

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE 2019

N° : 10

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Mention D.E.S. de Psychiatrie

PAR

Florie PARDONNET-HINKOVA

Née le 08/07/1987 à Besançon

Comment apprendre l'alliance thérapeutique en psychothérapie ?

Réflexions et outils à partir des thérapies brèves

Président de thèse : Monsieur le Professeur Pierre VIDAILHET

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Fabrice BERNA



1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université**
- **Doyen de la Faculté**
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)**
- **Doyens honoraires :** (1978-1983)
(1983-1988)
(1988-1994)
(1994-2001)
(3.10.01-7.02.11)
- **Chargé de mission auprès du Doyen**
- **Responsable Administratif**

M. DENEKEN Michel
M. SIBILIA Jean
M. GOICHOT Bernard
M. DORNER Marc
M. MANTZ Jean-Marie
M. VINCENDON Guy
M. GERLINGER Pierre
M. LUDES Bertrand
M. VICENTE Gilbert
M. BITSCH Samuel

Edition OCTOBRE 2018
Année universitaire 2018-2019

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**
Directeur général :
M. GAUTIER Christophe



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Généétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Sélimak
DOLLFUS Hélène

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
Généétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 NCS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherrif P0191	NRP6 CS	* Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRP6 CS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	* Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0198	NRP6 NCS	* Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	* Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Selamak P0005	NRP6 CS	* Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	* Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CU	* Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle P0007 / P0170	NRP6 NCS	* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUX Rémy P0008	NRP6 Resp	* Pôle d'imagerie - CME / Activités transversales * Unité de Neuroradiologie Interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP6 NCS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	* Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRP6 CS	* Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	* Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-Imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRP6 CS	* Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	* Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	* Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	* Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 NCS	* Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	* Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRIANT-RODIER Catherine P0023	NRP0 CS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP0 NCS	* Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CANDOLFI Ermanno P0025	RP0 CS	* Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS * Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
GASTELAIN Vincent P0027	NRP0 NCS	* Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipolison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepleine	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP0 CS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP0 NCS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP0 NCS	* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP0 NCS	* Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHELLY Jameeddine P0173	NRP0 CS	* Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie- Pierre P0041	NRP0 CS	* Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepleine	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP0 CS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Ilkirch	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP0 NCS	* Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP0 CS	* Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0048	NRP0 NCS	* Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP0 CS	* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRP0 CS	* Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP0 NCS	* Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepleine	49.01 Neurologie
DERUELLE Philippe		* Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepleine	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP0 CS	* Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepleine	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP0 CS	* Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepleine	47.04 Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRP0 CS	* Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	Shb Cons	* Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02 Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Mathieu P0188	NRP0 NCS	* Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepleine	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP0 NCS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepleine	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP0 NCS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Ilkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP0 CS	* Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP0 NCS	* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Atshin P0062	RP0 CS	* Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP0 NCS	* Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRP0 CS	* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick		* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GICQUEL Philippe P0085	NRP0 CS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepeire	54.02 Chirurgie Infantile
GOICHOT Bernard P0086	RP0 CS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0087	NRP0 CS	* Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0088	NRP0 CS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepeire	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP0 CS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP0 CS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies Infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RP0 NCS	* Pôle d'Oncologie-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepeire	47.01 <u>Hématologie</u> ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP0 NCS	* Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepeire	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP0 NCS	* Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepeire	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		* Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Ciémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP0 CS	* Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : <u>Bactériologie-virologie</u> (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP0 CS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0084		* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP0 CS	* Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP0 CS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-COOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP0 NCS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP0 NCS	* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP0 NCS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRP0 NCS	* Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipolison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP0 CS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP0 CS	* Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP0 NCS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepeire	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0088	NRP0 CS	* Pôle d'Oncologie-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepeire	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0089		* Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
LANG Hervé P0090	NRP0 NCS	* Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LANGER Bruno P0091	RP0 NCS	* Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepeire	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRP0 CS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepeire	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP0 NCS	* Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepeire	42.01 Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP0 NCS	* Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP0 CS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - COOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF GABRIEL		* Pôle d'Oncologie-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepeire	47.01 Hématologie: transfusion

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MARESCAUX Christian (S) P0097	NRP0 NCS	* Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
MARK Manuel P0098	NRP0 NCS	* Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Haute-pierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP0 NCS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert P0100	NRP0 NCS	* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP0 NCS	* Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	<u>Gynécologie-Obstétrique</u> ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP0 CS	* Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre * Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 <u>Hématologie</u> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP0 CS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP0 CS	* Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP0 NCS	* Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil * Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP0 NCS	* Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP0 CS	* Pôle de Pharmacie-pharmacologie * Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP0 NCS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP0 CS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP0 CS	* Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP0 CS	* Pôle d'imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Haute-pierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRP0 NCS	* Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 <u>Gynécologie-Obstétrique</u> ; gynécologie médicale - option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	* Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRP0 CS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne		* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP0 CS	* Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
FELACCIA Thierry		* Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR	48.02 Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
Mme FERRETTA Silvana P0117	NRP0 NCS	* Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP0 NCS	* Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	* Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 <u>Cancérologie</u> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier		* Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 <u>Cancérologie</u> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP0 NCS	* Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Haute-pierre	48.01 <u>Anesthésiologie-réanimation</u> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP0 NCS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP0 CS	* Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRP0 CS	* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
Pr RALL Jean-Gabriel P0125	NRP0 CS	* Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC * Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP0 NCS	* Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	* Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD SyMe P0198	NRP6 CS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepeleire	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	* Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe P0142	NRP6 CS	* Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipolison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	* Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil * Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	* Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP6 CS	* Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipolison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepeleire	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	* Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 <u>Pédopsychiatrie</u> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	* Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 NCS	* Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepeleire	50.01 Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RP6 CS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
Mme STEIB Annick P0148	RP6 NCS	* Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	* Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepeleire	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	* Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepeleire	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS CS	* Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil * Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine * Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDALHET Pierre P0158	NRP6 NCS	* Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	* Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	* Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0182	NRP6 CS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine interne
WOLF Philippe P0164	NRP6 NCS	* Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordinateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie		* Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepeleire	49.02 Neurochirurgie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil
 * : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) CspI : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)
 CU : Chef d'unité fonctionnelle
 P0 : Pôle RP0 (Responsable de Pôle) ou NRP0 (Non Responsable de Pôle)
 Cons. : Consultant hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur
 (1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018 (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable → 31.08.2017
 (3) (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) → 31.08.2017
 (5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) → 31.08.2017
 (6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépato-digestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRP0 CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	55.02 Ophtalmologie
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur	

B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)				
MO112	NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
	AGIN Arnaud M5001		* Pôle d'imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepeire	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
	Mme ANTAL Maria Cristina M5003		* Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepeire - Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
	Mme ANTONI Delphine M5108		* Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
	ARGEMI Xavier M5112		* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies Infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Maladies Infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
	Mme AYME-DIETRICH Estelle		* Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / NHC	48.03 Option: pharmacologie fondamentale
	Mme BARNIG Cindy M5110		* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
	Mme BARTH Heidi M5005 (Dlapp → 31.12.2018)		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie - Virologie (Option biologique)
	Mme BIANCALANA Valérie M5008		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
	BLONDET Cyrille M5091		* Pôle d'imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepeire	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	BONNEMAINS Laurent M5099		* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01 Pédiatrie
	BOUBIGES Olivier M5092		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	CARAPITO Raphaël M5113		* Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
	CAZZATO Roberto		* Pôle d'imagerie - Service d'imagerie A Interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
	CERALINE Jocelyn M5012		* Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
	CHOQUET Philippe M5014		* Pôle d'imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	COLLONGUES Nicolas M5018		* Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
	DALI-YOUGE Ahmed Nassim M5017		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	Mme de MARTINO Sylvie M5019		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
	Mme DEPIENNE Christel M5100 (Dlapp→15.08.18)	CS	* Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04 Génétique
	DEVYS Didier M5019		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
	DOLLÉ Pascal M5021		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	Mme ENACHE Irina M5024		* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
	FILIBETTI Denis M5025		* Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
	FOUCHER Jack M5027		* Institut de Physiologie / Faculté de Médecine * Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
	GUERIN Eric M5032		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
	Mme HARGAN-RASTEI Laura		* Pôle d'imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepeire	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	Mme HEIMBURGER Céline		* Pôle d'imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepeire	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	Mme HELMS Julie M5114		* Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAF - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Réanimation
	HUBELE Fabrice M5033		* Pôle d'imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M5034		* Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC * Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
	JEGU Jérémie M5101		* Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01 Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
JEHL François M0035		* Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		* Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0038		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		* Institut d'Histologie / Faculté de Médecine * Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAWAUX Thomas M0042		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	* Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		* Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LEPILLER Quentin M0104 (Diapo → 31.06.2018)		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS * Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoit M0115		* Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		* Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine * Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0048		* Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétiqueHC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		* Institut de Physiologie / Faculté de Médecine * Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		* Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	* Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
NOLL Eric M0111		* Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		* Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
FENCREACH Erwan M0052		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF Alexander M0053		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Giles M0057		* Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		* Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		* Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC * Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		* Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine		* Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
ROMAIN Benoit M0061		* Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		* Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SABOU Aïna M0096		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS * Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SAMAMA Brigitte M0052		* Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107		* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0056		* Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		* Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme SORDET Christelle M0069		* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie Infantile
TELETIN Markus M0071		* Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		* Institut d'Immunologie / HC * Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		* Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odile M0076		* Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		* Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ep. MARCANTONI M0116		* Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Jeffrey M0077		* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAH Christian	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pr RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0106	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.05.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0187	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)
Dr SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0096	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRP6 CS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hauteierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP6 CS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hauteierre
Dr CALVEL Laurent	NRP6 CS	* Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hauteierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRP6 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRP6 CS	* Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCBSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRP6 CS	* Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP6 CS	* Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP6 CS	* Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP6 CS	* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hauteierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRP6 Resp	* Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP6 CS	* Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP6 CS	* Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP6 CS	* Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRP6 CS	* Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP6 NCS Resp	* Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNLOUD Christine	NRP6 CS	* Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o de droit et à vie (membre de l'Institut)
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)
BOUSQUET Pascal
PINGET Michel
- o pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie, Cytologie pathologique)
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
MULLER André (Thérapeutique)
- o pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2018)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agrés	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.05.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétiq) / 01.09.15
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BROGARD Jean-Marie (Médecine Interne) / 01.09.02	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
CHAMPIY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PATRIIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87	RÖGEL Emile (Pneumologie) / 01.04.90
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RÜMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLÜNGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.09.11
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétiq) / 01.09.2009
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine Interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine Interne) / 01.09.98	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JACOMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KIRN André (Virologie) / 01.09.99	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : *Nouvel Hôpital Civil* : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : *Hôpital Civil* : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : *Hôpital de Hautepierre* : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- *Hôpital de La Robertsau* : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- *Hôpital de l'Elsau* : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Grafenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. - Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Pierre Vidailhet, pour avoir accepté de présider le jury de cette thèse. Merci pour vos enseignements que j'ai pu suivre au cours de mon internat. Merci également d'avoir autorisé ma demande de disponibilité, qui m'a permis de disposer de temps et de me ressourcer afin de poursuivre mon cursus d'interne avec enthousiasme. Je vous témoigne mon estime et ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Fabrice Berna, pour avoir accepté de diriger ce travail. Merci pour votre disponibilité, votre impressionnante réactivité, votre enthousiasme et votre intérêt pour ce travail. Votre rigueur m'a rassurée, vos remarques m'ont éclairée, vos encouragements m'ont été nécessaires. Merci pour votre implication dans nos enseignements de psychothérapie, pour participer à élargir et diversifier le panorama proposé aux internes dans ce domaine. Recevez mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Gilles Bertschy, pour avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse. Merci pour vos larges ouvertures et les échanges cliniques constructifs que nous avons pu avoir. Mon stage dans votre service a été riche en enseignements. Vous avez toujours su entendre mes points de vue parfois divergents avec beaucoup de considération. Je vous prie de croire en l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Guillaume Riedlin, pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Ton engagement pour la psychothérapie et les virages dans ton parcours éclectique, m'ont toujours impressionnée. Merci pour avoir accepté de critiquer ce travail.

REMERCIEMENTS

***Au Docteur Philippe Aïm**, pour m'avoir fait découvrir l'hypnose et les thérapies brèves et pour m'avoir sensibilisée par elles à la psychothérapie. Merci pour ta transmission engagée et passionnée de ton désir de toujours rechercher à mieux communiquer avec les patients. Merci pour ta grande pédagogie et ton enthousiasme débordant.*

***A tous les psychiatres** qui ont participé à ma formation lors de mes stages en milieu hospitalier comme en milieu extra hospitalier. Je pense notamment à Isabelle Schertz, Emmanuel Reber, Andrea Popescu, Codruta Ionescu, Gilles Bertschy, Sami Soltani, Felicia Dutray, Stéphane Olivier, Éric Hensgen, Nadia Ratsiambakaina et Yves Dechryste. Merci pour votre accueil, votre confiance, vos enseignements, et les moments de travail partagés.*

***Aux équipes soignantes** des services dans lesquelles j'ai eu le plaisir de travailler. Merci encore pour votre accueil, votre disponibilité, votre engagement, votre confiance et tous vos enseignements.*

***Aux enseignants** du D.E.S. de psychiatrie de Strasbourg, pour la transmission de leurs connaissances.*

***Aux auteurs** des ouvrages et des articles qui ont nourri ma réflexion et apporté tant d'éclairages divers et variés.*

***A Sébastien Dupont** pour ta relecture attentive et tes précieux conseils concernant les spécificités de l'alliance dans le domaine de la thérapie familiale et systémique. Merci pour avoir accepté de participer à nos enseignements de psychothérapie.*

***A Aurélie Fritsch** pour ta relecture de mon paragraphe à propos des spécificités de l'alliance thérapeutique dans le domaine des thérapies cognitives et comportementales. Je te suis reconnaissante de m'avoir fait découvrir ACT. Merci pour ces échanges de regards à propos de psychothérapie.*

***A Marion et Amaury**, pour leurs conseils éclairants. Merci Marion, pour ton aide technique à la mise en page de ce travail.*

REMERCIEMENTS

A mes parents pour leurs ouvertures, leur soutien inconditionnel, et la relecture attentive de ce travail.

A Thibaud, Quentin, Perrine et Eloïse pour tout ce que vous m'apportez, tout ce qu'on partage à notre manière parfois un peu incongrue mais unique.

A Kamen, bulgare rencontré en chemin avec qui j'ai choisi de partager ma route. Merci pour ce que tu es, pour ta curiosité, pour ton amour.

A Nina, notre grande-petite fille qui me fait redécouvrir le monde.

Au petit locataire intra-utérin que j'ai hâte de rencontrer, qui m'a accompagnée par sa présence tout au long de cette thèse. Tu seras né (e ?) lors de la présentation de ce travail, nous verrons bien ce que tu en dis... !

A Milesi, si je ne t'avais pas rencontrée en chemin de ces études de médecine, je ne suis pas sûre que je les aurais poursuivies. Tes rires en cascade, ta soif d'insolite, ton enthousiasme débridé m'ont portée et apportée beaucoup. Et puis, sans toi, je ne serais plus de ce monde.

Aux quatrebissiens et quatrebissiennes pour tous ces instants magiques et uniques vécus.

Aux cyclos, pour la simplicité de ces moments partagés

Aux amis français et bulgares, qui se reconnaîtront.

A ma belle-famille bulgare

TABLE DES MATIERES

TABLE DES FIGURES	22
INTRODUCTION	24
PARTIE 1	28
L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE : GENERALITES	28
I. HISTORIQUE.....	29
1. PRISE EN COMPTE DE LA RELATION THERAPEUTIQUE COMME FACTEUR DE SOIN	29
2. NAISSANCE DU CONCEPT D'ALLIANCE THERAPEUTIQUE, LA RELATION COMME SOIN	30
2.1. LES ORIGINES ANALYTIQUES : L'ALLIANCE INCOMBANT AU PATIENT	30
2.1.1. SIGMUND FREUD	30
2.1.2. ELISABETH ZETZEL	32
2.2. CARL ROGERS, L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE INCOMBANT AU THERAPEUTE	33
2.3. L'ALLIANCE COMME VARIABLE INTEGRATIVE : PARTICIPATION CONJOINTE DU PATIENT ET DU THERAPEUTE ..	35
2.3.1. RALPH GREENSON.....	36
2.3.2. LESTER LUBORSKY	36
2.3.3. EDWARD S. BORDIN	37
2.3.4. LOUISE GASTON	38
2.3.5. PAR LA SUITE.....	38
3. SPECIFICITES DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE DANS LES DIFFERENTS COURANTS DE PSYCHOTHERAPIE	39
3.1. EN PSYCHANALYSE.....	39
3.2. EN THERAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE.....	41
3.3. EN HYPNOSE ERICKSONIENNE ET THERAPIES BREVES.....	42
3.4. EN THERAPIE FAMILIALE ET SYSTEMIQUE	44
II. EN QUOI L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE EST IMPORTANTE ?	48
1. FACTEUR CURATIF COMMUN DES PSYCHOTHERAPIES.....	48
1.1. A LA RECHERCHE D'UN DENOMINATEUR COMMUN, LE « DODO VERDICT ».....	48
1.2. LES FACTEURS COMMUNS.....	50
1.2.1. SELON M.J. LAMBERT	50
1.2.2. SELON B.L DUNCAN.....	52
1.2.3. AU-DELA DE CETTE OPPOSITION	54
1.3. QUE PERMETTENT LES FACTEURS CURATIFS COMMUNS ?	54
1.4. L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE, FACTEUR NON SPECIFIQUE OU FACTEUR SPECIFIQUE ?.....	55
2. ENJEUX DE L'ALLIANCE	56
2.1. ELEMENT CLEF DU CHANGEMENT	57
2.1.1. L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE, PREDICTEUR DU CHANGEMENT EN PSYCHOTHERAPIE.....	57

2.1.2. L'ALLIANCE CREE UN CONTEXTE FAVORABLE A LA SURVENUE D'UN CHANGEMENT, VOIRE EST UN ELEMENT ACTIF EN SOI	58
2.2. L'ALLIANCE PARTICIPE A RECONSTRUIRE UNE AUTONOMIE RELATIONNELLE	60
3. LIMITES ET ECEUILS DE L'ALLIANCE	61
3.1. FAUT-IL QUE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE SOIT FORTE POUR ETRE EFFICACE ?	61
3.2. DERIVES DE L'ALLIANCE	66
3.2.1. QUAND L'ALLIANCE EST PRISE DANS UNE RELATION DE POUVOIR	66
3.2.1.1. QU'ENTEND-ON PAR « RELATION DE POUVOIR ?	66
3.2.1.2. POUVOIR EXERCE PAR LE THERAPEUTE OU ATTRIBUE AU THERAPEUTE PAR LE PATIENT ?	68
3.2.2. QUAND L'ALLIANCE ENGENDRE UNE DEPENDANCE AFFECTIVE	69
3.2.2.1. QU'ENTEND-ON PAR « DEPENDANCE AFFECTIVE AU THERAPEUTE » ?	69
3.2.2.2. UNE DEPENDANCE AFFECTIVE AU SOIGNANT PEUT-ELLE AVOIR DES VERTUS THERAPEUTIQUES ?	70
3.2.2.3. LORSQUE LA DEPENDANCE AFFECTIVE AU THERAPEUTE ILLUSTRER UNE PROBLEMATIQUE DU PATIENT SE REJOUANT.....	71
3.2.2.4. QUE FAIRE LORSQU' UN LIEN DE DEPENDANCE RELATIONNELLE S'INSTALLE ENTRE PATIENT ET THERAPEUTE ?.....	71
3.2.3. JUGEMENT FAUSSE PAR L'ETABLISSEMENT D'UNE ALLIANCE FORTE	73
3.2.4. QUAND L'ALLIANCE DERIVE VERS AUTRE CHOSE.....	73
3.2.4.1. LORSQUE LA RELATION DERANGE LE THERAPEUTE	73
3.2.4.2. LORSQU'IL NE S'AGIT PAS D'ALLIANCE	78
 III. FACTEURS INFLUENCANT L'ALLIANCE, A REPERER DANS LE MEME TEMPS	81
 1. TABLEAU DIAGNOSTIQUE, REPERER UN TROUBLE DE L'ATTACHEMENT	81
2. REPRESENTATIONS INITIALES DU PATIENT ENVERS LE THERAPEUTE ET SON PROBLEME	86
3. PRISE EN COMPTE DES MECANISMES DE DEFENSE DU PATIENT POUR S'Y AJUSTER.....	89
 IV. COMMENT EVALUER L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE ?	92
 1. PRINCIPALES ECHELLES D'EVALUATION DANS UN CONTEXTE DE RECHERCHE : à la poursuite de l'objectivité maximale.....	92
1.1. DE QUELLES ECHELLES PARLE-T-ON ?.....	92
1.1.1. QUESTIONNAIRE D'ALLIANCE AIDANTE DE LUBORSKY	93
1.1.2. WORKING ALLIANCE INVENTORY (WAI, cf annexe 1).....	94
1.1.3. CALIFORNIA PSYCHOTHERAPY ALLIANCE SCALES (CALPAS, cf annexe 2).....	95
1.1.4. HELPING ALLIANCE QUESTIONNAIRE (HAq).....	96
1.1.5. VANDERBILT PSYCHOTHERAPY PROCESS SCALE (VPPS).....	97
1.2. LIMITES DE CES ECHELLES.....	98
1.2.1. PUBLIC CONCERNE PAR CETTE EVALUATION DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE.....	98
1.2.2. DISPOSITIF D'EVALUATION REQUERANT DU TEMPS.....	99
1.2.3. EVALUATION COMPLIQUEE PAR DES OBJECTIFS DIFFERENTS POURSUIVIS PAR LE PATIENT ET LE THERAPEUTE	100
 2. EVALUER L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE EN PRATIQUE CLINIQUE, DANS UN CONTEXTE AVANT TOUT SUBJECTIF	101
2.1. EN QUOI EVALUER LE NIVEAU D'ALLIANCE THERAPEUTIQUE EN PRATIQUE CLINIQUE COURANTE POURRAIT ETRE IMPORTANT ?	101

2.2. DIFFICULTE D'EVALUER L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE EN PRATIQUE CLINIQUE COURANTE AVEC LES OUTILS ISSUS DE LA RECHERCHE.....	103
2.3. DE QUELLE MANIERE EVALUER ET QUANTIFIER LA FORCE DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE EN CLINIQUE, AFIN DE FOURNIR UN REPERE CONSTRUCTIF AU THERAPEUTE DANS LA CONSTRUCTION DE L'ALLIANCE ?	104
2.1. ADAPTATION DE QUESTIONNAIRES UTILISES EN RECHERCHE CLINIQUE : Auto-questionnaires à utiliser dans leur version courte par le thérapeute pendant la séance	104
2.2. QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE CREE POUR LE CONTEXTE CLINIQUE PAR LE MODELE DE BRUGES.....	105
2.2.1. QU'EST-CE QUE LE MODELE DE BRUGES ?	106
2.2.2. ECHELLE D'EVALUATION DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE : ECHELLE SRS (SESSION RATING SCALE)	107
2.3. ALTERNATIVE AUX ECHELLES.....	112
2.3.1. L'OBSERVANCE AUX CONSULTATIONS, UN BON REFLET DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE ?	112
2.3.2. FLUIDITE DE L'ENTRETIEN : UN BON INDICATEUR ?	113
2.3.3. LE CORPS COMME CURSEUR DE L'ALLIANCE, OU ETUDES DES SYNCHRONIES MOTRICES	114
PARTIE 2	118
COMMENT APPRENDRE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE.....	118
I. L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE S'APPREND-ELLE ?	119
1. <i>L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE : METHODE OU INTUITION ?</i>	<i>119</i>
1.1. PART TECHNIQUE ENSEIGNABLE	120
1.2. PART INTUITIVE DIFFICILEMENT ENSEIGNABLE	123
2. <i>AU-DELA DE CE PARADOXE, LA METHODE STIMULANT L'INTUITION</i>	<i>125</i>
II. COMMENT EN ENSEIGNER LES DOMAINES ENSEIGNABLES ?.....	127
FAVORISER LA QUALITE DES ECHANGES INTERSUBJECTIFS AVEC LE PATIENT PAR UNE COMMUNICATION EFFICACE : PRESENTATION D'OUTILS DE COMMUNICATION ISSUS DE L'HYPNOSE ET DES THERAPIES BREVES.....	127
1. <i>THERAPIES BREVES, THERAPIES PARTICULIEREMENT CENTREES SUR LA COMMUNICATION</i>	<i>128</i>
2. <i>POSTURE RELATIONNELLE FAVORABLE A L'ETABLISSEMENT DE L'ALLIANCE</i>	<i>131</i>
2.1. CHOIX D'UNE POSITION BASSE DU THERAPEUTE	131
2.2. COMMENT INSTALLER UNE SECURITE RELATIONNELLE ?	134
2.3. ADAPTER SON ATTITUDE EN FONCTION DE LA POSITION RELATIONNELLE DU PATIENT ENVERS LES SOINS....	137
2.4. ADAPTER SON ATTITUDE EN FONCTION DE LA DISTINCTION « LIMITATION », « DIFFICULTE » ET « PROBLEME »	142

3. QUELS OUTILS POUR ECOUTER EFFICACEMENT ?	146
3.1. REBONDIR ET REFORMULER	146
3.2. ECOUTER LE LANGAGE DU PATIENT, DIGITAL COMME ANALOGIQUE	150
4. COMMENT MIEUX PARLER DU PROBLEME ?.....	154
4.1. DESCRIPTION EXPERIENTIELLE DU PROBLEME, AVEC LES MOTS DU PATIENT ET DANS SON CANAL SENSORIEL PREFERENTIEL.....	155
4.1.1. COMMUNIQUER PAR LE CANAL SENSORIEL PREFERENTIEL DE LA PERSONNE	155
4.1.2. DECRIRE UN PROBLEME AVEC LES MOTS DU PATIENT	158
4.2. DESCRIPTION IMAGEE DU PROBLEME, UTILISATION DE METAPHORES	159
4.3. DESCRIPTION NUANCEE DU PROBLEME	163
4.3.1. « FRAGMENTATION ».....	164
4.3.2. UTILISATION D'ECHELLES	164
4.4. DESCRIPTION « EXTERNALISANTE » DU PROBLEME	165
5. COMMENT COMMUNIQUER POUR AMORCER LE CHANGEMENT ?.....	167
5.1. DETERMINER AVEC LE PATIENT UN OBJECTIF EN THERAPIE	167
5.1.1. FORMULER UN OBJECTIF EN TERMES POSITIFS :	170
5.1.2. DEFINIR UN OBJECTIF EN TERMES CONCRETS DANS LA MESURE DU POSSIBLE :	171
5.1.3. UN OBJECTIF DOIT ETRE RAISONNABLE :	171
5.2. ACCEPTATION, BASE DU CHANGEMENT.....	172
5.3. LIER LE PROBLEME DU PATIENT A SES RESSOURCES	174
5.4. MESURER LE CHANGEMENT PAR DES ECHELLES	179
5.5. UTILISER DES COMPLIMENTS POUR SOUTENIR LA MOTIVATION DU PATIENT	182
5.6. LAISSER DU CHOIX AU PATIENT	185
6. COMMUNICATION OU MANIPULATION ?	188
6.1. TOUTE COMMUNICATION N'EST-ELLE PAS MANIPULATION ?	188
6.2. POUR UNE MANIPULATION ETHIQUE.....	189
CONCLUSION	191
TABLE DES ANNEXES	196
BIBLIOGRAPHIE.....	218

TABLE DES FIGURES

- FIGURE 1** : Les facteurs communs de Lambert (Source : Adapté de T.P Asay et M.J. Lambert, « The empirical case for the common factors in therapy : Quantitative findings », dans *The Heart and Soul of Change : What works in Therapy*)51
- FIGURE 2** : Les facteurs communs de Duncan (Source : Adapté de B.L. Duncan, *On Becoming a Better Therapist*)52
- FIGURE 3** : Echelle d'évaluation de la relation : échelle SRS (Session Rating Scale), (Source : <https://www.betteroutcomesnow.com>© ; 2002, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson)108

« La psychothérapie est une technique indéfinie, appliquée à des cas non spécifiques, avec des résultats imprédictibles. Pour cette technique, une formation rigoureuse est requise. »

Victor Raimy, 1950

« Un thérapeute est quelqu'un qui fait ce qu'il peut face à un autre homme qui fait ce qu'il peut. »

Alain Vallée

INTRODUCTION

Dans le domaine de la psychothérapie, tous sont unanimes pour reconnaître à la construction de la relation thérapeutique une place centrale au sein du processus psychothérapeutique. L'établissement d'une alliance thérapeutique de qualité contribuerait largement à l'efficacité des psychothérapies. Ce serait également un concept central dans la construction du champ relationnel qui amène et ancre les échanges, ainsi que dans l'établissement d'une alliance de travail qui soutient le travail psychothérapeutique. En effet, nombre d'études mettent en avant l'implication d'une bonne alliance thérapeutique à une évolution favorable du processus thérapeutique.

Je centrerai mon travail sur l'alliance thérapeutique, processus interactionnel englobant tant la relation thérapeutique, lien affectif entre patient et thérapeute, que l'alliance de travail, engagement réciproque et collaboratif du patient et du thérapeute. Nous ferons tout au long de ce travail allusion à la relation thérapeutique dans le cadre spécifique de la psychothérapie et non dans le domaine plus vaste de l'accompagnement relationnel des soins médicaux.

