

L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques

Antoine BIOY*, Maximilien BACHELART**

*Maître de Conférences (Université de Bourgogne), Psychologue Clinicien (CHU Bicêtre).
**Psychologue Clinicien, Doctorant (Université de Bourgogne).
Université de Bourgogne, Laboratoire de Psychopathologie et de Psychologie Médicale-EA 4452, Esplanade Erasme-Pôle AAFE, 21000 Dijon, France.
antoine.bioy@u-bourgogne.fr

Résumé

L'alliance thérapeutique peut se définir comme la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés. Cette notion est actuellement centrale dans les études portant sur les mécanismes des psychothérapies, et l'évaluation de leurs effets. Elle permet notamment de montrer que les méthodes thérapeutiques employées ne sont pas efficaces du fait de leurs outils propres, mais par un jeu subtil d'adéquation entre un praticien et son patient. Afin de mieux comprendre à la fois le concept d'alliance thérapeutique mais aussi les conclusions des études, nous présentons un historique de cette notion, née de la psychanalyse pour ensuite s'exporter vers d'autres champs. Par la suite, nous exposons les principaux résultats auxquels les études ont conduit, à la fois dans le champ des suivis psychothérapeutiques et dans celui des suivis somatiques. Notamment des études portant sur ce dernier champ devraient voir le jour prochainement.

Mots clés : alliance thérapeutique, psychothérapies, évaluation, psychanalyse, relation médecin malade.

The therapeutic alliance : background, research and clinics

Summary

The therapeutic alliance can be defined as the mutual collaboration, the partnership, between the patient and the therapist with the aim of achieving fixed objectives. This notion is central in the studies on the mechanisms of psychotherapies and the evaluation of their effects. In particular, those studies show that the efficacy of therapeutic methods is not resulting from some specific processes but from the subtle adequacy between a practitioner and his/her patient. To better understand the concept of therapeutic alliance together with the conclusions of those studies, we review the historical background of the notion of alliance, originated from psychoanalysis to be exported in other fields. Afterward, we report the main results of the research studies on psychotherapy and somatic follow-ups. Of note studies focusing on the therapeutic alliance in somatic care should continue to emerge.

Key words: *therapeutic alliance, psychotherapy, evaluation studies, psychoanalysis, physician patient relation.*

La première moitié du XX^e siècle a été marqué par le développement de nombreuses écoles à vocation psychothérapeutique, de l'hypnose à la psychanalyse, du comportementalisme à la systémie, ou encore de la thérapie centrée sur la personne à la gestalt. Assez légitimement, la seconde moitié du XX^e siècle a posé la question de l'évaluation des pratiques, tout en continuant à développer de nouvelles approches et à améliorer celles existantes (jusqu'à arriver au courant très actuel des « thérapies intégratives »). Ces évaluations ont consisté à mesurer, parfois grossièrement, l'efficacité de telle ou telle psychothérapie, de les comparer entre elles ou encore d'aller vers une analyse plus fine des effets de chaque méthode¹. Pour glisser directement vers une conclusion centrale, ce que montrent ces études sur la question est que les méthodes étudiées (principalement la systémie, les suivis d'inspiration analytique et les thérapies cognitives et comportementales) sont toutes valides, avec un taux d'efficacité tournant autour de 70 % (20 % de stagnation et dans 10 % des cas, une aggravation de la symptomatologie). Les psychothérapies possèdent certes des facteurs qui leurs sont propres, mais aussi des facteurs communs comme l'importance de données intrinsèques au thérapeute sur les effets observés (Wampold 2001 ; Wampold et al., 2005). L'ensemble des chercheurs s'accorde également pour dire que le facteur qui offre la variance la plus élevée dans les effets obtenus est la notion d'alliance thérapeutique. Elle peut se définir comme la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés. Elle ne peut se décider, mais se trouve être la conséquence d'un travail thérapeutique adéquat (Despland et al, 2006). Ce concept d'alliance thérapeutique est indéniablement celui qui offre le plus de perspectives pour comprendre la façon dont les psychothérapies « fonctionnent », c'est-à-dire celui qui permet d'appréhender le mieux la dynamique des suivis et la façon dont les effets s'organisent. Pour autant, ce concept renvoie à

1. Il est d'ailleurs intéressant de montrer que les promoteurs de l'évaluation « brute » de l'efficacité des psychothérapies commencent à moduler leurs propos en remarquant que l'on ne peut plus être dans une simple analyse « avant/après », relativement stérile sur un plan intellectuel et pratique. Témoin, la récente communication du Pr Stephen J. Morley au 13^e congrès de l'International Association for the Study of Pain, présentant les thérapies cognitives et comportementales et discutant de ses effets.

tout un champ de savoirs assez mal connu en France et nous souhaitons ici retracer l'origine du concept, inscrite dans le champ psychanalytique, et présenter ses principaux résultats à la fois sur le plan des suivis psychothérapeutiques, mais aussi sur celui des prises en charge somatiques.

