



## Version française de l'échelle d'alliance thérapeutique entre le supervisé et le superviseur (BSWAI-fr) : une étude pilote

Sabrina Julien Sweerts, Lucia Romo, Abdel Boudoukha, Damien Fouques

### ► To cite this version:

Sabrina Julien Sweerts, Lucia Romo, Abdel Boudoukha, Damien Fouques. Version française de l'échelle d'alliance thérapeutique entre le supervisé et le superviseur (BSWAI-fr) : une étude pilote. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2021, 179 (6), pp.519-523. 10.1016/J.AMP.2021.02.003 . hal-04594018

**HAL Id: hal-04594018**

**<https://univ-paris8.hal.science/hal-04594018>**

Submitted on 30 May 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

# **Version française de l'échelle d'alliance thérapeutique entre le supervisé et le superviseur (BSWAI-fr) : une étude pilote**

Auteurs :

Sabrina JULIEN SWEERTS<sup>1</sup>, MCF en psychologie clinique

Lucia ROMO<sup>1,2</sup>, Professeur en psychologie clinique

Abdel BOUDOUKHA<sup>3</sup>, Professeur en psychologie clinique

Damien FOUQUES<sup>1</sup>, Professeur en psychologie clinique

1-Laboratoire de psychologie clinique, EA 4430 Clipsyd, Université Paris Nanterre, 200 avenue de la République, 92001 Nanterre Cedex

2- Unité de thérapies à médiation artistique et numérique, CMME, Hôpital Sainte Anne, GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, INSERM U-1266 IPNP

3- Université de Nantes – - Faculté de Psychologie - Laboratoire Psychologie des Pays de la Loire - UPRES UR 4638 Chemin de la Censive-du-Tertre BP 81227 Nantes Cedex 3 - <https://orcid.org/0000-0002-9317-0396>

# **Version française de l'échelle d'alliance thérapeutique entre le supervisé et le superviseur (BSWAI-fr) : une étude pilote**

## **Résumé en français**

La supervision dans le champ des thérapies comportementales et cognitives a longtemps été négligée en France. Pourtant, le peu de recherches sur ce sujet mettent en évidence l'effet positif de la supervision chez le psychothérapeute (amélioration de ses compétences, diminution de la fatigue de compassion), chez le patient (amélioration de son bien-être). Elle semblerait augmenter l'efficacité de la thérapie. L'alliance de travail en supervision pourrait être un ingrédient majeur de ces effets positifs. Aussi, avons-nous adapté et validé en version française un outil à 6 items, le questionnaire d'alliance de travail en supervision (QATS) pour augmenter les recherches sur ce sujet et permettre une évaluation rapide et systématique de l'alliance en supervision. Après avoir procédé à une rétro-translation, nous avons effectué une analyse factorielle exploratoire et une analyse factorielle confirmatoire. Ces analyses valident la conception bifactorielle du modèle avec la « relation » et le « focus patient ». Ce modèle explique près de 73% de la variance totale. Les indices d'ajustement SMRM, TLI et CLI sont très bons. L'analyse de la consistance interne de chaque sous-échelle est excellente. Une des principales limites de cette validation en langue française est la population composée uniquement de thérapeutes d'orientation comportementale et cognitive. En revanche, elle ouvre des perspectives de recherche dans ce champ peu étudié qu'est la supervision malgré les risques psycho-sociaux évidents présents chez les psychothérapeutes.

**Mots clés** : supervision, alliance de travail, prévention, psychothérapeute

## **Abstract**

Supervision in the field of behavioral and cognitive therapies has long been neglected in France. However, the little research on this subject highlights the positive effect of supervision on the psychotherapist (improvement of his skills, reduction of compassion fatigue) and on the patient (improvement of his well-being). It would seem to increase the effectiveness of therapy. The combination of supervisory work could be a major ingredient in these positive effects. Therefore, we have adapted and validated in French a 6-item tool, the Supervisory Working Alliance Questionnaire (SWAQ), to increase research on this subject and allow for a rapid and systematic evaluation of the supervisory alliance. After conducting a back-translation, we conducted an exploratory factor analysis and a confirmatory factor analysis. These analyses validate the bifactorial design of the model with "relationship" and "patient focus". This model explains nearly 73% of the total variance. The SMRM, TLI and CLI fit indices are very good. The analysis of the internal consistency of each subscale is excellent. One of the main limitations of this French-language validation is the population composed solely of behavioral and cognitive therapists. On the other hand, it opens up research perspectives in the little-studied field of supervision despite the obvious psychosocial risks present in psychotherapists.