Partant du constat largement partagé par les chercheurs comme les cliniciens de l'importance de l'alliance au sein du processus psychothérapeutique, j'ai, dès le début de mon internat en psychiatrie, été surprise du peu de place qui était fait à cette notion au sein des enseignements de notre cursus de psychiatrie. Si la relation thérapeutique est évoquée en filigrane dans nombre de nos cours, aucun enseignement spécifique n'était dans ma formation consacré à cette notion. Il me semble que l'on nous sensibilise peu à ce qui crée l'alliance thérapeutique, ainsi qu'à repérer les facteurs pouvant influencer sa construction. On nous enseigne également peu comment construire davantage d'alliance thérapeutique avec le patient pendant l'entretien psychothérapeutique, si tant est que la relation thérapeutique puisse s'enseigner.

L'alliance thérapeutique est un processus complexe, tenant tant à la qualité des échanges intersubjectifs entre thérapeute et patient, qu'à l'adéquation de leurs représentations et même à des notions plus « techniques » et spécifiques, telles l'adéquation des interventions du thérapeute aux problématiques du patient. Mais il me semble malgré tout que l'alliance pourrait en partie s'enseigner davantage et ce, non pour compléter une technique, mais pour

stimuler notre intuition de thérapeute débutant, en nous fournissant des balises, des points de repères, qui pourraient s'intégrer au paysage de notre pratique clinique.

L'alliance thérapeutique n'est très probablement pas enseignable dans sa totalité, étant faite également de qualités humaines intrinsèques au thérapeute. Cependant, la part relationnelle non spécifique, soit la qualité des échanges entre thérapeute et patient, pourrait, j'en suis persuadée, être améliorée par une formation systématique à la communication thérapeutique au sein de notre cursus de formation en psychiatrie.

Je prendrai donc le parti, dans ce travail, d'exposer des outils de communication issus de l'hypnose ericksonienne et des thérapies brèves, intimement convaincue de ce qu'ils peuvent apporter pour installer une alliance thérapeutique de meilleure qualité.

En effet, ayant été formée dans ce courant de psychothérapie, ces outils ont pour moi grandement enrichi et facilité la relation aux patients que j'ai pu suivre au cours de mes différents stages. Cette formation m'a rendue attentive à la posture relationnelle à adopter pour favoriser au mieux l'alliance thérapeutique, mais elle m'a aussi fourni des balises pour écouter et parler mieux au patient, d'une manière également plus propice au changement. Les thérapies brèves m'ont de plus amenée à prêter davantage d'attention à la position relationnelle du patient envers les soins, me permettant mieux de l'aborder là où il se trouve, favorisant ainsi une co-construction plus pragmatique de l'alliance thérapeutique.

Une fréquente dérive de ces apprentissages serait toutefois de se centrer davantage sur des aspects techniques communicationnels, au détriment de sa propre spontanéité et authenticité. J'ai pu m'en rendre compte dans certains entretiens au début de ma formation d'hypnose ericksonienne et de thérapies brèves. Par la suite cependant, j'ai vu peu à peu ces outils s'intégrer au paysage relationnel de mes entretiens auprès des patients que j'ai suivis, avec davantage de fluidité et d'harmonie, jusqu'à devenir spontanés. J'ai alors eu bien souvent l'impression que ces apprentissages avaient contribué dans une large part à l'alliance thérapeutique qui s'établissait avec le ou les patients, lorsqu'elle était présente.

Par la suite pourtant, je me suis demandée s'il était toujours nécessaire de travailler à l'établissement d'une alliance thérapeutique plus forte avec les patients ; si cela ne comportait pas également certains risques. Comme celui de déséquilibrer la balance entre objectivité clinique et subjectivité du lien thérapeutique vers davantage de subjectivité, au détriment

parfois de notre évaluation clinique. J'ai ainsi en tête une patiente ayant un trouble bipolaire que j'ai été amenée à suivre. L'adhésion thérapeutique étant chez elle très fluctuante et représentant un enjeu important, j'ai centré mon approche sur l'établissement d'une alliance thérapeutique de qualité, en vue de favoriser la prise médicamenteuse. Focalisée sur cet objectif, j'ai été le dernier membre de l'équipe soignante à percevoir l'hypersyntonie qu'elle manifestait de nouveau, la lisant comme une alliance thérapeutique s'installant et non comme je l'aurais cliniquement décryptée habituellement.

Je pense toutefois qu'en dehors de ce je considère pouvoir être des dérives de l'alliance thérapeutique, il est essentiel de construire une alliance thérapeutique de qualité. J'entends par « dérives de l'alliance » les situations où le jugement clinique peut être faussé par l'établissement d'une alliance forte comme énoncé ci-dessus, mais aussi lorsque l'alliance est prise dans une relation de pouvoir fondée sur l'autorité ou le dévouement, ou qu'une dépendance relationnelle est engendrée. J'ai souvent eu l'impression de ressentir intuitivement si l'alliance thérapeutique s'établissait ou non auprès des patients que j'ai pu suivre au cours de mon internat. Parfois pourtant je ne savais pas ce qu'il en était. De plus, nous n'avons parfois pas de retour des patients qui partagent le ressenti du psychothérapeute. La question de l'évaluation de l'alliance thérapeutique se posait alors pour moi au sein de ma pratique clinique. Je me suis alors penchée sur des outils d'évaluation de l'alliance thérapeutique moins objectifs que ceux utilisés en recherche clinique, mais utilisables auprès du patient, de façon à constituer la première étape d'une démarche de réparation de l'alliance si un processus de rupture de cette dernière se confirmait. L'enjeu était pour moi de disposer d'un outil pour donner la parole au patient d'une façon différente, afin de mettre en évidence les désaccords éventuels et de tenter en réponse d'ajuster mieux mes interventions aux attentes du patient concernant la thérapie. J'ai pu découvrir une de ces échelles, l'échelle SRS conceptualisée par le modèle de Bruges et expérimenter son utilisation au cours de certains entretiens psychothérapeutiques, auprès d'adultes comme d'adolescents : si les patients se montraient surpris dans un premier temps, ils s'autorisaient vite à me faire davantage part par ce biais de leurs attentes.

J'ai donc souhaité centrer ce travail sur différents aspects de l'alliance thérapeutique. J'en résumerai les aspects historiques, tout en m'intéressant aux différentes façons de définir et construire l'alliance dans les principaux courants de psychothérapie. Je me centrerai ensuite sur ce qui constitue l'alliance et ce qui fait son importance ; puis son évaluation en recherche

comme en pratique clinique. Enfin, je porterai mon attention sur les domaines de l'alliance qui pourraient s'enseigner. Je parlerai d'outils de communication thérapeutiques qui pourraient favoriser la qualité des échanges intersubjectifs et ainsi faciliter l'alliance. La communication thérapeutique étant un domaine très vaste, je prendrai le parti de ne traiter ce sujet que par le prisme des thérapies brèves.

PARTIE I

L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE : GENERALITES

I. HISTORIQUE

I. PRISE EN COMPTE DE LA RELATION THERAPEUTIQUE COMME FACTEUR DE SOIN

La prise en compte de la relation humaine comme facteur de soin en occident remonte à la **médecine hippocratique**. Mais il faut attendre **Messmer** et son « magnétisme animal » à la fin du XVIIIème siècle pour que soit reconnue l'importance du rapport interpersonnel entre soignant (« magnétiseur ») et soigné (« magnétisé »). Mesmer prétend soigner par une action exclusivement psychologique dont le magnétiseur serait la source. Le marquis de **Puységur**, (Armand Marie Jaques de Chastenet) utilisant également le magnétisme, prêtera aussi par la suite une attention particulière au malade, déclarant n'être qu'un vecteur pour les malades, qui seraient leur propre médecin selon lui.

Dans les asiles, autour de 1775, Philippe **Pinel** reconnaît l'intérêt d'une pratique conversationnelle comme moyen curatif des « aliénés » et œuvre pour l'humanisation de leur traitement, notamment par davantage de dialogue. Il préconise le « traitement moral » du malade, qui préfigure nos psychothérapies modernes. Pinel le découvrira dans la littérature médicale anglaise et en observant Jean-Baptiste **Pussin** travailler, surveillant-chef à Bicêtre.

Pussin n'était pas médecin, mais malade chronique et s'impliquera progressivement à ce titre dans la vie de l'hôpital de Bicêtre, avant d'y devenir surveillant. Il se montrera durant toute sa carrière particulièrement attentif à établir une relation de qualité avec les fous. Pussin est considéré comme l'un des précurseurs de la fonction d'infirmier psychiatrique.

L'attention à la relation soignante continue de se développer avec la pratique de l'hypnotisme par Jean-Martin **Charcot** à la Salpêtrière et surtout avec Hippolyte **Bernheim** à Nancy, neurologue de formation, qui voit l'hypnose comme un état favorisant l'action thérapeutique. Bernheim élargira par la suite sa pratique, soutenant que les effets thérapeutiques peuvent tout aussi bien être obtenus par l'état de veille que par la suggestion, selon une méthode qu'il désigne du nom de **psychothérapie**. La puissance de la relation thérapeutique dans la guérison s'affirme par l'hypnotisme, mais elle se fait alors souvent par un fort ascendant du médecin sur le malade, réduit à la passivité. Sigmund **Freud** pratiquera l'hypnose

différemment, faisant de la relation thérapeutique la dimension thérapeutique centrale, avant d'abandonner progressivement dans les années 1890 cette pratique pour lui préférer l'association libre et l'analyse du transfert.

Michael **Balint**, psychanalyste hongrois, centrera en partie sa pratique sur la relation thérapeutique. Il participera ainsi à instituer les « groupes Balint » dès 1949 à Londres, séminaires de supervision destinés aux médecins pour les aider à penser la relation d'aide à leurs patients. Il affirmera également que la qualité de la relation soignante-soigné influe toutes thérapeutiques, y compris les thérapeutiques médicamenteuses.

2. NAISSANCE DU CONCEPT D'ALLIANCE THERAPEUTIQUE, LA RELATION COMME SOIN

Si l'attention portée à la relation soignante se développe peu à peu, la relation comme soin sera véritablement théorisée avec l'apparition du concept d'alliance thérapeutique.

Cette notion, initialement née de la psychanalyse, peut se définir comme la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute, dans le but d'accomplir les objectifs fixés en psychothérapie. L'alliance thérapeutique sera vue initialement comme afférente principalement au patient, puis au contraire au thérapeute, avant que naisse une vision « intégrative » de l'alliance thérapeutique, vue aujourd'hui comme une co-construction entre patient et thérapeute.

2.1. LES ORIGINES ANALYTIQUES : L'ALLIANCE INCOMBANT AU PATIENT

2.1.1. SIGMUND FREUD

Freud fut le premier à évoquer plus explicitement l'importance de l'impact de la relation entre patient et thérapeute. Le terme d'alliance thérapeutique n'apparaît pas de façon explicite chez Freud, mais il y est fait référence dans deux de ses écrits, *la dynamique du transfert* (1912) et

le début du traitement (1913). Freud souligne en 1913 la nécessité « d'attacher l'analysé à son traitement et à la personne du praticien », qu'il pose comme un des buts premiers du dispositif analytique (1). D'après lui, cet attachement, ce lien, ne doit pas faire l'objet d'un travail interprétatif, mais au contraire constituer une sorte de soubassement nécessaire à la poursuite du travail analytique, affirmant qu'il n'est pas possible d'interpréter « *avant qu'un transfert sûr, un rapport favorable, aient été établis chez le patient* ». En 1912, il évoque l'importance d'une « *compréhension sympathique* » par l'analyste, pour permettre à la part « saine » du moi du client de former un attachement positif à l'analyste (2).

Selon Freud, c'est principalement au patient qu'incombe la mise en place d'une alliance thérapeutique, qu'il définit comme « *une relation de collaboration basée sur les sentiments d'affection que le client éprouve envers son thérapeute* », insistant en 1916 sur l'importance de la « *compliance* » du patient avec la situation analytique pour le bon déroulement d'une cure. Il souligne que c'est l'ego du patient qui « *collabore et se conforme même si ses motifs demeurent inconscients* ».

Freud propose de comprendre ce qui sera nommé plus tard « *l'alliance de travail* » par Greenson (1967) à partir du clivage du moi : l'analyste travaille « *la main dans la main avec l'une des parties de la personnalité pathologique divisée en deux, contre l'autre partenaire du conflit* ». Freud évoquera ainsi en 1937 la notion de « *pacte analytique* », contrat psychologique entre le patient et l'analyste qui doit être établi afin que l'analyse puisse avoir lieu. « *Un pacte est conclu. Le moi malade nous promet une franchise totale c'est à dire la libre disposition de tout ce que son auto-perception nous livre. De notre côté, nous lui assurons la stricte discrétion et mettons à son service notre expérience en interprétant le matériel influencé par l'inconscient. Notre savoir compense son ignorance et permet au moi de récupérer et gouverner les domaines perdus de son psychisme. C'est ce pacte qui constitue toute la situation analytique.* »

Cependant, la perspective de Freud étant focalisée sur les déformations de la relation actuelle par des éléments inconscients et conflictuels des relations du passé, le concept d'alliance est dans cette perspective, considéré comme une forme de transfert positif qu'établit le client sur le thérapeute. L'alliance est vue par Freud comme un concept soluble dans le transfert.

Freud pose également la neutralité du thérapeute comme une condition du maintien de la relation thérapeutique au sein d'une cure analytique en 1918 : « *s'il advient, au cours du*

traitement, que le thérapeute se sente irrité, impuissant, ou qu'il considère le patient comme particulièrement intéressant, il doit s'interroger. Ce sont là des indices que le clinicien sort de la relation thérapeutique. »

2.1.2. ELISABETH ZETZEL

C'est dans la ligne de pensée de Freud que le terme même d'alliance thérapeutique apparaît au milieu des années cinquante chez les tenants de la psychologie du moi (E. Zetzel, 1956 puis R. Greenson, 1967), s'enracinant dans la tradition psychanalytique nord-américaine. (3)

Ainsi, **Elisabeth Zetzel créera aux Etats-Unis la notion d'« alliance thérapeutique »** en 1956, affirmant que *« l'alliance thérapeutique est essentielle à l'efficacité de toute intervention thérapeutique »*. Elle dit ce lien fondé sur le désir conscient du patient de coopérer avec l'analyste et sur une identification partielle à l'analyste (4). Elle soulignera aussi que l'alliance est dépendante de la relation précoce parents-enfants, ce qui n'est pas sans évoquer la notion d'empathie maternelle de Winnicott (5). **Si le climat nécessaire à la relation thérapeutique n'est pas présent** du fait de carences dans le développement, alors E. Zetzel propose qu'avant tout le thérapeute travaille avec son patient une **relation de support dont l'objectif est le développement d'une alliance.**

Selon elle, l'alliance s'établit à partir de la « composante non névrotique » de la relation client/thérapeute. Elisabeth Zetzel ne pense pas comme Freud l'alliance comme étant soluble dans le transfert, mais **oppose transfert et alliance**. Elle voit ainsi **l'alliance thérapeutique comme un prérequis au transfert**, pensant que *« le patient oscille entre des périodes où la relation est dominée par un des types de relation : transfert ou alliance »*, en fonction de son avancement dans le processus de cure analytique. Toutefois, comme Freud, elle conçoit le tissage de l'alliance comme appartenant au patient.

2.2. CARL ROGERS, L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE INCOMBANT AU THERAPEUTE

Selon Rogers, c'est pleinement au thérapeute que revient la responsabilité de créer et maintenir une bonne relation thérapeutique (il n'utilisera pas le terme « alliance thérapeutique » proprement dit). Pour lui, l'important n'est pas tant pour le thérapeute de construire un mouvement vers le patient, mais de savoir travailler sa propre posture. Il centre sa pratique sur l'aspect relationnel du processus psychothérapeutique, s'intéressant aux **qualités relevant du thérapeute** qui lui seraient nécessaires pour établir une bonne relation thérapeutique avec son client. Rogers base ainsi sa théorie sur la **capacité du thérapeute** à offrir des qualités relationnelles spécifiques qui peuvent selon lui à elles seules entraîner un processus de changement chez le client. Il **considère ces qualités nécessaires et suffisantes pour une psychothérapie efficace**, soutenant que « *les clients répondent automatiquement à une attitude positive de la part de leur thérapeute* ». Il définit la relation d'aide comme telle :

« J'entends par ce terme la relation par lequel le thérapeute cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une meilleure capacité d'affronter la vie. Ce serait une situation dans laquelle le thérapeute cherche à favoriser chez lui, chez l'autre ou chez les deux, une appréciation plus grande des ressources latentes internes de l'individu, ainsi qu'une plus grande possibilité d'expression et un meilleur usage fonctionnel de ses ressources. » (Rogers, 1966)

Il soutient qu'une relation thérapeutique efficace est due à « *trois qualités spécifiques propres au thérapeute : la **compréhension empathique**, le **regard positif inconditionnel** et **l'authenticité*** ».

- L'« **empathie** », ou « la **compréhension empathique** », est présente selon Rogers lorsque le thérapeute est capable de communiquer clairement sa compréhension de ce que vit le client au moment présent, dans un langage qui lui est accessible. Selon lui, la perception par le patient du thérapeute comme empathique serait un des facteurs les plus importants dans la construction d'une relation thérapeutique de qualité.

- Le thérapeute doit aussi fait preuve selon Rogers d'un « regard positif inconditionnel » (ou **considération positive inconditionnelle**), regard non évaluateur,

très humain et positif envers son client. Selon lui, « *en manifestant cette affectivité positive, le thérapeute dégage une chaleur « non possessive » et respecte le client en tant que personne* ». Rogers observe pourtant qu'éprouver des attitudes positives envers l'autre dans la relation psychothérapeutique telles que chaleur, attention, affection, intérêt et respect semble souvent perçu comme risqué ou peu professionnel. Il suggère que les techniques d'évaluation, le recours au diagnostic à tout crin, pourrait être des façons de se défendre de cela. Au contraire, il est pour lui possible d'éprouver les sentiments cités en toute sécurité.

- Quant à l'**authenticité** du thérapeute, dite aussi son degré de **congruence**, Rogers la définit comme « *l'étendue avec laquelle le thérapeute n'est pas sur la défensive, mais est réel et congruent dans ses interactions avec le client* ».

Ainsi, selon Carl Rogers, c'est au thérapeute d'établir l'alliance thérapeutique, par sa capacité à être dans une disposition empathique et à installer une dynamique d'accueil ouverte, tout en se situant authentiquement et librement par rapport au patient. Autrement dit, Rogers propose de percevoir que la seule chose sur laquelle le praticien en relation d'aide peut jouer est lui-même et conseille que ce dernier travaille sa posture : identifie ses contenus internes et s'ajuste en fonction, avec le plus d'authenticité possible. Ce travail est à percevoir comme une invitation au changement adressé à l'autre. C'est parce que le praticien fait évoluer sa posture en relation avec un autre en souffrance et paralysé par sa situation qu'il installe une invitation à ce que, de concert, l'autre trouve aussi en lui les ressources qui vont l'autoriser à vivre les choses autrement. (A. Bioy, 2014)

Pour aider le praticien à prendre une posture favorable à l'établissement optimal de la relation thérapeutique, Carl Rogers propose une supervision à partir des comportements professionnels observables des thérapeute. Il met en place une supervision centrée sur l'observation directe de la pratique thérapeutique par l'intermédiaire de l'enregistrement audio et d'une vitre sans tain, pour évaluer les attitudes favorisant le processus thérapeutique (6). Rogers élabore ainsi dix questions que tout praticien de la relation d'aide devrait selon lui se poser, afin de travailler à être dans la direction d'une présence et d'une disponibilité, qui pour pouvoir s'ouvrir à l'autre, doivent avant tout exister pour soi. Voici ces questions :

1. « *Puis-je arriver à être d'une façon qui puisse être perçue par autrui comme étant digne de confiance, comme sûre et conséquente au sens le plus profond ?* ».

2. « *Mon expression de moi-même peut-elle être telle que je puisse communiquer sans ambiguïté l'image de la personne que je suis ?* ».
3. « *Suis-je capable d'éprouver des attitudes positives envers l'autre : chaleur, attention, affection, intérêt et respect ?* ».
4. « *Puis-je avoir une personnalité assez forte pour être indépendant de l'autre ? Suis-je capable de respecter bravement mes propres sentiments, mes propres besoins aussi bien que les siens ?* »
5. « *Ma sécurité interne est-elle assez forte pour permettre au patient d'être indépendant ?* »
6. « *Puis-je me permettre d'entrer complètement dans l'univers des sentiments du patient, de ses conceptions personnelles et de le voir sous le même angle que lui ?* »
7. « *Suis-je capable d'accueillir toutes les facettes que me présente cette personne. Puis-je la prendre comme elle est ? Puis-je lui communiquer cette attitude ? Ou puis-je l'accueillir que conditionnellement, acceptant certains aspects de ses sentiments et en en désapprouvant d'autres tacitement ou ouvertement ?* »
8. « *Suis-je capable d'agir avec assez de sensibilité dans cette relation pour que mon comportement ne soit pas perçu comme une menace ?* »
9. « *Puis-je libérer le patient de la crainte d'être jugé par les autres ?* »
10. « *Suis-je capable de voir le patient comme une personne qui est en devenir ou vais-je être ligoté par son passé et par le mien ?* »

2.3. L'ALLIANCE COMME VARIABLE INTEGRATIVE : PARTICIPATION CONJOINTE DU PATIENT ET DU THERAPEUTE

Au-delà de la perception d'une alliance thérapeutique devant être construite principalement par le client puis par le thérapeute, s'est développée par la suite une **perspective interactionnelle** de l'alliance à **partir des années 1970**, avec Greenson, **Luborsky** (1976) et **Bordin** (1979), puis Gaston. Ils définiront l'alliance comme un phénomène collaboratif, un partenariat **coconstruit par le patient et le thérapeute** et situeront l'alliance dans un champ **trans-théorique** (7).

Ce nouveau regard porté sur l'alliance thérapeutique se bâtit sur de nombreuses recherches dans ce domaine à partir des années 1970. Toutes s'accordent pour comprendre l'alliance thérapeutique comme une notion **multidimensionnelle**, incluant les notions de collaboration, de mutualité et de négociation (8). L'alliance devient alors avant tout une question de coopération où entrer en relation dans un cadre thérapeutique est favorisé par le partage d'un objectif commun avec le patient. Cette nouvelle perspective verra l'émergence de **questionnaires d'évaluation** de l'alliance thérapeutique.

2.3.1. RALPH GREENSON

C'est Greenson, issu du courant psychanalytique mais également de la psychologie humaniste qui le premier initiera ce virage vers une nouvelle conception du lien thérapeutique, en introduisant le concept d'« **alliance de travail** » (9). Pour Greenson certains aspects de la relation patient-thérapeute doivent être considérés dans leur dimension réelle et ne devraient pas faire l'objet d'un travail interprétatif (Greenson 1965, 1971). Il modélise une définition de l'alliance thérapeutique comprenant trois composantes : **transfert, alliance de travail et relation réelle**. Cette conception est née des données amenées quelques années plus tôt par Bibring (1937), qui suggérait que la relation thérapeutique représente une « nouvelle relation d'objet ».

2.3.2. LESTER LUBORSKY

Luborsky inscrira ses travaux dans la vision de Greenson et deviendra l'un des chefs de files de l'approche interactionnelle de l'alliance. 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 par 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 patient et le thérapeute* ». Luborsky et ses collaborateurs ont les premiers opérationnalisés la **notion d'**

« **alliance aidante** » (11), insistant sur l' **aspect dynamique de l' alliance** thérapeutique. Il a ainsi distingué, selon les phases temporelles de la thérapie, deux types d'alliance « aidante » :

- « celle de **type 1**, plus aidante **au début de la thérapie** et qui semble plus être déterminée par la possibilité de contenance offerte par le thérapeute »

- « celle de **type 2**, plus spécifique des phases tardives du traitement : dans le sens de travailler ensemble dans un combat contre ce qui entrave le patient », « dans une responsabilité partagée pour atteindre les buts du traitement » (Luborsky, 1976)

2.3.3. EDWARD S. BORDIN

Bordin développera plus en profondeur dans ses travaux le concept interactionnel d'« **alliance de travail** » créée par Greenson, parlant des tâches et buts de la thérapie et proposera la conception de l' alliance thérapeutique la plus reconnue actuellement.

Il suggéra qu'une bonne alliance est le prérequis indispensable pour un changement et ce dans tout type de psychothérapies. Selon lui, l'alliance thérapeutique ne serait pas en elle-même curative, mais constituerait un levier sur lequel le patient peut s'appuyer pour adhérer à la thérapie et poursuivre le suivi. (10)

Bordin définit l'alliance comme un partenariat interpersonnel entre client et thérapeute pour atteindre les objectifs du client, c'est-à-dire comme une **alliance de travail** consistant en un accord sur les **tâches, les buts et le développement du lien thérapeutique.**

-**Les tâches** de la thérapie, ou « **tasks** » consistent en des activités spécifiques pour lesquelles le patient doit s'engager pour bénéficier du traitement.

-**Les buts** de la thérapie, ou « **goals** » sont les objectifs généraux vers lesquels le suivi est dirigé. Ils sont fixés conjointement par patient et thérapeute, en lien avec la demande du patient.

-La composante « **lien** », ou « **bond** » de l'alliance est définie comme la qualité affective de la relation entre patient et thérapeute, dans laquelle règneraient confiance et acceptation mutuelle.

Selon Bordin, ces trois dimensions de l'alliance s'influencent réciproquement de manière continue. Le lien thérapeutique est vu comme facilitant la négociation d'un accord à propos des tâches et des buts de la thérapie entre le thérapeute et le patient. Cette négociation va alors, selon Bordin, renforcer le lien thérapeutique. (8)

Ainsi, la modélisation de Bordin met en avant la nature complexe et **dynamique** de l'alliance thérapeutique. Il suggère aussi que bien que la qualité de l'alliance soit cruciale dans toutes les approches thérapeutiques, les variables spécifiques impliquées peuvent dépendre en fonction du thérapeute, du patient et des caractéristiques spécifiques du modèle thérapeutique.

2.3.4. LOUISE GASTON

En 1990, Louise Gaston (11) propose une approche multidimensionnelle de l'alliance thérapeutique construite sur **4 facteurs** considérés 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.**

2.3.5. PAR LA SUITE

Cette conception interactionnelle de l'alliance posée par notamment Luborsky, Bordin et Gaston sera reprise et développée davantage par la suite en recherche clinique. L'intérêt croissant en recherche sur ce sujet prend naissance dans le souhait de comprendre le

changement en psychothérapie Les modèles de recherche évoluent ainsi vers une prise en compte plus large du contexte spécifique de la relation et la nécessité de considérer à la fois le thérapeute et le patient dans leur mode de collaboration.

Parmi les travaux menés par la suite sur l'alliance thérapeutique, on peut nommer ceux provenant de l'approche systémique (Pinsof, 1983,1995 ; et Greenberg et Pinsof, 1986), mais aussi cognitivo- comportementale (Safran et Muran, 2000), comme des psychothérapies psychanalytiques brèves (par le GRAL : Groupe de recherche sur l'alliance de Lausanne). Le GRAL s'attache à mieux comprendre depuis plus de 15 ans les caractéristiques relationnelles et contextuelles qui permettent aux interventions du thérapeute de construire une solide alliance thérapeutique dans le cadre spécifique de la psychothérapie psychanalytique brève.

3. SPECIFICITES DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE DANS LES DIFFERENTS COURANTS DE PSYCHOTHERAPIE

Dans les différents courants de thérapie, la relation au symptôme est vue différemment et la relation au thérapeute se crée en partie autour de chaque méthode psychothérapeutique, qui construit et voit la relation thérapeutique de manière différente, la nommant ou non « alliance thérapeutique ». Nous en résumerons brièvement certaines particularités au sein des principaux courants de psychothérapie.

3.1. EN PSYCHANALYSE

Dans la perspective psychanalytique, la notion d'alliance thérapeutique a depuis longtemps été très controversée, vue au mieux comme soluble dans le transfert, sinon comme n'ayant pas sa place dans le champ psychanalytique (12).

Ce ne fut que récemment que l'alliance thérapeutique s'est vue **réhabilitée** en psychanalyse et ce par Greenberg , puis Renik (13), **à partir des années 80.**

Auparavant donc, l'alliance thérapeutique (sans qu'elle soit alors nommée ainsi) était initialement vue par Freud comme soluble dans le transfert : « une forme de transfert positif », ou largement minimisée, considérée comme un prérequis au transfert par E. Zetzel.

Par la suite, les analystes du courant de la psychologie du Moi ont proposé que soit portée une attention aux aspects réels de la relation thérapeutique. Dans ce courant, on peut nommer Sterba, Stone et Greenson.

Sterba soutient que les éléments du Moi centrés sur la réalité peuvent s'allier avec le thérapeute dans cette tâche d'auto-observation, voyant l'alliance thérapeutique comme un « **transfert rationnel** » (14). Stone se référera à l'alliance en tant que « **transfert adulte** » (15), puis Greenson entendra la relation thérapeutique comme relevant **à la fois d'une "vraie relation" et d'un transfert** (9).

Dans une perspective différente, Elisabeth **Zetzel** pensait que le psychanalyste devrait travailler à l'établissement de l'alliance thérapeutique pour que le travail analytique puisse avoir lieu. Comme elle, **Greenacre** (16) et **Sandler** (17) en font également un **prérequis au "véritable travail transférentiel"**.

