

4. ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE, DOULEUR ET MÉTHODES CORPORELLES

Maximilien Bachelart et Antoine Bioy

■ INTRODUCTION

► Naissance, histoire et emploi du terme

La notion d'alliance thérapeutique est née dans le champ psychanalytique. Comme nous le développons ailleurs ^(7,9), Sigmund Freud fut un des premiers à évoquer la nécessaire collaboration entre praticien et patient à côté de la notion de transfert. Par la suite, le continent européen développa peu de réflexion autour du concept d'alliance thérapeutique au profit d'une réflexion sur le transfert et le dispositif technique. Outre Atlantique, les analystes étant plus enclins à poser la question des facteurs réels de la relation thérapeutique, Greenson en 1971 ⁽²³⁾ développa la notion d'alliance de travail ou alliance thérapeutique. Zetzel en 1956 ⁽³³⁾ fut la première analyste à utiliser le terme d'alliance thérapeutique et la plaça comme facteur essentiel à l'efficacité de n'importe quelle intervention thérapeutique. Les théories contemporaines mettent plutôt l'accent sur la notion d'intersubjectivité, c'est-à-dire que l'analyse de l'alliance implique d'emblée dans son analyse le positionnement du praticien par rapport à son patient ⁽²⁹⁾. Dans d'autres champs, on peut observer que le courant humaniste et systémique a abordé autrement la question de la relation et cette notion n'est pas centrale dans ces apports, même si certaines notions

se rejoignent, évidemment. Quant au courant cognitivo-comportemental nord-américain, ce n'est que depuis peu qu'il y porte une plus grande attention. Par contre, comme nous le verrons, l'alliance thérapeutique est au cœur de la question de l'évaluation des interventions thérapeutiques depuis plusieurs décades et fait ainsi le lien entre théorie et pratique clinique.

► Ce que recouvre l'alliance thérapeutique

Le terme d'alliance provient du latin « *ad-ligantia* », « *ad* » (à) et « *ligare* » (lier, unir avec). Particulièrement développée dans le champ de la recherche, la notion d'alliance thérapeutique a été développée pour saisir et analyser la relation de soins (psychique et plus récemment physique). Et particulièrement la question de la collaboration entre les protagonistes afin d'atteindre les objectifs fixés. Elle est actuellement perçue comme un facteur commun à toute forme de prise en charge, à expression variable cependant selon le type de relation thérapeutique dont il est question.

Bordin en 1979 ⁽¹³⁾ met en avant trois dimensions constituant l'alliance thérapeutique ^(a) :

- les buts ou objectifs fixés par la rencontre, en lien avec la demande ;
- les tâches à effectuer pour atteindre ces buts ;
- le lien affectif qui lie le patient et le praticien.

Il souligne que l'alliance ne serait pas en elle-même curative, mais constituerait plutôt un levier sur lequel le patient s'appuie pour adhérer au suivi et poursuivre son traitement. Ainsi, on peut dire que l'alliance thérapeutique désigne la mise en relation temporaire de deux êtres basée sur un engagement réciproque (notion de lien). Ils s'entendent sur les moyens (notion de tâches) qui permettront d'atteindre des objectifs fixés (notion de but, le plus souvent le soulagement de la souffrance et/ou du poids d'une constellation de symptômes). Cet échange, ce lien, constitue une véritable expérience pour l'un et l'autre des protagonistes, expérience au cœur même de la question du changement.

► Principaux résultats des recherches et lien avec le changement

La notion de relation thérapeutique dans le champ empirique a été discutée à partir des années 1930 et on situe dans les années 1970 le début des recherches scientifiques sur ce concept (notamment Luborsky). Les recherches se sont centrées sur les différentes pathologies puis vers les sujets qui en étaient porteurs pour s'orienter par la suite sur l'évaluation des processus, de l'alliance et des facteurs provenant du thérapeute. On peut déjà dire que l'alliance a une importance cruciale dans la prédiction des résultats thérapeutiques pour différentes formes de psychothérapies ^(19, 20). Pour autant, des auteurs comme Crits-Christoph en 2006 ⁽¹⁸⁾ dénoncent le piège de l'explication causale unidirectionnelle qui consisterait à dire qu'une bonne alliance serait directement responsable de la baisse de la symptomatologie. Un patient peut développer une bonne alliance parce que son état est meilleur et lui permet d'entrer dans une collaboration plus fructueuse.