Key Words: supervision, working alliance, prevention, psychotherapist

## Introduction

La supervision dans le champ des thérapies comportementales et cognitives (TCC) a longtemps été négligée en France. Mais, des normes d'accréditation des thérapeutes TCC se multiplient au niveau international. Par exemple, l'association européenne des TCC (EABCT) a validé en 2002 plusieurs obligations pour valider la formation de thérapeute TCC : 200 h de pratique clinique supervisée, avoir suivi au moins 8 patients présentant au moins 3 problématiques différentes et présenter trois supports audio ou vidéo de prise en charge ([www.eabct.eu](http://www.eabct.eu)). Au Royaume-Uni, l'association britannique des TCC requiert 200 h de pratique clinique avec au moins 40 heures de supervision pour valider la formation ([www.bapcp.com](http://www.bapcp.com)). Dans le but de se rapprocher des standards internationaux en la matière, l'Association Française des Thérapies Comportementales et Cognitives (AFTCC) commence à former de superviseurs en 2009, prévoit 13h de supervision en formation continue et exige un minimum de 4 heures de supervision par an, effectuées auprès d'un superviseur formé (TPS) pour conserver le titre de thérapeute praticien (TP). Si le but était d'inciter les thérapeutes à se faire superviser, aucune loi française n'impose la supervision dans la pratique de la psychothérapie quelle que soit l'école, contrairement aux autres pays européens.

Pourtant, devant l'importance de la supervision dans le développement des compétences des psychothérapeutes et donc indirectement dans la prise en charge et la protection des patients, de nombreuses autorités réglementaires défendent et promeuvent la supervision dans les services de santé mentale [1] En effet, la supervision permettrait une amélioration du bien-être du patient [2] mais aussi du personnel soignant [3] ).

Paradoxalement, alors que les preuves scientifiques de l'efficacité des TCC sur les troubles mentaux s'accumulent, peu de chercheurs étudient la supervision et l'effet de celle-ci sur le bien-être des thérapeutes et des patients [4-5]. Une récente revue de la littérature effectuée sur les 23 dernières années n'a identifié que 19 publications dont quinze études empiriques sur la supervision [5]. Les quelques résultats mettent en évidence une augmentation des compétences du supervisé [6] et une amélioration de l'alliance thérapeutique [7]. La supervision permettrait également une diminution de la fatigue du thérapeute, et une augmentation de sa satisfaction au travail. Ce constat n'a été observé que dans une seule étude dont la faible taille de l'échantillon n'a malheureusement pas permis de fournir de résultats statistiques [8]. En revanche, une étude rigoureuse à méthodes mixtes a mis en évidence une réduction du niveau de stress et une amélioration de la satisfaction au travail chez les psychothérapeutes [3].

La supervision aurait également des effets sur le patient. En effet, une étude randomisée a mis en évidence une réduction significativement plus importante des symptômes dépressifs, une meilleure satisfaction concernant sa psychothérapie et une diminution du taux d'abandon chez les patients ayant un thérapeute supervisé comparativement aux patients ayant un thérapeute non supervisé [7].

Les supervisés mettent en lien l'importance de la relation qu'ils nouent avec leur superviseur et l'efficacité de la supervision [3]. Cette relation, appelée alliance de travail, est considérée comme le cœur et l'âme même de la supervision et pourrait être la variable

centrale, l'élément par excellence de la supervision de la psychothérapie [9], tout comme l'est l'alliance thérapeutique dans l'efficacité de la thérapie [10].