D'autres auteurs du courant psychanalytique ont soutenu que le concept d'alliance n'était **ni valide ni utile** (Brenner, 1979), ou qu'il pouvait être trompeur (Curtis, 1979). Brenner déclare ainsi en 1979 le concept d'alliance thérapeutique artificiel. Selon lui, la relation du patient avec le thérapeute est un phénomène transférentiel et doit être traité comme **une résistance**. Pour Curtis (1979), adopter la notion d'alliance thérapeutique risque d'éloigner des concepts analytiques de conflits intrapsychiques inconscients, d'association libre et de l'interprétation du transfert et de la résistance. Hanly (1992) soutient que le concept d'alliance pourrait mener à une surévaluation du rôle joué par la conscience, comme des processus rationnels en psychothérapie et conduire à l'échec de la reconnaissance des processus inconscients mis en jeux (18).

D'autres auteurs cependant adoptent une **perspective relationnelle** de l'alliance thérapeutique, réhabilitant pleinement l'alliance dans le champ de la psychanalyse. Nommons ainsi Renik, qui précise qu'il s'agit de mettre l'accent sur "l'interaction, la disposition, la spontanéité, la mutualité et l'authenticité", plus que sur des notions comme la neutralité analytique (13).

3.2. EN THERAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE

La perspective cognitivo- comportementale a **initialement peu théorisé** la relation thérapeutique, mettant plus l'accent sur les dysfonctions cognitives ou la question des réponses inadaptées qui appartient au seul patient, qu'il s'agit de révéler, puis de modifier en entretien.

En revanche, les **théoriciens actuels** reconnaissent une **importance centrale à la question de l'alliance**. Nommons notamment **Alford et Beck**, qui ont défini en 1997 la relation thérapeutique en thérapie cognitive comme une relation de collaboration empirique semblable à celle de deux savants travaillant ensemble sur un problème.

L'alliance thérapeutique qui se noue dans le cadre d'une thérapie comportementale et cognitive est aussi appelée « **rapport collaboratif** ». Cela consiste en une relation telle que le patient et le thérapeute travaillent ensemble de manière active pour résoudre les problèmes posés dans la thérapie (19). La relation est ainsi mise au service du travail psychothérapique commun, elle-même ne se trouve pas au premier plan mais est un « instrument » au service de la psychothérapie. Le rapport collaboratif est indispensable à la mise en place de la conceptualisation, elle-même essentielle à l'application des méthodes thérapeutiques proposées. Il se compose de deux dimensions complémentaires : une dimension affective, consistant en une relation empathique, chaleureuse et authentique ; et une dimension professionnelle, basée sur les compétences et le statut du thérapeute. Ces composantes se combinent : plus la dimension affective est présente, plus le thérapeute doit se montrer professionnel et plus son professionnalisme lui permet de se montrer empathique, authentique et chaleureux.

Plus récemment, Safran et Muran (2000) exposeront une approche cognitive de l'alliance thérapeutique, travaillant sur les ruptures de l'alliance pouvant se produire notamment quand les actions du thérapeute confirment la structure cognitive dysfonctionnelle du client. (20)

Les thérapies cognitivo- comportementales développeront des outils de communication visant à favoriser la relation thérapeutique et inviteront le thérapeute à travailler sur son savoir-faire ainsi que sur son savoir-être.

3.3. EN HYPNOSE ERICKSONIENNE ET THERAPIES BREVES

L'**hypnose** sera définie par Milton Erickson comme un type de relation.

L'hypnose ericksonienne peut être définie comme un effet placebo structuré, dans lequel sont utilisés consciemment des choses présentes dans la relation thérapeutique, comme les suggestions, qui sont maniées comme des outils thérapeutiques. Une attention importante est portée aux effets cadres et aux effets de relation d'emblée présents, mais en les utilisant intentionnellement. Le thérapeute en hypnose ericksonienne adopte une posture de présence à l'autre favorisée par une réceptivité sensorielle aiguë et un plein contact avec la personne.

L'hypnose ericksonienne prend pleinement en compte **le corps et ses réactions pour établir un accordage** avec le patient. Ainsi, une attention particulière est portée au langage non verbal également. Le langage analogique, verbal et non verbal, est aussi beaucoup utilisé, pour **communiquer à plusieurs niveaux pour établir une relation non univoque**.

L'hypnose éricksonienne utilise des techniques de communication et donc d'influence pour établir la relation avec le patient, en construisant puis en entretenant l'alliance thérapeutique avec lui. Il s'agit d'une communication entre le patient et son thérapeute, mais aussi entre lui-même et ses ressources et compétences intérieures. Cette communication se base sur une personnalisation des moyens mis en œuvre par le thérapeute. Milton Erickson évoquait, en empruntant la métaphore des couturiers, la nécessité du « sur-mesure » versus un « prêt-à-porter » peu et insuffisamment efficace selon lui. Parmi ces techniques, on note des techniques spécifiques, telles le *signaling*, un outil de communication non verbal permettant au patient de communiquer un message au thérapeute selon des modalités précisées auparavant tout en restant absorbé dans la tâche intérieure qu'il est en train d'effectuer. (21)

Parmi les thérapies brèves, le courant de la **thérapie orientée solution**, créée par Steeve De Shazer et son équipe, a associé la rigueur de techniques de communication au caractère unique de chaque relation.

L'idée est de pouvoir communiquer efficacement en se centrant non pas sur le problème et ses causes, mais sur les compétences du patient et les solutions qu'il pourrait mettre en place.

Steeve de Shazer **modélisera les types de relation en thérapie** dans une simplification maniable, qui apportera une autre grille de lecture à l'alliance thérapeutique : le patient entre en relation avec le thérapeute soit dans une relation de type « client », soit une relation de type « plaignant », ou encore dans une relation de type « touriste ». Il invite à se comporter différemment avec un patient selon sa position relationnelle. Si les solutionnistes utilisent parfois des tâches thérapeutiques, des échelles, des compliments et autres outils de communication en thérapie, ce ne sera pas en fonction du symptôme mais du type de relation.
(22) (23)

La **thérapie narrative**, fondée par M. White et D. Epston sera également un type de psychothérapie mettant la relation au centre. Le thérapeute y adopte une position relationnelle différente : la **position de non savoir, décentrée et influente**, afin de viser une communication favorisant au mieux le changement.

-La *position de non-savoir* est adoptée par le thérapeute narratif pour questionner les évidences. Cette position favorise une mise en mots plus riche de termes qui ne sont plus toujours questionnés, de façon à épaissir le sens des mots, les incarner davantage, pour participer à élargir l'histoire contée.

-La notion de « *décentré* » ne fait pas référence à l'intensité de l'engagement du praticien envers le patient, mais au fait d'accorder la priorité aux histoires personnelles, aux connaissances et compétences des gens. M. White accorde aux patients le statut « d'auteur principal ».

- L'*influence* du praticien narratif ne signifie pas qu'il imposerait un ordre du jour ou ferait une intervention, mais qu'il s'attache à construire, au moyen de questions et de réflexions, un échafaudage. Cet échafaudage a pour but de permettre aux gens de décrire plus richement leurs histoires de vie alternatives à l'histoire dominante du problème et d'explorer des territoires de leur vie laissés de côté.

« Dans ma position, ce n'est pas mon rôle d'interpréter. Je soutiens leur interprétation. Ce n'est pas à moi de devenir l'auteur, au contraire, je leur donne la possibilité de redevenir les auteurs de leur histoire. Je ne raconte aucune histoire mais je mets en place les conditions pour qu'ils racontent et donnent du sens, vers d'autres hypothèses. Je les soutiens pour qu'ils deviennent plus actifs, de sorte qu'ils retrouvent leur voie première (histoire subordonnée, secondaire). » (24)

La majorité des outils d'hypnose ericksonienne et thérapies brèves sont ainsi orientés vers une amélioration ou un changement relationnel.

3.4. EN THERAPIE FAMILIALE ET SYSTEMIQUE

La question de l'alliance thérapeutique est essentielle en thérapie familiale et ce depuis sa création. Si les systémiciens ont souvent fait de la construction d'une alliance thérapeutique avec leurs clients une priorité, nous remarquerons que l'alliance thérapeutique s'établit de manière très spécifique en thérapie familiale et ce d'abord parce qu'il s'agit de **ne s'affilier non pas** à une personne, mais **avec l'ensemble de la famille**, ou ses membres clefs, ensemble « hétérogène » traversé qui plus est par des tensions, des oppositions, des conflits, des contradictions. (25)

Ainsi, l'un des pionniers des thérapies familiales, Salvador **Minuchin**, s'est d'emblée intéressé à l'alliance thérapeutique, développant les concepts de « **joining** » et d'« **accommodation** ».

Le « joining », ou « affiliation » est définie par Minuchin comme la manœuvre thérapeutique par laquelle le thérapeute tente de se fondre au mode d'organisation et au style de la famille de telle sorte que celle-ci l'accepte plus ouvertement et que puisse survenir un changement thérapeutique. Cette « affiliation » peut porter sur la famille dans son ensemble ou sur certains sous-systèmes, en fonction des diverses stratégies mises en œuvre à un moment ou à un autre. L'« accommodation » désigne une tactique grâce à laquelle le thérapeute effectue en séances des ajustements personnels (par exemple ôter sa cravate en présence d'une famille venue en bras de chemise à l'entretien). Ces manœuvres calculées, faites de mimétisme, sont utilisées en vue de nouer une alliance efficace avec la famille. Il est en effet indispensable selon S.

Minuchin que le thérapeute s'affilie aux familles rencontrées, afin de pouvoir amplifier leur style émotionnel et d'obtenir une rétroaction adaptative, posant que « *si le thérapeute ne peut s'affilier à l'ensemble de la famille et établir un ensemble thérapeutique, la restructuration ne peut se faire et tout effort pour atteindre les objectifs thérapeutiques échouera.* » (26)

La relation thérapeutique se construit ainsi à l'intérieur du « **système thérapeutique** », dont fait partie le thérapeute, selon Minuchin.

Gregory **Bateson** voyait lui le thérapeute familial comme un « **participant-observateur** ».

Selon Baillargeon et al (27), les clients détiennent une alliance non seulement avec leur thérapeute, mais aussi avec le système dont le thérapeute fait partie. Le thérapeute et les clients clefs sont vus comme des joueurs d'une même équipe.

D'après **Pinsof** (1994, 1995), l'alliance unit les systèmes thérapeutiques du client et du thérapeute pour créer un système thérapeutique efficace. Il voit l'alliance thérapeutique comme un système subdivisible en quatre niveaux :

- les **alliances individuelles** (entre les individus de chacun des systèmes : du thérapeute et de la famille) ;
- les **alliances sous-systémiques** (entre le thérapeute et son sous-système comprenant le superviseur et son équipe) ;
- les **alliances avec le système entier** (entre l'ensemble des individus des systèmes du thérapeute et de la famille) ;
- et les **alliances intrasystémiques** (entre les individus de chaque système).

Pinsof soutient que ces différents niveaux d'alliance s'influencent mutuellement, leur tout constituant l'alliance totale. A ces niveaux d'alliance, certains systémiciens rajouteront **l'alliance institutionnelle**, qui, lorsqu'elle est forte, pourrait compenser un niveau d'alliance faible avec le thérapeute.

Mara **Selvini** Palazzoli et ses collègues de l'école de Milan porteront l'accent sur la question de **l'égalité de l'alliance entre le thérapeute et tous les membres de la famille**. Le thérapeute familial est responsable du processus. Son objectif est de créer un contexte dans lequel un changement sera possible. Pour cela, il crée avec la famille un nouveau système, le système thérapeutique, qui inclut toutes les personnes impliquées, même si elles ne sont pas toujours présentes dans la salle de thérapie. Le thérapeute ne se situe pas pour elle en position haute par rapport à la famille, mais à égalité avec elle. (28)

Guy **Ausloos** parlera lui d'« **apprivoisement** » **mutuel** pour qualifier la relation entre le thérapeute et les familles ; apprivoisement qui est pour lui le préalable à toute entrée en relation thérapeutique, posant les bases qui vont permettre une affiliation. (29)

Nommons également Ivan **Boszormenyi-Nagy** qui développera une manière originale de construire l'alliance : la technique de la "**partialité multidirectionnelle**", par laquelle le thérapeute adopte une position particulière. Le thérapeute d'orientation systémique a pour tâche d'être au service non d'une personne mais de tous les membres de la famille, qui ont souvent des attentes contrastées et où la souffrance des uns implique profondément l'attitude des autres. Il ne peut dès lors se permettre de prendre le parti de certains. Le thérapeute protège le discours personnel de chacun des interruptions, ou démentis des autres personnes présentes, se montrant partial successivement avec chacun, dans toutes les directions du système impliqué. (30)

L'alliance en thérapie familiale est souvent **l'alliance entre un groupe** (équipe de thérapeute(s) et superviseur(s), binôme de cothérapeutes ...) **et un autre groupe** (la famille). Contrairement à d'autres orientations thérapeutiques, la thérapie s'est, dès son origine, souvent **pratiquée à plusieurs**. Selon certains auteurs, comme Whitaker ou Selvini Palazzoli, ce travail collectif est indispensable à l'alliance thérapeutique avec une famille. Il est en effet plus difficile que tous les membres d'une famille s'allient avec un seul et même thérapeute. Selvini Palazzoli insistait notamment pour que les entretiens soient toujours animés par un **binôme mixte de thérapeutes, pour faciliter l'identification** des hommes/garçons et des femmes/filles qui constituent la famille.

Selon les modèles de thérapies familiales, on peut également percevoir une différence entre les thérapeutes qui privilégient **l'alliance avec la famille comme somme d'individus**

(concept de la partialité multidirectionnelle) **ou** l'alliance avec la famille **comme** « **Tout** » qui transcende ses membres (tel S. Minuchin).

D'autres auteurs considèrent comme centrale la question du désaccord dans la constitution de l'alliance thérapeutique en thérapie familiale. Citons notamment Duruz, qui définit dans son ouvrage l'alliance en thérapie systémique comme « *le processus interactionnel par lequel client et thérapeute expriment cognitivement et affectivement, ainsi qu'au niveau comportemental, leurs accords et désaccords quant au but de la thérapie et quant à son déroulement* ». Selon lui, un investissement mutuel dans un travail thérapeutique n'est en effet possible que si les protagonistes en cause peuvent expliciter leurs divergences. (31)

L'alliance thérapeutique sera ainsi au centre des différentes écoles de thérapie systémique et familiale, avec toutes les particularités qui la constituent.

II. EN QUOI L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE EST IMPORTANTE ?

I. FACTEUR CURATIF COMMUN DES PSYCHOTHERAPIES

I.1. A LA RECHERCHE D'UN DENOMINATEUR COMMUN, LE DODO VERDICT

« Qu'est-ce qui explique que différentes formes de psychothérapie s'avèrent efficaces dans des cas similaires ? Ou si elles ne sont qu'apparemment différentes, qu'est-ce que ces thérapies ont en commun ? Qu'est ce qui les rend également efficaces ? (...) Il est justifié de se demander si les facteurs qui sont en fait opérants dans plusieurs thérapies différentes n'auraient pas beaucoup plus en commun que les facteurs présumés opératoires. »

Saul Rosenzweig

Saul **Rosenzweig** (1936) a anticipé plus de soixante-dix ans de données : puisque toutes les approches psychothérapeutiques apparaissent d'une efficacité comparable, il faut bien qu'il existe des facteurs pan-théoriques opérants. Il suggéra dans un article paru dans *l'American Journal of Orthopsychiatry* que de puissants facteurs communs pourraient agir davantage que les méthodes thérapeutiques employées et expliquer ainsi l'efficacité comparable des différentes approches de psychothérapie. (32)

Jérôme **Franck** fut le premier à consacrer un ouvrage entier en 1961 (33) à ce qui est commun aux différentes approches de psychothérapie. Il modélisera ainsi les caractéristiques communes à toutes les psychothérapies selon lui :

« - une relation émotionnellement chargée et confiante avec une personne aidante ;

- un cadre de soin ;

-un raisonnement logique ;

- un schéma conceptuel ou un mythe qui fournit une explication plausible pour les symptômes du client et qui prescrit un rituel ou une procédure pour les résoudre ;

-un rituel ou une procédure qui requiert la participation active du client et du thérapeute, rituel ou procédure que client et thérapeute considèrent comme le moyen de restaurer la santé du client. »

Après Saul Rosenzweig et Jérôme Franck, des études se sont multipliées à partir des années 70, explorant davantage l'efficacité comparable des approches psychothérapeutiques. L'idée d'un « **effet dodo** », ou « **dodo bird verdict** » a alors émergé. Ce terme a été utilisé pour la première fois par **Luborsky**, affirmant dans son article de 1975 qui fit date (34) que toutes les psychothérapies « méritent un prix », démontrant une efficacité globalement équivalente des différents modèles psychothérapeutiques. Cette dénomination provient du livre *Alice au pays des merveilles*, de Lewis Carroll (35), dans lequel le dodo, l'oiseau-juge, déclare que tous ceux qui ont participé à la course ont gagné et recevront un prix. Plus tard, **Lambert et Ogles** nommeront cet effet « **paradoxe de l'équivalence** » dans leur étude publiée en 2004.

En effet, plusieurs études confirmeront cette hypothèse, mettant en évidence qu'il n'y aurait pas de différences majeures et significatives entre les types de psychothérapies.

Une des études de grande ampleur qui aura un impact important dans ce domaine sera l'étude américaine d'**Elkin et al.** publiée en 1989 en lien avec le *National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program* (36). Cette étude comparera l'efficacité relative de quatre formes de traitement de la dépression (un médicament, un placebo médicamenteux, une thérapie comportementale-cognitive et une thérapie interpersonnelle). Elle mettra en évidence une efficacité comparable des quatre types de traitement, ce que les auteurs expliqueront par des facteurs communs présents dans les différents types de traitements, dont l'alliance thérapeutique. Les auteurs concluent ainsi, mais nuancent leur conclusion, disant qu'il serait important de réaliser également un essai de non infériorité sur ce sujet, qui aurait des contraintes méthodologiques plus strictes que leur étude de supériorité, qui conclut à une absence de différence de ces différents types de traitement.

Par la suite, d'autres études centrées sur les facteurs communs verront le jour. On note notamment les travaux de Garfield (1989), de Patterson (1989), d'Arkow (1992), de Hubble et al. (1999) et de Miller et al. (1997).

C'est ainsi que s'est développée une perspective dite des « **facteurs curatifs communs** », ou plus simplement des « facteurs communs » à l'ensemble des techniques psychothérapeutiques. Ces facteurs seraient bien davantage impliqués dans l'efficacité d'une psychothérapie que les techniques spécifiques développées par chaque modèle thérapeutique. Certaines études vont jusqu'à dire que 85 % au moins du succès thérapeutique reposerait sur ces facteurs communs. **Parmi ces facteurs communs, on note l'importance de la qualité de la relation humaine entre patient et thérapeute dans le processus de changement**, comme le mettent en évidence Strupp et Hadley dans leur étude parue en 1979 (37).

Ainsi, peu à peu a émergé puis s'est affirmée la notion de facteurs curatifs communs à l'ensemble des courants de psychothérapie, incluant notamment l'alliance thérapeutique, rendant globalement les différentes méthodes psychothérapeutiques d'une efficacité comparable. Via l'attention portée aux facteurs communs, la perspective change et se déplace du thérapeute au patient, de comment le thérapeute « soigne » à comment le patient « guérit ».

1.2. LES FACTEURS COMMUNS

Nous venons de voir qu'une attention croissante a été portée aux facteurs communs à l'ensemble des approches de psychothérapie. Mais que regroupe-t-on plus précisément sous ce dénominateur ?

1.2.1. SELON M.J. LAMBERT

D'après **M.J Lambert** et T.P. Aray dans leur ouvrage paru en 1999 (24), les facteurs communs représenteraient 85 % de l'efficacité des psychothérapies, les 15 % restants étant attribuables selon eux au modèle et à la technique psychothérapique spécifique. Parmi ces facteurs communs Lambert répertorie :

- Les facteurs attribués au patient, dits aussi « **facteurs client** », seraient impliqués à hauteur de **40 %** dans l'efficacité des psychothérapies. Ils réunissent notamment d'après Lambert les forces, les ressources, les compétences, la détermination, les motivations du patient, sa participation et son soutien relationnel. Lambert et coll. soulignent dans leur étude parue en 2004 que « *c'est le client plus que le thérapeute qui met en œuvre le processus de changement* ». (38)

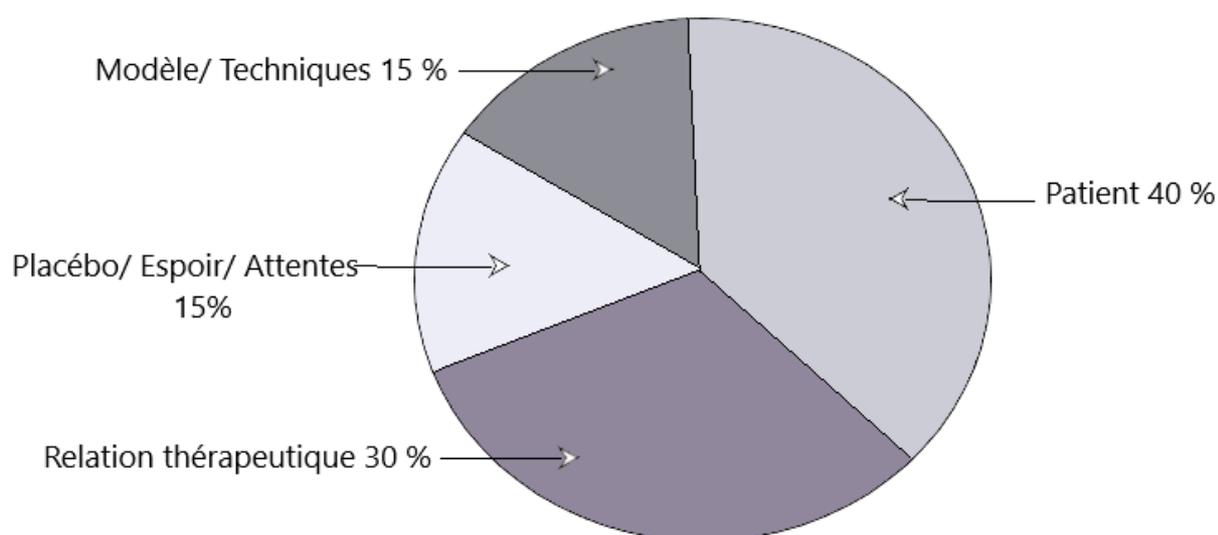
- La **relation thérapeutique** représenterait **30%** de l'efficacité des psychothérapies et **regrouperait l'« effet thérapeute » et l'alliance thérapeutique**. Concernant l'effet thérapeute, les thérapeutes les plus efficaces seraient ceux qui ne se centreraient pas uniquement sur les difficultés des patients mais aussi sur leurs forces, ce que confirmerait par la suite l'étude menée par Gassmann et Grawe en 2006 (39).

L'alliance thérapeutique reste selon M.J. Lambert un processus toujours en construction, dépendant en partie du patient comme de la compétence du thérapeute à explorer les idées du client, à discuter les différentes options, à élaborer une stratégie ensemble et à négocier d'éventuels changements si l'état clinique du patient ne s'améliore pas. La qualité de l'alliance thérapeutique influe selon lui sur les autres facteurs, dont les « facteurs clients » que peuvent être la confiance et la motivation du patient notamment.

- M.J. Lambert cite un autre facteur commun : **la confiance du patient en l'efficacité du traitement, qui regroupe** selon lui **l'effet placebo, l'espoir et les attentes** du patient et qu'il estime responsable de **15%** de l'efficacité des psychothérapies. Selon Lambert, la confiance du patient en l'efficacité du traitement est en lien avec l'application du modèle, de manière non spécifique, « *chaque modèle et technique offrant une structure et un focus au client et au thérapeute pour naviguer dans les eaux du changement, un raisonnement, un mythe, une explication des difficultés du client, ainsi que des rituels thérapeutiques et des stratégies à suivre pour les*

résoudre ». « *Espoir et attentes découlent ainsi de la foi du thérapeute et du client dans le pouvoir curatif et la crédibilité du modèle thérapeutique.* »

La confiance en l'efficacité du traitement dépendrait là aussi selon Lambert en partie de l'alliance thérapeutique mais également d'une bonne compréhension de l'approche thérapeutique par le patient, ainsi que de la croyance du thérapeute en sa thérapie.

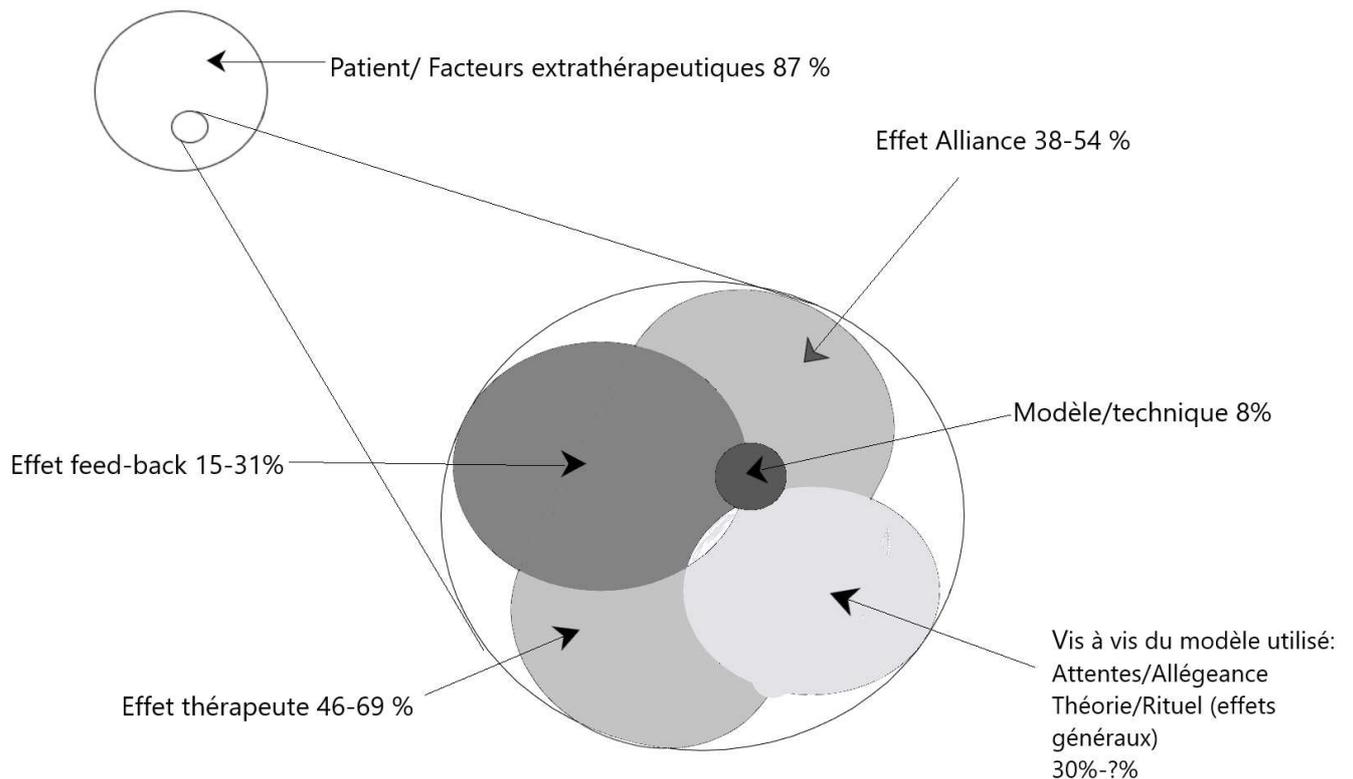


Les facteurs communs de Lambert

(Adapté de T.P Asay et M.J. Lambert, « The empirical case for the common factors in therapy : Quantitative findings », dans *The Heart and Soul of Change : What works in Therapy*, D.C., American Psychological Association, 1999, p. 33-56.)

I.2.2. SELON B.L DUNCAN

Barry. L. Duncan, thérapeute et chercheur, proposera une dizaine d'années plus tard dans son article paru en 2010 (40) une autre modélisation des facteurs curatifs impliqués dans l'efficacité des psychothérapies, non plus sous forme de diagramme représentant côte à côte les différents facteurs d'efficacité de la thérapie, mais sous forme d'un schéma dans lequel les facteurs s'influencent se chevauchent.



Les facteurs communs de Duncan

(Adapté de B.L. Duncan, *On Becoming a Better Therapist*, Washington, D.C., American Psychological Association, 2010.)

Selon B.L. Duncan, les facteurs attribués au client, qu'il nomme « **facteurs extra-thérapeutiques** » représentent une part encore supérieure de l'efficacité des psychothérapies, évaluant cette part à 87% de l'efficacité globale des psychothérapies.

Il regroupe sous le terme « **facteurs thérapeutiques** » les autres facteurs, à dire :

- l'effet **alliance**, constituant selon lui de 38 à 54 % de la totalité des facteurs thérapeutiques ;
- l'effet **thérapeute**, représentant d'après lui de 46 à 69 % des facteurs thérapeutiques ;
- l'effet **feed-back**, qu'il estime à 15 à 31 % des facteurs thérapeutiques ;
- le **modèle et la technique**, auxquels il attribue 8 % des facteurs thérapeutiques.

- les **attentes et allégeances vis à vis du modèle utilisé**, représentant selon lui environ 30% des facteurs thérapeutiques d'une psychothérapie.