Actuellement, les recherches ^(b) conçoivent l'alliance comme un processus constamment en mouvement et qui se constitue de moments de ruptures et de réparations de l'alliance. Une « bonne » alliance ne signe pas forcément une évolution positive de la situation du patient, mais ce serait au contraire dans les moments de tension et de résolution des tensions que la question du changement se jouerait. Ainsi, les cycles de ruptures et de réparations de l'alliance permettraient au patient de faire l'expérience puis d'adopter de nouvelles stratégies relationnelles, un autre rapport à l'autre amenant possiblement un autre rapport à soi ⁽²⁴⁾.

Par contre, le moment de l'engagement (ce qui se joue dans les premières consultations) serait crucial et une bonne « accroche » entre les deux protagonistes constituerait une solide fondation pour le cours de la thérapie ⁽²⁴⁾.

On peut ajouter à cela que différents facteurs vont avoir un impact sur la construction et le devenir de l'alliance thérapeutique. Trois grands facteurs sont identifiables à savoir ceux provenant :

- du patient (attentes, capacité à faire confiance, type de relation d'objet, qualité d'attachement...);
- du praticien (capacité à établir une relation égalitaire et confortable, fiabilité, flexibilité, respect et compétences...);

- de l'environnement (données du cadre comme la durée des rencontres, lieu, rythme...).

L'expérience est aussi liée à l'alliance thérapeutique, même si certaines recherches pondèrent une relation que l'on pourrait imaginer très forte. La capacité du thérapeute à former une bonne alliance n'est pas « *simplement fonction de l'entraînement ou de l'expérience* » ⁽²⁴⁾.

Ces facteurs désormais bien mis à jour, les études portent maintenant sur les interactions elles-mêmes qu'il s'agisse de la nature des interventions, comme des modalités d'ajustement défensif d'un protagoniste à l'autre.

■ L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE DANS LE CHAMP DE LA DOULEUR ^(c)

► La place du patient

Peu d'études portent dans le champ de la douleur autour de la question de l'alliance et des émotions. Burns et al. en 2008 ⁽¹⁵⁾ ont montré que l'hostilité et la propension à exprimer la colère diminuaient la capacité du patient à créer une bonne collaboration.

Bliss en 2009 ⁽¹²⁾ a, quant à lui, montré que lorsque l'alliance thérapeutique est perçue comme positive par les patients, alors il existe un impact positif sur l'intensité douloureuse perçue, l'interférence de la douleur avec ses activités quotidiennes, sa satisfaction et sa compliance au traitement. Des résultats montrant un lien entre une forte alliance et une réduction de l'intensité ressentie de la douleur ont aussi été retrouvés durant trois séances d'ostéopathie ⁽¹⁾.

Du côté du patient, il peut ne pas y avoir facilement d'accord entre les attentes et les buts par rapport à ceux du médecin. Le but du médecin est souvent de stimuler le fonctionnement général du patient alors que celui du patient serait la seule réduction de la douleur ⁽²⁾. Les patients s'attendraient souvent à ce que le médecin leur dise de se reposer, les médecins de leur côté encourageraient plutôt l'activité, ce qui peut créer des tensions ⁽¹⁷⁾. Les patients peuvent paraître exigeants, mais passifs dans leur participation au traitement ⁽²¹⁾.

D'autre part, beaucoup de patients ne prennent pas la médication qui leur est prescrite, ont peur d'une mauvaise tolérance aux médicaments, voire d'une dépendance ou des effets secondaires. La communication des patients, leur état psychique, leurs attitudes sont déterminés par des expériences passées.