Les origines analytiques

Freud fut le premier à évoquer la notion de collaboration comme facteur nécessaire dans le processus thérapeutique (Breuer et Freud, 1895). Il développera bien sûr la notion de transfert pour conceptualiser et caractériser la relation entre un thérapeute et son patient, tout en précisant cependant qu'il existe une dimension non objectivable du transfert, dimension qui correspond à la motivation nécessaire du patient pour collaborer avec l'analyste (Freud, 1912). Il évoquera également la notion de « pacte analytique » : « Un pacte est conclu. Le moi malade du patient nous promet une franchise totale c'est-à-dire la libre disposition de tout ce que son autoperception nous livre. De notre côté, nous lui assurons la stricte discrétion et mettons à son service notre expérience dans l'interprétation du matériel influencée par l'inconscient. Notre savoir compense son ignorance et permet au moi de récupérer et de gouverner les domaines perdus de son psychisme. C'est ce pacte qui constitue toute la situation analytique » (Freud, 1938). La notion de collaboration, de motivation nécessaire du patient et la notion de pacte vont être au cœur des travaux plus récents, notamment menés par le Groupe de Recherche sur l'Alliance de Lausanne, comme nous le verrons.

Si ces aspects furent peu développés par les tenants de la psychanalyse du vieux continent, pour autant, outre atlantique, elles furent l'objet de nombreuses controverses. En effet, notamment les acteurs de la psychologie du moi ont recentré l'attention sur les aspects réels de la relation thérapeutique jusqu'à développer la notion d'alliance de travail ou alliance thérapeutique (Greenson, 1971). Cette notion contribua à apporter des modifications dans la position analytique traditionnelle, en ouvrant vers l'usage de mesures non-interprétatives. Sterba en particulier, influencée par les théories dissociatives héritées de Janet, parlait de l'importance à susciter chez le patient « une coupure thérapeutique du Moi » entre les fonctions observante et participante ; ainsi les éléments du Moi centrés sur la réalité pouvaient s'allier avec le thérapeute dans la tâche d'auto-observation (Sterba, 1934 ; Sterba, 1940). Une

conceptualisation que Fenichel décrira comme un « transfert rationnel » (1941) alors que Stone parlera lui de « transfert adulte » (1961). Mais c'est Elisabeth Zetzel qui fut la première à affirmer véritablement que l'alliance thérapeutique est essentielle à l'efficacité de n'importe quelle intervention thérapeutique (Zetzel, 1956 ; Zetzel, 1966). Elle affirmait que l'alliance est dépendante de la capacité fondamentale à former une relation de confiance stable ; capacité enracinée dans les relations précoces entre le bébé et sa mère, et en partie aussi entre le bébé et le père. Si le climat nécessaire à la relation thérapeutique n'est pas présent du fait de carences dans le développement, alors Zetzel propose qu'avant tout, le thérapeute travaille avec son patient une relation de support dont l'objectif est le développement d'une alliance (de la même façon que la mère fournit un environnement maternel approprié pour faciliter le développement d'un sentiment de confiance fondamentale). Une voie suivie par Friedman (1969), mais aussi par Greenacre (1968) et Sandler et al. (1969) qui lièrent la notion d'alliance thérapeutique à celle de « transfert basique ou primaire ».

Le lien complexe entre transfert et alliance

La question qui se pose alors est de savoir si l'alliance thérapeutique, en tant que modalité de collaboration entre le thérapeute et le patient, est une notion « soluble dans le transfert » voire qui lui est antinomique, ou si elle en est le préalable voire même l'accompagne tout au long des suivis. Cette dernière position va être celle exposée par Greenson (1967, 1971), qui décrit la relation thérapeutique comme à la fois une configuration où prend place le transfert et une « real relation », une relation qui puise dans le réel son expression et ses manifestations (perceptions non déformées par la réactualisation des affects projetées sur le thérapeute, par exemple). Ainsi, Greenson conceptualisa l'alliance comme une habileté du patient et du thérapeute à travailler dans le sens de l'objectif visé. Il précise cependant que parfois les limites peuvent devenir poreuses, des mouvements transférentiels pouvant infiltrer l'alliance, mais que le noyau essentiel de l'alliance reste la « vraie relation ».

Cette position, incluant une dimension « objective » à la relation thérapeutique que défend notamment Sterba et Greenson ne semble cependant pas aller de soi pour tous. Ainsi, Brenner (1979) pense qu'il était inutile

de distinguer alliance et transfert dès lors que l'on admet que tous les aspects de la relation du patient au thérapeute sont déterminés par des expériences passées. Mais la frilosité à admettre qu'il pourrait exister une « vraie relation » qui évoluerait en prémisses ou en parallèle à la relation transférentielle trouve sa justification non pas sur le plan de la théorie pure (après tout, Ferenczi avait déjà ouvert la voie à ce débat en 1932), mais dans une forme de sauvegarde de la méthode analytique elle-même. En effet, la crainte majoritairement exprimée que si l'on considère la notion d'alliance thérapeutique dans le champ analytique, alors certains analystes pourraient être tentés de délaisser certains aspects encore non analysés du transfert (Brenner, 1979). Également, l'alliance thérapeutique pourrait souligner de façon trop importante la notion de changement, et ainsi redonner une place à la « bête noire » de la psychanalyse, à savoir la suggestion en tant que principe d'influence². Par exemple, Curtis (1979) affirme que le concept d'alliance peut amener à étiqueter certains aspects de la relation comme « réalistes », et par conséquent mèneraient certains praticiens à renoncer à explorer les motivations conflictuelles qui sous-tendent les mouvements et expressions transférentielles. Cependant, contrairement à Brenner, il souligne la nécessité de reconnaître l'importance fondamentale de la confiance du patient et sa nécessaire coopération avec le thérapeute.