I.2.3. AU-DELA DE CETTE OPPOSITION

Ces auteurs, Assay et Lambert d'une part et B.L Duncan de l'autre, modélisent différemment les facteurs expliquant le changement en thérapie, en attribuant des pourcentages différents aux facteurs impliqués dans l'efficacité d'une psychothérapie. Toutefois, tous deux prêtent aux facteurs liés au client et aux facteurs relationnels une influence majeure et même nettement prédominante. Lambert et Duncan positionnent ainsi tous deux les patients comme principaux acteurs de leur thérapie, les voyant comme « *les personnages principaux, les héros et les héroïnes de la scène thérapeutique* », tandis que l'alliance thérapeutique est vue par eux comme l'un des plus puissants médiateurs du changement en psychothérapie. (41)

Ces auteurs nous amènent ainsi à un changement de paradigme : de leur constat peut être amenée l'idée qu'il se pourrait même qu'au lieu de choisir une approche de psychothérapie en fonction d'un problème spécifique, il soit préférable d'en rechercher une qui corresponde à qui on est, à nos attentes et même à nos convictions et à nos valeurs. Idée « provocante », tant pour le patient que pour le thérapeute.

De plus, **par la mise en évidence des « facteurs curatifs communs », le modèle médical de la psychothérapie, fondé sur la spécificité des traitements, cède la place au modèle contextuel, centré sur les éléments communs du processus thérapeutique**, ce qui restitue notamment au patient sa part active dans la thérapie.

1.3. QUE PERMETTENT LES FACTEURS CURATIFS COMMUNS ?

Michel Marie-Cardine et Olivier Chambon tentent d'explicitier dans leur ouvrage paru en 1999 (42) le rôle des facteurs communs, rapportant qu'il s'agit de : « *méthodes très diverses qui permettent* :

- *d'accroître le sentiment d'efficacité personnelle et d'estime de soi ;*
- *d'induire des attentes d'aide et d'accroître la motivation pour la thérapie ;*
- *de fournir des expériences génératrices d'insight et de provoquer un changement de perception ;*
- *de réduire ou d'accroître, selon les besoins, le niveau d'activation émotionnelle ;*
- *et également de susciter l'expérimentation et la pratique de nouveaux comportements, susceptibles de produire et maintenir le changement. »*

I.4. L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE, FACTEUR NON SPECIFIQUE OU FACTEUR SPECIFIQUE ?

L'alliance thérapeutique, on a pu le voir, est reconnue comme un des facteurs communs les plus prédictifs du succès thérapeutique et ce pour l'ensemble des approches psychothérapeutiques. Cependant, l'alliance se construit-elle de façon non spécifique, ou au contraire dépend-elle étroitement de l'approche psychothérapeutique en question ?

Despland et ses collaborateurs soulignent dans un article paru en 2000 que **la manière de créer l'alliance thérapeutique pourrait ne pas être invariablement la même dans les différents courants de psychothérapie**. Ils font l'hypothèse que le processus de construction de l'alliance puisse être étudié sur un mode comparatif dans les différents modèles de psychothérapie. Les auteurs se demandent ainsi si l'alliance se construit de la même manière dans toutes les formes de traitement, ou si les facteurs qui contribuent à son développement sont spécifiques à chaque forme de psychothérapie. (3)

Rogers et al. dans un article de 2010-11 se demanderont également si l'alliance thérapeutique n'agit pas pour le changement de manière différente selon les techniques psychothérapeutiques mises en œuvre (43).

Y. de Roten, chercheur collaborant avec des cliniciens, analysera un ensemble de recherches menées par son équipe au sein du GRAL et en conclura que **l'alliance thérapeutique** n'est

pas, ou pas seulement, une variable non spécifique commune à toutes les formes de traitement. « *C'est également un agent très spécifique, qui dépend de l'application adéquate et ajustée de techniques particulières à chaque mode d'intervention* » (44).

Ainsi, nous pouvons voir que si l'alliance thérapeutique est un facteur commun à l'ensemble des courants de psychothérapie, donc non spécifique au modèle de psychothérapie pratiqué, elle pourrait pour autant comporter une part spécifique. L'alliance pourrait ainsi résulter en partie d'interventions propres à chaque méthode psychothérapeutique, que ces dernières visent directement ou non la relation thérapeutique.

2. ENJEUX DE L'ALLIANCE

« Parviendrons-nous à cette reconnaissance mutuelle qui établit la confiance libérant suffisamment la parole et le corps ? »

François Roustang

L'alliance thérapeutique, facteur commun aux différentes méthodes de psychothérapie, semble ainsi être un des facteurs principaux d'efficacité des psychothérapies, représentant environ 30 pourcents de celle-ci d'après Lambert, ce qui amène un changement de paradigme, du modèle médical au modèle contextuel de la psychothérapie.

Mais en quoi l'alliance thérapeutique serait-elle si efficace ? Que pourrait-elle permettre ? Quels sont les enjeux de son établissement pour le patient au sein de la relation psychothérapeutique ?

De nombreuses recherches et réflexions nourriront ces questions et exploreront les enjeux de l'alliance thérapeutique. Nous nous attacherons à citer quelques-uns de ces travaux.

2.1. ELEMENT CLEF DU CHANGEMENT

2.1.1. L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE, PREDICTEUR DU CHANGEMENT EN PSYCHOTHERAPIE

Selon plusieurs auteurs, l'alliance thérapeutique serait largement impliquée dans le succès d'une psychothérapie. Nous citerons quelques-unes de ces études.

Elkin et son équipe attribuaient à l'alliance thérapeutique dans leur étude publiée en 1989 la meilleure prédiction du succès thérapeutique. (36)

Krupnick et ses collaborateurs ont trouvé dans leur étude parue en 1996 que la qualité de l'alliance, évaluée à partir du point de vue du client, permettait de prédire le résultat d'une psychothérapie, alors que le modèle de thérapie ne le permettait pas. Selon eux, l'alliance constitue même « *la plus grande influence que nous pouvons avoir sur le résultat d'une psychothérapie* ». (45)

De toutes les variables qui interviennent dans le processus thérapeutique, l'alliance thérapeutique est d'après l'étude d'**Horvath et Bedi** publiée en 2002 le prédicteur le plus robuste du succès thérapeutique et cela pour différentes formes de problématiques et de clients. (46)

Une vaste méta-analyse publiée en 2004 par **Orlinsky** et ses collaborateurs confirme le lien entre une alliance forte et un résultat positif de la psychothérapie (47).

Selon les études menées par **Norcross** (2010), une alliance thérapeutique de qualité est un des meilleurs indicateurs de résultat d'une psychothérapie (48).

Une étude menée par **Anker** et coll. en 2010 met en évidence le fait qu'une alliance de qualité compterait encore davantage dans l'efficacité des psychothérapies qu'un changement précoce survenu au début de la thérapie (49).

A.Bioy soutiendra également que « *l'alliance agit comme un médiateur du changement* ». (21)

2.1.2. L'ALLIANCE CREE UN CONTEXTE FAVORABLE A LA SURVENUE D'UN CHANGEMENT, VOIRE EST UN ELEMENT ACTIF EN SOI

Nous venons de voir que l'alliance thérapeutique est **un des éléments prédicteurs du succès thérapeutique**. Comment pourrait-il en être ainsi ? Ne serait-ce pas **en installant des circonstances favorisant l'émergence d'un changement** ? D'autres auteurs vont au-delà et voient même l'alliance comme un élément directement actif en soi. Citons quelques auteurs s'étant penchés sur cette question.

Pour L. Gaston (1990), le rôle principal de l'alliance thérapeutique est « *de permettre au patient d'utiliser les interventions du thérapeute et d'aider le thérapeute à élaborer des interventions plus adéquates* ». De ce point de vue, l'alliance thérapeutique fournit selon elle un contexte dans lequel les interventions du thérapeute peuvent promouvoir un changement. (11)

Frank Farrelly, père de la thérapie provocatrice, note dans son ouvrage paru en 1974 que « *C'est bien la rencontre qui rend possible le travail thérapeutique et nous avons observé qu'à chaque fois que ce dernier n'avait pas pu se faire, c'est que cette rencontre n'avait pas vraiment eu lieu* ». Il ajoute que « *c'est la rencontre en elle-même qui nous ouvre la voie vers l'autre et nous permet à nous thérapeute de proposer une tâche incongrue, une hypothèse étonnante, un recadrage provoquant.* » (50)

D'après Philippe Aïm, « *C'est au sein de la relation qu'émerge un changement. Non pas un changement des faits, souvent immuables, mais bien de la façon de lire les faits. En somme, nous créons un contexte qui favorise l'émergence d'une nouvelle réalité par l'entretien thérapeutique.* » (21)

Selon Bowlby, la relation thérapeutique constitue la base de sécurité nécessaire au changement. (Bowlby, 1988 ; et Bowlby et coll., 2005)

Iwakabe et al. (2000) (32) mentionnent que « *l'alliance thérapeutique aide à générer les conditions essentielles à l'expression et à l'exploration des émotions et facilite l'accomplissement des tâches thérapeutiques* ». (51)

Luborsky et son équipe rapporteront dans leur étude parue en 1983 (52) que « *l'alliance thérapeutique est un ingrédient non actif en soi, mais facilitateur de la thérapie.* » L'alliance favoriserait selon eux la co-construction d'un espace personnel de sécurité au sein duquel le patient sera plus à même de réaliser les tâches nécessaires à la progression de son travail psychothérapeutique.

Safran et Muran considèrent eux dans un article paru en 2003 l'alliance en tant que **facteur actif en lui-même**, notamment par les cycles de rupture et de réparation du lien grâce auxquels, avec l'aide du thérapeute, le patient va pouvoir adopter de nouvelles stratégies relationnelles. (53)

En hypnose ericksonienne et en PNL, le thérapeute travaille à établir l'alliance via un « pacing », une synchronisation verbale, paraverbale et non verbale visant à se centrer davantage sur son interlocuteur pour installer un contact fluide et pertinent avec lui. D'après J.A Malarewicz, c'est l'alliance établie via un « pacing » qui permet au thérapeute un « leading », phase de la synchronisation où c'est l'accompagnant qui va mener l'interaction, afin de donner à l'entretien une visée thérapeutique (54).

L'alliance thérapeutique apparaît ainsi à de nombreux auteurs comme un élément clef du changement, un facteur influençant grandement le succès thérapeutique et cela en installant un contexte relationnel favorable à la survenue de changements. Ce contexte pourrait s'établir notamment par la création d'une base de sécurité, d'un environnement favorisant l'émergence d'une autre façon de lire son vécu ainsi que l'expression des émotions et d'un lieu où de nouvelles stratégies relationnelles peuvent être adoptées par le patient.

Il nous semble important toutefois de ne pas perdre de vue que **l'alliance thérapeutique n'est pas la clef unique du changement en psychothérapie, mais un facteur parmi d'autres.**

2.2. L'ALLIANCE PARTICIPE A RECONSTRUIRE UNE AUTONOMIE RELATIONNELLE

Et si un des enjeux principaux de l'alliance consistait à construire avec le patient un espace où la relation s'établit d'une manière respectueuse de son autonomie, un lieu où il va pouvoir faire l'expérience d'**une autonomie relationnelle** ?

Car finalement en psychopathologie l'autonomie de la personne ne peut souvent être acquise qu'au prix d'une relation qui ne lui convient pas, ou encore la relation ne peut être tissée qu'au prix d'une partie de son autonomie. Et plus largement, les Humains étant des êtres relationnels, notre construction et notre parcours se font en lien avec les autres. C'est en se percevant en relation à l'autre d'une manière qui ne dénie pas notre autonomie qu'on apprend le monde et qu'on apprend à modifier le monde qui nous entoure.

Et si la relation thérapeutique visait essentiellement à participer à reconstruire une autonomie relationnelle pour le patient, expérience qu'il pourra, une fois vécue, étendre à d'autres domaines de sa vie ? Cette position est notamment soutenue par un auteur, J. Betbèze. Nous nous attacherons à l'expliquer brièvement.

Selon Julien Betbèze la reconstruction d'une autonomie relationnelle est un des enjeux principaux de la psychothérapie. D'après lui, dans le domaine de la psychopathologie le sujet vit une contradiction entre autonomie et relation : soit la personne est en relation aux autres au détriment de son autonomie et nous sommes dans le monde de la maltraitance (le sujet étant réduit à un objet), soit nous sommes dans le monde où l'autonomie est pensée par la personne sans relation possible, se retrouvant dans un monde abandonnique. Le sujet a ainsi deux possibilités : soit une relation sans autonomie, soit une autonomie contre la relation. L'autre est pensé comme un rival et le monde perçu comme un monde de maltraitance ou d'abandon. Pour aller mieux, le sujet va devoir rentrer dans un processus dans lequel il puisse être en même temps libre et en relation. Ainsi d'après Julien Betbèze, *« c'est lorsqu' un sujet expérimente une relation de coopération, qu'il accueille ses ressentis sensoriels et peut habiter son corps comme un espace sécuritaire. Le sujet peut coopérer avec lui-même, lorsqu' il se perçoit à travers les yeux coopératifs du thérapeute »*.

Selon J. Betbèze, le processus thérapeutique permet au sujet de passer de la contradiction entre l'autonomie et la relation à une expérience de l'autonomie relationnelle, qu'il va ensuite pouvoir élargir à d'autres domaines relationnels et explorer de nouveaux territoires dans

lesquels il puisse faire confiance à l'autre. C'est même selon lui l'enjeu principal de la relation thérapeutique. Selon J. Betbèze, « *lorsque le sujet vit une telle relation d'autonomie relationnelle, il est dans un espace partagé où plus il est en relation avec l'autre, plus il est en relation avec lui-même* ». (55)

3. LIMITES ET ECEUILS DE L'ALLIANCE

3.1. FAUT-IL QUE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE SOIT FORTE POUR ETRE EFFICACE ?

Lorsqu'on parle d' « une alliance thérapeutique de qualité, entend-on par là une alliance « forte » ou une alliance « efficace » ? Nous faisons le postulat que l'alliance thérapeutique peut parfois être très forte, sans pour autant que cela la rende plus efficace pour la thérapie et que l'alliance thérapeutique qui apporte le plus de résultats en thérapie n'est pas l'alliance la plus forte.

Une alliance « forte » entre patient et thérapeute, serait un mode de relation dans lequel les désaccords entre patient et thérapeute seraient rares, si tous deux partageaient les mêmes points de vue par exemple. Mais une telle alliance ne se ferait-elle pas à l'encontre de son « efficacité » pour la thérapie, ou de ce qui peut être moteur du changement de point de vue recherché en psychothérapie ? Et même, un changement de point de vue peut-il véritablement s'opérer au sein d'un niveau d'alliance optimal entre patient et thérapeute ?

Nous explorerons cette question par les travaux et les réflexions des auteurs suivants :

-Carl **Rogers** nous rend attentif à cette problématique, précisant que **pour une meilleure efficacité de l'alliance, « le cheminement empathique doit être à la fois empreint de présence et de distance, de non fusion, de respect de l'individualité et de non dépendance »**. (56)

-**Safran et Muran** (2000) ainsi que le **GRAL** (Groupe de Recherche sur l'Alliance de Lausanne) ont étudié la dynamique de l'alliance thérapeutique et **observé un rôle dynamique joué par les moments de rupture et de résolution de l'alliance**, qui

surviennent au cours du processus thérapeutique, l'alliance en cours de traitement se trouvant attaquée puis restaurée par le travail thérapeutique. Nous parcourons dans les grandes lignes leurs travaux à ce propos. (20)

Les ruptures de l'alliance consistent en un affaiblissement de la relation collaborative entre le patient et le thérapeute. Elles sont plus particulièrement définies par Safran et Muran comme des « *problématiques dans la qualité du lien* » ou des « *détériorations dans le processus communicatif* » (57). Ces ruptures peuvent consister en des désaccords sur les tâches ou les buts de la thérapie, ou encore en des tensions dans le lien entre le patient et le thérapeute (Safran et al., 2014) (58).

Au cours d'une psychothérapie, l'émergence d'une ou plusieurs ruptures de l'alliance thérapeutique est d'après ces auteurs inévitable et peut faire partie du processus thérapeutique, même pour les thérapies qui sont le plus réussies. (Safran et Muran 2000 ; Safran et al., 1990).

Selon eux, bien que **les ruptures de l'alliance** puissent représenter des défis importants pour les thérapeutes et avoir des conséquences négatives sur le processus thérapeutique, elles **fournissent aussi de précieuses opportunités de changement** (Safran et al, 1990 ; Eubanks -Carter et al, 2010).

En effet, Safran et Muran soutiennent que les ruptures surviennent souvent lorsque les thérapeutes, par leurs interventions, viennent volontairement confirmer un schéma relationnel dysfonctionnel du patient ou les représentations que le patient a des interactions soi-même (Safran 1990a, 1990b). Selon eux, les ruptures dans l'alliance permettent ainsi de faire émerger les patterns de pensée et de comportement nocifs des patients, en indiquant des moments critiques pour l'exploration de leurs croyances et de leurs attentes sous-jacentes, généralement à l'origine de leurs problèmes interactionnels (Safran et al., 1990 ; Safran et Muran, 1996, 2000 ; Samstag et al. 2004 ; Eubanks-Carter et al. 2010).

Eubanks-Carter et son équipe soutiennent que « *L'exploration d'une rupture peut conduire à une investigation approfondie de ce qui est en train de se produire dans l'ici et le maintenant de la thérapie et à une mise en évidence des facteurs à l'origine de la tension, ce qui permet une meilleure compréhension du processus*

d'interprétation des patients » (53). Ils soulignent aussi que « la clarification des désirs ou besoins sous-jacents qui mènent à la rupture permet de rendre compte du rapport aux autres que le patient a et de l'aider, au travers de processus de négociation, à apprendre des manières plus efficaces d'atteindre ses objectifs interpersonnels » (Eubanks-Carter et al., 2010) (59).

Donc, selon Safran, si les ruptures de l'alliance sont traitées correctement, elles permettent de contribuer de façon positive au changement thérapeutique (Safran et al, 1990 ; Safran, 1993). Safran et Muran le développeront davantage quelques années plus tard (2000) : « *Le thérapeute peut profiter de cette opportunité pour accompagner le patient à faire une nouvelle expérience relationnelle infirmant ses schémas* ». « *Grâce à une attitude ouverte, qui vise l'exploration des ruptures et leur réparation, le thérapeute peut permettre à son patient de vivre une expérience émotionnelle corrective qui aura pour effet de modifier ses patterns de pensées et contribuera positivement au changement thérapeutique* » (Safran et al., 1990, 2009 ; Eubanks-Carter et al., 2010).

A l'inverse, d'après ces auteurs, « *si le thérapeute réagit aux ruptures de l'alliance en miroir au comportement du patient, qu'il répond à son hostilité par de la contre-hostilité, ou à ses mouvements de retrait en s'éloignant de lui, le patient verra sa vision des autres comme hostiles ou indisponibles confirmée* ».

La résolution réussie d'une rupture de l'alliance thérapeutique pourrait donc s'avérer être un **puissant moyen** d'infirmier le schéma dysfonctionnel du patient et **d'induire le changement**. **En revanche**, selon Safran et Muran, **l'échec à résoudre les ruptures de l'alliance risque de conduire à des résultats défavorables et à l'échec du traitement** (Safran et al., 1990 ; Safran et Muran, 2006).

-Despland et son équipe partagent la position de Safran et Muran, évoquant « **des moments de rupture d'alliance et de récupération qui sont fructueuses** », moments qu'ils nomment aussi « **impasses fructueuses** », postulant que si le niveau d'alliance thérapeutique ne change pas, il y a moins de changements. (3)

-François Roustang précise dans son ouvrage paru en 2004 que « *Le thérapeute est soumis à l'autre tel qu'il est pour s'y accorder, sans oublier qu'il doit se désaccorder tant que le patient n'est pas suffisamment présent dans son geste* ». (60)

-Salomon Nasielski écrira dans son ouvrage paru en 2012 :

« qu'il y a pour le thérapeute deux nécessités : celle qu'il y a à établir une bonne alliance thérapeutique et, par ailleurs, celle qu'il y a de maintenir une bonne distance thérapeutique. Les thérapeutes naviguent sur une route étroite entre les marécages de l'excès de proximité et les déserts de l'excès de distance. Établir une bonne distance thérapeutique sera d'autant plus précieux pour la bonne conduite des interventions thérapeutiques que celles-ci susciteraient des émotions fortes. Afficher une grande différence avec l'autre a une valeur de confrontation souvent très porteuse. Les patients peuvent ressentir en miroir, par la distanciation du thérapeute, une autorisation à se distancier, à se différencier à l'égard de telle ou telle figure de la famille d'origine et commencer à se définir différemment. » (61).

-Nous illustrerons également cette distinction entre une alliance forte et une alliance efficace par l'exemple d'un des courants des thérapies brèves inspiré de la thérapie systémique : la thérapie paradoxale et provocatrice.

Développée par Frank Farrelly (psychothérapeute, ancien élève de Carl Rogers), la thérapie provocatrice vise à amener le client à réagir, à affirmer ainsi ses valeurs et paroles en acte. Les principaux leviers de la thérapie provocatrice sont l'alliance, l'empathie, la congruence, l'humour et l'intervention provocatrice. Frank Farrelly encourage les thérapeutes à exprimer ce qu'ils pensent, dans un souci de congruence et de manière à permettre au client de prendre conscience de ses pensées négatives. « *La congruence totale, lorsqu'elle est constante, est très utile aux patients : non seulement vous pouvez rire d'eux sans leur faire du tort, mais cela peut même les aider !* » (Farrelly 2009). Le patient va pouvoir via cette thérapie prendre acte de sa participation active à son problème à partir de son attitude qu'il maintient. La bienveillance du thérapeute vise à aider le client à s'opposer puis s'affranchir de son comportement inadapté qui a pour effet d'entretenir ses symptômes. Le rôle du thérapeute est comparable à celui d'un caricaturiste qui amplifie et exagère certains

modes d'interaction, comportements, propos, ou traits de personnalité, de manière à amener le client à se distancier de ces derniers.

En thérapie paradoxale et provocatrice est ainsi développée une approche originale de la relation thérapeutique, dans laquelle **le thérapeute ne cherche pas à coller au plus près des attentes du patient, ni à établir la communication sur un mode synchrone**. Au contraire, la thérapie provocatrice cherche à bousculer et provoquer le patient quitte à le vexer, le brusquer, le choquer, le tout avec cependant une grande bienfaisance. **Le but est avant tout de faire réagir le patient, de catalyser un changement**, qu'il pourra mettre en acte s'il le souhaite. Farrelly précise qu'il base initialement son approche sur l'alliance thérapeutique : il est tout d'abord particulièrement attentif à l'établir, avant d'entreprendre ses interventions provocatrices : *« c'est bien la rencontre en elle-même qui nous ouvre la voie vers l'autre et nous permet à nous thérapeute de proposer une tâche incongrue, une hypothèse étonnante, un recadrage provoquant. »* (50)

Les interventions provocatrices utilisées visent à potentialiser l'alliance de travail quitte à rendre l'alliance moins « forte ». F. Farrelly soutient qu'« une alliance thérapeutique, si elle était d'autant plus forte, ou fusionnelle, pourrait perdre en efficacité ».

Ainsi, nous voyons qu'« alliance forte » et « alliance efficace » ne sont pas synonymes et qu'établir une alliance thérapeutique ne consiste pas toujours à aller dans le même sens que le patient. L'alliance thérapeutique la plus forte n'est pas la plus efficace. Les patients mettent parfois plus de changement en œuvre dans leur vie lorsqu'ils sont en désaccord avec leur thérapeute. C'est également le désaccordage qui permet le réaccordage. Ce qui est important c'est que les patients travaillent afin d'aller mieux. Tant mieux si la relation est bonne, mais c'est un aléa. **L'alliance thérapeutique n'a pas qu'à voir avec la force de la relation et elle n'est pas synonyme de relation thérapeutique, mais elle commence lorsqu'il y a co-création d'un espace de travail**, une coopération pour accomplir les objectifs fixés au cours d'une rencontre temporaire.

3.2. DERIVES DE L'ALLIANCE

L'alliance thérapeutique, nous l'avons vu, est essentielle en psychothérapie et ce notamment en participant à créer une adhésion à la psychothérapie, en constituant un élément clef du changement, en créant un contexte favorable au changement, mais aussi en créant une synchronisation entre patient et thérapeute qui permettra au thérapeute de pouvoir guider le patient, comme en faisant vivre au patient une expérience d'autonomie relationnelle. Nous venons de mettre en lumière que l'alliance peut être émaillée de moments de rupture, qui, s'ils sont réparés, peuvent contribuer à une alliance d'autant plus efficace pour la thérapie et autoriser le patient à se distancier également.

Cependant, toute alliance thérapeutique entre thérapeute et patient peut parfois avoir un revers et des dérives. Il arrive que ce revers domine et finisse par égarer le thérapeute ou par orienter la thérapie dans une impasse. Nous porterons notre attention sur les écueils de l'alliance qui nous apparaissent pouvoir être préoccupants. Une supervision des thérapeutes nous paraît essentielle pour éviter notamment les dérives et les mauvais ajustement de l'alliance dont nous parlerons.

3.2.1. QUAND L'ALLIANCE EST PRISE DANS UNE RELATION DE POUVOIR

La rencontre soignant-soigné est une rencontre singulière, par nature asymétrique et inégale. Toutefois, cette inégalité s'amplifie parfois, et l'alliance s'établit alors sur une relation thérapeutique fondée sur l'autorité et la soumission, ou sur le dévouement et la loyauté. Un enjeu éthique pour le thérapeute est de se rendre présent sans s'échapper dans l'exercice d'un pouvoir.

3.2.1.1. QU'ENTEND-ON PAR « RELATION DE POUVOIR » ?

Dans le cadre de la psychothérapie, le thérapeute en vient parfois à adopter une position haute permanente et systématique, « dominant » l'entretien, en prenant le contrôle avec autorité. Cette position peut aboutir à une posture de contrôle et de domination du patient, qui risque de se positionner en miroir dans la soumission.

Selon le sociologue allemand Max Weber (1864-1920), le pouvoir est la capacité d'imposer sa volonté dans le cadre d'une relation sociale, malgré les résistances éventuelles, mais aussi l'opportunité ou la possibilité existant dans une relation sociale permettant à un individu de satisfaire sa propre volonté. Nietzsche parlait de la volonté de pouvoir en tant qu'ambition en vue de satisfaire ses désirs.

Calquer ces définitions du pouvoir à la psychothérapie doit toutefois se faire avec la nuance importante de l'éthique soignante adoptée par le psychothérapeute, car si l'alliance thérapeutique peut-être prise dans une relation de pouvoir, le thérapeute lorsqu'il adopte cette posture le fait a priori pour servir ce qu'il juge être le bien du patient. Un thérapeute peut par exemple exiger de pouvoir voir ou communiquer avec les deux parents d'un enfant qu'il est amené à suivre, allant parfois contre le souhait de l'un des parents, pour, selon lui, servir l'enfant.

Robert Dahl (politologue américain) décrit différemment la relation de pouvoir. Il définit le pouvoir comme « *la capacité pour A (ou plusieurs individus) d'obtenir de B ce qu'il n'aurait pas fait sans l'intervention de A, telle la capacité pour A d'influencer un ou plusieurs individus* ». L'alliance thérapeutique s'inscrit parfois dans ce type de relation de pouvoir, selon lequel le thérapeute démontre une capacité à persuader ou à influencer le patient, basée sur ses compétences interpersonnelles. Cet aspect du pouvoir exercé par le thérapeute nous paraîtrait cependant être un écueil moindre et même pouvoir être souhaitable, toute communication impliquant intrinsèquement une manipulation. Encore faut-il que cette manipulation soit éthique.

Le soignant dans le domaine de la psychothérapie adopte parfois une posture autoritaire face au patient, posture qui nous semble cependant importante dans certains cas de figure. L'autorité est une forme de pouvoir mais ne doit pas être confondue pour autant avec le pouvoir en tant que tel. L'autorité désigne la capacité d'un individu à se faire respecter ; elle est selon M. Weber une qualité personnelle qui, dans la relation à autrui, permet d'exercer sa mission dans le cadre d'un pouvoir délégué. Et il nous semble important que le thérapeute se

place parfois en position haute, exposant ses limites avec autorité face au patient, concernant par exemple le cadre de la thérapie.

Y. Mairesse, psychologue clinicien, souligne dans un article que les relations de pouvoir rencontrées actuellement, dont celles pouvant s'exprimer entre patient et thérapeute, s'inscrivent en partie dans un contexte néo-libéral, poussant à l'instrumentalisation d'autrui (62). Cet auteur fait le constat que les thérapeutes sont de plus en plus sollicités par des personnes incapables de vivre des liens de réciprocité, attendant parfois du thérapeute qu'il se place dans une position de pouvoir.

3.2.1.2. POUVOIR EXERCE PAR LE THERAPEUTE OU ATTRIBUE AU THERAPEUTE PAR LE PATIENT ?

Lorsque l'alliance s'inscrit dans une relation de pouvoir non souhaitable pour le déroulé de la psychothérapie, s'agit-il d'un mode de relation imposée par le thérapeute, ou également soutenu ou validé par le patient ?

Plusieurs auteurs soutiennent qu'une relation ne peut s'établir et persister sans une contribution des deux protagonistes.