► La place du praticien

Roussel et al. ⁽³⁰⁾, dans une recherche portant sur la qualité des entretiens, rappellent que la construction de l'alliance est « *l'élément moteur de la qualité de la phase évaluative des douleurs chroniques* ». Ils situent dans cette dynamique globale les points clés qui permettent au praticien de déployer une qualité d'approche dans les consultations douleur :

- la systématisation du lien futur avec le patient ;
- l'expression de la croyance en la réalité et la légitimité de la douleur ;
- l'explication réciproque de la représentation de la douleur ;
- l'information éclairée sur les traitements et leurs effets indésirables ;
- la fixation d'objectifs thérapeutiques.

Les facteurs liés au médecin se composent des attitudes personnelles et professionnelles. Ce qui amène bien sûr à devoir trouver un équilibre entre ces deux pôles, dans une dynamique toujours en mouvement (il n'est pas possible de maintenir un niveau identique de relation aux patients, indépendamment du moment de l'accueil, de ce qu'évoque pour le praticien celui qu'il soigne, etc.). Par exemple, certains praticiens sont vus comme trop centrés sur leurs pratiques en douleur chronique ⁽³¹⁾, avec parfois des attitudes trop rigides qui empêche de dépasser des difficultés apparaissant en relation ⁽²¹⁾.

D'autres situations sont également connues comme « piège relationnel » et donc de mauvais pronostic concernant une alliance thérapeutique féconde. Par exemple, citons le fait d'évoquer une étiologie psychologique aux douleurs présentées lorsque le profil de patient suscite chez le praticien des ressentis négatifs ; cette étiologie menant évidemment à une impasse dans la prise en charge car se nourrissant non d'éléments concrets mais de modalités relationnelles particulières. De façon générale, lorsque les préjugés des praticiens autour de leur pratique en relation avec les patients douloureux ne sont pas

l'objet d'un travail spécifique, alors les préjugés qui en découlent nourrissent des difficultés dans l'alliance thérapeutique et majorent un ressenti de stress ⁽²¹⁾.

Il ne s'agit pas ici d'inciter à ce que tous rejoignent des groupes Balint ⁽⁴⁾, d'intervision ou de régulation de pratique (quoique !), mais plutôt de souligner une mise en tension professionnelle potentiellement préjudiciable à l'alliance. D'un côté, une médecine de la douleur tournée vers l'humain, ses incertitudes aussi, et parfois des limitations importantes dans les connaissances possédées pour expliquer un tableau clinique complexe à soulager. De l'autre, la tentation de « guidelines » et autres arbres décisionnels à adopter, fondés sur des savoirs que l'on souhaite absolus, dont on espère qu'ils pourront un jour soulager les souffrances à l'œuvre dans le cadre de protocoles bien normés. Il est demandé aux praticiens un effort de créativité pour unir ces deux pôles et créer de l'inédit pour chaque patient, entre ce que l'on sait qu'il est possible de faire d'un côté et ce qui est réellement adapté à la personne et à la situation présentée de l'autre. Si la confiance que le médecin possède envers sa capacité à gérer les douleurs chroniques n'est pas corrélée à ses compétences véritables ⁽²²⁾, on peut alors penser que cette confiance doit se nourrir d'autres éléments, cette fois plus relationnels.

► Une dynamique patient-praticien

Pour Piguet al. ⁽²⁸⁾, la notion d'alliance thérapeutique, notamment dans le champ de la douleur, s'est développée avec celle d'adhérence dans une notion plus globale appelée « compliance ». Ces auteurs soulignent que 30 à 60 % de la non-compliance seraient liés à des prescriptions ignorées ou partiellement suivies. Ce constat questionne le sens de la demande du patient et l'intérêt suscité par le médecin pour le suivi du traitement. Pour cette équipe, compliance et alliance seraient donc intimement liées, une façon de comprendre l'impact de la dynamique relationnelle sur un médiateur du changement. La compliance pourrait alors contenir en soi, non pas uniquement une responsabilité du patient, mais intégrerait le résultat d'une rencontre avec un praticien ayant un impact sur les comportements de santé. On peut également penser que la plainte répétée affecte la relation médecin-patient. Elle pourrait être le moyen de démontrer l'inefficacité ou l'impuissance du médecin, c'est-à-dire une démonstration de

son échec. Comme si, pour certains patients, la mise en impuissance de la figure d'autorité avait une valeur émotionnelle plus forte que le soulagement ⁽²⁶⁾.