Si la supervision augmente les compétences du supervisé, sa satisfaction au travail et si son efficacité a pour ingrédient principal l'alliance de travail, l'intérêt de l'objectiver permettrait un usage clinique à des fins d'améliorer l'ajustement superviseur-supervisé où une rétroaction systématique régulière est conseillée [11] et de promouvoir des recherches sur ces questions. Tangen et Borders (2016) ont répertorié onze instruments pour mesurer cette alliance, chacun ayant leurs avantages et leurs inconvénients (durée de passation, cadre théorique insuffisant, qualités psychométriques...) [11]. Pour effectuer leur choix, Ils recommandent aux chercheurs de considérer le but visé, les qualités psychométriques et la longueur de l'instrument. Au vu de ces éléments, nous avons opté pour la Supervisory Working Alliance Inventory, SWAI [12], fondé sur le modèle de l'alliance thérapeutique de Bordin [13]. Dans ce modèle bifactoriel, l'alliance de travail en supervision est définie comme la relation collaborative entre le superviseur et le supervisé qui favorise la formation du supervisé en mettant à profit les compétences et les connaissances du superviseur [14]. Elle a été validée en version abrégée à 5 items par Sabella & al (2019) avec une structure unifactorielle : la BSWAI [15].

Notre étude a pour objectif de construire une échelle brève d'alliance de travail en supervision en adaptant, réduisant, validant en français la SWAI et non la BSWAI car nous souhaitons conserver les deux facteurs du modèle original : la « relation » et le « focus patient ». Après avoir validé et confirmé le modèle, nous posons l'hypothèse que cette échelle sera corrélée positivement à la satisfaction au travail et/ ou négativement à la fatigue de compassion du thérapeute comme mis en évidence par de nombreuses études.

## **Méthode**

### **Procédure**

Nous avons envoyé un lien vers une enquête en ligne via le serveur sécurisé Qualtrics à tous les thérapeutes praticiens de l'AFTCC. Les seuls critères d'inclusion étaient que les sujets soient thérapeutes TCC et qu'ils donnent leur avis de non-opposition à l'étude, les données recueillies étant totalement anonymes. Le seul critère d'exclusion était secondaire : si les répondants n'étaient pas supervisés, le logiciel ne proposait pas de remplir la SWAI.

Après avoir obtenu l'accord des auteurs, nous avons effectué une traduction puis une rétro-traduction de la SWAI. L'échelle a été traduite en français par une personne bilingue ayant pour langue maternelle l'anglais puis retraduite en anglais par une deuxième personne bilingue. Les items ont ensuite été comparés à la version originale.

Nous avons ensuite cherché à construire une version courte de l'échelle en conservant la bifactorialité « relation » et « focus patient » ce qui nous imposait la présence de 3 items par facteur [16]. Pour effectuer cette construction, après avoir vérifié que le nombre de facteur de la SWAI traduite correspondait bien à l'originale, nous avons enlevé un à un les items ayant les qualités psychométriques les plus faibles, à savoir ceux qui saturaient le moins avec leur facteur ou ceux qui saturaient dans les deux facteurs jusqu'à obtenir les 3 items qui incluaient corrélaient le mieux avec chaque facteur.

Enfin, nous avons ensuite procédé à l'analyse factorielle confirmatoire pour tester l'ajustement de ce modèle et l'avons comparé à la version originale.

Puis, nous avons cherché à observer si la BSWAI-Fr était corrélée positivement à la satisfaction de compassion ou à l'épuisement professionnel, conformément aux données de la littérature scientifique. Pour cela, nous avons utilisé deux outils de mesure (la ProQOL 5 et l'OLBI).

## Instruments de mesure

La SWAI version supervisé est une échelle d'auto-évaluation comportant 19 items auxquels le supervisé répond sur une échelle de likert à 7 points allant de « pratiquement jamais » à « pratiquement toujours ». Elle comporte deux sous-échelles : la « relation » qui reflète l'effort du superviseur pour établir une relation avec le supervisé par le biais d'un soutien et d'un encouragement et le « focus patient » qui fait référence à l'accent que le superviseur met sur la compréhension du patient et de ses difficultés, par le supervisé [17]. Les scores à chaque échelle sont obtenus en sommant les items de l'échelle, puis en divisant par le nombre d'items (par 12 pour obtenir le score relation et par 7 pour obtenir le score focus patient). Ils varient donc de 1 à 7.

