

26

L'alliance thérapeutique

Maximilien Bachelart

26. L'alliance thérapeutique

ON PEUT DÉFINIR ce concept comme un accord commun, plus ou moins explicite entre deux protagonistes d'ordre intellectuel et affectif. Ce terme peut évoquer celui de lien à ceci près que dans le cadre du soin il s'agit plus d'un accord mutuel dans un cadre professionnel envers une prise en charge pour le recouvrement d'un mieux-être.

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

Qu'est-ce que l'alliance thérapeutique ? _____

◆ Les origines

La notion d'alliance thérapeutique est née dans le champ psychanalytique, Freud fut un des premiers à évoquer la nécessaire collaboration entre praticien et patient à côté de la notion de transfert. Dès le départ s'est posée la question de la différence entre transfert et alliance thérapeutique, point qui reste toujours tenu sur le plan clinique à tel point que pour certains auteurs l'alliance thérapeutique ne serait en fait que du transfert (cf. revue de Bioy et Bachelart, 2010).

◆ Plusieurs réalités, plusieurs conceptions

Une des questions est de savoir si l'alliance formée auprès du patient (et/ou inversement que le patient a formé auprès du praticien) est en soi thérapeutique. Il peut alors se cristalliser un certain investissement narcissique envers cette notion car si créer une bonne alliance est perçu par le praticien comme thérapeutique on parle donc d'une capacité relationnelle qui deviendrait curative au détriment de l'utilité des outils qui forment aussi la psychothérapie. À ce propos, Bordin (1979) souligne que l'alliance ne serait pas en elle-même curative, mais qu'elle constituerait plutôt un levier sur lequel le patient s'appuie pour adhérer au suivi et poursuivre son traitement.

Historiquement, l'alliance était évaluée en début et fin de prise en charge (ex. : Luborsky et Singer, 1975) ce qui limitait les conclusions, mais certains auteurs, notamment Christoph (2006), ont souligné qu'il ne faut pas tomber dans le piège de l'explication causale unidirectionnelle 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 son état est meilleur, ce qui lui permet d'entrer dans une collaboration plus fructueuse.

La recherche dans ce domaine a pris un nouveau souffle, notamment à travers les recherches américaines (Bachelor et Salamé, 2000 ; Safran *et al.*, 2002 ; 2011) et suisses (Despland *et al.*, 2001) qui conçoivent l'alliance comme un processus constamment en mouvement et qui se constitue de moments de ruptures et de réparations de l'alliance. Les ruptures sont les moments de tension ou de cassure dans la relation patient-praticien. Ce type d'évaluation du processus de formation de l'alliance est riche car il permet d'obtenir des résultats plus fins et personnalisés. L'équipe de Lausanne a par exemple pu orienter la construction de l'alliance dans la pratique analytique en fournissant des points de repère importants (Roten, 2005).

Définitions

Bordin (1979) définit l'alliance comme un mouvement émotionnel entre au moins deux protagonistes et qui se constitue de trois dimensions qui s'influencent :

- les buts ou « goals » fixés par la rencontre, en lien avec la demande ;
- les tâches ou « tasks » à effectuer pour atteindre les buts fixés ;
- le lien ou « bond » : c'est la relation entre patient et intervenant.

Les données de la recherche

◆ Un facteur intégratif

L'alliance est comprise comme un facteur intégratif, celui que l'on retrouve à travers tout type de psychothérapie quels que soient ses outils, son cadre ou sa théorie. On a voulu comprendre plus en détail quel était son impact dans l'atteinte d'objectifs thérapeutiques, constatant que des formes différentes de psychothérapies démontreraient une efficacité semblable sur le plan statistique (Luborsky et Singer, 1975 ; Smith, Glass et Miller, 1980).