Vers d'autres perspectives

Les théories psychanalytiques ont été influencées vingt dernières années par une autre forme de controverse, celle portant que l'intersubjectivité, autrement dit une interrogation sur l'impact de l'intersubjectivité sur la façon dont un psychanalyste procède dans son travail avec les patients (Renik, 1993). Il s'agit ici de mettre plus l'accent sur « l'interaction, la disposition, la spontanéité, la mutualité et l'authenticité » (Mitchell, 1997), que sur des notions comme la neutralité analytique (Renik, 1993 ; Renik, 1996 ; Renik, 2006). Et des notions qui appartenaient auparavant à l'alliance thérapeutique se trouvent ici incluses dans d'autres modalités de pensée (collaboration, prise en compte d'une certaine réalité consciente dans les processus à l'œuvre, etc.). Aussi, le terme n'est

2. A propos de l'hypnose, nous avons ailleurs développé les liens difficiles entre la psychanalyse et la suggestion (Bioy, Keller et Fauxpoint, 2005).

même plus utilisée, à quelques exceptions près (Meissner, 1996 ; Wallerstein, 1995).

Si, finalement, la notion d'alliance thérapeutique ne fait plus trop recette dans le champ de la théorie analytique, même si elle a toujours en intérêt pragmatique et clinique (Braconnier, 2002), il n'en est pas de même pour d'autres courants psychothérapeutiques. Ainsi, la qualité de la relation thérapeutique a toujours été vue comme un élément central dans les thérapies centrées sur le patient (Rogers, 1951 ; Rogers, 1957 ; Greenberg, Rice et Elliott, 1993). Selon ces auteurs, lorsqu'il s'agit d'intégrer une position empathique avec plus d'interventions directes, le concept d'alliance devint particulièrement utile. Également, après lui avoir initialement accordé une importance toute relative, le courant cognitif et comportemental reconnaît maintenant à l'alliance thérapeutique une place centrale (Arnkoff, 1995 ; Goldfried & Davison, 1994 ; Kohlenberg & Tsai, 1991 ; Muran, 1993 ; Muran & Ventur, 1995 ; Newman, 1998 ; Safran, 1998 ; Safran & Segal, 1990). Cela est en fait vrai pour l'ensemble des thérapies dites « brèves », qu'elles soient familiales, stratégiques, systémiques ou autres (Safran et Muran, 1998).

Ce qui a sous-tendu l'usage expansif de la notion d'alliance thérapeutique est que des études, largement initiées par Luborsky (1976) et Bordin (1979), ont permis une compréhension plus précise du concept en le situant notamment dans un champ trans-théorique.

L'alliance comme variable intégrative

L'intérêt pour le concept d'alliance thérapeutique parmi les chercheurs en Sciences Humaines a pris naissance dans le souhait de comprendre la question du changement en psychothérapie. L'une des premières conclusions posées a été de démontrer qu'aucune forme particulière de suivi (analytique, systémique, cognitive et comportementale...) ne s'est montrée systématiquement plus efficace que les autres (Smith, Glass & Miller, 1980). En particulier, Luborsky et son équipe (Luborsky & Singer, 1975) publièrent un article qui fit date, affirmant que toutes les psychothérapies « méritent un prix », c'est-à-dire démontrent toutes un effet thérapeutique. Luborsky utilisera à cette occasion la fameuse expression de « Dodo bird verdict³ », en référence à l'expression de Rosenzweig (1936).

3. Dans « Alice au Pays des Merveilles » (Lewis Carroll), un dodo organise une course autour d'un lac.

Rapidement, dans ces études, l'alliance thérapeutique s'est imposée comme la « variable intégrative quintessentielle » (Wolfe & Goldfried, 1988). En grande partie du fait de la valeur prédictive du concept (Hartley, 1985 ; Gaston, 1990 ; Horvath & Symonds, 1991).

D'une manière générale, toutes les définitions s'accordent pour comprendre l'alliance thérapeutique comme une notion multidimensionnelle, incluant les dimensions de collaboration, de mutualité et de négociation. Gaston (1990) isole plus précisément quatre facteurs indépendants :

- la capacité du patient de travailler délibérément en thérapie,
- le lien affectif unissant patient et thérapeute,
- la compréhension et l'implication empathique du thérapeute,
- l'accord que partagent le patient et le thérapeute concernant les buts du suivi.

Selon Luborsky (1976), l'alliance thérapeutique peut être vue comme « ce point dans la relation thérapeutique où d'un côté le patient élève le thérapeute à sa position d'autorité, mais d'un autre croit que cette puissance et cette autorité est partagée entre eux, qu'il y a un sens profond de collaboration et de participation dans le processus. De cette façon, un attachement positif se développe entre le client et le thérapeute ». Bordin suggéra qu'une bonne alliance est le pré-requis pour le changement dans toutes les formes de psychothérapie. Mais selon lui, l'alliance ne serait pas en elle-même curative, mais elle constituerait un levier sur lequel le patient s'appuie pour adhérer à la thérapie et poursuivre le suivi (Bordin, 1979).