La ProQOL 5, Professional Quality of Life [18], échelle d'auto-évaluation comprenant 30 items sur une échelle de likert à 5 points allant de « jamais » à « toujours », mesure la satisfaction de compassion d'une part et la fatigue de compassion d'autre part, avec deux sous-échelles : l'épuisement professionnel ou *burn out* et le traumatisme vicariant. Selon ses auteurs, la satisfaction de compassion concerne la satisfaction éprouvée à bien faire son travail et l'épuisement professionnel renvoie à un sentiment de désespoir et à des difficultés à gérer le travail ou à le faire efficacement.

L'Oldenburg Burnout Inventory ou OLBI [19], traduite en français [20], et composé de 16 items cotés sur une échelle de Likert de 4 degrés, allant de « 1 = tout à fait d'accord » à « 4 = pas du tout d'accord ». Cet inventaire mesure le *burn out* selon deux dimensions : l'épuisement (physique, affectif et cognitif) lié au travail et le désengagement professionnel. Un lot sur ces qualités psychométriques, pareil pour la ProQOL

## Ethique

La présente recherche suit les consignes du comité d'Ethique et de recherche de l'Université de Nantes.

## Résultats

### Participants

173 psychothérapeutes de l'AFTCC, 80% de femmes (n=136) et 20% d'hommes (n= 34), âgés de 25 à 90 ans ( $m = 44,3$  ;  $\sigma = 11,4$ ) ont participé à cette enquête en ligne. 136 ont déclaré recourir à la supervision et ont rempli l'échelle d'alliance de travail en supervision version « supervisé ». Ils déclarent être thérapeutes depuis environ 7 ans ( $m = 7,37$  ;  $\sigma = 0,55$  ;  $\min = 0,5$  ;  $\max = 37$ ).

### **Analyse factorielle exploratoire**

Nous avons effectué cette AFE sur l'ensemble des 19 items et éliminé les items qui saturaient le moins avec chaque facteur ou qui saturaient dans les deux facteurs.

La significativité du test de Bartlett ( $\chi^2(171) = 2630,3$  ;  $p < 0,001^{***}$ ) et la valeur du test de Kaiser-Meyer-Olkin global très satisfaisant (0,94) indiquaient suffisamment de corrélations pour effectuer une analyse factorielle exploratoire (AFE).

De façon attendue et conformément au modèle, le critère de Kaiser et le critère de Cattell ont convergé vers la détermination d'une solution à deux facteurs.

Du fait de la non-normalité de la distribution des variables et de l'hypothèse d'une corrélation interfactorielle, la méthode d'extraction était en analyse ULS (unweighted least square), moindres carrés non pondérés minimisant les résidus et la méthode de rotation était oblique (oblimin). Après une réduction pas à pas, nous avons conservé 3 items par facteur : les items 2, 5, 11, pour le facteur 1, 17, 18, 19 pour le facteur 2

Le modèle retenu explique 72,68% de la variance : 40,58% par les 3 items du facteur 1 et 32,1% par ceux du facteur 2. La corrélation interfactorielle est de 0,66.

Tableau 1

### **Analyse de la consistance interne**

Les échelles ont une consistance interne excellente avec  $\alpha$  de Cronbach (1951) égal à 0.91 pour la « relation » et à 0,85 pour le « focus patient » et un  $\omega$  de McDonald (1999) à 0,91 pour relation » égale à 0,85 pour le « focus patient » = 0,85. Les statistiques de consistance interne nous ont indiqué qu'enlever un item serait contre-productif.