M. Delbrouck écrit dans son ouvrage qu'« *il existe ce que l'on appelle une complicité circulaire entre la personne qui subit la pression et celle qui l'exerce en ceci que celle qui la subit accepte, volontairement ou involontairement, d'entrer dans le jeu de l'autre. L'exercice du pouvoir implique de se trouver face à des personnes qui ont une disposition acquise à l'obéissance* ». Cet auteur souligne que la légitimité attribuée au pouvoir exercé, la croyance en la validité d'un ordre ou d'une relation sociale spécifique, est l'un des plus importants piliers d'une relation de domination qui s'exercerait. (63)

Maw Weber parlera de « *domination légale rationnelle* » pour évoquer la domination qui se base sur la croyance en la légalité de l'ordre établi et du droit de donner des ordres par ceux qui disposent de la compétence pour exercer la domination selon cet ordre. (64)

M. Foucault inscrit plus largement les relations de pouvoir dans la société, remarquant que « *Le pouvoir, étant le résultat des relations de pouvoir, est partout. Et les sujets ne peuvent pas être considérés comme indépendants de ces relations* ».

Ainsi, d'une conception du pouvoir comme la domination d'une personne, le pouvoir est actuellement compris comme un réseau complexe de relations, impliquant les deux protagonistes, à dire ici patient et thérapeute.

Mais faut-il se méfier de toute relation de pouvoir dans laquelle l'alliance thérapeutique s'inscrirait sans distinguo ? Ne s'agirait-il pas de reconnaître au psychothérapeute un certain « pouvoir expert », décrit par Weber comme « *dérivant des compétences ou de l'expertise de certaines personnes, type de pouvoir généralement très spécifique et limité au domaine particulier pour lequel l'expert est qualifié* » ? Le thérapeute reste en effet expert de la thérapie, face au patient restant, lui, expert de sa propre vie.

3.2.2. QUAND L'ALLIANCE ENGENDRE UNE DEPENDANCE AFFECTIVE

Si l'alliance entre thérapeute et patient **se trouve être très forte**, sans ruptures ni divergences, **cela ne risque-t-il pas de participer à créer une dépendance affective au thérapeute chez certains patients**, notamment ceux ayant un trouble de la personnalité de type personnalité dépendante ?

3.2.2.1. MAIS TOUT D'ABORD, QU'ENTEND-ON PAR « DEPENDANCE AFFECTIVE AU THERAPEUTE » ?

La dépendance relationnelle est définie dans le DSM IV *comme « un besoin intense et excessif d'être pris en charge, qui conduit à un comportement de soumission et d'attachement et à la peur de la séparation »*. Cette dépendance affective peut se manifester au sein de la relation thérapeutique également.

Greenberg et Bornstein soulignent que les patients étant dans une dépendance relationnelle ont tendance à être coopératifs et compliants aussi bien dans les traitements psychothérapeutiques que les traitements médicaux, mais que cette attitude n'est pas nécessairement un avantage pour une alliance efficace dans la psychothérapie et pourra même constituer une difficulté pour envisager la fin du traitement.(65)

M. Delbrouck, psychothérapeute, remarque dans son ouvrage que lorsqu'une dépendance relationnelle au thérapeute s'installe au cours du suivi psychothérapeutique, cette position du patient entre souvent en correspondance avec une position d'expertise du soignant. (63)

3.2.2.2. UNE DEPENDANCE AFFECTIVE AU SOIGNANT PEUT-ELLE AVOIR DES VERTUS THERAPEUTIQUES ?

Selon M. **Delbrouck**, il s'agit de différencier en psychothérapie les liens de dépendance problématiques des liens de « saine dépendance » de type parental qui peuvent s'avérer utiles dans une relation de confiance. D'après lui, dans le cas où la question des règles et d'une saine autorité parentale a manqué, le passage par un lien de type parental, à la fois nourricier et cadrant, sera indispensable. Il **soutient que ce lien de dépendance peut s'avérer utile dans un premier temps dans une relation psychothérapeutique**, que le patient adoptant cette posture relationnelle pourrait avoir davantage tendance à confier au psychothérapeute ses préoccupations et ses besoins.

Toutefois M. Delbrouck souligne qu'il s'agit de ne pas confondre alliance et paternalisme. Si les thérapeutes s'inscrivaient auparavant davantage dans un modèle paternaliste, la relation soignant-soigné a évolué et se situe aujourd'hui de plus en plus dans un modèle partenarial.

Malgré tout, certains thérapeutes exercent encore sur un mode paternaliste, prenant en charge ce qu'ils pensent être les intérêts du patient, décidant pour lui, sous la justification de leur objectivité supposée et de leur savoir. Cette approche peut parfois se justifier, comme dans le cadre de l'urgence (dans le contexte du risque suicidaire ou face à des personnes ne disposant plus de leur consentement éclairé). Cependant, elle risquerait hors de ce cadre de nier l'autonomie et la responsabilité du patient, pourtant susceptibles de favoriser grandement l'efficacité de la psychothérapie. De plus, **cette dépendance relationnelle serait**

préoccupante si elle entraîne pour les patients une posture relationnelle faite de retrait, de soumission et l'adoption d'une position basse systématique.

3.2.2.3. LORSQUE LA DEPENDANCE AFFECTIVE AU THERAPEUTE ILLUSTRE UNE PROBLEMATIQUE DU PATIENT SE REJOUANT

Lorsque le patient est pris lui-même dans un lien d'emprise ou de dépendance, ces liens vont parfois avoir tendance à se rejouer avec le thérapeute. Accepter que ces enjeux puissent se réactiver dans l'entretien sera pour le thérapeute un premier pas dans la démarche d'accompagner le patient à construire d'autres types de liens.

De même, chez une personne ayant une structure de personnalité de type borderline ou une personnalité dépendante, on peut observer parfois une propension à la régression, la tendance à développer une dépendance limitatrice.

Selon Salomon Nasielski, « cette tendance de certains patients à construire avec leur thérapeute un lien de dépendance est essentielle à prendre en compte, pour tenter de la prévenir, car cela sur-responsabilise le thérapeute et le met, temporairement au moins, hors de la zone où il peut agir de façon opérationnelle et utiliser des techniques d'autonomisation alors qu'elles sont indispensables au bon déroulement de la thérapie ». (61)

3.2.2.4. QUE FAIRE LORSQU' UN LIEN DE DEPENDANCE RELATIONNELLE S'INSTALLE ENTRE PATIENT ET THERAPEUTE ?

Dans les situations de dépendance relationnelle au thérapeute, le patient peut retraverser temporairement une modalité relationnelle régressive.

Selon B. Lutz, psychanalyste, un parallèle peut être fait entre la dépendance relationnelle au thérapeute et la régression s'installant par dépendance relationnelle dans les premiers stades

de la psychogénèse (44). D'après elle, « *Après revisitation de ces stades en psychothérapie, il s'agirait de résoudre ces aspects archaïques non résolus à l'époque et pour ce faire de travailler tout d'abord à instaurer un climat de sécurité et des réponses saines à ces besoins de base* ».

Ce type de relation peut toutefois également entraîner une abolition des espaces d'individuation. Il apparaît alors important pour le soignant d'être particulièrement attentif à respecter et faire respecter la bulle psychique du patient.

Salomon Nasielski, psychologue, écrivait dans un article paru en 2012 :

*« Il est important que le thérapeute marque sa distance et sa différence, avec les personnes qui, de manière constante ou occasionnelle, présentent une dépendance relationnelle, pouvant être interprétée comme une difficulté à établir ou à maintenir la distinction entre Moi et Non-Moi. Si cette **distanciation** n'avait pas lieu, le patient risquerait d'entrer dans une escalade émotionnelle ou somatique, comme cela peut-être le cas avec des relations trop fusionnelles et la relation thérapeutique s'enliserait. » (61).*

Un enjeu pour le psychothérapeute serait donc d'être sensible à percevoir une relation thérapeutique qui engendrerait une dépendance relationnelle du patient à lui-même. Ce constat fait, il nous paraît essentiel que le thérapeute s'interroge sur le contexte clinique dans lequel ce lien de dépendance affectif se manifeste, mais aussi qu'il s'attache à évaluer si cette dépendance affective a des vertus thérapeutiques ou si elle lui paraît non souhaitable, pour enfin l'accueillir avant d'adopter des stratégies thérapeutiques pour la dépasser.

Le but à poursuivre par le thérapeute serait de se rapprocher d'une distance soignant-soigné qui favorise la verbalisation du patient tout en ne mettant pas de côté l'expertise issue de son expérience.

3.2.3. JUGEMENT FAUSSE PAR L'ETABLISSEMENT D'UNE ALLIANCE FORTE

M.C Cabié et L. Isebaert postulent dans leur ouvrage que les thérapeutes qui sont pris dans une alliance trop forte ne seraient pas les plus à même d'apprécier avec réactivité et de mesurer l'aggravation de l'état clinique de leurs clients (23).

Et si l'établissement d'une alliance thérapeutique rendait le thérapeute moins objectif quant à son évaluation clinique ? La construction de l'alliance thérapeutique est empreinte d'une part importante de subjectivité. **Se centrer sur l'alliance ne risque-t-il pas par moment de détourner le thérapeute de l'objectivité dont il aurait davantage fait preuve en étant dans une relation d'évaluation et non dans une relation à visée psychothérapeutique ?**

Hannan et ses collaborateurs ont montré dans leur étude publiée en 2005 que même des cliniciens efficaces auraient de la peine à détecter précocement une aggravation clinique chez les patients qu'ils suivent. Ils ont, pour ce faire, comparé avec des méthodes actuarielles les prédictions que faisaient les thérapeutes de l'aggravation de l'état des clients. Bien que les thérapeutes connaissaient l'objectif de la recherche et la méthode de mesures utilisées, ils ont prédit avec exactitude la détérioration de l'état clinique du patient dans beaucoup moins de cas que ce que la méthode actuarielle (correctement utilisée) prédisait. (66).

3.2.4. QUAND L'ALLIANCE DERIVE VERS AUTRE CHOSE...

Il nous apparaît essentiel pour le thérapeute de travailler à construire davantage l'alliance thérapeutique avec le patient. Mais jusqu' où doit aller l'affiliation ? Quel peut être parfois son prix pour le thérapeute ?

Nous évoquerons des situations où l'établissement de l'alliance entraîne d'autres dérives et ne nous semble pas souhaitable alors pour le thérapeute, ou encore pour le patient.

3.2.4.1. LORSQUE LA RELATION DERANGE LE THERAPEUTE

Pour beaucoup, un psychothérapeute « doit écouter ». Et cependant, une telle écoute peut-elle toujours se faire ? Est-elle toujours souhaitable ? Car écouter implique chez le thérapeute de la disponibilité, mais aussi la gestion de ses limites. Le thérapeute doit certes développer ses capacités à être en lien avec le patient, mais nous soutenons qu'il ne doit pas le faire à tout prix.

Nous discuterons de situations où la relation thérapeutique peut déranger le thérapeute, le met à mal, au point où l'entretien avec le patient n'est plus thérapeutique. Nous évoquerons aussi d'autres contextes où le thérapeute perd sa juste distance relationnelle permettant un équilibre entre centration sur soi et sur l'autre.

Lorsque le thérapeute fait preuve d'un excès d'empathie

En psychothérapie, nous pensons qu'un équilibre entre centration sur soi et sur l'autre est essentielle pour le thérapeute. Pour bien communiquer, il nous paraît important que le thérapeute réalise un aller-retour entre ces deux mouvements, pour trouver un juste équilibre relationnel. Certains auteurs soutiennent qu'une centration plus axée sur le patient (comme dans le cas où le thérapeute manifeste un excès d'empathie) peut provoquer chez le thérapeute des émotions négatives qui, si elles deviennent chroniques, pourraient provoquer un burn-out.

Ainsi, M. Delbrouck soutient dans son ouvrage paru en 2017 qu'« **un excès d'empathie du thérapeute pour le patient** risque d'amener à une contagion émotionnelle avec ses propres affects, qui peut l'amener à ressentir une « **détresse empathique** » et pourrait le conduire à un **burn-out**. » D'après lui, un tel épuisement professionnel pourrait se produire par épuisement émotionnel, ce qui le conduirait à déshumaniser la relation à l'autre et lui apporterait un sentiment d'échec personnel. (63)

Mathieu Ricard parlait dans l'un de ses ouvrages d'un « **épuisement compassionnel** », qui pouvait résulter de la résonance empathique. (67)

Selon S. Tisseron dans un article publié en 2012 : « *Lorsque le thérapeute éprouve une « empathie excessive » face aux patient, leur détresse peut finir par lui paraître si intense et insupportable qu'elle peut générer en lui un retrait émotionnel destiné à se protéger.* » (68)

Dominique Megglé écrira dans l'un de ses ouvrages paru en 2002 : « *Le soignant, s'il veut communiquer, nécessite d'être centré, en accord avec lui-même et d'être en présence de lui-même. Les entretiens psychothérapeutiques ne seront fructueux que dans la mesure où le soignant n'est pas débordé par ses propres émotions ou envahi par celles de son patient. Cette capacité de centration sur soi demande une volonté délibérée d'y être attentif. Or, la volonté de communiquer, ainsi que certains apprentissages en psychothérapie nous enjoignent de nous orienter vers l'autre plus que vers soi.* » (69)

Lorsque le thérapeute dépasse ses limites

Parmi les difficultés à écouter rencontrées par le psychothérapeute, nous notons celles qui le mettent face à ses limites. Lorsque la relation le plonge dans l'inconfort, le blesse, entre trop en contradiction avec ses valeurs et dépasse ainsi ses limites. Nous soutenons que le thérapeute doit respecter pour lui-même une forme d'auto vigilance et d'autoprotection et exprimer un droit de réserve au suivi ou à la poursuite d'un entretien si son confort n'est plus possible, car écouter implique aussi la gestion de ses propres limites.

D'après M. Delbrouck dans son ouvrage paru en 2017 :

*« L'éthique spécifique de **la formation du psychothérapeute implique différents types de connaissances** : un savoir en psychologie et psychopathologie, la connaissance de soi-même, des compétences réflexives, des compétences interactives (basées sur les techniques de communication), **mais aussi avant tout la connaissance de ses limites au désir de soigner** ». (63)*

P. Aïm soulignait dans un ouvrage publié en 2017 :

*« Le thérapeute ne peut être efficace que s'il se sent un minimum à l'aise. Dans l'inconfort, on ne peut que risquer de transmettre cet inconfort et d'échouer dans l'application de toute technique. Ainsi, de façon « politiquement incorrecte », mais ferme et déterminée, nous irons jusqu' à dire que le confort du thérapeute est primordial et prioritaire. En somme, **pour aider quelqu'un, il faut être en état de le faire**. Il s'agit pour le thérapeute de connaître ses limites et de dire qu'elles sont atteintes si elles le sont : le patient doit en être informé et l'entretien doit s'arrêter. » (21)*

F. Bernard et H. Musellec rapportaient en 2013 dans leur ouvrage que :

« Le psychothérapeute doit veiller à ce qu'il dispose suffisamment de ressources psychologiques pour entamer une psychothérapie avant de s'y engager avec le patient ». Ils ajoutent que les conditions relationnelles et matérielles d'un entretien doivent toujours être pensées : « il ne suffit pas d'offrir à nos patients un espace d'accueil, de sécurité qui leur permette de se livrer. Il faut également que cette ouverture puisse se faire dans un contexte et un cadre bien défini. » (70).

M. Delbrouck va dans le même sens, et remarque :

« qu'il y a des situations où écouter met à mal le soignant, comme lorsqu'il s'agit d'accueillir la destructivité et la dissociation présente chez certains de nos patients en grande détresse psychique. Le thérapeute peut être blessé lors d'attaques de certains patients. Placer un cadre externe et renforcer son cadre interne sera alors tout à fait indispensable. ». Cet auteur parle aussi des compétences utiles au thérapeute dans le lien psychothérapeutique, énonçant notamment les compétences affectives et réflexives en jeu, précisant que **« la compétence réflexive, ne l'oublions pas, comporte aussi la capacité d'auto-évaluation métacognitive et méta-émotionnelle, essentielle au thérapeute pour ne pas outrepasser ses limites »**. (63)

Thierry Servillat, un psychothérapeute transmettait dans un de ses enseignements qu'il est important que le thérapeute connaisse son fonctionnement interne, ses compétences et ses limites et qu'il soit suffisamment authentique et honnête pour ne pas prendre en charge un patient qui réactive ses émotions d'une façon embarrassante voire paralysante, sans quoi la relation patient-thérapeute courrait à l'échec. Selon lui, ces limites émotionnelles du thérapeute lui sont exprimées en partie par ses ressentis corporels : *« Si vous êtes mal à l'aise dans votre corps, il faut vous poser la question : que se passe-t-il dans la relation ? »*.

Contradiction trop importante avec les valeurs du thérapeute

L'alliance thérapeutique peut-elle s'établir lorsque la relation thérapeutique entre trop en contradiction avec les valeurs du thérapeute ? L'éthique soignante est soutenue en partie par les valeurs personnelles du soignant. Ainsi, pour que la relation puisse avoir une visée thérapeutique, le thérapeute ne doit-il pas être en accord avec lui-même ?

Selon D. Megglé (2002), *« L'établissement d'un lien thérapeutique nécessite pour le thérapeute le respect profond de ses propres croyances et priorités »*. (69)

L'un des points évoqués par Carl Rogers pour une bonne relation thérapeutique est une relation chaleureuse. Ce peut être compliqué lorsque le thérapeute est agacé par son patient. Le thérapeute doit donc travailler de son côté à développer ses capacités à être en lien avec

son patient, qu'il le trouve ou non sympathique. D'après lui, « *Si vraiment le thérapeute ne peut faire germer la moindre graine de sympathie et n'éprouve que de l'agacement, voire du rejet à l'égard de son patient, alors il est opportun que le thérapeute passe la main. Il en est parfois de même lorsque les valeurs fondamentales du thérapeute et du patient sont en contradiction.* » (56)

Marie Arnaud, psychologue et psychothérapeute relate ainsi le cas d'une psychiatre vue en supervision qui suivait un patient avec qui l'alliance ne pouvait s'établir. Le patient selon ses propos disait passer une importante partie de son temps à « tuer des animaux pour le plaisir » et la thérapeute était militante écologiste. (71)

Le thérapeute entre en relation également avec et par ce qu'il est, ce qui lui importe, ses valeurs et **l'alliance ne peut parfois s'établir lorsque la relation entre trop en contradiction avec les valeurs du thérapeute.**

Et cependant, ne peut-on pas construire l'alliance thérapeutique lorsque nos valeurs ne sont pas les mêmes ? Car **l'alliance n'est pas uniquement synonyme de « relation thérapeutique », mais est également faite de la collaboration de travail à atteindre les objectifs fixés pour la thérapie, que le patient soit ou non trouvé sympathique par le thérapeute.**

Ainsi, nous soutenons que l'alliance thérapeutique nécessite contact, engagement mais également désengagement et retrait. Il s'agit pour le thérapeute de trouver la juste distance avec une juste empathie. Nous proposons une posture thérapeutique nourrie d'ajustements, de réserve chaleureuse et/ou d'implication contrôlée en fonction des situations rencontrées.

3.3.4.2. LORSQU'IL NE S'AGIT PAS D'ALLIANCE

L'alliance thérapeutique consiste, nous l'avons vu, en une collaboration mutuelle, un partenariat entre patient et thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés. Parfois

pourtant, cette collaboration n'est pas visée. C'est le cas lorsque nous ne nous situons pas dans le cadre d'intervention d'une relation thérapeutique, mais dans un autre contexte, comme celui de l'urgence, de la protection d'autrui, ou encore de la relation en vue d'une évaluation clinique et d'une orientation. Nous expliciterons succinctement notre position.

Nous entendons par situation d'urgence les situations qui peuvent entraîner un préjudice pour le patient ou pour autrui s'il n'y est pas porté remède à bref délai. Nous parlons là des urgences psychiatriques, lorsque le patient est dans une situation psychique critique, par son état clinique, par un risque qu'il ferait subir à son entourage ou à lui-même, ou par des maltraitances subies. Il en est ainsi notamment des situations d'agitation aiguë, d'auto ou d'hétéro-agressivité, de risque suicidaire évalué élevé, des situations de décompensation psychique aiguës, ou de mises en danger par l'entourage ou de l'entourage. Dans ces cas de figure, il ne s'agit pas de travailler à établir l'alliance thérapeutique, mais de prendre en charge l'urgence présentée, en traitant ou en transférant le patient dans un lieu de prise en charge adaptée, voire en réalisant un signalement administratif ou judiciaire pour une évaluation plus poussée de la situation d'urgence lorsqu'il y a mise en danger de personnes n'étant pas aptes à se protéger (enfants, personnes en situation de handicap). Le thérapeute n'est pas alors à proprement parler dans une relation thérapeutique, de l'ordre d'une demande et d'un travail commun pour atteindre un objectif, donc pas dans un cadre où l'alliance thérapeutique peut réellement se construire.

Mais s'il ne s'agit pas d'alliance, le thérapeute se doit malgré tout de veiller à la qualité du lien humain dans ces situations, celui-ci restant absolument nécessaire, donnant bien souvent au patient un ressenti de la prise en charge de l'urgence différent.

Dans le contexte d'une évaluation en vue d'éclaircir un tableau clinique, de poser un diagnostic, de fournir des conseils ou d'orienter le patient, il ne s'agit pas non plus de se centrer sur le tissage d'une alliance thérapeutique : le cadre d'intervention du thérapeute est alors autre que celui de la psychothérapie.

Nous ferons toutefois remarquer comme concernant la prise en charge de situations urgentes, que la qualité du lien humain et de la communication reste essentielle dans le cadre d'une évaluation clinique ou d'une orientation du patient. Et ce, car le domaine relationnel est l'un

des domaines concernés par l'évaluation clinique et car la relation qui s'établira conditionnera en partie la poursuite du parcours thérapeutique de la personne.

Dans le cadre d'une relation thérapeutique en vue d'une évaluation, ou plus encore, dans le contexte de l'urgence, un écueil serait de s'attacher à tisser une alliance thérapeutique de qualité, à défaut peut-être de se conformer au cadre d'intervention nécessité, pour plus d'objectivité et de réactivité. Dans ces deux domaines, si la qualité du lien humain reste fondamentale, elle ne doit pas être l'objectif premier du thérapeute.

III. FACTEURS INFLUENCANT L'ALLIANCE, A REPERER DANS LE MEME TEMPS

I. TABLEAU DIAGNOSTIQUE, REPERER UN TROUBLE DE L'ATTACHEMENT

Une évaluation par le psychothérapeute du tableau diagnostique présenté par le patient rencontré nous semble indispensable, au-delà-même des enjeux d'évaluation diagnostique, tant celui-ci pourra interférer dans l'établissement de l'alliance thérapeutique ou nécessiter des interventions bien particulières pour que l'alliance s'établisse au mieux.

Certains troubles psychiques, comme les troubles de l'attachement, les troubles de la personnalité, les troubles du spectre autistique, les troubles psychotiques ou les déficiences mentales notamment **vont en effet modifier de façon importante les rapports interpersonnels, dont la relation thérapeutique.** Diagnostiquer ces affections va permettre également au thérapeute de **fournir des réponses plus adaptées et ainsi de favoriser le lien thérapeutique.** Plus d'attention portée au tableau diagnostique va permettre d'**évaluer le niveau d'alliance thérapeutique présent via ce prisme.** De fréquentes attaques de l'alliance pourront alors être lues comme s'intégrant également dans le cadre plus global du trouble psychique du patient.

Cette attention portée au diagnostic est vue par M. Delbrouck dans son ouvrage (63) comme indispensable, en médecine comme en psychothérapie. L'auteur remarque que toutes les écoles de psychothérapies ne font pas l'unanimité quant à la question du diagnostic. Et pourtant, si traditionnellement, la question de l'établissement du diagnostic est réservée au corps médical, il lui semble que le psychologue, le psychanalyste et le psychothérapeute doivent être capable d'émettre des hypothèses diagnostiques. Leur compétence en matière de psychodiagnostic et de psychopathologie sont indispensables et font actuellement partie des compétences exigées pour l'exercice de la psychothérapie et de la psychologie dans de nombreux pays. D'après M. Delbrouck, la compétence diagnostique comporte divers éléments, *« comme la capacité d'analyser finement la demande du patient, d'évaluer la stratégie d'intervention adaptée aux exigences de la situation clinique, la capacité de diagnostiquer un trouble mental majeur, ou de suspecter une pathologie mentale d'origine*

organique, mais aussi la capacité de dépister les urgences (état suicidaire, pulsions meurtrières...) ou la capacité d'appréhender de manière multiaxiale la complexité bio-psycho-sociale des affections mentales et organiques ». (63)

Selon M. Balint, cette démarche diagnostique serait nécessaire au médecin comme au psychothérapeute et inclurait un diagnostic centré sur la maladie, mais aussi un diagnostic plus global, une vue d'ensemble de l'état psychique et affectif du patient, comme de ses rapports avec lui-même et autrui, incluant son thérapeute. *« Une anamnèse ouverte sur tous les aspects cliniques et environnementaux du patient permet d'élargir des pistes de traitement. Les traitements et réponses donnés peuvent être plus appropriés et plus ajustés. Nous pouvons imaginer que l'alliance thérapeutique n'en sera que meilleure. »* Selon M. Balint, la compétence réflexive, indispensable au psychothérapeute, inclut pleinement les connaissances cliniques qui lui seront indispensables pour relier la situation présente à des concepts, des hypothèses diagnostiques et des pistes de traitement. (74)

Rodgers et ses collaborateurs écriront dans un article publié en 2010 (34) que la démarche diagnostique fait partie intégrante de ce qu'il est nécessaire au praticien de repérer en vue de favoriser l'alliance :

« Certaines caractéristiques du patient semblent favoriser la mise en place d'une bonne alliance. Elles peuvent se regrouper en 3 catégories : les aspects diagnostiques, les capacités interpersonnelles en termes de relations sociales et d'événements de vie stressants et enfin, les dynamiques intrapersonnelles regroupant la motivation de changement ainsi que les relations d'objets et styles d'attachement. »
(75)

Soutenant que le tableau diagnostique présenté par le patient peut parfois entraver fortement l'établissement de l'alliance thérapeutique, nous exposerons dans les grandes lignes en quoi certains troubles psychiques peuvent complexifier l'alliance thérapeutique. Nous pensons que de nombreuses affections psychiques pourraient rendre l'établissement de l'alliance moins aisé, notamment les troubles de l'attachement, les troubles psychotiques chroniques, les troubles du spectre autistique et les déficiences mentales. Cette liste n'est en rien exhaustive mais ces affections nous semblent être parmi les troubles psychiques pouvant nécessiter le

plus d'adaptations spécifiques du thérapeute pour que l'alliance se construise au mieux, ou celles comportant le plus de difficultés relationnelles interpersonnelles.

Nous centrerons ici notre propos sur les troubles de l'attachement.

En effet, les capacités de créer un lien thérapeutique ou de le recevoir dépendraient en grande partie des premiers investissements relationnels avec les figures d'attachement dès le plus jeune âge, selon plusieurs auteurs. Qui dit alliance thérapeutique dit relation et l'établissement d'une relation de qualité dépend également de la capacité fondamentale à former une relation stable, capacité enracinée dans les relations précoces parents-enfants.

Plusieurs auteurs proposent ainsi de lire la qualité de l'alliance thérapeutique à la lumière de la modalité d'attachement du patient, observant une **corrélacion entre la qualité de l'attachement et la qualité de l'alliance thérapeutique**. Ils font le postulat qu'une **mauvaise alliance thérapeutique pourrait être due à un type d'attachement insécure** (évitant, ambivalent, ou désorganisé). Selon les théoriciens de l'attachement, les personnes ayant un trouble de l'attachement rentrent en relation de manière moins aisée. Le repérage par le thérapeute d'un trouble de l'attachement chez un patient suivi en thérapie pourrait le rendre plus ouvert et tolérant vis-à-vis de ces difficultés de communication et d'établissement de la relation.

Mais tout d'abord, qu'entend-on par le terme « attachement » et en quoi une prise de conscience du style d'attachement des patients pourrait être important au thérapeute pour construire au mieux l'alliance ?

Le terme d'attachement se réfère au concept élaboré par le psychiatre John **Bowlby** dans la deuxième moitié du 20ème siècle. Le lien d'attachement est un lien affectif privilégié que l'on établit avec une personne spécifique, dans la petite enfance préférentiellement. Le petit enfant se tourne auprès de cette personne pour obtenir du réconfort en cas de détresse (phénomène de havre de sécurité) et retrouver ainsi un sentiment de sécurité interne qui va lui permettre de retourner explorer le monde (phénomène de base de sécurité). (76)

Winnicott soulignera également par la suite dans ses travaux l'importance d'un environnement précoce sécure dans l'établissement du lien et de la confiance.

Cependant, que pourrait permettre un repérage plus systématique des troubles de l'attachement chez les patients par le thérapeute ?

E. Zetzel affirmait que **l'alliance est dépendante de la capacité fondamentale à former une relation stable, capacité enracinée dans les relations précoces parents-enfants.**

Plusieurs auteurs insistent sur **l'importance de la prise en compte du style d'attachement du patient par le thérapeute** au sein de la relation thérapeutique, **afin de lui permettre :**

- « *de mettre en place des dispositions thérapeutiques adaptées qui vont améliorer la probabilité d'établir ou de maintenir une alliance thérapeutique avec le patient* », (Attale et Consoli, 2005) (77) ;

- « *de développer davantage d'empathie pour le patient, dans le cas de relations thérapeutiques difficiles, à la place d'un sentiment de frustration nuisible à la relation* » (Rodgers et al., 2010.) (75) ;

- « *d'avoir une autre grille de lecture de la demande d'aide* » (Guedeney, 2006) (76).

