SL. Facilitators and barriers to disclosure of postpartum mood disorder symptoms to a healthcare provider. Matern Child Health J. 2018;22(1):120-9.
35. Smith EK, Gopalan P, Glance JB, Azzam PN. Postpartum depression screening: a review for psychiatrists. Harv Rev Psychiatry. 2016;24(3):173.
36. Vaswani A, Karter JM, Cosgrove L et al. Depression screening during pregnancy and the postpartum period: enhancing informed consent practices. Womens Reprod Health. 2018;5(1):1-12.
37. Mental Health Commission of Canada. Taking the Next Step Forward Building a Responsive Mental Health and Addictions System for Emerging Adults. Ottawa, ON; 2015.
38. Canadian Bureau for International Education. International Students in Canada. Report No.: 10. Ottawa, ON; 2018.
39. Hunt J, Eisenberg D. Mental health problems and help-seeking behavior among college students. J Adolesc Health. 2010;46(1):3-10.
40. Thomson MS, Chaze F, George U, Guruge S. Improving immigrant populations' access to mental health services in canada: a review of barriers and recommendations. J Immigr Minor Health. 2015;17(6):1895-905.
41. Han M, Pong H. Mental health help-seeking behaviors among asian american community college students: the effect of stigma, cultural barriers, and acculturation. J Coll Stud Dev. 2015;56(1):1-14.
42. Leong FTL, Byrne BM, Hardin EE et al. A psychometric evaluation of the Loss of Face Scale. Psychol Assess. 2018;30(3):396-409.
43. Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins. Ottawa, ON: College royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2015.
44. Comité directeur sur les compétences fondamentales en santé mentale. Compétences fondamentales en santé mentale pour les médecins. Ottawa, ON; 2014.
45. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Standards de pratique de l'infirmière dans le domaine de la santé mentale. Montréal, QC: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2016.
46. Ricoeur P. Le concept de responsabilité: Essai d'analyse sémantique. Esprit. 1994;206(11):28-28.
47. Jacques M-C. Le dévoilement des secrets de la psychose. Dans: Quintin, Jacques, Vinit, Florence, Herrera, Fabrice, éditeurs. Proximité, intimité et secret dans la relation d'aide. Montréal, QC: Liber; 2018. p.111-20.
48. St-Yves M, Tanguay M, Crépault D. La psychologie de la relation: cinq règles de base. Dans: Landry J, St-Yves M, éditeurs. Psychologie des entrevues d'enquête: de la recherche à la pratique. Cowansville: Éditions Yvon Blais; 2004. p.135-53.