Tableau 2

### **Analyse confirmatoire**

Après avoir vérifié les conditions d'applications (taille échantillon suffisante et même échelle de réponse à tous les items), nous avons procédé à l'analyse factorielle confirmatoire (AFC). Elle nous indique un bon ajustement du modèle ( $\chi^2 [8] = 22,86$  ;  $p < 0,004$  ; SRMR = 0,038 ; CFI = 0,97 ; TLI = 0,95 ; RMSEA = 0,11 IC = [0,062-0,174]). Nous avons ensuite comparé les résultats avec une AFC sur la version complète SWAI (Efstation et al., 1990) ( $\chi^2 [151] = 451,06$  ;  $p < 0,001$  ; SRMR = 0,05 ; CFI = 0,88 ; TLI = 0,87 ; RMSEA = 0,12 IC = [0,108-0,134]). Parmi les deux versions, la structure factorielle de notre échelle abrégée BSWAI-Fr a clairement montré la plus forte concordance avec les données.

### **Alliance de travail en supervision et satisfaction au travail :**

Les données mettent en évidence une corrélation positive modérée entre les deux sous-échelles de la BSWAI-Fr et la satisfaction de compassion selon la OLBI ( $r = 0,39$  ;  $p < 0.001^{***}$  et  $r = 0,37$  ;  $p < 0.001^{***}$ ) et une corrélation négative modérée entre le « focus patient » de la BSWAI-Fr et l'échelle de Burn out de la ProQOL ( $r = -0,36$  ;  $p < 0.001^{***}$ ). La tableau 3 présentent la matrice de corrélation.

Tableau 3

## Discussion

### « Relation » et « focus patient » :

L'analyse factorielle exploratoire et confirmatoire valident la conception bifactorielle du modèle d'Efstation et al. (1990) avec la « relation » et le « focus patient ». Ce modèle explique près de 73% de la variance totale.

Les indices d'ajustement SMRM, TLI et CLI sont très bons. La significativité du  $\chi^2$ , indice très sensible aux nombres de répondants, pourrait probablement s'améliorer avec l'augmentation de la taille de l'échantillon. En outre, l'analyse de la consistance interne de chaque sous-échelle est excellente.

La version abrégée de Sabella et al. à 5 items mettaient en évidence un modèle unifactoriel [15]. Nous n'avons pas retenu cette méthodologie pour conserver la conception initiale de l'alliance de travail en supervision, à savoir cette interaction entre le supervisé et le superviseur : « l'alliance de travail de supervision est cette relation entre les participants dans laquelle les superviseurs agissent délibérément pour influencer les supervisés par leur utilisation des connaissances et compétences et dans lesquelles les supervisés agissent volontiers pour montrer leur acquisition de ces connaissances et compétences » [14]. Cette définition regroupe bien la relation de confiance mais aussi le focus patient. Selon Tangen & Borders (2016) qui ont analysé toutes les échelles mesurant la relation de supervision, l'un des principaux avantages du SWAI est l'accent explicite mis par Efstation et al. (1990) sur l'alliance de travail de supervision, différente de l'alliance thérapeutique [11]. Ces deux sous-échelles ont donc leur intérêt, notamment dans le cadre d'une évaluation systématique des séances de supervision. Le superviseur peut être très compétent et donner des conseils pertinents de prise en charge (bon « focus patient ») mais le supervisé peut se sentir en position basse et mal à l'aise avec ses faiblesses (mauvaise « relation »). A l'inverse, la relation peut-être très bonne mais la séance centrée sur le thérapeute au détriment du patient. Ainsi cette échelle rapide permettrait au superviseur et supervisé de discuter systématiquement de leur alliance de travail, ingrédient majeur de l'efficacité de la supervision [9].

Si l'alliance de travail en supervision se différencie de l'alliance thérapeutique par de nombreux aspects (but différents, demandeur n'est pas un patient) il n'en demeure pas moins qu'elles ont d'importantes similitudes. On peut retrouver d'ailleurs, les deux dimensions reprises par Cungi dans l'alliance thérapeutique en TCC une relation suffisamment positive (facteur relation) mise au service de travail commun (facteur focus patient) [21].

### Améliorer la relation et/ou le focus patient pour prévenir la fatigue de compassion ?

L'étude a mis en évidence un lien positif entre l'alliance de travail en supervision et la satisfaction au travail, c'est-à-dire au plaisir à la satisfaction ressentie d'aider les autres dans le cadre de son travail, d'avoir une opinion positive des collègues ou encore d'avoir l'impression de contribuer au bien de la société [18].