Cette idée est à lier à la notion de coûts-bénéfices, c'est en cela que l'évaluation et l'appréciation de la situation du malade restent primordiales. Si la responsabilité dans la douleur est celle d'autrui, toute tentative de réconfort médicamenteux, interventionnel ou psychothérapeutique pourrait être vaine. Pour Lassner ⁽²⁶⁾, il n'est pas conseillé de mettre en place trop précocement des tentatives thérapeutiques. Comment le sujet présente-t-il l'objet de ses préoccupations? Pourquoi se présente-t-il maintenant et à ce médecin en particulier? Cette pensée replace non plus les interventions comme de simples pratiques formelles, mais aussi comme des modalités relationnelles incluant une partie technique dont on peut disposer de façon plus complexe qu'en agissant immédiatement ⁽¹¹⁾.

Bethea et al. ⁽⁵⁾ ont élaboré une recherche s'adressant à des patients douloureux abusant d'opioïdes et suivis par des thérapeutes dans le but :

- d'améliorer la bonne observance au traitement ;
- de réduire la douleur ressentie ;
- de diminuer l'effet d'interférence de la douleur sur le fonctionnel général ;
- de soulager l'abus de substance.

L'alliance était toujours bonne au départ, celle du patient augmentait progressivement indépendamment de la gravité de la toxicomanie médicamenteuse et des résultats du suivi. En revanche, l'alliance évaluée par le thérapeute a augmenté seulement pour les patients non toxicomanes et/ou envers ceux qui ont obtenu de bons résultats grâce au suivi. Les niveaux d'alliance du patient et du thérapeute étaient proches au cours des séances axées sur des liens affectifs, mais ont divergé au cours des séances qui ont proposé un changement de comportement. Les auteurs suggèrent que les thérapeutes peuvent avoir réagi négativement à l'absence de progrès des patients, autrement dit que l'évaluation d'une partie à propos de l'autre peut avoir des répercussions sur la dynamique entre eux deux.

Le médecin est d'emblée plongé dans une relation singulière à l'autre et la proximité qui s'établit dans la relation devient alors plus intense, car décrit un phénomène subjectif. Cette mise en relation implique de recevoir des facteurs d'ordre psychologique (traits de personnalité,

craintes, croyances, qualité de la confiance, de l'attachement...) qui viendront colorer de façon particulière le discours. Consoli en 2003 ⁽¹⁶⁾ disait justement que « *l'expression de la douleur est prise dans les mailles d'une communication interpersonnelle* ».

■ ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE, DOULEUR ET MÉDIATION CORPORELLE

À ce jour, il existe peu d'études autour de l'alliance thérapeutique, de la douleur et des pratiques à médiation corporelle. Très exactement, ce que la notion de corporalité pourrait faire évoluer dans la relation thérapeutique perçue comme un espace de collaboration est aux prémises d'une interrogation ^(d). Pourtant, ce questionnement peut apparaître non seulement comme important, mais également nécessaire. En effet, il n'est pas anodin de faire intervenir des pratiques à médiation corporelle dans la relation, avec des incidences premières sur les caractéristiques de l'alliance déjà décrites par Bordin. Reprenons-les successivement.

► Les buts ou objectifs fixés par la rencontre

De prime abord, on pourrait se dire que les objectifs suivis sont identiques que l'on soit dans une pratique classique, biomédicale et pharmacologique, ou de nature complémentaire et, particulièrement, à médiation corporelle. Cela est sans doute vrai pour les thérapies dans les pratiques telles que l'ostéopathie. Par contre, dans les approches « *mind body* » (touchers thérapeutiques, méditation, hypnose...), la question se formule de façon plus complexe.