Bordin conceptualisa l'alliance comme constituée en trois composantes interdépendantes : les tâches, les buts et le lien. Par ailleurs, la force de l'alliance est dépendante de trois degrés d'accord entre le patient et le thérapeute à propos des tâches et buts de la thérapie, et de la qualité du lien entre eux :

- Les tâches de la thérapie consistent en des activités spécifiques pour lesquelles le patient doit s'engager pour bénéficier du traitement. Par exemple, la méthode analytique requiert que le patient associe librement en disant tout ce qu'il lui vient à l'esprit sans se censurer. Une tâche importante en thérapie cognitive

Chaque concurrent, initialement mouillé, doit courir jusqu'à ce qu'il soit sec. Il s'agit de la seule condition, et personne ne mesure ni le temps de course, ni la longueur parcourue. À l'issue de cette épreuve, on demande au dodo qui a gagné. Il réfléchit longuement puis annonce que tous les concurrents ont gagné et méritent un prix.

consiste à compléter des devoirs assignés entre les séances comme l'exposition comportementale ou la restructuration cognitive. Les thérapeutes pratiquant la Gestalt peuvent demander à leurs patients de s'engager dans un dialogue entre différentes parties d'eux-mêmes.

– Les buts de la thérapie sont les objectifs généraux vers lesquels le suivi est dirigé. Par exemple, la psychanalyse admet que les problèmes amenés par les patients résultent d'une forme mal adaptée à négocier les conflits entre pulsions et défenses, et le but consiste à développer une voie de résolution différente. Un thérapeute comportementaliste, par contre, peut voir le but du traitement comme la suppression d'un symptôme spécifique.

– La composante « lien » de l'alliance consiste en une qualité affective de la relation entre patient et thérapeute (la façon dont le patient se sent compris, respecté, estimé).

Les dimensions lien, tâche et but de l'alliance s'influencent entre elles et d'une manière continue. La qualité du lien est la médiation de la manière avec laquelle le patient et le thérapeute sont capables de négocier un accord à propos des tâches et des buts de la thérapie, qui sont en retour liés à la qualité du lien.

Ainsi, la conceptualisation de Bordin met en lumière la nature complexe, dynamique et multidimensionnelle de l'alliance. Ce qui suggère que tandis que la qualité de l'alliance est cruciale dans toutes les approches thérapeutiques, les variables spécifiques impliquées peuvent varier en fonction de la matrice complexe, interdépendante et fluctuante du thérapeute, du patient et des caractéristiques spécifiques de l'approche. Bordin souligne par ailleurs l'indépendance fondamentale des facteurs spécifiques de la thérapie (la technique) et non spécifiques (le relationnel).

L'alliance thérapeutique dans le champ psychothérapeutique

Une multitude de recherches démontrent le fort impact de l'alliance sur l'issue psychothérapeutique, mais ce mouvement de recherche reste peu mis en avant dans les publications. Peut-être parce que les résultats traduisent un impact modéré à faible des outils thérapeutiques bruts et un effet deux fois plus important de l'alliance, toutes psychothérapies confondues, ce qui n'est pas toujours simple à admettre. Pour autant, il ne faudrait pas tomber dans le piège de l'explication causale consistant à dire qu'une bonne alliance serait directement responsable de la baisse de la symptomatologie. Un patient peut développer une

bonne alliance parce que justement son état est meilleur, ce qui lui permet alors d'entrer dans une collaboration plus fructueuse (Christoph et al., 2006).

Pour autant, une forte alliance au début de la thérapie peut influencer les effets du suivi en augmentant l'engagement dans la thérapie, en donnant de l'espoir, fournissant ainsi un socle solide pour la suite du suivi (Gaston, 1990 ; Horvath et al., 1993 ; Horvath & Luborsky, 1993 ; Whisman, 1993). Plusieurs recherches ont donné des preuves que l'alliance thérapeutique est un médiateur du changement, les résultats de la thérapie pouvant être prédits par une évaluation précoce de l'alliance. Citons entre autres Gaston et al. (1991) et Salvio et al. (1992). L'alliance thérapeutique représente ainsi l'un des meilleurs facteurs prédictifs de l'issue thérapeutique (Luborsky et al., 1985), qu'il s'agisse de cure-type ou de psychothérapies (Norcross, 2002).

L'équipe de Lausanne (Despland et al., 2006 ; Despland et al., 2001) a tenté d'affiner ce qui était en jeu dans la construction et le maintien d'une bonne alliance en créant le modèle de l'adéquation. Leur intérêt était de voir les liens entre l'alliance et les caractéristiques du thérapeute dans des interventions de type psychodynamique brève. Ils en concluent qu'un contexte favorable au développement et au maintien d'une bonne alliance est dû à une adéquation entre les interventions du thérapeute et des caractéristiques dynamiques du patient (conflits et mécanismes de défense).

On peut donc dire qu'après plusieurs années de recherches se centrant sur les liens entre les évaluations quantitatives de l'alliance et les résultats de suivis, les études actuelles sont innovantes pour leur focalisation sur la dynamique de co-construction de l'alliance. En particulier, l'étude des notions de rupture et de reprise de l'alliance offre une évaluation dynamique et intéressante de ce que l'on nomme « changement » (Bachelor & Salamé, 2000 ; Safran & Muran, 2000).