Parallèlement, plus l'alliance de travail en supervision est bonne, moins le sentiment d'épuisement professionnel est ressenti (échelle burn out de la ProQOL).

Selon une étude récente 54,5 % des psychothérapeutes auraient des taux d'épuisement professionnel élevés. Un jeune âge, une moindre expérience professionnelle et

une implication excessive dans les problèmes des patients seraient les facteurs de risque personnels les plus couramment associés à des niveaux de stress élevés et à l'épuisement professionnel chez les psychothérapeutes [22]. Cependant ces résultats concernant l'âge et l'expérience ne concordent pas avec une autre étude qui montre, au contraire, qu'une meilleure satisfaction au travail serait liée à un nombre d'années d'exercice réduit [23] (Baumgardt et al., 2017). Mais d'autres facteurs entre en jeu, car la satisfaction au travail serait également corrélée négativement avec le nombre de patients suivis souffrant de troubles chroniques et positivement avec le sentiment de soutien professionnel dans son équipe [23]. La supervision semblerait être un facteur de protection contre cet épuisement professionnel et d'autant plus que l'alliance de travail sera de qualité, mais il est important de ne pas négliger d'autres facteurs liés au contexte d'exercice (nombre de patients suivis, type de troubles pris en charge, travailler seul ou en équipe).

Des recherches sur ce sujet méritent d'être menées, quelle que soit l'approche thérapeutique utilisée, et nous souhaitons que cette échelle désormais disponible en français les facilitera.

### **Limites**

Une des principales limites de cette validation en langue française est la population composée uniquement de thérapeutes d'orientation comportementale et cognitive.

### **Conclusion**

Notre étude a permis la validation en langue française d'une échelle brève d'alliance de travail en supervision, la BSWAI-Fr. En mesurant en un minimum de temps les deux ingrédients de cette alliance : la relation et le « focus patient », la BSWAI-FR permet aux superviseurs et supervisés de discuter ensemble et de rétroagir de manière systématique pour renforcer cette alliance de travail. Enfin, elle ouvre des perspectives de recherche dans ce champ peu étudié qu'est la supervision malgré les risques psycho-sociaux évidents présents chez les psychothérapeutes.

### **Conflits d'intérêt**

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

### **Soutien financier**

La recherche a reçu le soutien financier de l'AFTCC, Association française de thérapies comportementales et cognitives.

### **Autorisation**

Nous avons obtenu la permission de James Efstation, auteur de la version originale de la SWAI et de Sabella, auteur de la version brève pour cette étude.

### **Références**

[4] Alfonsson S, Parling T, Spännargård Å, Andersson G, Lundgren T. The effects of clinical supervision on supervisees and patients in cognitive behavioral therapy: a systematic review. *Cogn Behav Ther* 2018;47:206–28. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1369559>.

[1] American Psychological Association. Guidelines for clinical supervision in health service psychology. *Am Psychol* 2015;70:33.

[19] Bakker AB, Demerouti E, Verbeke W. Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. *Hum Resour Manage* 2004;43:83–104. <https://doi.org/10.1002/hrm.20004>.

[7] Bambling M, King R, Raue P, Schweitzer R, Lambert W. Clinical supervision: Its influence on client-rated working alliance and client symptom reduction in the brief treatment of major depression. *Psychother Res* 2006;16:317–31. <https://doi.org/10.1080/10503300500268524>.

[23] Baumgardt J, Moock J, Rössler W, Kawohl W. [Cooperation, Job Satisfaction and Burn Out - Sustainability in Outpatient Mental Health Care among Medical Specialists in Germany]. *Psychiatr Prax* 2017;44:154–62. <https://doi.org/10.1055/s-0042-104095>.

[13] Bordin ES. A Working Alliance Based Model of Supervision. *Couns Psychol* 1983;11:35–42. <https://doi.org/10.1177/0011000083111007>.