En effet, nous sommes dans des pratiques où il ne s'agit en première intention ni de supprimer la douleur, ni même de la soulager, mais d'aménager la souffrance qui l'accompagne et qui rend l'expérience douloureuse difficilement supportable. Nous sommes là vraiment dans une approche spécifique, qui questionne la relation à l'autre, sa dynamique et ses effets ⁽⁷⁾.

Il ne s'agit pas d'un renoncement, mais d'une conception différente des interventions plus classiques et premières. Ici, à côté des antalgiques, une ou plusieurs pratiques qui s'adressent de façon complémentaire au corps ont pour but premier non le soulagement mais un

travail de nature différente et qui touche immédiatement à la dynamique somatopsychique de l'individu.

Il ne s'agit pas non plus d'un refus du soulagement, mais de viser une approche d'emblée globale, intégrative ⁽⁶⁾, et donc de mettre en place un mouvement et des méthodes qui ne soient pas « crispées » sur la question de l'efficacité, sans exclure que celle-ci soit en définitive présente.

► Les tâches à effectuer pour atteindre ces buts

On présente souvent comme avantage à nombre de médiations corporelles (TENS, relaxation...) de pouvoir éveiller ou stimuler l'autonomie du patient par rapport à la prise en soins de sa douleur via des séances individuelles (auto hypnose par exemple) ou de surveillance (moment où les clous d'auriculothérapie se détachent, changer ses comportements posturaux dans certaines situations, etc.). Il s'agit de tâches qui cependant ont leur équivalence analogique dans, par exemple, la mise en place des « doses de secours » médicamenteuses et de surveillance des effets bénéfiques et indésirables d'une prescription où il peut y avoir là aussi une véritable stratégie en termes de gain d'autonomie ⁽¹¹⁾.

Le spécifique des tâches ne se situe finalement pas tant là, que dans ce qui se passe au sein même des séances. Les tâches qui nourrissent l'alliance thérapeutique non seulement s'installent en situation, mais elles s'y inscrivent de façon tangible par un temps spécifiquement dévolu à cela (séance d'acupuncture, session de sophrologie, etc.). Non pas qu'il ne se passe rien avant ou après qui puisse influencer l'alliance, mais ces temps se dessinent avec des pratiques et une temporalité qui leur est propre. Le travail autour de l'installation, les réponses demandées aux suggestions et qui conduisent à des visualisations, une décontraction d'une partie du corps, etc. sont objectivement et intentionnellement présentes puisqu'incorporées au sein même de ces pratiques.

► Le lien affectif qui lie le patient et le praticien

La rencontre avec l'autre est porteuse en soi d'une demande de sens ⁽³⁾ qui pourrait se synthétiser par la question suivante : « *que me veut l'autre ?* ». Ce sens n'est pas forcément l'objet d'une élaboration spéci-

fique, et cette élaboration est même rare en médiation corporelle. Il apparaît maintenant assez clairement que les pratiques dont il est question ne sont que des variations autour du même thème, celui de la relation. La technique ne recouvre en effet qu'une part très congrue dans les effets observés, de l'ordre de 15 % ⁽²⁵⁾, et c'est bien une phénoménologie du lien qu'il s'agit de dessiner pour décrire ce que l'on nomme « rencontre » et la façon dont l'alliance thérapeutique va alors évoluer.

Toutes les pratiques à médiation corporelle n'ont pas encore donné lieu à une étude de la dimension affective qu'elle mobilise dans la relation à l'autre. Pour celles qui ont fait l'objet d'une telle étude (hypnose, relaxation, certains touchers thérapeutiques...), l'une des caractéristiques majeures reste qu'elles installent un moment de régression majeur et d'installation particulièrement rapide. Ainsi, dans l'hypnose, cette régression serait particulièrement au cœur de la pratique, permettant ainsi à un patient de questionner l'ensemble de ses objets internes ^(10,27). Dans les pratiques incluant le toucher, c'est désormais un truisme de considérer qu'elle réactive des expériences antérieures de maternage (les fameux *holding* et *handling* de Winnicott ⁽³²⁾, entre autres).