D'après Guedeney, les patients ayant un style d'attachement « sécuritaire » vont plus aisément reconnaître leur vulnérabilité ; ils vont avoir tendance à faire confiance aux autres pour leur apporter de l'aide et même à s'autoriser à exprimer les sentiments « négatifs » que peut générer le trouble psychique (anxiété, colère etc.), sans que cela vienne altérer la relation avec les soignants.

Au contraire, selon cet auteur, les **patients « insécures »** peuvent quant à eux **éprouver des difficultés** à admettre leurs symptômes et **à estimer qu'ils méritent de l'aide**. Ils peuvent alors se montrer réticents à faire confiance aux soignants, voire même hostiles. (78) ;

- « *pour travailler une relation de support* (le thérapeute apportant un maximum de sécurité dans la relation, jouant le rôle d'une figure d'attachement « sécurisante »), **dont l'objectif est le développement d'une alliance** », comme le propose E. Zetzel. Selon elle, il s'agit alors pour le thérapeute de participer à panser les blessures précoces d'attachement du patient en offrant une base sécuritaire de relation, par une relation thérapeute-patient sécurisante ;

- « *d'améliorer la qualité de l'alliance thérapeutique en place, en comprenant mieux les comportements du patient* » (Mistycki, 2007) (78).

Certains auteurs souligneront que les modalités d'attachement de la personne seraient, de plus, particulièrement mises en jeu dans le contexte de la demande d'aide en psychothérapie.

Mistycki et Guedeney écriront dans un article paru en 2007 que **les troubles psychiatriques créent un sentiment de vulnérabilité, qui active le système d'attachement** et va influencer à son tour les comportements du patient dans sa manière d'exprimer les symptômes, dans sa recherche de soin, puis dans son observance au traitement. (78)

Bowlby affirmait en 1988 que « *toute demande d'aide réactive les stratégies protectrices liées au système d'attachement de la personne, qui doivent être prises en compte par le thérapeute, afin de diminuer l'angoisse soulevée par la rencontre et de faire en sorte que le thérapeute et le contexte thérapeutique proposé puissent devenir une base de sécurité* ». « *Car nous avons tendance à envisager l'établissement d'un lien entre thérapeute et patient comme sécurisant, alors que certains patients le percevront comme potentiellement menaçant, comportant en son sein un risque de rupture, de séparation, ce qui pourrait réactiver des traumatismes vécus en termes d'attachement.* » (79).

Comme nous avons pu le voir à travers les travaux de différents auteurs, **la qualité du lien interpersonnel, dont le lien entre patients et thérapeutes, dépend en partie de la modalité d'attachement des personnes.**

Il nous paraît ainsi essentiel que le thérapeute soit attentif aux modalités d'attachement du patient, particulièrement lorsqu'il s'interroge sur la qualité de l'alliance thérapeutique présente et pour mieux construire cette dernière. Il pourra ainsi mieux adapter ses interventions et porter un regard différent sur les difficultés relationnelles pouvant survenir au sein de la relation thérapeutique.

2. REPRESENTATIONS INITIALES DU PATIENT ENVERS LE THERAPEUTE ET SON PROBLEME

« Dans l'idéal, les thérapeutes devraient choisir pour chaque patient la thérapie qui s'accorde, ou qu'on peut faire accorder, avec les caractéristiques personnelles du patient et avec ses représentations du problème ».

Jerome Frank, 1961

Parmi les éléments à repérer, pouvant influencer l'alliance, il nous semble important de mentionner les représentations du patient envers la thérapie comme envers son problème, ainsi que ce qu'il attend d'un thérapeute. Il s'agirait **que le thérapeute y soit sensible**, pour les connaître dans la mesure du possible, **afin de tendre à une adéquation des représentations** du patient et des siennes.

Nous définirons cette notion puis illustrerons notre propos par les réflexions de quelques auteurs s'étant penchés sur cette question.

D'après le Larousse, une représentation en psychologie est *« une perception, une image mentale, dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, etc., du monde dans lequel vit le sujet »*. G. Malglaive et son équipe (1994) définiront le terme de « représentation » comme *« un modèle personnel d'organisation des connaissances par rapport à un problème particulier »*.

Dès lors, en quoi une attention portée aux représentations du patient par le thérapeute et aux siennes propres pour tendre à une adéquation pourrait s'avérer être un enjeu important pour la construction d'une alliance de qualité ?

Paul Hoch faisait part de sa position à ce propos en 1955 : *« Nous croyons qu'il serait avantageux d'explicitier les propres idées des clients sur la psychothérapie et ce qu'ils en attendent »*.

Hervé et Maury mentionneront dans un article paru en 2004 que :

« La mise en œuvre d'une aide, quelle qu'elle soit, nécessite un minimum de confiance et de représentations communes. Les attentes et les représentations de la famille et des professionnels peuvent différer de façon importante au départ. Un temps d'ajustement réciproque s'avère le plus souvent nécessaire et devrait constituer un des premiers objectifs du professionnel. » Les auteurs précisent que *« Parmi les types d'alliances problématiques, on peut repérer des difficultés du fait d'un décalage trop important entre les représentations des patients et celles des professionnels. »* (80)

P. Robin-Quach soutiendra dans un article publié en 2009 que :

« Connaître les représentations que se fait le patient sur sa problématique et ses besoins permet d'élaborer avec lui un accompagnement adapté, d'optimiser l'alliance thérapeutique et de remédier à certaines difficultés dans sa construction. »

L'auteur précise ses propos : *« Nous entendons par ces représentations les préconceptions du patient portant sur le thérapeute, la façon dont le patient perçoit le fait d'entreprendre une thérapie, ses représentations de l'aide du thérapeute (ses attentes relationnelles), ses représentations de sa souffrance et de ses difficultés, ainsi que sa représentation des objectifs pour la thérapie (ses attentes de résultats). »* (81)

Selon Duncan et son équipe (1992) :

« Pour construire le changement, il faut chercher des idées orientées vers le changement, qui valident l'opinion du client sur ce qui peut aider ». (82)

D'après M.C. Cabié et L. Isebaert (2015) :

« Trouver un cadre pour la thérapie en laquelle vous et votre patient pouvez croire donne tout sens au fait d'interroger les clients sur leurs idées, leur modèle explicatoire de leur problématique et sur la façon de procéder, ou du moins d'obtenir leur accord avec la stratégie thérapeutique. » (23)

Elkin et ses collaborateurs écriront dans leur étude parue en 1989 :

« Le fait que les clients trouvent que le traitement leur convient, qu'il soit en accord avec leurs croyances sur l'origine de leur problème et sur ce qui peut les aider contribue à ce qu'ils s'engagent rapidement, qu'ils continuent la thérapie et qu'ils développent une alliance positive. » (83)

Selon Bachelor et Horvath (1999) :

« Pour être en harmonie avec l'idée que se fait le client de la relation, le thérapeute doit surveiller les réactions du client au processus lui-même et rectifier si nécessaire sa façon de faire pour adapter la thérapie aux attentes du client. Les clients diffèrent largement dans l'expérience qu'ils ont de ce qu'est une bonne relation. Le fait de vérifier auprès des clients leurs attentes et perceptions peut permettre d'ajuster la relation aux besoins personnels du client. »

Les auteurs précisent que : *« Cela exige également une forte dose de souplesse chez le thérapeute et une bonne disposition à changer son style personnel de relation pour correspondre à ce que le client trouve bénéfique. Certains clients, par exemple, vont préférer une attitude formelle ou professionnelle à une attitude détendue ou plus chaleureuse. D'autres pourraient préférer que le thérapeute leur en révèle plus sur eux-mêmes, ou qu'il soit plus directif, ou que l'on se focalise sur leurs symptômes ou sur leurs éventuelles significations sous-jacentes, ou que l'on adopte un rythme plus tranquille dans le travail thérapeutique. Pour résumer, pour se mettre à l'unisson des opinions du client sur la relation, il faut refléter les idées qu'à le client de l'empathie et des autres conditions essentielles ; être souple, voire faire des expériences et s'autoriser à être beaucoup de choses pour beaucoup de gens-en utilisant nos multiples dimensions pour convenir à l'idée que se fait le client du rôle du thérapeute. » (84)*

George Kelly, psychologue, écrira dans son ouvrage paru en 1955 :

« Chaque individu s'est construit une théorie personnelle, une théorie scientifique qui vaut la peine d'être prise en compte dans la procédure thérapeutique ». (85)

Plus tard, Torrey soutenait en 1972 que la condition préalable d'une thérapie réussie est de partager les mêmes croyances que le client à la fois sur les causes et sur le traitement des problématiques des clients, au moins partiellement. L'auteur soutenait que « *beaucoup des différends classiques qui surviennent entre les clients et les thérapeutes peuvent être attribués aux différences existant dans leurs théories sur l'étiologie et le traitement* ». (86)

De même, Brickman et son équipe (1982) formulaient l'hypothèse selon laquelle « bien des problèmes caractérisant les relations entre patient et thérapeute viennent du fait que les deux parties appliquent des modèles qui ne sont pas en phase. » (87)

J. Billon-Descarpentries (2003) reconnaît elle aussi les enjeux d'un meilleur repérage des représentations des patients en termes d'alliance, mais expose la complexité d'une telle approche :

« La notion de représentation est complexe. Elle est l'idée que l'on se fait de quelque chose. Elle se trouve au carrefour de plusieurs disciplines comme la sociologie, la psychologie, l'anthropologie, la pédagogie. Les représentations d'une personne sont un phénomène à la fois individuel et social. Elles sont liées aux croyances, aux normes, aux valeurs, et aux représentations sociales véhiculées par l'individu comme par son entourage. »

3. PRISE EN COMPTE DES MECANISMES DE DEFENSE DU PATIENT POUR S'Y AJUSTER

« Le seul homme que je connaisse qui se conduise raisonnablement est mon tailleur ; il reprend mes mesures à chaque fois qu'il me revoit. Les autres restent avec leurs vieilles mesures et s'attendent à ce que moi, je m'y ajuste. »

George Bernard Shaw

Chaque patient, aux vues de son individualité, de ses problématiques spécifiques, mais aussi de ses défenses et de la position qu'il adopte face aux soins, requiert une prise en charge

personnalisée, adaptée à ce qu'il est et ce qu'il présente. Plusieurs auteurs mentionnent qu'il serait important que le thérapeute repère les mécanismes de défense de la personne pour tenter de s'y ajuster : selon eux, cette approche favoriserait l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique.

Nous verrons que sont les mécanismes de défense, puis citerons les travaux du groupe de Recherche sur L'Alliance à Lausanne (GRAL), soutenant que leur repérage pourrait potentialiser l'alliance thérapeutique.

Les mécanismes de défense ont été mis en lumière par S. Freud. et désignent en psychanalyse les procédés inconscients employés principalement par le Moi dans différentes organisations psychiques comme les névroses. Anna Freud centrera particulièrement ses travaux sur ce sujet.

Parmi les mécanismes de défense décrits, on nomme : le refoulement, la régression, la formation réactionnelle, l'isolation de l'affect, l'annulation rétroactive, la projection, l'introjection, le retournement contre soi, la sublimation, le clivage, la dénégation, la mise à l'écart, l'humour, le déni et la rationalisation.

Le Groupe de Recherche sur l'Alliance de Lausanne (GRAL) explorera en quoi l'adéquation du thérapeute aux caractéristiques dynamiques du patient pourrait potentialiser l'alliance, construisant le modèle empirique de l'adéquation. L'exemple de l'ajustement aux défenses du patient par le psychothérapeute sera pris pour étudier la validité de ce modèle.

Despland et son équipe mettront ainsi en évidence dans leurs études des **corrélations significatives entre le niveau d'alliance et l'adéquation des interventions du thérapeute au fonctionnement défensif du patient**, repéré au préalable. (72)

Foreman et Marmar (1985) avaient également montré plus tôt, chez des patients qui présentaient une alliance initialement basse, une **nette amélioration de l'alliance lorsque les thérapeutes prenaient activement en compte leurs mécanismes de défenses**. Ces auteurs avaient souligné combien l'ajustement du thérapeute aux mécanismes défensifs du patient au cours de ses interventions d'explorations, de soutien, ou d'accompagnement au changement, jouaient un rôle dans la construction d'une alliance solide avec le patient. (73)

Ainsi, selon ces travaux, les mécanismes de défense des patients pourraient être l'un des paramètres importants à repérer en entretien, afin que le thérapeute les prenne plus en compte et s'y ajuste, pour construire au mieux l'alliance thérapeutique.

IV. COMMENT EVALUER L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE ?

« Aussi belle que soit la stratégie, de temps en temps il faut regarder les résultats »

Sir Winston Churchill

I. PRINCIPALES ECHELLES D'EVALUATION DANS UN CONTEXTE DE RECHERCHE : à la poursuite de l'objectivité maximale

I.1. DE QUELLES ECHELLES PARLE-T-ON ?

Des échelles d'évaluation de l'alliance ont peu à peu été construites pour évaluer la qualité de l'alliance thérapeutique en recherche clinique. Les études ayant conduit au développement d'échelles de mesure de l'alliance thérapeutique sont principalement celles de Hougaard, 1994 (88), Horvath (1994), Horvath et Luborsky (1993) (89) et de Luborsky (1994).

Selon Despland et son équipe (3), les instruments d'évaluation les plus courants dans ce domaine s'appuient tous sur trois méthodes de cotation :

- un **auto-questionnaire** rempli par le **patient** après la séance
- un **auto-questionnaire** complété par le **thérapeute** après la séance
- un **questionnaire** rempli par un ou plusieurs **observateurs externes** sur la base d'un enregistrement vidéo ou audio de la séance de psychothérapie.

Les résultats n'étant pas toujours identiques suivant la méthode, les auteurs conseillent fortement d'utiliser au minimum deux méthodes différentes parmi celles citées ci-dessus.

Selon le Meur et ses collaborateurs (90), de nombreuses études réalisées avec ces échelles depuis plusieurs dizaines d'années ont montré que la **qualité de l'alliance, mesurée à un**

stade précoce de la psychothérapie, anticipait ses résultats. Parmi ces études, on peut citer l'étude de Lambert et Barley (91).

Il existe une douzaine d'instruments permettant de mesurer l'alliance en recherche clinique, dont **six couramment utilisés** selon Horvath et Luborsky (1993) (89).

Nous présenterons cinq des principales échelles : le questionnaire d'alliance aidante de Luborsky, le Working Alliance Inventory (WAI, de Horvath et Greenberg, 1989) (92) ; le Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS, de Hartley et Strupp, 1983) (93) ; la California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS, de C.R Marmar et L. Gaston, 1989 (94) et le Helping alliance questionnaire (HAQ) (95). Plusieurs auteurs s'accordent à dire que ces échelles ont démontré leur facilité d'utilisation et posséderaient de bonnes qualités psychométriques et une bonne convergence dans la mesure du concept d'alliance (Cecero et coll., 2001). **Chacune de ces échelles tient compte du caractère « coconstruit » de l'alliance**, soit tant de la contribution du patient que de celle du thérapeute, qui sont en interaction et évaluent deux aspects centraux de l'alliance : l'attachement interpersonnel et la collaboration. Martin et al. (2000) constatent par leur méta-analyse, que tous ces instruments se vaudraient dans l'évaluation de l'alliance thérapeutique (96). Ils remarquent cependant que le **WAI et le CALPAS** sont les deux instruments **les plus utilisés** dans les études comparativement aux autres mesures de l'alliance thérapeutique.

Nous résumerons dans les grandes lignes chacun des instruments d'évaluation de l'alliance utilisés en recherche clinique que nous exposerons.

I.I.I. QUESTIONNAIRE D'ALLIANCE AIDANTE DE LUBORSKY

Lester Luborsky proposera à partir de 1976 un questionnaire d'alliance *aidante*. Il distingue, selon les phases de la thérapie, **deux types d'alliance « aidante », qu'il place sur un continuum :**

-Une **alliance de « type 1 »**, plus évidente **en début de thérapie**, qui lui semble plutôt être **déterminée par la possibilité de contenance offerte par le thérapeute**. *« Le patient est alors dans une forme d'alliance non moins réelle mais plus passive. »*

- et celle de « **type 2** », plus spécifique des **phases tardives** du traitement, aussi dite « **alliance de travail** », « *évaluant la qualité du travail ensemble dans un combat contre ce qui entrave le patient, dans une responsabilité partagée pour atteindre les buts du traitement.* »

Luborsky modélise son échelle d'évaluation de l'alliance thérapeutique sous forme d'un schéma constitué de deux axes : un axe présente à ses deux extrémités l'alliance de type 1 et celle de type 2. Un autre axe, qui lui est perpendiculaire, oppose une alliance élevée (quel qu'en soit le type), à pas d'alliance du tout.

I.1.2. WORKING ALLIANCE INVENTORY (WAI, cf annexe I)

Le Working Alliance Inventory (WAI) a été développé **d'après le modèle** théorique de **Bordin** (1979) par **Horvath et Greenberg** en 1989. Cet instrument mesure ainsi l'alliance selon les trois dimensions de Bordin :

- Les **liens** (développement d'un attachement interpersonnel positif entre le patient et le thérapeute incluant confiance et respect mutuel) ;
- Les **tâches** (perception par chaque partenaire de la pertinence et de l'efficacité des tâches de la thérapie, ainsi que le partage d'une responsabilité dans leur exécution) ;
- Et les **objectifs** (compréhension, validation et acceptation par les deux partenaires de la thérapie des objectifs de changement de la thérapie).

Le WAI est un instrument **centré sur les facteurs communs** aux différentes approches ou techniques utilisées dans le processus thérapeutique, ce qui le rend **facilement applicable à différentes formes de thérapies selon** Howgego et ses collaborateurs (2003) (97).

Il a été par la suite adapté pour le contexte de thérapies de couple et de famille, puis de consultations mère-enfant en périnatalité. Selon Hougaard (1994) (88), le WAI mesure bien les contributions communes à la relation interpersonnelle et à la relation de collaboration, ainsi que la contribution du thérapeute à la relation interpersonnelle.

L'échelle existe en 3 versions (patient, thérapeute et observateur), comprenant 36 items, 12 pour chaque dimension de l'alliance, codés sur une échelle de 7 points, allant de « jamais » à « toujours ». Une version courte a été mise au point également, pour le patient comme pour le thérapeute.

La relation entre le score global à la WAI et le résultat de la thérapie estimé par les patients eux-mêmes est positive. La fiabilité inter-juge est évaluée bonne, ainsi que les corrélations entre le WAI et les autres échelles d'alliance.

I.1.3. CALIFORNIA PSYCHOTHERAPY ALLIANCE SCALES (CALPAS, cf annexe 2)

Le « California Psychotherapy Alliance Scales » (CALPAS) (94) a été modélisé en 1989 par Gaston et Marmar. C'est un instrument de mesure de l'alliance thérapeutique riche en possibilités car il **repose sur une perspective théorique plus large**, selon Cecero et al. (2001). Cet instrument retient quatre dimensions de l'alliance thérapeutique qui sont relativement indépendantes, contrairement au WAI qui tend à avoir de trop fortes corrélations entre ses sous-échelles d'après Horvath et Greenberg (1989). Il en existe trois sous-échelles : Calpas-P (évaluation de l'alliance thérapeutique par le patient), Calpas-T (évaluation par le thérapeute) et Calpas-R (par un observateur extérieur au traitement). Ces trois versions de l'échelle comprennent chacune quatre sous-échelles :

- la capacité de travail du patient ;
- son engagement dans la thérapie ;
- le consensus patient-thérapeute sur la stratégie de travail ;
- et l'implication et la compréhension du thérapeute.

Voici deux exemples d'items pour la version patient :

-Avez-vous tenté de mettre fin à la thérapie lorsque vous étiez fâché(e) ou déçu(e) ?

-Vous êtes-vous senti(e) accepté(e) et respecté(e) pour ce que vous êtes par le thérapeute ?

Voici deux exemples pour la version thérapeute :

-Le client a révélé par lui-même ses pensées et sentiments.

-Le client et le thérapeute partageaient la même idée sur la façon de procéder en thérapie.

Les auteurs affirment que cet instrument d'évaluation initialement conçu pour le contexte des thérapies individuelles d'adulte, est applicable à différents types de thérapies. La CALPAS a ainsi été adaptée pour la **thérapie de groupe et la thérapie d'enfant**. Dans le cas de la thérapie d'enfant, il existe une version pour l'enfant lui-même et une version pour ses parents. La structure de la version enfant est la même que celle des adultes (capacité de travail de l'enfant, engagement dans la thérapie, consensus enfant-thérapeute et implication et compréhension du thérapeute). Voici deux exemples de la version enfant :

-Quand je suis avec mon thérapeute, je souhaite que la séance s'arrête.

-Je dis des secrets à mon thérapeute.

Concernant la version parents, voici deux exemples d'items :

-Est-ce que les commentaires du thérapeute vous conduisent à croire qu'il place ses besoins avant ceux de votre enfant ?

-A quel point ressentez-vous que vos propres efforts et ceux du thérapeute permettront de surmonter les principaux problèmes avec votre enfant ?

1.1.4. HELPING ALLIANCE QUESTIONNAIRE (HAq)

Le Helping Alliance questionnaire est un instrument de mesure de l'alliance **créé également par Luborsky et son équipe (98)**.

Une première version de ce questionnaire a été créée, dite HAq-I, comportant 11 items. Les auteurs ont cependant trouvé limitant le fait que tous les items étaient formulés positivement,

mais aussi qu'une focalisation importante se faisait sur l'évaluation d'une amélioration symptomatique précoce.

Une **seconde version, Haq-II**, est alors élaborée par ces mêmes auteurs, comportant 19 questions. Le Haq-II supprimera six items reflétant l'amélioration précoce et en ajoutera 14 semblant exploiter plus pleinement les différents aspects de l'alliance tels que décrits par Bordin et Luborsky. On note l'ajout de cinq éléments liés à la collaboration patient-thérapeute (par exemple : « *Le thérapeute et moi avons des échanges significatifs* ») ; et de cinq éléments libellés négativement (comme « *Les procédures utilisées dans ma thérapie ne conviennent pas bien à mes besoins* »).

Chaque item est évalué selon une échelle de Likert allant de 1 à 6 (*1 = Je pense fortement que ce n'est pas vrai ; 6 = Je pense fortement que c'est vrai*). Une version patient et une version thérapeute ont été développées.

En termes de validité, d'après l'étude réalisée en 1996 par Luborsky et son équipe (95), le Haq-II démontre une convergence élevée avec une autre mesure d'évaluation de l'alliance, la CALPAS (corrélations de 0,59 à 0,69 pour la version patient et de 0,75 à 0,79 pour la version thérapeute). Une étude menée par Kapp et ses collaborateurs en 2014 a testé la validation et l'utilisation clinique du HAq dans un contexte pédopsychiatrique : le Haq a été jugé valide pour évaluer l'alliance dans ce contexte. (99)

La HAq se présente également sous sa forme simplifiée.

I.1.5. VANDERBILT PSYCHOTHERAPY PROCESS SCALE (VPPS)

La *Vanderbilt Psychotherapy Process Scale* (VPPS) a été conçue par **Hartley et Strupp** en 1974 (93), puis révisée en 1978 et 1983. Au fil des révisions, le nombre d'items a été réduit et le niveau d'ambiguïté a diminué. Cette échelle a été créée pour évaluer l'alliance thérapeutique dans tous les courants de psychothérapie s'inscrivant dans le cadre particulier des psychothérapies limitées dans le temps. La conception de la VPPS doit beaucoup aux travaux d'Orlinsky et Howard (1967, 1975).

Une autre échelle découlant de la VPPS a été conçue par la suite par Strupp et son équipe en 1981, l'échelle des indicateurs négatifs de Vanderbilt, visant à explorer uniquement les éléments entravant la relation thérapeutique.

La VPPS vise à évaluer l'alliance thérapeutique de façon à obtenir une mesure prédictive du résultat de la thérapie et à anticiper les abandons précoces d'une psychothérapie. Cette échelle explore certaines attitudes et comportements du patient comme du thérapeute :

- pour le patient : son engagement dans le processus psychothérapeutique, son attitude émotionnelle, sa dépendance au thérapeute et sa détresse psychique ;
- et pour le thérapeute : son exploration du patient, sa chaleur, sa convivialité et son attitude thérapeutique.

La fiabilité et les propriétés psychométriques de la VPPS sont considérées par leurs auteurs comme satisfaisantes. (93)

1.2. LIMITES DE CES ECHELLES

I.2.1. PUBLIC CONCERNE PAR CETTE EVALUATION DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE

Ces principaux instruments d'évaluation de l'alliance thérapeutique utilisés en recherche ont tous été initialement conçus pour mesurer le niveau d'alliance dans le contexte d'une thérapie individuelle et chez un public adulte. Certains de ces outils ont été par la suite adaptés aux enfants, mais aucun n'a d'emblée été créé pour ce public.

Les limites de ces échelles sont pointées notamment par Le Meur et al. (90), précisant que « *l'alliance thérapeutique est un sujet ayant été largement exploré, mais **essentiellement dans le contexte de la thérapie individuelle** avec un seul thérapeute et un seul patient. Ces échelles ont presque toute été **faites initialement pour le contexte de thérapie d'adulte** » ». Le Meur souligne que plusieurs auteurs ont pris la mesure de ces limites et ont essayé d'y remédier en s'attachant à évaluer leur validité dans le contexte de thérapies d'enfants, voire parents-*

enfants, comme dans le cadre de la thérapie mère-nourrisson en périnatalité (52) ou de thérapies systémiques.

D'après Rodgers et al. « *bien que le champ d'investigation de l'alliance thérapeutique s'étende, certains domaines demeurent encore peu explorés, en particulier au sein de la santé mentale juvénile* ». (78)

Plusieurs de ces instruments d'évaluation de l'alliance ont ainsi été approuvés ultérieurement à leur conception pour une utilisation dans d'autres contextes de thérapie. Cependant, nous remarquons que **ces instruments ne se prêteraient pas à certains publics.** Prenons pour exemple le cadre de la thérapie parents-enfants : les questionnaires testés (CALPAS-Enfant et HAQ) s'adresseront aux enfants de 10 ans et plus, mais restent non validés pour les enfants de moins de 10 ans. Il n'existe pour ces derniers aucun instrument de mesure de l'alliance validé, d'après l'étude de Faw et al. (2005) (100) et celle de Karver et al. (2006) (101).

1.2.2. DISPOSITIF D'EVALUATION REQUERANT DU TEMPS

La plupart des questionnaires utilisés en recherche clinique pour évaluer l'alliance thérapeutique comportent de nombreux items et leur réalisation demande un certain temps tant au patient qu'au thérapeute pour les réaliser dans leur intégrité.

Ainsi, une étude parue à propos de deux de ces instruments (102) obtiendra un taux de réponse des questionnaires remplis de 50 pourcents uniquement.

Brown, Dreis et Nace ont mis en évidence dans leur étude de 1999 que la majorité des praticiens ne pourrait envisager de faire passer une échelle à leurs patients que si la passation de cette dernière requiert moins de 5 minutes. (103)

I.2.3. EVALUATION COMPLIQUEE PAR DES OBJECTIFS DIFFERENTS POURSUIVIS PAR LE PATIENT ET LE THERAPEUTE

Accord sur les tâches et objectifs priorisé chez les patients, qualité du lien privilégié par les thérapeutes

Si l'alliance thérapeutique demeure **consciente et activement stratégique pour le thérapeute**, elle aurait en revanche tendance à être **inconsciente pour la famille, qui se centre sur la demande d'aide**. Les patients établissent un lien avec les thérapeutes dont la nature doit peut-être rester suffisamment floue. Les thérapeutes, eux, doivent avoir conscience de la qualité du lien dès les premiers instants de la rencontre, c'est le mouvement d'affiliation. Mais il est au fond logique que la famille ne l'ait pas ; ils ne sont pas venus pour ça. Pour le thérapeute, le premier objectif est de se donner les moyens de les aider. Les patients eux sont venus avec une demande et peu importe les moyens que le thérapeute utilise pour répondre à cette demande, du moment qu'ils estiment que quelque chose a changé. La façon dont ils sont accueillis est bien évidemment très importante, mais ce n'est pas activement conscient : c'est d'autre chose dont ils veulent discuter avec le thérapeute.

Ainsi selon Le Meur et al. (2013) (90), dans les échelles d'évaluation de l'alliance thérapeutique proposées au patient comme au thérapeute, « *les items les plus cotés par les familles sont ceux qui concernent l'accord sur les objectifs, puis l'accord sur les tâches et en dernier, l'accord sur le lien et les démarches. Concernant les réponses données par les thérapeutes, on observe le phénomène inverse : ils cotent plus favorablement le lien, puis l'accord sur les tâches et en dernier l'accord sur les objectifs* ». De nombreuses personnes rejetaient même les items tels que « je pense que les thérapeutes m'aiment bien » et « je sens que les thérapeutes m'apprécient ». Les patients se déclaraient souvent ouvertement gênés par cette dimension et ne savaient pas comment y répondre. Ils pouvaient vivre ces questions comme intrusives dans la thérapie. Avec ces questions, les thérapeutes n'étaient plus regardés en tant qu'experts, à distance, mais étaient vus comme pouvant avoir des affects dans la relation, proches des sentiments. Les auteurs disent avoir été dérouterés par les résultats de leur étude exploratoire, s'attendant à davantage de concordance des résultats des échelles d'évaluation de l'alliance thérapeutique remplies par les patients et leurs thérapeutes.