[16] Broc G, Carlsberg M, Cazauvieilh C, Faury S, Loyal D. *Stats faciles avec R*. Louvain-La-Neuve: DE BOECK UNIVERSITE; 2016.

[17] Caldwell S, Wusik K, He H, Yager G, Atzinger C. The Relationship Between the Supervisory Working Alliance and Student Self-Efficacy in Genetic Counseling Training. *J Genet Couns* 2018. <https://doi.org/10.1007/s10897-018-0263-3>.

[8] Carmel A, Villatte JL, Zachary Rosenthal M, Chalker S, Comtois KA. Applying Technological Approaches to Clinical Supervision in Dialectical Behavior Therapy: A Randomized Feasibility Trial of the Bug-in-the-Eye (BITE) Model. *Cogn Behav Pract* 2016;23:221–9. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2015.08.001>.

[20] Chevrier N. Adaptation québécoise de l'Oldenberg burnout inventory (OLBI). Thèse ou essai doctoral accepté. Université du Québec à Montréal, 2009.

[21] Cungi C. *L'alliance thérapeutique*. Retz; 2016.

[12] Efstation JF, Patton MJ, Kardash CM. Measuring the working alliance in counselor supervision. *J Couns Psychol* 1990;37:322–9. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.37.3.322>.

[18] Hundall Stamm B. *Professional Quality of Life Measure: Compassion, Satisfaction, and Fatigue Version 5 (ProQOL)* 2009.

[10] King R. Evidence-based practice: Where is the evidence? the case of cognitive behaviour therapy and depression. *Aust Psychol* 1998;33:83–8. <https://doi.org/10.1080/00050069808257386>.

[5] Kühne F, Maas J, Wiesenthal S, Weck F. Empirical research in clinical supervision: a systematic review and suggestions for future studies. *BMC Psychol* 2019;7:54. <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0327-7>.

- [14] Pepinsky HB, Patton MJ. The psychological experiment: A practical accomplishment. Oxford, England: Pergamon Press; 1971.
- [6] Rakovshik SG, McManus F, Vazquez-Montes M, Muse K, Ougrin D. Is supervision necessary? Examining the effects of internet-based CBT training with and without supervision. *J Consult Clin Psychol* 2016;84:191–9. <https://doi.org/10.1037/ccp0000079>.
- [15] Sabella SA, Schultz JC, Landon TJ. Validation of a Brief Form of the Supervisory Working Alliance Inventory: *Rehabil Couns Bull* 2019. <https://doi.org/10.1177/0034355219846652>.
- [22] Simionato GK, Simpson S. Personal risk factors associated with burnout among psychotherapists: A systematic review of the literature. *J Clin Psychol* 2018;74:1431–56. <https://doi.org/10.1002/jclp.22615>.
- [3] Snowdon DA, Sargent M, Williams CM, Maloney S, Caspers K, Taylor NF. Effective clinical supervision of allied health professionals: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res* 2019;20. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4873-8>.
- [11] Tangen JL, Borders LD. The supervisory relationship: A conceptual and psychometric review of measures. *Couns Educ Superv* 2016;55:159–81. <https://doi.org/10.1002/ceas.12043>.
- [2] Watkins CE. Does Psychotherapy Supervision Contribute to Patient Outcomes? Considering Thirty Years of Research. *Clin Superv* 2011;30:235–56. <https://doi.org/10.1080/07325223.2011.619417>.
- [9] Watkins Jr. CE. The supervisory alliance as quintessential integrative variable. *J Contemp Psychother Cut Edge Mod Dev Psychother* 2014;44:151–61. <https://doi.org/10.1007/s10879-013-9252-x>.