Les mouvements affectifs, même s'il faudrait aller voir dans la spécificité de chacune des pratiques dont il est question, semblent donc bien se jouer selon des modalités particulières qui, de fait, vont influencer sur la façon dont l'alliance thérapeutique va se dessiner et évoluer. C'est bien la place du corps dans les soins apportés par l'autre qui précipite ici une façon de penser et d'envisager autrement l'alliance thérapeutique que dans les autres modalités de prise en soins.

► Les visages de l'alliance en médiation corporelle

La nature singulière des médiations corporelles installe donc des aménagements dans les trois dimensions définies par Bordin, comme nous venons de le voir. Il reste malgré tout que les grandes conclusions concernant une alliance thérapeutique restent valables : cette alliance est nécessairement en mouvement, avec un engagement premier du patient dans la relation tout à fait central (nécessitant sans doute une qualité d'accueil vigilante) et présentant des moments de tensions et de rupture qui sont de véritables moteurs du changement (plus qu'une alliance jugée de part et d'autre certes riche, mais sans ces circonvolutions parfois « négatives »).

La première conclusion concernant cette considération pour les visages que peut prendre l'alliance thérapeutique en médiation corporelle est que l'on ne saurait extraire les pratiques dont il est question d'une dynamique plus vaste, celle d'une prise en charge duale mais aussi groupale autour de l'objet « douleur ». Ainsi, il serait difficile d'affirmer « *telle pratique ne fonctionne pas, le patient n'a accroché pas* » sans avoir un regard sur ce qu'il se joue de façon plus vaste : qu'est-ce que le patient refuse exactement ? Pourquoi « l'accroché », le lien, ne semble pas se faire ici ? Le plus généralement, selon notre clinique, ce type de refus est très rarement un épiphénomène. Une étude rétrospective auprès de 280 dossiers de patients suivis au sein de la structure douleur où nous exerçons ^(e) montre que lorsqu'il y avait refus de poursuivre au bout de trois séances d'hypnose, il s'agissait dans 97 % des cas d'une problématique concernant la prise en charge dans son ensemble, avec la nécessité de repenser globalement la prise en soins et les options thérapeutiques choisies.

La seconde conclusion est qu'une médiation corporelle ne se choisit pas au seul regard d'un type de symptôme. Il s'agit de questionner d'emblée la pertinence de ce qui a été évoqué pour le patient au regard de sa dynamique globale (désir, fonctionnement interne, possibilités matérielles...) et notamment au sein des réunions pluridisciplinaires rendues obligatoires ^(f). Les médiations corporelles, au même titre que le choix d'adresser un patient vers un médecin spécialiste ou un psychothérapeute, sont des orientations qui demandent à être pensées. Cette concertation initiale, incluant autant que possible le patient, ne peut que favoriser son investissement concernant le suivi qui lui sera proposé.

■ CONCLUSION

On a pu voir que l'alliance thérapeutique était à la fois une base indispensable à l'exploration et au changement thérapeutique. Les recherches ont pu montrer son implication et, surtout, sa supériorité face à ce qui reste cher aux praticiens comme leurs références théoriques ou les outils qu'ils utilisent et dont ils évaluent depuis des années l'efficacité. Des évaluations dans le champ de la psychothérapie ont par ailleurs montré que son évaluation prédisait les résultats

de la thérapie et au-delà. Ceci démontre que l'alliance n'est pas un artefact de l'amélioration du patient, mais plutôt une force de changement en soi.

L'alliance thérapeutique est un phénomène émergeant d'une rencontre particulière mais elle est aussi le résultat d'un ajustement entre le déploiement de technique, d'une part, et le fonctionnement intrapsychique, d'autre part. L'alliance thérapeutique n'est pas à considérer comme un simple lien affectif, mais comme un ajustement complexe entre différents niveaux d'interactions. Ce concept nous permet donc de comprendre que toutes les modalités de prise en soins sont prises dans une dynamique relationnelle qui améliorera ou diminuera son impact sur le vécu du patient.