◆ Évaluation de l'impact et processus

Plusieurs recherches font état de la qualité de l'alliance thérapeutique dans la prise en charge de patients dans le domaine de la psychiatrie. Ces recherches ont démontré un fort impact de la qualité de l'alliance en lien avec les résultats de la psychothérapie. En effet, une forte alliance évaluée au début de la thérapie peut influencer les résultats en augmentant l'engagement dans le suivi, donnant de l'espoir, fournissant une solide fondation pour le cours de la thérapie (Gaston, 1990 ; Gaston *et al.*, 1991 ; Salvio *et al.*, 1992 ; Horvath *et al.*, 1993 ; Horvath et Luborsky, 1993 ; Whisman, 1993). Plusieurs recherches ont fourni des preuves que l'alliance thérapeutique est un médiateur du changement ; les résultats de la thérapie peuvent être prédits par une évaluation précoce de l'alliance qu'il s'agisse de cure-type ou de psychothérapie (Luborsky *et al.*, 1985 ; Gaston *et al.*, 1991 ; Salvio *et al.*, 1992). L'alliance thérapeutique commencerait à se former lorsque le patient se sent compris par le praticien. Le cadre devient alors sécurisant et contenant en présence de son interlocuteur, le sujet pouvant exprimer certains aspects de lui-même qu'il n'avait pas reconnu jusqu'à présent (Walborn, 1996).

L'alliance est une perception

Il est important de prendre en compte le relationnel durant un suivi, celui-ci étant corrélé à de meilleurs résultats pour la prise en charge mais restant aussi un repère important permettant d'une part au praticien de mieux saisir ses propres réactions durant les entretiens mais aussi de mieux ressentir le rapport au monde du sujet. On peut prendre l'exemple d'un sujet envers lequel le personnel n'arriverait pas « à créer de lien ». Plusieurs hypothèses peuvent émerger de ce constat relationnel et pourraient être de l'ordre du mode de fonctionnement psychologique du sujet.

Il reste important d'avancer avec prudence dans cette investigation, de rassembler les constatations auprès des autres professionnels en contact avec le sujet, voire d'échanger directement avec lui à ce propos car la subjectivité peut amener à des conclusions erronées et écarter la réflexion sur l'impact de nos actions concrètes sur le vécu du patient et sa capacité à entrer en relation.

L'alliance dans le champ somatique

Contrairement au domaine de la psychothérapie, dans le champ somatique les sujets qui viennent consulter souffrent de problèmes physiques au premier plan, bien que ceux-ci puissent en effet provoquer des réaménagements voire un traumatisme psychique. On ne peut donc concevoir l'aide au sujet comme c'est le cas en psychiatrie même s'il faut aussi garder en tête que certains sujets peuvent présenter en amont des difficultés d'ordre psychologique ou psychiatrique avant leur rencontre avec la médecine somatique. Dans ce dernier type de rencontre, il faut pouvoir identifier les lignes directrices du fonctionnement habituel, notamment certaines pouvant conduire à des situations directement ou indirectement à risque pour le bon déroulement d'une prise en charge essentiellement médicalisée. La difficulté pour le psychologue est d'être en relation avec un corps en souffrance pour un sujet qui peut ne pas reconnaître l'implication de sa vie psychique. La question de la demande reste toujours centrale dans le milieu somatique où la rencontre du psychologue peut-être une réelle surprise quand elle est proposée au patient, voire être perçue comme une menace puisque le psychologue reste majoritairement vu comme celui qui entre en relation avec la folie et non avec le psychisme. Créer une relation de confiance, c'est-à-dire respectueuse, non menaçante et sans tomber non plus dans l'écueil du « tout psy » au détriment des données médicales est une capacité qui s'acquiert par la construction d'un cadre dans l'esprit du psychologue et de son équipe. Ce cadre ne peut faire l'économie de réflexions préalables de la part du praticien, notamment concernant sa place et ses diverses fonctions sur son lieu d'exercice, à l'intérieur de son équipe et dans ses relations en dehors de son équipe (institution, services partenaires, associations, etc.). Le personnel médical et paramédical a aussi un travail important à effectuer, plus porté sur des facteurs formels comme l'observance au traitement qui est liée en partie à la qualité de l'alliance formée entre patient et professionnel (Fuertes *et al.*, 2007 ; Fuertes *et al.*, 2009). L'alliance a un impact sur les résultats des traitements médicaux et pharmacologiques (Scovern, 2001). Il y a un demi-siècle environ, Balint (1966) disait que « Le médicament le plus utilisé en médecine est le médecin lui-même ». Par ses travaux, on a pu comprendre que la relation avait plus d'importance en médecine que l'on imaginait et que porter attention à la relation, c'est replacer au centre du curatif les mots employés et le cadre utilisé.