L'alliance thérapeutique dans le champ somatique

Ce champ d'études utilise globalement les mêmes protocoles de recherche que dans le champ des psychothérapies, ce qui peut être expliqué par le fait qu'il existe des similarités entre ces deux types d'alliance (Scovorn, 2001). Mais évidemment, ce qui est ici étudié n'est pas la question du changement, mais porte soit sur des facteurs formels (sollicitations médicales, compliance...), soit sur des

facteurs plus qualitatifs et psychologiques (confiance, estime de soi, satisfaction globale, qualité de vie...). Ainsi, les patients qui ont évalué leurs médecins comme très participatifs, engagés, avec un sens de la directivité, furent moins enclins à changer de médecin et plus enclins à rapporter une grande satisfaction (Kaplan *et al.*, 1996). Par ailleurs, la qualité de l'alliance prédit la satisfaction générale du patient (Kim *et al.*, 2008) et est fortement associée à l'adhérence et à la satisfaction du traitement (Fuertes *et al.*, 2007 ; Fuertes *et al.*, 2009).

Hall *et al.* (2002) ont évalué 261 patients et leurs 44 médecins à la fin d'une consultation, puis un an après. Il en ressort que le lien envers le médecin évalué par le patient était positivement associé aux variables suivantes : une meilleure santé du patient, un meilleur état émotionnel après la visite, des comportements du médecin plus favorables (selon le patient), une meilleure satisfaction du patient envers la visite et une meilleure satisfaction envers le médecin. Également, une recherche du National Institute of Mental Health (NIMH) a démontré que l'alliance de travail a une influence importante sur les résultats des traitements médicaux et pharmacologiques (Scovern, 2001). D'autres investigations sur les effets de l'alliance entre médecin et patient sur les résultats médicaux (connu dans les revues de recherches médicales comme des effets placebo ou contextuels) ont aussi montré des effets importants de la qualité de l'alliance ou relation médecin-patient sur l'état de santé du patient. Dans une revue de littérature sur les effets de la relation médecin-patient, Di Blasi *et al.* (2001) ont montré que la combinaison de soins émotionnels et cognitifs (consultations avec un travail spécifique pour améliorer les attentes par rapport au traitement, une présentation claire du diagnostic et du traitement et une présentation des effets secondaires des traitements ou des évaluations diagnostiques) produisent l'effet le plus consistant sur les résultats du patient (Gryll & Katahn, 1978 ; Thomas, 1987). En particulier, ils notent que les patients qui viennent fréquemment aux urgences et recevant des soins avec une certaine compassion ont moins régulièrement de visites à répétition et sont plus satisfaits que les patients recevant des soins standards (Redelmeier *et al.*, 1995). Di Blasi *et al.* (2001) conclurent que beaucoup d'effets de la relation médecin-patient peuvent interagir envers des maladies spécifiques, mais qu'il existe « aussi un effet indépendant des interactions médecin-patient »,

soit la notion d'alliance entre le médecin et le patient. Il en ressort que les médecins adoptant un style chaleureux, amical et rassurant sont plus efficaces dans leurs interactions que les médecins adoptant un style formel et n'offrant pas de réassurance.

Pour autant, une question subsiste qui à ce jour n'a pas réellement été explorée : quels sont les éléments permettant aux médecins d'établir et de développer une alliance de travail favorable avec leurs patients ? En effet, dans le champ des psychothérapies, Ambresin *et al.* (2007) montrent que les moments de « crises » de l'alliance puis la façon dont cette alliance va s'articuler par la suite sont des moments importants pour comprendre la notion de changement. Dans le champ somatique, les résultats sont plus linéaires et finalement aujourd'hui se résument à dire qu'une bonne alliance globale produit des effets positifs. Or, que se passe-t-il lorsque cette alliance est mise à mal, ou sous le feu de mouvements affectifs forts ? Burns *et al.* (2008) ont évalué les dimensions d'hostilité, d'expression de la colère et la dépression en lien avec la douleur chronique. Ils ont montré que l'alliance évaluée par les thérapeutes était prédite par les interactions entre l'expression de la colère et la dépression, des hauts niveaux reportés pour ces deux dimensions étaient reliés à des alliances faibles. Les résultats montrent que l'hostilité et la propension à exprimer la colère diminuait la capacité du patient à créer une bonne collaboration. Mais ces observations sont sans doute partielles, et ne sont pas encore suffisamment fines pour rendre compte de la complexité de la relation entre un médecin et son patient et de sa dynamique dans le temps. Des recherches seront sans doute à mener dans ce sens.

L'alliance peut-elle s'apprendre ?