Cette dynamique, cette évolution, est aussi pour partie fonction d'un cadre et des caractéristiques des méthodes employées. Dans le champ de la médiation corporelle, l'approche particulière à ces pratiques instaure un visage d'alliance d'emblée différent d'une relation s'installant dans un cadre orthodoxe d'entretien à visée d'évaluation de la douleur, ou d'une séance de psychothérapie par la parole par exemple. Le praticien doit pouvoir garder un certain regard sur ces caractéristiques à l'œuvre s'il souhaite mettre en place une alliance de qualité, c'est-à-dire avec une stabilité interne propice à des variations et tensions qui stimuleront le changement dès que possible, tant pour le patient que pour le praticien qui apprend ainsi de ses expériences de rencontres.

Notes

- a. Ces dimensions s'influencent mutuellement, elles ne sont pas clivées les unes par rapport aux autres.
- b. En majorité portant sur la pratique psychothérapeutique.
- c. Dans la littérature anglo-saxonne, il y a parfois une indifférenciation entre l'alliance psychothérapeutique et l'alliance dans le champ médical. Pour notre part, nous distinguons les deux domaines, puisqu'il est clairement établi que les cadres sont différents et non superposables en pratique.
- d. Nos propres recherches sont pour l'instant en cours. Dans un premier temps, par une recherche doctorale autour de la question de l'alliance thérapeutique en médecine de la douleur, suivie d'une étude proche impliquant cette fois des suivis à médiation par hypnose (Laboratoire de psychopathologie et de psychologie médicale, université de Bourgogne).
- e. Suivis de patients douloureux chroniques par hypnothérapie, échantillon tiré au sort sur une cohorte de patients couvrant cinq années.
- f. Voir notamment : instructions DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahier des charges 2011 des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique.

Bibliographie

1. Abdelmalek M, Chawla T, Dirani Z, Thompson C. (2010). The strength of the therapeutic alliance and its relationship to change in patient pain levels at the Bundoora RMIT Osteopathic teaching clinic. Poster présenté à la conférence nationale 2010 de l'Association Australienne d'Ostéopathie (AOA) par les étudiants en Master du Royal Melbourne Institute of Technology (RMIT). Melbourne, Australie.
2. Allegretti A, Borkan J, Reis S, Griffiths F (2010). Paired interviews of shared experiences around chronic low back pain: Classic mismatch between patients and their doctors. *Family Practice*, 27(6), 676-683.
3. Aulagnier P (1986). *Un interprète en quête de sens*. Paris : Payot.
4. Balint M. (2009) *Le médecin, le malade et la maladie*, Paris, Payot (première édition 1957).
5. Bethea AR, Acosta MC, Haller DL. (2008). Patient Versus Therapist Alliance: Whose Perception Matters? *Journal of substance abuse treatment*, 35(2), 174-183.
6. Bachelart M, Bioy A, Bénony H. (2011). Les courants intégratifs en psychothérapie. *Annales Médico-Psychologiques*, 169 : 485-489.