La notion d'alliance reste un carrefour incontournable dans la relation patient-professionnel qui reste profondément humaine quel que soit le niveau de technicité que la société tend à augmenter de nos jours. Elle est un point incontournable pour le professionnel tentant de saisir la dynamique psychique d'un sujet ainsi qu'adapter ses propres interventions et elle reste liée à des facteurs formels qui intéressent aussi le pronostic médical.

Bibliographie

Bibliographie

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, p. 39-53.

BALINT M. (1966), *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, Payot.

BIOY A., BACHELART M. (2010), « L'alliance thérapeutique : historique, recherches, et perspectives cliniques », *Perspectives Psy*, 49, 4, p. 317-326.

BORDIN E.S. (1979), « The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance », *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 16, p. 252-260.

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, p. 280-285.

DESPLAND J.-N., DE ROTEN Y., DESPARIS J., STIGLER M. ET PERRY J. C. (2001), « Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a Brief Psychodynamic Investigation », *The Journal of Psychotherapy and Practice Research*, 10, p. 155-164.

FUERTES J.N., BOYLAN L.S., FONTANELLA J.A. (2009), « Behavioral indices in medical care outcome : the working alliance, adherence, and related factors », *Journal of General Internal Medicine*, 24, 1, p. 80-85.

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, p. 29-36.

GASTON L. (1990), « The concept of the alliance and its role in psychotherapy : Theoretical and empirical considerations », *Psychotherapy*, 27, p. 143-153.

GASTON L., MARMAR C.R., CALLAGHES D., THOMPSON L.W. (1991), « Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy process », *Psychotherapy Research*, 1, 104-113.

HORVATH A.O., GASTON L., LUBORSKY L. (1993), « The therapeutic alliance and its measures », in *Psychodynamic treatment research*, Miller N. et al., New York, Basic Books, p. 247-273.

HORVATH A.O., LUBORSKY L. (1993), « The role of the therapeutic alliance in psychotherapy », *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 61, 4, p. 561-573.

LUBORSKY L. (1976), « Helping alliances in psychotherapy », in Claghorn J.L., *Successful Psychotherapy*, New York, Brunner/Mazel, p. 92-116.

LUBORSKY L., MCELLELANA T., WOODY G.E., O'BRIEN C.P., AUERBACH A. (1985), « Therapist success and its determinants », *Archives of General Psychiatry*, 42, p. 602-611.

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, p. 995-1008.

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, p. 11-13.

SAFRAN J.D., MURAN J.C., EUBANKS-CARTER C. (2011), « Repairing alliance ruptures », *Psychotherapy*, 48, 1, p. 80-87.



SAFRAN J.D., MURAN J.C., SAMSTAG L.W., STEVENS C. (2002), « Repairing alliance ruptures », in *Psychotherapy relationships that work*, Norcross J.C., New York, Oxford University, p. 235-254.

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, p. 31-36.

SCOVERN A. (2001), « From placebo to alliance : the role of common factors in medicine », in Hubble M., Ducan B., Miller S., *The heart and soul of change : What works in therapy*,

Washington, DC, *American Psychological Association*, p. 250-295.

SMITH M., GLASS G., MILLER T. (1980), *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore, MD, John Hopkins University Press.

WALBORN F. S. (1996), *Process variables : Four common elements of counseling and psychotherapy*. Pacific Grove, CA, Brooks/Cole.

WHISMAN M.A. (1993), « Mediators and moderators of change in cognitive therapy of depression », *Clinical Psychology Review*, 10, p. 155-170.