Nous avons vu qu'au moins dans le champ des psychothérapies, l'alliance thérapeutique avait une place centrale. Non seulement son effet est majeur sur les perspectives de changement et le fait de réaliser les objectifs fixés, mais il semblerait qu'une bonne alliance initiale soit prédictive des effets positifs obtenus. Il s'agit donc, en pratique clinique, d'avoir une attention particulière à cette notion, même si évidemment des biais peuvent être présents, notamment la tendance des thérapeutes à sous-estimer la qualité initiale de l'alliance telle que perçue par le patient (Beretta *et al.*, 2004). Il serait par ailleurs naïf de croire qu'une bonne alliance, construite dans le temps et linéaire, suffit pour obtenir des résultats. En fait, au

sein de la façon dont l'alliance se construit peu à peu, les moments dits « de crise » (inadéquation brutale entre le thérapeute et le patient) sont de puissants facteurs de changement lorsque par la suite l'alliance reprend son cours (les deux protagonistes se retrouvent sur les objectifs, et la façon dont se vit la relation). A l'inverse, lorsque l'alliance ne varie pas, quelle que soit sa qualité, les changements restent faibles (de Roten *et al.*, 2006). Ainsi, la gestion des impasses, des moments de crise, est fructueuse particulièrement lorsqu'à ces moments le thérapeute est suffisamment flexible pour emprunter à d'autres champs que le sien des « outils » pour avancer (Kramer, 2005 ; Despland, 2006). Il s'agit enfin pour le praticien de trouver un bon ajustement entre exploration et contenance, et de savoir s'ajuster aux caractéristiques dynamiques de son patient. En tout début de suivi, il semblerait qu'il faille particulièrement travailler la contenance et maintenir une attention fine concernant le niveau d'engagement du patient, quitte à travailler sur sa motivation et la façon dont il perçoit le suivi, son cadre et les objectifs travaillés conjointement.

Plus globalement, concernant spécifiquement la pratique psychanalytique, quatre critères centraux ont été mis à jour par l'équipe de Lausanne, afin de guider une alliance constructive (Roten *et al.*, 2005) :

- Un bon ajustement entre contenance et exploration, comme nous l'avons cité.
- Une bonne correspondance entre le type de défense du patient que le psychanalyste met à jour et décrit en suivi, et les défenses effectives manifestées par le patient.
- Une bonne correspondance également entre le contenu des interprétations et le conflit relationnel central dont souffre le patient.
- Enfin, une bonne capacité du psychothérapeute à amener à la conscience les conflits sous-jacents entre les différents éléments évoqués mais non reconnus par le patient.

Pour le reste, la question qui vient est de savoir si on peut apprendre à créer une bonne alliance, c'est-à-dire si l'on peut intentionnellement jouer sur une ou plusieurs dimensions permettant d'améliorer l'alliance thérapeutique. C'est à cette tâche que se sont attelés Henry et son équipe en 1993. Ils proposent à des psychothérapeutes ayant au moins deux ans d'expérience une formation de 50 semaines, réparties sur un an, autour de l'alliance thérapeutique, son repérage etc. avec des mises en situation et analyses. La formation consistait en deux heures de séminaire par semaine, avec supervision portant sur les échanges interpersonnels

et la relation thérapeutique. Les résultats ont montré que les psychothérapeutes avaient une meilleure adhérence à la méthode qu'initialement. Par contre, il a été observé une détérioration de la relation thérapeutique, avec des praticiens plus autoritaires, plus actifs, mais aussi plus pessimistes sur les suivis en cours. Autrement dit, l'alliance thérapeutique non seulement ne se décide pas, mais elle ne se contrôle pas. Une attention trop forte portée sur elle, en lien clinique avec le patient, ne permettant pas une forme d'adéquation naturelle et une réelle implication authentique du praticien.

Conclusion

La notion d'alliance thérapeutique a connue ses prémisses avec les théories analytiques, et ce qui a particulièrement été questionné est son lien ou son absence de lien avec le transfert, comme du niveau de dépendance/indépendance entre ces concepts. Si les acteurs du vieux continent sont relativement peu prolixes sur la question, les psychanalystes anglo-saxons se sont diversement positionnés sur le lien entre alliance thérapeutique et transfert, soit en le rejetant, soit en conservant l'idée de données collaboratives qui seraient à prendre en considération, en parallèle dirons-nous à une analyse des mouvements transférentiels à l'œuvre.

Il reste que les apports de la recherche au champ de la clinique montrent que l'alliance thérapeutique peut aussi être saisie comme un facteur intégratif permettant un certain regard sur la question du changement en psychothérapies et en psychanalyse, et la façon dont ce changement peut s'exprimer et apparaître.

Si actuellement l'alliance thérapeutique est relativement bien connue dans le champ des psychothérapies, elle reste plus parcellaire concernant d'autres formes de suivis, et nous avons pris l'exemple de la relation entre un patient et un médecin. En fait, ce qui a été étudié est plus la notion d'efficacité que d'effets, et il manque tout un champ d'études sur la façon dont dynamiquement l'alliance se construit dans le temps. Notamment dans les suivis de patients chroniques, où les visites médicales sont régulières et parfois s'étalent sur des années, on peut penser que le déploiement de l'alliance est moins linéaire que ce qui est exposé dans les études, dont une partie concerne des rencontres ponctuelles ou brèves. Nous en sommes probablement encore qu'aux prémisses de comprendre comment l'ensemble des facteurs joue sur le devenir

d'une psychothérapie, même si l'alliance thérapeutique permet déjà de donner quelques réponses. Et, pour finir sur une note d'humour, nous pourrions dire que cela ne fait que renforcer la définition que donnait Victor Rémy