7. Bioy A. (Ed). (2012). L'aide mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin. Paris, Dunod.
8. Bioy A, Bénony, H, Chahraoui, K, Bachelart M. (2012) Evolution du concept d'alliance thérapeutique en psychanalyse, de Freud à Renik. *Evolution Psychiatrique*, 7 (3), 342-351.
9. Bioy A, Bachelart M. (2011). L'alliance thérapeutique : historique, recherches, et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, 49(4), 317-326.
10. Bioy A, Michaux D. (Eds) (2007). *Traité d'hypnothérapie*. Paris, Dunod.
11. Bioy A, Nègre I. Prise en charge graduée du syndrome douloureux chronique. *Douleur et Analgésie* 2001, 3 : 169-74.
12. Bliss EL. (2009). The roles of attachment, depression, and the working alliance in predicting treatment outcomes in chronic pain patients seeking physical therapy services. Thèse non publiée pour le doctorat en philosophie, soutenue en décembre 2009. Faculté de l'Université de Miami.
13. Bordin ES. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
14. Breuer J., Freud S. (1955). *Études sur l'hystérie*. Paris, PUF (Publication originale 1895).
15. Burns JW, Higdon LJ, Mullen JT, Lansky D, Mei Wei J. (2008). Relations among patient hostility, anger expression, depression, and the working alliance in a work hardening program. *Annals of Behavioral Medicine*, 21(1), 77-82.
16. Consoli M. (2003). Préface. In A.F.Allaz (Ed.), *le messenger boiteux: Approche pratique des douleurs chroniques rebelles*. Genève, Médecine et Hygiène.
17. Corbett M, Foster N, Ong B. (2009). Gp attitudes and self-reported behavior in primary care consultations for low back pain. *Family Practice*, 26(5), 359-364.
18. Crits-Christoph P, Connolly Gibbons MB, Hearon B. (2006). Does the alliance cause good outcome? Recommendations for future research on the alliance. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 280-285.
19. de Roten Y. (2006). Ce qui agit effectivement en psychothérapie : Facteurs communs ou agents spécifiques. *Bulletin de psychologie*, 59, 585-590.
20. Despland J.-N., de Roten Y., Martinez E., Plancherel A.-C., Solai. S. (2000). L'alliance thérapeutique : Un concept empirique. *Médecine & Hygiène*, 58, 1877-1880.
21. Diesfeld K. (2008). Interpersonal issues between pain physician and patient: Strategies to reduce conflict. *Pain Medicine*, 9(8), 1118-1124.
22. Douglass MA, Sanchez GM, Alford DP, Wilkes G, Greenwal JL. (2009). Physicians' pain management confidence versus competence. *Journal of Opioid Management*, 5(3), 169-174.

23. Greenson R. (1971). The real relationship between the patient and the psychoanalyst. In M. Kanzer (Ed). The unconscious today (pp. 213-232). New York, International Universities Press.
24. Horvath AO. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 38, 365-372.
25. Lambert MJ. (1992). The handbook of psychology integration. New York, Basic Books.
26. Lasnner J. (1972). Psychosomatique et douleur. *Cahiers d'anesthésiologie*, 20(1), 7-11.
27. Palaci J. (1993). « Empathie et relation », in I. Stengers (ed.), *Importance de l'hypnose*, Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs de penser en rond, p. 219-30.
28. Piguet V, Cedraschi C, Allaz AF, Desmeules J, Oestreicher MK, Perneger T, Dayer P. (1998). De la compliance à l'alliance thérapeutique. Expérience chez des patients souffrant de douleurs chroniques réfractaires. *Médecine et hygiène*, 56(2204), 766-770.
29. Renik O. (1993) Analytic interaction : conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *Psychoanalytic Quarterly*, 62, 553-571.
30. Roussel P, Ammar D, Chevallier J, Derniaux A, Draussin G, Ginies P et al. (2008) Grille d'évaluation de la qualité des entretiens avec le patient douloureux chronique. *Douleurs*, 9(1), 29-33.
31. Slade C, Molloy E, Keating J. (2009) Listen to me, tell me: A qualitative study of partnership in care for people with non-specific chronic low back pain. *Clinical Rehabilitation*, 23, 270-280.
32. Winnicott DW (1957) De la pédiatrie à la psychanalyse, Payot, Paris.
33. Zetzel E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-analysis*, 37, 369-375.

En résumé

- *L'alliance thérapeutique se définit par la qualité de la relation affective qui unit patient et praticien ainsi qu'un accord quant aux tâches à effectuer pour atteindre un ou plusieurs objectifs.*
- *L'alliance thérapeutique est un facteur commun à toutes formes de prises en charge et se révèle être un bon facteur prédictif de la réussite d'une prise en charge.*
- *La douleur, du fait notamment de son objectivation possible par le discours du patient, définira d'emblée un type d'alliance particulière.*
- *Les médiations corporelles, parce qu'elles s'inscrivent dans une méthodologie spécifique, présentent des contextes particuliers d'alliance.*