Il se pourrait en effet que les patients priorisent l'importance d'un accord avec le thérapeute sur les objectifs et les tâches de la thérapie et que les thérapeutes soient, quant à eux, davantage tournés vers la qualité du lien thérapeutique qu'ils s'attachent à construire prioritairement. De quelle manière alors tendre à l'évaluation de l'alliance thérapeutique la plus juste : en recoupant ces deux points de vue et leur différence ? Ou en priorisant le vécu de l'un ou l'autre des protagonistes ? D'après certains auteurs, même si les observateurs, les thérapeutes et les patients sont tous aptes à évaluer efficacement l'alliance thérapeutique, la perception des patients serait légèrement plus prédictive du résultat de la thérapie que celle des thérapeutes ou des observateurs. D'après eux, le thérapeute ne serait souvent pas un très bon juge pour estimer le niveau d'alliance du point de vue du patient.

Pour plus d'objectivité, faut-il alors recouper les points de vue (des patients, thérapeutes et observateurs) ou se fier prioritairement au point de vue de patients ?

2. EVALUER L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE EN PRATIQUE CLINIQUE, DANS UN CONTEXTE AVANT TOUT SUBJECTIF

2.1. EN QUOI EVALUER LE NIVEAU D'ALLIANCE THERAPEUTIQUE EN PRATIQUE CLINIQUE COURANTE POURRAIT ETRE IMPORTANT ?

De nombreuses recherches ont démontré qu'une bonne alliance thérapeutique était un des meilleurs prédicteurs du résultat d'une psychothérapie, d'après l'étude d'Orlinsky et coll. publiée en 1994 (104); et celle parue en 2004 (47). Une méta-analyse menée par Wampold en 2001 attribuait même à l'alliance thérapeutique 54 pourcents de la variabilité de l'impact d'une psychothérapie (105). De plus, selon certains auteurs (Bachelor et Horvath, 1999) (84), l'évaluation de l'alliance thérapeutique par le patient prédit mieux les résultats de la psychothérapie que l'évaluation de l'alliance par le thérapeute. Une alliance faible serait un prédicteur d'un abandon précoce de psychothérapie.

Or quasiment toutes les mesures de l'alliance n'ont pas été conçues pour une utilisation quotidienne pratico-pratique par les professionnels de santé mentale qui travaillent en première ligne, mais à des fins de recherche clinique, dans une démarche scientifique

poursuivant une objectivité maximale quitte à complexifier le dispositif d'évaluation si nécessaire.

Pourtant selon Bieschke et ses collaborateurs (1995) (106), l'évaluation de l'alliance thérapeutique par le patient en pratique clinique courante serait très fructueuse. D'après eux, elle permettrait au thérapeute de :

- Jauger de façon plus quantitative l'impact de son intervention ou de son activité, tel un baromètre ;
- Diminuer les abandons thérapeutiques précoces par son évaluation au début de la thérapie, en permettant au thérapeute de mieux s'adapter au patient lors des premiers entretiens (notamment en faisant mieux concorder ses objectifs de travail avec ceux du patient en veillant davantage à répondre à ses attentes et besoins pour la thérapie et en utilisant une approche que le patient valide).
- De remédier aux problèmes dans l'alliance avant qu'ils ne conduisent à un abandon du suivi.
- D'évaluer de façon constructive la satisfaction du patient envers la thérapie, qui serait intimement liée à la qualité de l'alliance d'après ces auteurs, plus qu'à tout autre paramètre.

Chaque patient a sa façon particulière de voir l'empathie, le respect, l'authenticité, la chaleur et le thérapeute pourrait chercher à démontrer ces qualités selon les critères du patient plutôt que selon les siens.

Selon Lambert et ses collaborateurs (2003), faire évaluer le niveau d'alliance thérapeutique en pratique clinique courante par le patient favoriserait l'observance du patient aux consultations, ainsi que la survenue d'un changement cliniquement significatif. (107)

B.L. Duncan estimera de façon empirique dans un article paru en 2010 que cette pratique permettrait de réduire les abandons thérapeutiques de 50 pourcents et d'améliorer l'efficacité de la thérapie de 65 pourcents. (40)

2.2. DIFFICULTE D'ÉVALUER L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE EN PRATIQUE CLINIQUE COURANTE AVEC LES OUTILS ISSUS DE LA RECHERCHE

Ainsi, malgré le solide rapport entre le niveau d'alliance thérapeutique et les résultats d'une psychothérapie, longtemps aucune mesure de l'alliance n'avait été modélisée pour une utilisation clinique régulière. Les instruments d'évaluation créés pour la recherche clinique n'étaient pas conçus pour une utilisation en pratique clinique courante. Leur longueur, leur complexité et l'anonymat requis peuvent rendre infaisable leur utilisation dans ce contexte.

Car si les recherches évaluant l'alliance thérapeutique sont nombreuses, il peut y avoir un grand écart entre nécessité clinique et problématique de recherche. La recherche aide à mieux comprendre les éléments essentiels qui contribuent à une bonne relation thérapeutique et peut aider les thérapeutes à envisager la complexité des différentes facettes de ce processus. Mais il n'en demeure pas moins que dans son fondement, la relation thérapeutique reste une rencontre intensivement humaine, personnelle et définitivement unique. La réalité quotidienne d'un thérapeute est en effet autre que celle de la recherche, la valeur accordée à la subjectivité et à l'objectivité en thérapie étant fondamentalement différente.

Le Meur et son équipe le souligneront dans leur article publié en 2013 :

« Pour nous cliniciens, l'idée de faire une évaluation de ce concept d'alliance thérapeutique nous paraissait bien compliquée tellement nous sommes ici dans la subjectivité et surtout dans l'intersubjectivité. Même si nous sommes en accord sur l'importance de ce concept, tenter de l'évaluer est une autre histoire ». Ils ajoutent que « mener une recherche lorsque nous sommes plongés dans une clinique parfois complexe et lourde ne va pas de soi ». Selon ces auteurs pourtant « La pratique clinique gagnerait ainsi certainement à multiplier le travail de recherche sur le terrain. Une telle évaluation obligerait le thérapeute à se regarder fonctionner en acceptant d'être soi-même un des objets de la recherche, ce qui lui apporterait un autre regard. Tout praticien soucieux de sa pratique ne devrait-il pas au moins une fois ou l'autre, se confronter à une telle mesure ? ». (90)

2.3. DE QUELLE MANIERE EVALUER ET QUANTIFIER LA FORCE DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE EN CLINIQUE, AFIN DE FOURNIR UN REPERE CONSTRUCTIF AU THERAPEUTE DANS LA CONSTRUCTION DE L'ALLIANCE ?

Faut-il pour ce faire se baser sur les instruments d'évaluation de l'alliance conçus pour la recherche et les adapter ? Utiliser une échelle spécifique issue de la recherche mais d'emblée conçue pour une utilisation clinique de routine ? Ou bien serait-il préférable de se détacher de ces instruments codifiés et de se fier à d'autres facteurs, tels l'observance des patients aux consultations, la fluidité d'un entretien psychothérapeutique, ou l'observation de paramètres non verbaux objectifs comme la présence ou non de synchronies motrices entre le thérapeute et le patient ?

Nous nous attacherons à exposer brièvement chacune de ces pistes d'évaluation de l'alliance thérapeutique en pratique clinique courante.

2.1. ADAPTATION DE QUESTIONNAIRES UTILISES EN RECHERCHE CLINIQUE : Auto-questionnaires à utiliser dans leur version courte par le thérapeute pendant la séance

En pratique clinique courante, le facteur temps étant nécessairement à prendre en compte, l'utilisation des principales échelles d'évaluation de l'alliance thérapeutique dans leur intégralité semble très difficilement réalisable. Cependant, les versions raccourcies disponibles des auto-questionnaires utilisés en recherche ne prendraient, elles, que quelques minutes et pourraient être utilisées. N'étant pas dans le cadre de la pratique clinique dans la quête d'une objectivité maximale, il pourrait être envisageable que ces échelles soient remplies par le patient en fin de séance, de façon non anonyme, sans échelle complémentaire remplie par un observateur extérieur.

D'après Bachelor et Horvath (1999), ces auto-questionnaires pourraient être utilisés par le thérapeute pour mieux s'ajuster à son patient et offrir un support à l'évaluation régulière de l'alliance thérapeutique, au fil des consultations. Ces auteurs soulignent l'intérêt d'une évaluation de l'alliance en pratique clinique courante par les versions raccourcies des échelles

utilisées en recherche, remarquant que « *mesurer régulièrement la perception que le client a de la relation, surtout en début de thérapie, pourrait participer à construire une alliance qui convienne au patient, adopter des comportements favorisant la collaboration de ce dernier, mieux s'entendre avec le patient sur les objectifs de la thérapie, réparer rapidement les bris d'alliance et aider le thérapeute à devenir un meilleur thérapeute* ».

Pourtant, si les apports d'une telle évaluation ont été soulignés par plusieurs auteurs, l'utilisation en pratique clinique de ces instruments questionne et ne semble pas aller de soi. Certains auteurs soulignent que proposer au patient d'évaluer l'alliance entre son thérapeute et lui pendant la séance face à son thérapeute pourrait lui paraître tellement inhabituel que cela risquerait de le mettre en difficulté et la mesure de l'alliance thérapeutique serait alors largement biaisée. L'évaluation de l'alliance thérapeutique par des échelles pendant une séance de psychothérapie est du reste une pratique étrangère à la plupart des approches thérapeutiques. La majorité des courants psychothérapeutiques considèrent l'alliance comme centrale mais devant rester tue dans l'échange avec le patient. Selon Le Meur et ses collaborateurs, « *Le système thérapeutique fonctionne comme une alliance qui ne dit pas son nom, tout en étant un des leviers principaux de la thérapie.* » (90)

Évaluer le niveau d'alliance thérapeutique entre patient et thérapeute lors des consultations pourrait être une pratique si étrangère aux différents courants de psychothérapie qu'utiliser pour ce faire une version raccourcie des instruments conçus pour la recherche dans un cadre autre, pourrait sembler artificiel et complexe. Il serait intéressant pour le thérapeute de pouvoir disposer d'un autre outil plus simple d'utilisation, conçu pour le contexte de la clinique.

Nous présenterons dans les grandes lignes le seul instrument d'évaluation de l'alliance élaboré dans ce but à notre connaissance : le questionnaire SRS utilisé couramment par un des modèles de psychothérapie, le modèle de Bruges.

2.2. QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE CREE POUR LE CONTEXTE CLINIQUE PAR LE MODÈLE DE BRUGES

Un modèle de psychothérapie s'est centré particulièrement sur l'alliance thérapeutique et son évaluation, l'exploitant pour adapter ses interventions : il s'agit du modèle de Bruges.

2.2.1. QU'EST-CE QUE LE MODELE DE BRUGES ?

Fondements et inspirations

Le modèle de Bruges est un modèle de psychothérapie conceptualisé par M-C Cabié et Luc Isebaert (23), inspiré par les thérapies brèves et particulièrement centré sur l'alliance thérapeutique et notamment sur son évaluation en pratique clinique courante.

Il s'agit d'un modèle à la fois ericksonien, systémique et solutionniste, centré sur les facteurs communs et dirigé par les patients. Les facteurs communs comprennent les facteurs liés aux patients (leurs objectifs, leurs ressources, leurs compétences), les facteurs placebo (espoir et alléance) et les facteurs liés au thérapeute (ses qualités humaines, ses compétences).

En raison de ses **racines ericksoniennes**, le modèle de Bruges considère comme centrale la vision du monde du client pour connaître et valider la théorie du changement du client comme un élément essentiel du renforcement de l'alliance thérapeutique et de l'amélioration des résultats.

Ce modèle est **solutionniste** et utilise donc aisément des échelles, en les utilisant pour se centrer davantage sur les ressources, les compétences du patient, ainsi qu'en vue de permettre une meilleure rétroaction du thérapeute et une plus grande implication du client, vu comme le héros de sa thérapie. Il est fondé également sur la conviction que les clients sont mieux placés que quiconque pour savoir ce qui fonctionne le mieux pour eux.

Le modèle de Bruges est aussi **d'inspiration systémique**, attentif à repérer ce qui marche, pour que le client et le thérapeute puissent continuer à le faire. Cette approche adhère au principe du MRI (Mental Research Institut) : « Si ça ne marche pas, fais quelque chose de différent. »

Il s'agit d'un modèle de psychothérapie **centré sur les facteurs communs**. Ce modèle s'inspire des travaux de Rosenzweig (1936), de Franck (1961), puis plus tard de Lambert (2013), Scott et Miller (1996), Duncan (2010) et Wampold (2001), sur les facteurs qui rendent les thérapies efficaces. Tous ces auteurs mettent en évidence qu'il s'agirait essentiellement des facteurs non spécifiques, communs à tous les types de psychothérapie.

Une psychothérapie selon le modèle de Bruges, **base ses interventions sur le « guideline » d'un arbre décisionnel des différents niveaux d'engagement de la relation thérapeutique** et propose notamment l'**utilisation d'échelles d'évaluation du feed-back par les patients**, tant des résultats (échelle ORS), que de la séance à la fin de cette dernière (échelle SRS) et ce, **de façon très systématique et régulière**.

2.2.2. ECHELLE D'ÉVALUATION DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE : ECHELLE SRS (SESSION RATING SCALE)

Le modèle de Bruges utilise les **échelles d'évaluation des résultats (SRS) et d'évaluation de la séance (ORS) créées par Johnson en 1995 et modifiées par B.L. Duncan et son équipe en 2003** (108).

B.L Duncan et Scott Miller ont fondé un courant de thérapie faisant partie des thérapies brèves : la **thérapie orientée par le client et guidée par les résultats**. Ils ont développé une approche qui place le client au centre du processus thérapeutique au sein duquel il est considéré « cothérapeute ». A chaque étape de la thérapie, le client est consulté pour connaître quelle est sa théorie sur son problème, mais aussi pour savoir quelles sont les orientations à prendre. De plus, la qualité de la relation est évaluée par ce dernier, après chaque séance, afin de s'assurer que le thérapeute respecte bien l'objectif de son client et n'en poursuive pas un autre qui lui serait suggéré par ses modèles théoriques. Les auteurs écrivent que « *S'obstiner à organiser le traitement autour de toute autre théorie ou tout autre objectif que celui du client est un exemple de « contre-transfert de la théorie »*. Ils veillent avec attention à ne pas préférer l'opinion qu'a le praticien de l'intervention thérapeutique par rapport à celle du client (Duncan et al, 1997).

Les échelles d'évaluation des résultats et d'évaluation de la séance ont ainsi été conçues par Duncan et ses collaborateurs afin de fournir une alternative brève aux instruments de mesure de l'alliance plus longs. Elles ont été d'emblée élaborées pour le contexte clinique. D'après Barry L. Duncan, « *les facteurs communs fournissent des indications utiles pour le voyage interpersonnel qu'est la thérapie ; les modèles et les techniques spécifiques offrent des itinéraires bien fréquentés à prendre en compte ; et le **feed-back** fournit la boussole nécessaire pour indiquer les repères dans le terrain psychothérapeutique et guider dans la destination souhaitée.* »

Ces deux échelles sont pensées :

- **comme un système d'alerte précoce**, pour **mesurer avec réactivité le changement et la qualité de l'alliance**, processus dynamique, pendant la consultation. Les auteurs sont attentifs au fait qu'un changement précoce est un indicateur de bon pronostic et que la qualité de l'alliance est un facteur prédictif essentiel du résultat d'une psychothérapie. Ils ont donc voulu créer une échelle d'évaluation de l'alliance thérapeutique pouvant être utilisée aisément ;
- **pour encourager les praticiens à avoir des conversations régulières avec les clients au sujet de l'alliance thérapeutique ;**
- pour identifier **et corriger des problèmes potentiels**, avant qu'ils ne se répercutent sur les résultats d'une psychothérapie ;
- **pour participer à construire une alliance forte**, en donnant au patient voix au chapitre, ce qui lui permet de se sentir davantage écouté, consulté, placé au centre de son suivi, rendu plus actif et pris en compte ;
- **afin de proposer plus systématiquement et formellement au patient de pouvoir exprimer un désaccord avec son thérapeute**. Il s'agit ainsi d'**encourager les patients à identifier des problèmes dans l'alliance ;**
- **pour fournir un support au thérapeute** permettant de **repérer et d'interroger les désaccords des patients par rapport au processus thérapeutique**, afin qu'il puisse ajuster au mieux ses interventions aux attentes des patients.

Nous nous focaliserons sur le SRS (*Session Rating Scale, ou Echelle d'évaluation de la séance*), particulièrement utilisé pour évaluer la force de l'alliance thérapeutique.

Le SRS permet donc un **feed-back de l'alliance en temps réel ; ainsi les problèmes peuvent être immédiatement abordés**. Il ne faut que quelques minutes pour le faire passer. Cette échelle contient quatre éléments, **basés principalement sur la modélisation de Bordin (1979)** des composantes de l'alliance thérapeutique : le lien relationnel, le degré d'accord entre le client et le thérapeute sur les objectifs et le travail à faire dans la thérapie. Le SRS a ainsi été adapté à partir de la définition de l'alliance de Bordin, reprise dans le WAI, le HAq et la CALPAS, **mais avec le focus du changement orienté par le client, suggéré par Gaston, puis repris par Duncan et Miller en 2000**. Une première version de cette échelle avait été créée par Johnson en 1995, avant d'être remodelée à deux reprises, pour aboutir au SRS 3.0, version actuelle de cet instrument de mesure (Johnson, Miller et Duncan, 2000).

Le SRS s'appuie ainsi sur **quatre échelles analogiques**.

Tout d'abord, une **échelle de relation** évalue la séance sur un continuum allant de « je ne me sentais pas entendu, compris et respecté » à « je me suis senti entendu, compris et respecté ».

Ensuite vient une **échelle sur les objectifs et thèmes abordés** qui évalue la séance sur un continuum de « nous n'avons pas travaillé sur ou parlé de ce que je voulais travailler ou parler » à « nous avons travaillé sur ou parlé de ce que je voulais travailler ou parler ».

La troisième est une **échelle sur l'approche et la méthode**, qui demande au client d'évaluer la séance sur un continuum allant de « l'approche du thérapeute ne me convient pas » à « l'approche du thérapeute me convient ».

Enfin, la quatrième **échelle d'évaluation globale de la séance** par le client sur le continuum « quelque chose a manqué dans la séance aujourd'hui » à « dans l'ensemble, la séance d'aujourd'hui m'a convenu ».

Le patient reçoit l'instruction de placer une marque sur une ligne, les réponses négatives étant à gauche et les réponses positives à droite. L'évaluation globale correspond à la somme des évaluations faites sur chaque ligne de 10 cm.

Le SRS a été évalué fiable et valide. Duncan et ses collaborateurs (2003) ont constaté que le SRS avait un coefficient alpha de 0,88 et possédait un coefficient de corrélation de 0,48 avec le Helping Alliance Questionnaire-II et de 0,63 avec le Working Alliance Inventory (Campbell et Hemsley, 2009) (109).

Concernant la faisabilité de cet instrument en pratique clinique courante, une compliance plus importante était observée par les patients lorsqu'on leur proposait cette échelle, que lorsqu'on leur proposait les versions courtes des échelles utilisées en recherche clinique.

Ainsi, le SRS serait un des **seuls instruments conçus pour être une mesure de l'alliance en temps réel, séance après séance**, un support à un feed-back par le patient du niveau d'alliance thérapeutique.

ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE LA SÉANCE (SRS V.3.0)

Nom _____	Âge (Années): _____
ID : _____	Genre: _____
Séance ____	Date: _____

S'il vous plaît, évaluez la séance d'aujourd'hui en plaçant, pour chacun des 4 aspects suivants, un trait sur la ligne le plus près de la description correspondant le mieux à ce que fut votre expérience de l'entrevue.

RELATION

Je ne me suis pas senti(e)
écouté(e), entendu(e) et
respecté(e)

|-----|

Je me suis senti(e)
écouté(e), entendu(e) et
respecté(e)

OBJECTIFS DE TRAVAIL ET SUJETS DE DISCUSSION

Nous n'avons pas
travaillé sur ce sur quoi
je voulais travailler ou
parlé de ce dont je
voulais parler

|-----|

Nous avons travaillé sur
ce sur quoi je voulais
travailler et parlé de ce
dont je voulais parler

APPROCHE OU MÉTHODE

L'approche du thérapeute ne
me convient pas

|-----|

L'approche du
thérapeute me convient

SÉANCE DANS SA GLOBALITÉ

Il manquait quelque
chose dans la séance
d'aujourd'hui

|-----|

Globalement, la séance
d'aujourd'hui m'a
convenu

2.3. ALTERNATIVE AUX ECHELLES

Evaluer le niveau d'alliance thérapeutique en clinique peut se faire par le biais de questionnaires, de ceux conçus pour la recherche adaptés par la suite pour une utilisation en pratique clinique, ou encore de l'échelle créée d'emblée pour la clinique utilisée par le modèle de Bruges.

Toutefois, dans le domaine intersubjectif de l'entretien clinique, **un questionnaire est-il le meilleur marqueur de l'alliance dont le thérapeute dispose ?** Cette forme d'évaluation pendant l'entretien ne risque-t-elle pas de sembler incongrue au patient et de fausser ainsi ses réponses ? Et si oui, de quel autre moyen pourrait disposer le thérapeute pour appréhender le niveau d'alliance présent ?

2.3.1. L'OBSERVANCE AUX CONSULTATIONS, UN BON REFLET DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE ?

Qu'en serait-il notamment de se fier à l'observance aux consultations, comme marqueur simple pour évaluer grossièrement l'alliance thérapeutique ?

Selon une étude menée par Taube et ses collaborateurs (110), on constaterait une rupture thérapeutique précoce pour un grand nombre de patients, 47 pourcents des patients consultant en ambulatoire viendraient à moins de 5 séances d'après leurs chiffres.

Bordin suggère qu'une des causes de rupture thérapeutique précoce de la part du patient pourrait être une alliance thérapeutique faible.

Nous nous référerons également à l'étude évaluant la position du patient envers les soins psychiatriques avec le questionnaire Touriste-Plaignant-Client, qui évalue par le patient et par le thérapeute la force de l'alliance thérapeutique, ainsi que le positionnement envers les soins du patient (111). La position de « client » étant une position favorisant une meilleure alliance

thérapeutique en théorie et selon les résultats de l'étude, on pourrait s'attendre à ce que les « clients » soient davantage observants aux rendez-vous fixés. Toutefois, cette étude mettait en évidence que l'observance aux consultations ne pouvait pas refléter l'engagement authentique dans les soins. En effet, si chez les patients en position de « client » l'alliance thérapeutique était évaluée meilleure, on n'observait pas toujours chez eux une observance aux consultations supérieure à celle constatée chez les patients en position de « touriste » et de « plaignant », qui avaient d'autres motifs pour honorer leur rendez-vous. Le plaignant consultait non pas pour changer, mais pour se faire plaindre, se sentir compris et recevoir un soutien affectif et le touriste, parce qu'il était sous la pression de son entourage.

Finalement, la compliance aux soins s'avérait être, selon cette étude, un **indicateur non fiable de la force de l'alliance thérapeutique.**

2.3.2. FLUIDITE DE L'ENTRETIEN : UN BON INDICATEUR ?

Et si la façon dont se déroule l'entretien entre patient et thérapeute, sa fluidité, représentait un indicateur du niveau d'alliance thérapeutique présent ?

Selon P. Aïm dans son ouvrage, la fluidité de l'entretien nous éclaire sur la qualité de l'entretien. Si l'entretien semble se dérouler comme une conversation et non un interrogatoire ou un monologue, le contact visuel est établi entre les protagonistes, une ambiance de collaboration s'installe et les informations nécessaires arrivent assez spontanément. (112)

En revanche, si le patient regarde ailleurs ou par terre, soupire, s'épuise, devient agressif, ce sont autant d'indices que l'entretien se déroule mal. Du côté du praticien également on peut observer au fur-et-à-mesure des questions de plus en plus fermées, des difficultés à retenir les informations données par le patient, des moments où l'entretien part « dans tous les sens », donnant naissance à de la frustration.

D'après P. Aïm, **l'impression subjective que la conversation est constructive durant l'entretien, ne basculant ni du côté du monologue ni du côté de l'interrogatoire,** serait un

curseur important pour évaluer l'alliance thérapeutique installée entre patient et thérapeute.

2.3.3. LE CORPS COMME CURSEUR DE L'ALLIANCE, OU ETUDES DES SYNCHRONIES MOTRICES

Selon plusieurs auteurs, c'est le corps qui transmettrait avec le plus de fiabilité le degré d'alliance thérapeutique, mais également qui donnerait des indices sur les difficultés éventuellement rencontrées dans son établissement. **Patient et thérapeute peuvent se retrouver dans un mimétisme gestuel lorsque l'alliance thérapeutique est forte, encore appelé « synchronies motrices ».**

Nous tenterons de définir ces synchronies, avant d'explicitier en quoi certains auteurs les considèrent comme un bon marqueur du niveau d'alliance thérapeutique présent pendant un entretien.

D'après Condon et Sander (1974) : *« Nous sommes dès la naissance exposés à des stimulations langagières et y répondons par de la communication préverbale passant par des synchronies motrices, telles des « danses » motrices »* (17).

La « synchronie interactionnelle » a été décrite par Condon et Ogston en 1996 (113). Condon a analysé image par image des séries d'interaction filmée, Cela lui a permis de décrire des phénomènes de synchronie (d'autosynchronies, lorsque les paroles et les gestes de l'émetteur sont synchrones ; et d'hétérosynchronie, lorsque les protagonistes impliqués dans l'interaction sont en mimétisme gestuel). Le corps fonctionnerait comme un analyseur de l'interaction. Une fois engagés dans une communication synchrone gestuellement, patient et thérapeute s'accordent et l'intention de l'autre est perçue. Le corps se met en mouvement, adopte certaines postures et transmet des messages émotionnels déchiffrés par l'autre protagoniste. Ces signaux reçus vont à leur tour provoquer et organiser ses propres réactions. Ainsi se formalise la « spirale transactionnelle » des échanges. Les synchronies motrices sont un mode de communication non verbale, transmettant non seulement des informations sur l'état interne émotionnel de l'autre, mais également sur ses besoins d'attention, de soutien et de support émotionnel. Plus encore que le « canal verbal », le « canal kinesthésique » va être

impliqué dans une activité interactionnelle relationnelle. Il serait plus impliqué que le canal verbal dans l'expression du sens d'un message, de son intentionnalité et de son contenu émotionnel. L'émetteur d'un message s'appuierait beaucoup sur ces synchronies motrices pour rechercher des réponses aux questions « Est-ce qu'on m'entend ? », « Est-ce qu'on m'écoute ? », « Est-ce qu'on me comprend ? » ...

Selon Gouchet et Morvan (2017) :

« Le positionnement et la posture des corps sont une métaphore de la dynamique relationnelle qui s'instaure ; elles en sont à la fois la mise en scène et l'instrument ». Ils ajoutent que *« Si le langage verbal reflète principalement les phénomènes cognitifs, c'est le langage non verbal (posture, attributs vestimentaires, mimique) et le langage paraverbal (intonations, rythme de la voix, scansion, ton) qui reflètent l'état émotionnel du patient comme du thérapeute. »* (114)

D'après F. Roustang dans l'un de ses ouvrages paru en 2004 :

« La communication humaine ne se fait pas d'abord par le langage. Ce n'est pas qu'il n'est pas nécessaire de porter attention aux paroles, mais c'est qu'elles ne peuvent pas dire le message dont les signes sont porteurs. Il en est de même dans une thérapie. La façon dont la personne se présente, le ton de sa voix, la posture qu'elle adopte dans le fauteuil et en réponse la tranquillité ou l'intranquillité du thérapeute, la qualité de sa présence, le poids ou l'inconsistance de sa parole indépendamment de son contenu, seront des signes qui décideront de la valeur du futur parcours. » (60)

Roustang compare la psychothérapie à une danse : *« Examiner la relation qui s'établit entre un patient et son thérapeute ressemble à observer les clichés photographiques d'un mouvement. Ils ne sont qu'une petite part de ce mouvement que l'on étudie. Il faudrait garder à l'esprit la dynamique de la danse et les multiples autres éléments qui composent ce mouvement et dans lequel la relation thérapeutique se glisse. Une image de cette relation particulière pourrait être celle de deux danseurs, qui se réunissent et entrent dans le mouvement, portés par une musique. La thérapie dure le temps d'une danse. L'ambiance est une musique harmonieuse qui s'installe entre les deux danseurs. Les corps ankylosés, traversés par le rythme, retrouvent leur souplesse. Le plaisir et la joie du mouvement prennent le pas sur la plainte. Cela nous explique*

aussi les échecs en thérapie : pas d'harmonie, pas envie de danser, pas sensible à la « musique » et pas le bon partenaire. « Madame, monsieur, voulez-vous m'accorder cette danse ? », cette invitation commence par une demande verbale. Dans d'autres circonstances, les danseurs se rapprochent l'un de l'autre sur la piste de danse. Ils perçoivent si leurs corps vibrent d'une même fréquence. Assez vite, l'échange verbal va laisser la place au mouvement. ».(60)

Le Meur et ses collaborateurs soutiennent dans leur article publié en 2013 qu'il est essentiel de porter attention au langage analogique qui est en œuvre pendant l'entretien thérapeutique, car il véhiculerait davantage l'intentionnalité du langage que le langage digital :

« Ce sont les comportements qui transmettent des signaux d'engagement affectif (orientation, distance, mimiques des corps en séance, ton de la voix). Le flux émotionnel qui parcourt la séance participe étroitement à cet ajustement relationnel avec chacun. » (90)

L'analyse des synchronies motrices entre thérapeute et patient(s) pourrait être un curseur intéressant et même essentiel du niveau d'alliance thérapeutique présent pendant l'entretien en pratique clinique courante. Cela requiert une observation attentive de ses postures corporelles respectives, comme de son propre ressenti corporel pendant une thérapie. Si certaines approches de psychothérapies sont davantage attentives aux synchronies motrices, comme la Gestalt et l'hypnose ericksonienne par exemple, cette sensibilité ne semble pas être développée par tous les courants de thérapie. Travailler sur le non verbal gestuel serait facilité par l'utilisation d'enregistrements vidéo, toutefois difficiles à pratiquer dans certaines situations cliniques. Un autre **obstacle** qui pourrait être rencontré serait la **difficulté de définir et de transcrire des unités gestuelles**, n'étant guère sensibilisés à cette pratique.