au milieu du siècle dernier : « La psychothérapie est une technique indéfinie appliquée à des cas non spécifiques, avec des résultats imprédictibles. Pour cette technique, une formation rigoureuse est requise » ! ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ambresin, G., De Roten, Y., Drapeau, M., Despland, J.N. (2007). Early change in maladaptive defense style and development of the Therapeutic alliance. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 89-95.
2. Arnkoff, D. (1995). Two examples of strains in the therapeutic alliance in an integrative cognitive therapy. *In Session : Psychotherapy in Practice*, 1, 33-46.
3. Bachelor, A., Salamé, R. (2000). Participants' Perceptions of Dimensions of the Therapeutic Alliance Over the Course of Therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9, 39-53.
4. Beretta, V., Roten, Y. (de), Drapeau, M., Plancherel, A.-C., Despland, J.-N. (2004). Patient coordination style during the first session of therapy : relationship with early alliance, patient's characteristics and outcomes. *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie* 155(6), 273-280.
5. Bioy, A., Keller, P.H., Fauxpoint, J.D. (2005). Perspectives de l'hypnose au regard de la psychanalyse. *L'évolution psychiatrique*, 70 (1), 151-160.
6. Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
7. Braconnier, A. (2002). Psychanalyse et/ou psychothérapies psychanalytiques. Recherches sur l'alliance thérapeutique et l'analysabilité. *Psychothérapies*, 1 (22), 21-28.
8. Brenner, C. (1979). Working alliance, therapeutic alliance, and transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 137-158.
9. Breuer, J. Freud, S. (1955). *Études sur l'hystérie*. Paris, PUF. (Publication originale 1895).
10. Burns, J.W., Higdon, L.J., Mullen, J.T., 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.
11. Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., 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.
12. Curtis, H. (1979). The concept of the therapeutic alliance : Implications for the « Widening scope ». *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 159-192.
13. Despland J.-N., De Roten Y., Despars, J., Stigler M., Perry J.C. (2001). Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *J. Psychother. Pract. Res.*, 10(3), 155-164.
14. Despland, J.-N., Zimmermann, G., De Roten, Y. (2006). L'évaluation empirique des psychothérapies. *Psychothérapies*, 2, 26, 91-95.
15. Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A., Kleijnen, J. (2001). Influence of context effects on health outcomes : a systematic review. *Lancet*, 357, 757-762.
16. Fenichel, O. (1941). *Problems of psychoanalytic technique*. New York : Psychoanalytic Quarterly.
17. Ferenczi, S. (1982). *Journal clinique (janvier-octobre 1932)*. Paris : Payot. (Publication originale : 1932).
18. Freud, S. (1998). Conseils au médecin dans le traitement analytique, in *Œuvres complètes – Psychanalyse*, vol. XI (pp. 143-154). Paris : PUF (Publication originale : 1912).
19. Freud, S. (1938). *Abrégé de psychanalyse*. Paris : PUF.
20. Friedman, L. (1969). The therapeutic alliance. *International Journal of Psycho-analysis*, 50, 139-153.
21. Fuertes, J.N., Boylan L.S., Fontanella J.A. (2009). Behavioral indices in medical care outcome : the working alliance, adherence, and related factors. *J Gen Intern Med*, 24 (1), 80-85.
22. Fuertes, J.N., Mislowack, A., Bennett, J., Paul, L., Gilbert, T.C., Fontan, G., Boylan, L.S. (2007). The physician-patient working alliance. *Patient, education and counseling*, 66 (1), 29-36.
23. Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy : Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27 (2), 143-153.
24. Gaston, L., Marmar, C. R., Gallagher, D., Thompson, L. W. (1991). Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy progresses. *Psychotherapy Research*, 1, 104-112.
25. Goldfried, M., Davidson, G. (1994). *Clinical behavior therapy (expanded ed.)*. New York : Wiley.
26. Greenacre, P. (1968). The psychodynamic process, transference, and acting out. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49, 211-218.
27. Greenberg, L.S., Rice, L.N., Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change : The moment-by-moment process*. New York : Guilford Press.
28. Greenson, R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. New York : International Universities Press.
29. 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.
30. Gryll, S.L., Katahn, M. (1978). Situational factors contributing to the placebo effect. *Psychopharmacology*, 57, 253-261.
 31. Hall, J.A., Horgan, T.G., Stein, T.S., Roter, D.L. (2002). Liking in the physician-patient relationship. *Patient Education and Counseling*, 48, 69-77.
 32. Horvath, A.O., Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 61, 4, 561-573.
 33. Hartley, D.E. (1985). Research on the therapeutic alliance in psychotherapy. In R. Hales, A. Frances (Eds.), *Psychiatry update* (pp. 532-549). Washington, DC : American Psychiatric Association Press.
 34. Henry, W. P., Strupph, H., Butlers, F., Schacht, E., Binder, L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy : Changes in therapist behavior. *J. Cons. Clin. Psychol.*, 61(3), 434-440.
 35. Horvath, A.O., Gaston, L., Luborsky, L. (1993). The therapeutic alliance and its measures. In N. Miller, L. Luborsky, J. Barber, J.P. Docherty (Eds.), *Psychodynamic treatment research*. New York : Basic Books.
 36. Horvath, A.O., Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy : A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
 37. Kaplan, S.H., Greenfield, S., Gandek, B., Rogers, W., Ware, J.E. Jr. (1996). Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. *Annals of Internal Medicine*, 24, 497-504.
 38. Kim, S.C., Kim, S., Boren, D. (2008). The quality of therapeutic alliance between patient and provider predicts general satisfaction. *Military medicine*, 173 (1), 85-90.
 39. Kohlenberg, R., Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy*. New York : Plenum Press.
 40. Kramer, U., Roten, Y. de, Despland, J.-N., Les thérapeutes font-ils ce qu'ils disent faire ? Comparaison entre prototypes idéaux et pratiques réelles pour plusieurs formes de psychothérapies. *Pratiques psychologiques*, 11(4), 359-370
 41. Luborsky, L., McLellan, T., Woody, G.E., O'Brien, C.P., Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
 42. Luborsky, L., Singer, B. (1975). Comparative studies of psychotherapies. Is it true that « everyone has won and all must have prizes » ? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
 43. Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J. L. Claghorn (Ed.), *Successful Psychotherapy* (pp. 92-116). New York : Brunner/Mazel.
 44. Meissner, W.W. (1996). *The therapeutic alliance*. New Haven, CT : Yale University Press.
 45. Mitchell, S.A. (1997). *Influence and autonomy in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ : Analytic Press.
 46. Muran, J.C. (1993). The self in cognitive behavioral research : An interpersonal perspective. *Behavior Therapist*, 16, 69-73.
 47. Muran, J.C., Ventur, E. (1995). *The operant self*. *The Behavior Therapist*, 18, 91-94.
 48. Newman, C. (1998). The therapeutic relationship and alliance in short-term cognitive therapy. In J.D. Safran, J.C. Muran (Eds), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 95-122). Washington, DC : American Psychological Association Books.
 49. Norcross, J.C. (Ed) (2002). *Psychotherapy Relationships That Work. Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. New York : Oxford University Press.
 50. Redelmeier, D. A., Koehler, D. J., Liberman, V., Tversky, A. (1995). Probability judgment in medicine : Discounting unspecified alternatives. *Medical Decision Making*, 15, 227-231.
 51. Renik, O. (1993). Analytic interaction : Conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *Psychoanalytic Quarterly*, 62, 553-571.
 52. Renik, O. (1996). The perils of neutrality. *Psychoanalytic Quarterly*, 65, 495-517.
 53. Renik, O. (2006). *Practical Psychoanalysis for Therapists and Patients*. Other Press, LLC, 2006.
 54. Rogers, C.R. (2002). *Le développement de la personne*. Paris : InterEditions. (Publication originale : 1951).
 55. Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
 56. Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
 57. Roten Y. (de), Michel, L., Despland, J.-N., Beretta, V., Kramer, U. (2006). Alliance and technique in psychodynamic psychotherapy : what therapists should do to strengthen the alliance. *European Psychiatry*, 21 (1), 235.
 58. Roten, Y. (de), Michel, L., Despland, J.-N. (2005). Recherche sur le processus psychothérapique : l'exemple du modèle de l'adéquation. *Pour la recherche*, 44, 11-13.
 59. Safran, J.D. (1998). *Widening the scope of cognitive therapy*. Northvale, NJ : Aronson.
 60. Safran, J. D., Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance*. New York : Guilford Press.
 61. Safran, J.D., Segal, Z.V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*, New York : Basic Books. Northvale, NJ : Aronson.
 62. Salvio, M. A., Beutler, L. E., Wood, J. M., Engle, D. (1992). The strength of the therapeutic alliance in three treatments of depression. *Psychotherapy Research*, 2, 31-36.
 63. Sandler, J., Holder, A., Kawenoka, M., Kennedy, H., Neurath, L. (1969). Notes on some theoretical and clinical aspects of transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 50, 633-645.
 64. Scovern, A. (2001). From placebo to