**Tableau n° 1 Analyse factorielle exploratoire**

|         | Facteur        |                     | Uniqueness |
|---------|----------------|---------------------|------------|
|         | 1 « relation » | 2 « focus patient » |            |
| SWAI_2  | 0.919          |                     | 0.107      |
| SWAI_5  | 0.838          |                     | 0.242      |
| SWAI_11 | 0.871          |                     | 0.315      |
| SWAI_17 |                | 0.883               | 0.290      |
| SWAI_18 |                | 0.686               | 0.272      |
| SWAI_19 |                | 0.773               | 0.414      |

Combinaison de la méthode d'extraction selon la méthode des résidus minimum et rotation oblique « oblimin »

**Tableau n° 2 Statistiques de consistance interne**

|                                  | $\alpha$ de Cronbach | $\omega$ de McDonald |
|----------------------------------|----------------------|----------------------|
| <b>Echelle totale BSWAI-fr</b>   | <b>0,88</b>          | <b>0,89</b>          |
| <b>Facteur « Relation »</b>      | <b>0,91</b>          | <b>0,91</b>          |
| Si item 2 enlevé                 | 0,84                 | 0,84                 |
| Si item 5 enlevé                 | 0,87                 | 0,88                 |
| Si item 11 enlevé                | 0,90                 | 0,90                 |
|                                  |                      |                      |
| <b>Facteur « Focus patient »</b> | <b>0,85</b>          | <b>0,85</b>          |
| Si item 17 enlevé                | 0,76                 | 0,77                 |
| Si item 18 enlevé                | 0,79                 | 0,79                 |
| Si item 19 enlevé                | 0,81                 | 0,81                 |

**Tableau n°3 Matrice de corrélation entre la BSWAI-fr, la ProQOL et l'OLBI**

|                 |             | relation         | Focus patient     | OLBI_tot  | "OLBI_epuis" | "OLBI_déseng" | "ProQOL_Satisf" | "ProQOL_BO" |
|-----------------|-------------|------------------|-------------------|-----------|--------------|---------------|-----------------|-------------|
| relation        | Pearson's r | —                |                   |           |              |               |                 |             |
|                 | p-value     | —                |                   |           |              |               |                 |             |
| Focus patient   | Pearson's r | 0.559 ***        | —                 |           |              |               |                 |             |
|                 | p-value     | < .001           | —                 |           |              |               |                 |             |
| OLBI_tot        | Pearson's r | -0.212 *         | <b>-0.271 **</b>  | —         |              |               |                 |             |
|                 | p-value     | 0.013            | 0.001             | —         |              |               |                 |             |
| "OLBI_epuis"    | Pearson's r | -0.134           | <b>-0.236 **</b>  | 0.922 *** | —            |               |                 |             |
|                 | p-value     | 0.121            | 0.006             | < .001    | —            |               |                 |             |
| "OLBI_déseng"   | Pearson's r | <b>-0.242 **</b> | <b>-0.239 **</b>  | 0.907 *** | 0.672 ***    | —             |                 |             |
|                 | p-value     | 0.005            | 0.005             | < .001    | < .001       | —             |                 |             |
| "ProQOL_Satisf" | Pearson's r | <b>0.394 ***</b> | <b>0.367 ***</b>  | 0.058     | 0.127        | -0.027        | —               |             |
|                 | p-value     | < .001           | < .001            | 0.449     | 0.097        | 0.723         | —               |             |
| "ProQOL_BO"     | Pearson's r | <b>-0.263 **</b> | <b>-0.360 ***</b> | 0.778 *** | 0.737 ***    | 0.684 ***     | -0.036          | —           |
|                 | p-value     | 0.002            | < .001            | < .001    | < .001       | < .001        | 0.637           | —           |

Note. \* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001

*Légende* Relation = score à la dimension « relation » de l'échelle française de l'alliance de travail en supervision ; Focus patient = score à la dimension « relation » de l'échelle française de l'alliance de travail en supervision ; OLBI\_tot = score total à l'échelle Oldenburg Burnout Inventory (OLBI); OLBI\_epuis = score à l'échelle d'épuisement professionnel selon la Oldenburg Burnout Inventory (OLBI ); OLBI\_déseng = score à la sous-échelle désengagement professionnel selon la Oldenburg Burnout Inventory (OLBI ); ProQOL\_Satisf = score à la sous-échelle Satisfaction de compassion selon l'échelle Professional Quality of Life (ProQOL-5) ; ProQOL\_BO = score à la sous-échelle Burn-out selon l'échelle Professional Quality of Life (ProQOL-5)