- alliance : The role of common factors in medicine. In Hubble, M., Duncan, B. Miller, S. (Eds.). *The heart and soul of change : What works in therapy* (pp. 259-295). Washington, DC : American Psychological Association.
65. Smith, M., Glass, G., Miller, T. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore, MD : John Hopkins University Press.
66. Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psycho-Analysis*, 15 (117), 117-126.
67. Sterba, R. (1940). The dynamics of the dissolution of the transference resistance. *Psychoanalytic Quarterly*, 9, 363-379.
68. Stone, L. (1961). *The psychoanalytic situation*. New York : International Universities Press.
69. Thomas, K.B. (1987). General practice consultations : is there any point in being positive? *British Medical Journal*, 294 (6581), 1200-1202.
70. Wallerstein, R.S. (1995). *The talking cures*. New Haven, CT : Yale University Press.
71. Wampold, B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate : Models, Methods, and Findings*. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum.
72. Wampold B.E., Browng, S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists : a naturalistic study of outcomes in managed care. *J. Cons. Clin. Psychol.*, 73, 914-923.
73. Whisman, M.A. (1993). Mediators and moderators of change in cognitive therapy of depression. *Clinical Psychology Review*, 10, 155-170.
74. Wolfe, B.E., Goldfried, M.R. (1998). Research on psychotherapy integration : Recommendations and conclusions for an NIMH workshop. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 448-451.
75. Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-analysis*, 37, 369-375.
76. Zetzel, E. (1966). The analytic situation. In R.E. Litman (ed.), *Psychoanalysis in America* (pp. 86-106). New York : International Universities Press.