Disposer d'outils ou de curseurs permettant au thérapeute d'évaluer l'alliance thérapeutique en pratique clinique courante nous semble essentiel. Cette évaluation fournirait au thérapeute un feed-back sur la façon dont le patient se sent en alliance, pouvant l'aider à s'accorder davantage au patient à chaque entretien. Nous pouvons en mesurer pleinement l'enjeu.

Toutefois, les facteurs de l'alliance liés au thérapeute ne sont pas les seuls : certains facteurs ont trait au patient (comme ses positions, ses représentations et ses attentes...). Si le thérapeute essaie de s'ajuster à des facteurs qui relèvent du patient et peuvent changer d'une séance à l'autre pour des raisons indépendantes du thérapeute, nous nous demandons néanmoins si cela ne pourrait pas risquer par moments de perturber l'alliance, en rendant l'attitude du thérapeute trop « fluctuante ».

Il s'agirait également pour nous que le thérapeute ne cherche pas de façon absolue à construire l'alliance la plus « forte » possible en collant trop aux attentes et représentations du patient, car comme nous l'avons vu, cela risquerait de rendre l'alliance thérapeutique moins efficace.

Les outils d'évaluation de l'alliance présentés nous semblent importants à être davantage utilisés en pratique clinique, en gardant ces limites en tête. Parmi ces instruments, les échelles créées pour la recherche ayant été adaptés à la clinique nous semblent plus fastidieuses à utiliser que l'échelle SRS, plus simple d'utilisation et conçue pour ce contexte. Toutefois, une telle évaluation systématisée pourrait déstabiliser le patient méconnaissant ces approches. Il nous paraît ainsi plus réalisable pour le thérapeute d'évaluer le niveau d'alliance thérapeutique en portant attention à l'observance du patient aux consultations, mais aussi et surtout à la façon dont se déroule l'entretien, sa fluidité, sans oublier les synchronies motrices et la communication non verbale.

PARTIE 2

COMMENT APPRENDRE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE

« La difficulté pour le thérapeute est d'une part d'intégrer des concepts théoriques et d'autre part de rester centré sur le patient. »

Michael Balint

I. L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE S'APPREND-ELLE ?

Mettant en lumière l'importance de l'alliance thérapeutique et ses enjeux au sein de la psychothérapie, vient la question de savoir si l'on peut apprendre au praticien à jouer intentionnellement sur une ou plusieurs dimensions permettant d'améliorer, d'accroître ou d'optimiser volontairement l'alliance thérapeutique.

Mais tout d'abord, l'alliance s'apprend-elle ?

I. L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE : METHODE OU INTUITION ?

La relation thérapeutique est-elle principalement faite de techniques, de méthodes, de théories enseignables ; ou bien d'intuition, de liberté et de créativité, puisées dans ce que nous sommes ? Au-delà de cette opposition, la relation thérapeutique pourrait se nourrir de ces deux ingrédients. **Méthode et intuition semblent être deux facettes, deux fondements de la relation thérapeutique** qui se construisent d'une manière distincte et apportent à l'édifice de l'alliance des pierres différentes.

Nous détaillerons ces deux côtés de l'alliance thérapeutique, puis les critiquerons.

Ces deux aspects de la relation thérapeutique peuvent s'illustrer par l'étude menée par Jay Haley en 1976 publiée dans l'un de ses ouvrages (115), identifiant chez les formateurs dans le domaine de la psychothérapie deux manières opposées (A et Z) de concevoir la thérapie qui, chacune, donne lieu à un programme de formation différent.

Dans l'orientation Z, le thérapeute est vu comme responsable du changement et il doit construire des stratégies afin de promouvoir un changement chez les patients. Dans ce cas, une formation en psychothérapie consisterait à enseigner au praticien des habiletés spécifiques ainsi qu'à développer ses compétences professionnelles et non pas à enrichir sa vie personnelle.

L'orientation A considère que la responsabilité du changement thérapeutique appartient au patient. Le thérapeute est vu comme un miroir, un consultant, un conseiller. Son but n'est pas de catalyser un changement, mais d'aider le patient à comprendre sa situation. La formation proposée en psychothérapie dans cette orientation consiste à enrichir la vie philosophique du stagiaire et à l'aider à se développer en tant qu'individu.

Ces deux orientations de formation bien différentes peuvent illustrer les deux facettes de l'alliance thérapeutique, que sont la part de méthode et la part d'intuition. Remarquons toutefois que, comme le soulignait Jay Haley, beaucoup de formations se situent entre ces deux extrêmes définis, mélangeant technique et créativité. On peut en effet penser que dans la façon d'aider, une technique puisse être nécessaire au-delà de simplement enrichir la vie du thérapeute.

Nous nous pencherons sur chacun de ces aspects constituant l'alliance thérapeutique, la part de méthode enseignable et la part d'intuition semblant difficilement enseignable.

1.1. PART TECHNIQUE ENSEIGNABLE

« Sans technique, un don n'est qu'une sale manie »

Georges Brassens

L'alliance thérapeutique, cela semble incontestable, est faite d'une part de techniques, comme nous avons pu le voir plus haut en répertoriant les facteurs spécifiques de l'alliance thérapeutique.

Ainsi par exemple, une relation thérapeutique de qualité se construit d'autant mieux si les interventions du thérapeute sont en adéquation avec les conflits, les problématiques, les défenses et les positions du patient ; mais aussi si le psychothérapeute adapte consciemment ses interventions pour amener le patient en position de « client ». L'alliance thérapeutique pourrait être améliorée également par une communication de qualité entre patients et

thérapeutes. Et l'apprentissage d'outils de communication par les thérapeutes pourrait faciliter la communication. De plus, dans un cadre professionnel, la façon de travailler n'est pas innée et demande à être explorée de façon guidée : nous soutenons qu'il en va de même de la construction de l'alliance thérapeutique.

L'apprentissage de techniques, de méthodes, de théories, construisent ainsi des « balises » pour améliorer la relation, elles fournissent au thérapeute un cadre à l'intérieur duquel peut se construire l'alliance thérapeutique, avec professionnalisme et sécurité. La technique donne au thérapeute des appuis pour aborder la relation et renforce ses berges. Les théories et méthodes fournissent également au thérapeute des **repères utiles** qui pourront lui permettre d'entrer en alliance avec confiance et esprit critique à la fois. L'enseignement de la technique offre au praticien de l'assurance : l'apprentissage de cadres lui permet de mieux faire respecter le cadre de l'entretien. Le thérapeute apprend ainsi des outils, des recettes, des procédés élémentaires de base, des théories, en partie provenant de l'evidence-based-medicine, des protocoles standardisés sur lesquels s'appuyer. La technique doit cependant rester un procédé élémentaire de base et non un protocole standardisé immuable. La part de méthode semble être un passage obligé dans le domaine de la psychothérapie, mais il ne faudrait pas pour autant réduire la construction de l'alliance thérapeutique à une technique.

Illustrons cet écueil de la technique par l'étude publiée par **Henry et ses collaborateurs** en 1993 (62). Faisant le constat de la part de méthode dans la construction de l'alliance thérapeutique, ils **feront l'expérience de former directement les psychothérapeutes à l'alliance** (116).

Henry et son équipe proposeront ainsi à seize psychothérapeutes ayant au moins deux années de formation à la psychothérapie une formation spécialisée dans le repérage et la gestion des fluctuations de l'alliance thérapeutique avec des patients présentant clairement un problème interpersonnel. Il s'agissait d'une formation de 50 sessions, réparties sur un an, comportant des mises en situation et des analyses. La formation consistait en deux heures de séminaire par semaine, avec une supervision portant sur les échanges interpersonnels et la relation thérapeutique. Elle proposait aux thérapeutes des balises pour savoir comment repérer les moments de perte d'alliance, comment la renouer, comment poser des questions pour communiquer plus efficacement etc. Cette étude a comparé l'approche de ces thérapeutes

avant et après cette formation à l'alliance thérapeutique. Que s'est-il passé ? Les thérapeutes ont été de bons élèves, ils ont appris et appliqué les méthodes transmises. Leurs comportements se sont modifiés pour adhérer à la technique apprise. **La relation thérapeutique a été mieux explorée**, les thérapeutes avaient plus de recul sur la relation, posaient plus de questions ouvertes etc. **Mais, parallèlement, il y a eu une dégradation de la qualité de la relation et de l'interaction. Les thérapeutes étaient devenus plus rigides dans la relation thérapeutique, plus directs, actifs, autoritaires et plus pessimistes également.**

Ainsi, sans que les auteurs puissent réellement expliquer les raisons de ce résultat inattendu, les psychothérapeutes avaient certes une meilleure adhérence à la méthode qu'initialement, ayant appris des techniques qu'ils appliquaient dans leurs traitements, mais en revanche, la qualité de l'alliance, mesurée par le client, s'était détériorée après cette formation.

Autrement dit, l'alliance thérapeutique non seulement ne se décide pas, mais elle ne se contrôle pas si facilement. **Une attention trop forte portée sur elle et son enseignement**, en lien clinique avec le patient, **freinerait une adéquation naturelle et une implication authentique du praticien.** La majorité des études conduites depuis ont confirmé l'absence de résultats positifs à mettre au crédit de ce type de formation. J.N. Despland et Y. de Roten par exemple mettront en évidence dans leurs études que l'apprentissage de techniques et de méthodes en psychothérapie aboutit à une meilleure alliance concernant les buts de la thérapie, mais n'améliore pas le lien affectif au thérapeute. En d'autres termes, l'alliance ne peut pas se prescrire.

Les outils de communication thérapeutique pourraient être de bons moyens au service d'une fin plus globale que le thérapeute ne doit pas perdre de vue : la présence à l'autre, position soutenue par A. Bioy. L'écueil serait d'apprendre des techniques afin de favoriser l'alliance avec le patient, en emmagasinant et en appliquant ces méthodes tel un technicien. Henry et son équipe montrent par leur étude les écueils pour la relation thérapeutique lorsque la part « technique » de la relation l'emporte sur la présence à l'autre intuitive du thérapeute.

1.2. PART INTUITIVE DIFFICILEMENT ENSEIGNABLE

Au-delà des aspects techniques, l'alliance thérapeutique s'élabore en grande partie sur des paramètres relevant de la relation, de l'intuition. Il en va ainsi pour certains aspects de l'alliance, tels la qualité des échanges intersubjectifs entre patient et thérapeute et la présence à l'autre du thérapeute. Car s'il existe une part de théorisation et de méthode, indissociable de l'alliance, la relation interpersonnelle garde un caractère unique. En effet, chaque séquence d'interaction langagière reste unique et non reproductible et chaque patient a une manière personnelle d'exprimer un symptôme (s'inscrivant dans son histoire, son fonctionnement et ses valeurs).

En ce sens, la relation thérapeutique ne s'apprend pas, elle se découvre. Alors l'intuition pourquoi pas ? L'intuition est une fonction physiologique. Elle est selon Bergson, « *une sympathie par laquelle on se transporte à l'intérieur d'un objet pour coïncider avec ce qu'il a d'unique et par conséquent d'inexprimable* » (117). **Elle semble indispensable en thérapie autant qu'impossible à codifier, donc très difficile à transmettre** et ainsi donc peu valorisée par le système de l'enseignement officiel. Car comment apprendre et appliquer quelque chose qui ne serait pas codifié ? Comment enseigner la confiance en soi, en sa propre liberté plutôt qu'en ses connaissances pures ? D'autant plus que de nos jours, les modes d'explication et de connaissance valorisent la clarté, la procédure, la preuve, comme si des jalons préalables étaient l'assurance de conduire à une bonne fin le processus thérapeutique.

Nous nous attacherons à citer des études et réflexions d'auteurs ayant considéré ce sujet.

Les travaux menés par le Groupe de Recherche sur l'Alliance à Lausanne (GRAL) mettent en doute le fait que l'alliance puisse s'apprendre par un apprentissage visant cet objectif :

« L'alliance thérapeutique semble échapper en première intention au thérapeute lui-même, qui est en quelque-sortes pris dans la relation. Dès lors, est-il possible d'avoir pour objectif de développer l'alliance ? Elle apparaît davantage comme la conséquence d'un travail thérapeutique adéquat qu'un paramètre dont le soignant pourrait garantir la présence en première intention ». (Roten et coll, 2005 (7))

Le GRAL publiera également des travaux concernant la part de l'alliance liée à ce que nous sommes.

Lucien Israël considèrera pleinement la part « non technique » de la relation thérapeutique, écrivant dans l'un de ses ouvrages paru en 1968 que « *Ce n'est qu'au prix d'une souplesse de son aptitude à entendre, dans une sorte de spontanéité, que la relation soignant-soigné va s'établir* » (118).

Véronique le Meure et ses collaborateurs préciseront même dans un article paru en 2013 qu'il leur paraît précieux de :

« se distancier d'un savoir universitaire souvent riche de connaissances théoriques chèrement acquises, mais qui a contrario pourrait faire obstacle à la rencontre dans sa spontanéité, son authenticité ».

Les auteurs se demandant « *si se distancier de la technique n'est pas le chemin nécessaire pour rencontrer et écouter les autres ; c'est à dire pour interroger la question de l'être et de l'avoir en se souciant de mettre en valeur ce que nous sommes au-delà de ce que nous savons* ».

Ils ajoutent qu'« *Il y a une part de stratégie, mais c'est finalement bien ce que nous sommes que nous donnons, pour qu'un système thérapeutique puisse voir le jour et qu'au travers quelque chose change.*» (90)

Milton Erickson évoquait, en empruntant la métaphore des couturiers, la nécessité du « sur-mesure », versus un « prêt-à-porter » peu et pas suffisamment efficace selon lui en psychothérapie.

Norcross ira plus tard dans son sens, rappelant que « *L'étude de l'histoire de la psychiatrie mène à la conclusion décevante que tout modèle qui prétend soulager la souffrance humaine présente des limites. Une seule taille ne convient pas à tout le monde.* » (Norcross, 1997).

Ainsi donc, si la théorisation est indispensable aux thérapeutes, se défaire du formalisme dans la pratique ferait l'efficacité de la démarche. **Il s'agirait dans le domaine de la psychothérapie de se défaire de la théorie au gré du risque, de la liberté et de la**

créativité qu'exige la relation thérapeutique. Le défi pour le thérapeute serait d'apprendre à se laisser enseigner la relation avec chacun de ses patients.

2. AU-DELA DE CE PARADOXE, LA METHODE STIMULANT L'INTUITION

L'alliance thérapeutique étant faite de méthode, comme d'intuition et de créativité, ne s'agirait-il pas de dépasser ce débat pour observer ces deux aspects dans toute leur complémentarité ?

Car nous soutenons que la stratégie stimule l'intuition, que la technique favorise l'imagination, si tant est que le thérapeute la considère comme un procédé élémentaire de base et non comme un protocole standardisé et puisse alors prendre la liberté de s'en inspirer et de s'en éloigner. Aussi, si chaque séquence d'interaction entre thérapeute et patient est unique, ce n'est pas pour autant que l'on ne peut pas modéliser certains paramètres de ces interactions. Il faut avoir appris pour pouvoir désapprendre. Le virtuose ne cesse de retravailler ses exercices de base pour garder sa souplesse et pouvoir ensuite se permettre la liberté de l'improvisation. Le thérapeute pourrait être vu comme un musicien qui, connaissant parfaitement ses gammes, pourrait alors improviser et se laisser aller avec créativité.

Nous illustrerons notre propos par les réflexions et travaux de quelques auteurs.

P. Aïm se penchera sur ce débat dans son ouvrage paru en 2015 :

« Si chaque individu a une personnalité unique, rendant toute rencontre unique et non réductible à « des recettes rationnelles », ce n'est pas pour autant qu'il n'y a rien à en apprendre à ce sujet ! Même l'art, même l'improvisation, sont maîtrisées par ceux qui connaissent les techniques et s'y entraînent. Il s'agit donc de les apprendre, puis de les oublier pour pouvoir s'en rappeler spontanément au bon moment. Avec quelques outils adaptables, c'est la relation elle-même qui devient thérapeutique. Au sein d'une pratique de communication qui présente d'évidents aspects techniques à intégrer, puisse cette idée nous apporter un peu de liberté et de spontanéité. » (112)

Cet auteur faisait également remarquer dans son article paru en 2012 (119) qu'apprendre la relation comme une technique altère la relation, tout en explicitant son propos :

« Pourtant, tous ceux qui se forment à l'hypnose et aux thérapies brèves, mais également aux autres thérapies, font l'expérience suivante : apprendre l'outil technique leur semble améliorer la qualité de relation thérapeutique. L'écueil principal est donc de considérer l'outil normé comme une fin en soi. L'outil thérapeutique n'est qu'un outil qui n'a d'autre utilité que d'améliorer la relation. Une norme permet la liberté relationnelle à l'intérieur de son cadre. L'alliance ne peut être prévue ni apprise. Puis on ajuste sa posture aux caractéristiques du patient. La norme donne juste le cadre pour que se mette en place la liberté, celle du thérapeute mais aussi en miroir la liberté pour le patient de changer et d'aller mieux. La norme elle-même deviendrait donc une forme de liberté si on accepte qu'elle soit cela et simplement cela. »

D'après Stiles (1999), l'établissement de l'alliance thérapeutique résulte de l'utilisation appropriée de plusieurs composants du processus thérapeutique, ainsi que d'aspects relationnels. Il souligne qu'il est selon lui *« impossible de se contenter de privilégier les aspects relationnels au détriment des aspects techniques, les facteurs communs non spécifiques, par opposition aux agents spécifiques : les deux sont essentiels »*. (120)

Charly Cungi écrivait dans son ouvrage sur l'alliance thérapeutique que la part de l'alliance thérapeutique enseignable, qu'il appellera professionnalisme et celle ayant trait aux qualités humaines sont intimement liées de la manière suivante : *« Plus un thérapeute est empathique, authentique et chaleureux, plus il doit être professionnel ; plus il est professionnel, plus il peut se permettre d'être empathique, authentique et chaleureux. »* (19)

A travers ces auteurs, nous pouvons entrevoir davantage la complémentarité de ces deux aspects de l'alliance thérapeutique que sont la part technique enseignable de l'alliance et la part plus intuitive, touchant aux valeurs humaines du praticien.

II. COMMENT EN ENSEIGNER LES DOMAINES ENSEIGNABLES ?

FAVORISER LA QUALITE DES ECHANGES INTERSUBJECTIFS AVEC LE PATIENT
PAR UNE COMMUNICATION EFFICACE : PRESENTATION D'OUTILS DE
COMMUNICATION ISSUS DE L'HYPNOSE ET DES THERAPIES BREVES

Apprendre à construire une relation thérapeutique de qualité est, nous l'avons vu, central dans l'enseignement des psychothérapies.

La relation thérapeutique utilise différents canaux, dont celui de la communication, apparaissant comme un canal acceptable dans notre culture. « Communiquer » est l'acte qui met en relation, qui crée du lien (notamment de coopération) entre les gens. Et **si la communication est un processus naturel, organiser un axe thérapeutique à la communication ne s'improvise pas, mais requiert une formation.** Bien sûr, la communication ne peut pas être faite uniquement de « recettes » rationnelles. Mais ce n'est pas pour autant qu'il n'y a rien à en dire de concret à mettre en pratique.

Une communication plus efficace pourrait favoriser l'alliance thérapeutique en facilitant la transmission d'un message par le thérapeute, en renforçant la construction du lien thérapeutique entre patient et thérapeute, en facilitant un accord sur les objectifs d'une thérapie, mais aussi en soutenant mieux les capacités des patients et leurs motivations et en amorçant davantage le changement en thérapie. Une meilleure communication pourrait être à la fois le but, le moyen et le témoin du processus thérapeutique. Un choix attentif par le thérapeute des mots et attitudes qui permettent de mener l'entretien de façon constructive, ainsi qu'une écoute des patients affinée par l'apprentissage d'outils de communication pourraient ainsi aider le praticien à mieux communiquer et ainsi à être mieux en relation avec le patient.

De nombreux courants de psychothérapie se sont penchés sur la façon d'apprendre l'alliance thérapeutique, certains en se focalisant sur des outils de communication thérapeutique notamment, d'autres en se centrant sur d'autres notions. Parmi les

modèles de psychothérapie ayant particulièrement développé des outils de communication, nous pouvons notamment citer les thérapies cognitivo- comportementales, notamment via ACT (Thérapie d'acceptation et d'engagement) et l'entretien motivationnel, la PNL (programmation neurolinguistique), ainsi que l'hypnose et les thérapies brèves, mais cette liste n'est en rien exhaustive. D'autres courants, tels que la psychanalyse ont théorisé d'autres façons d'apprendre l'alliance, soutenant par exemple qu'établir initialement une « relation de support » peut être un préalable indispensable à la construction de l'alliance (4), ou que l'alliance peut s'établir par le transfert et par l'instauration d'une « real relation » (9).

Les façons d'apprendre l'alliance thérapeutique sont si diverses, que nous déciderons de nous orienter vers l'apprentissage de la relation passant par la communication thérapeutique, acte qui met en lien patient et thérapeute et crée entre eux un lien de coopération notamment.

Le domaine de la communication thérapeutique étant également un champ vaste et foisonnant, nous prendrons le parti de nous centrer sur les outils de communication issus de l'hypnose et des thérapies brèves, ayant bénéficié de formations dans ce domaine et pu mettre en application ces outils, tout en percevant une amélioration de l'alliance thérapeutique.

I. THERAPIES BREVES, THERAPIES PARTICULIEREMENT CENTREES SUR LA COMMUNICATION

L'attention portée à la communication thérapeutique dans le but d'améliorer l'alliance thérapeutique est en effet particulièrement marquée au sein de l'hypnose ericksonienne et des thérapies brèves.

Mais tout d'abord, que sont les thérapies brèves et que regroupent-elles ?

Au sens strict, les psychothérapies d'inspiration psychanalytique (PIP), les thérapies cognitivo- comportementales et autres pratiques apparentées font partie des thérapies brèves, néanmoins les revues, formations, congrès évoquent le plus souvent sous cet intitulé les modèles thérapeutiques ericksoniens, orientés vers la solution, mais aussi les modèles

narratifs, systémiques et stratégiques. Nous limiterons donc notre propos à ces modèles thérapeutiques.

Les thérapies brèves ont émergé sur le plan des idées à la fois des recherches d'Erickson sur l'hypnose et du travail du Mental Research Institute de Palo Alto (dirigé par Gregory Bateson, avec Jay Haley et Paul Watzlawick, fondateurs de la systémie et des thérapies familiales). Elles s'inscrivent dans un courant de psychothérapie nommé « pragmatique ». (121)

Les pragmatiques ne s'intéressent pas tant à la psychopathologie et à des modèles théoriques qu'à la communication, cherchant à explorer comment communiquer plus efficacement pour générer un changement. **Les thérapies brèves ont ainsi pris très au sérieux la communication et développé des outils au service de la relation.** Les pragmatiques préfèrent non pas rechercher les causes profondes du problème, mais s'intéresser aux subtilités de la communication et aux déterminants du changement. Ils ont même fait de cela la base de leur pratique, proposant la relation comme principal ingrédient de la thérapie. Les pragmatiques proposent ainsi des cadres d'intervention souples, basés sur des techniques de communication visant à améliorer la relation pour mobiliser les ressources personnelles du patient.

L'hypnose ericksonienne et les thérapies brèves s'appuient ainsi sur un cadre communicationnel plutôt que sur une théorie psychopathologique complexe. Elles s'orientent vers un objectif thérapeutique plutôt que vers une classification sémiologique et plus précisément vers l'objectif thérapeutique du patient plutôt que vers celui du thérapeute. En effet, si le thérapeute est expert de la thérapie, le patient est lui vu comme expert de sa propre vie.

Les outils de communication issus de l'hypnose et des thérapies brèves peuvent être applicables à d'autres modèles de psychothérapie. Construire une meilleure communication pour favoriser l'alliance thérapeutique est en effet important quels que soient les modèles de psychothérapie.

Si la pratique de la communication thérapeutique a une place importante dans plusieurs courants de psychothérapie, elle pourrait être encore davantage intégrée aux différentes écoles de psychothérapie, pour que communiquer ne soit pas qu'un moyen de médier la thérapie, mais que la communication en tant que telle puisse être thérapeutique.

2. POSTURE RELATIONNELLE FAVORABLE A L'ETABLISSEMENT DE L'ALLIANCE

L'hypnose et les thérapies brèves entre autres ont développé des outils visant à aider le thérapeute à créer un cadre chaleureux et sécurisé facilitant le changement et donnent des notions sur la façon d'aborder la personne, d'installer la confiance et la relation. Au-delà des principes bienveillants, l'hypnose et les thérapies brèves donnent des balises concrètes sur des types d'attitude à adopter par le thérapeute pour favoriser l'établissement de l'alliance thérapeutique, sur la posture relationnelle qui pourrait améliorer la communication. Ces outils sont bien sûr utilisables en dehors des thérapies brèves ou de l'hypnose : ils sont applicables plus largement.

Pensant que la posture relationnelle adoptée par le thérapeute constitue une part importante du message transmis, nous avons décidé de commencer par s'y attarder, car, selon P. Aïm, « *une formulation intéressante sans l'attitude adéquate est inutile.* »

Nous précisons ici que le modèle que nous présentons est essentiellement basé sur les thérapies brèves, mais que d'autres courants de psychothérapie ont également théorisé cette question.

2.1. CHOIX D'UNE POSITION BASSE DU THERAPEUTE

« *On obtient toujours plus d'un travailleur libre que d'un esclave* »

Milton Erickson

Certains risquent d'être surpris par la proposition qui sera faite dans ce paragraphe tant elle semble aller à l'encontre du sens commun. Il est souvent enseigné au praticien d'être en position haute. Le thérapeute sait, ou est supposé savoir quelque chose sur ce que le patient ne sait pas sur lui-même et sur sa maladie. Le patient se place alors en position basse : il vient chercher de l'aide et connaît mal son fonctionnement et le moyen de le soigner. La position haute du thérapeute semble logique et parfois même profitable. Nous parlons ici de psychothérapie mais nous pouvons faire un parallèle avec la position médicale paternaliste

haute, qui a été longtemps approuvée par les patients, et dont les textes sont les témoins (le modèle paternaliste imprègne les deux premiers codes de la déontologie médicale française). Aujourd'hui cependant, ce modèle paternaliste tend à être de plus en plus critiqué et n'est plus validé par les lois (depuis le code de la déontologie médicale française de 1995 et la loi Krouchner de mars 2002) (122). Dans le domaine de la psychothérapie, l'adoption d'une position haute par le thérapeute peut toutefois être utile et nécessaire, dans le contexte de l'urgence et de la protection d'autrui par exemple.

Mais dans le contexte d'une relation à visée psychothérapeutique, il en va différemment. Le caractère unique des interactions langagières et la nécessité d'adaptation amènent le thérapeute à fréquemment adopter une **position basse, voire une position de non-savoir**. Cette posture relationnelle est défendue par François Roustang, qui souligne que le thérapeute met ainsi en demeure le patient d'apprendre, mais se sait dans l'incapacité radicale de le faire à sa place. Ce positionnement du thérapeute en position basse **permet, selon les thérapies brèves, un respect du point de vue du patient, ainsi que de ses besoins (notamment son besoin d'autonomie) vis-à-vis de sa propre problématique**. Il ne s'agit en rien pour les thérapies brèves de prôner l'inutilité du savoir, mais il est important selon elles que le thérapeute fasse le choix en thérapie d'adopter une position basse stratégique.

Car si le thérapeute est en position haute, il reste dans le confort de son savoir appris ; tandis que le patient s'en remet au soignant pour apporter la solution à sa problématique. Cette situation paraît plus confortable pour le thérapeute, mais en réalité ce dernier subit alors de la part du patient une pression considérable, potentiellement épuisante, pour obtenir un résultat et risque de priver le patient de la possibilité de changer par et grâce à lui-même. Car plus le praticien travaille, moins le patient travaille et inversement. La position haute, plus active pour le thérapeute qui se trouve alors au centre de la scène relationnelle, lui demande davantage d'efforts et pourrait être moins propice à la survenue d'un changement.

A contrario, en **position basse**, le thérapeute est **en retrait, mais** potentiellement **influent**. Il influe sur la capacité du patient à changer. Dirigée dans l'intérêt du patient, afin de l'aider à atteindre ses objectifs, cette posture est alors éthique et devient une stratégie. Lorsque le thérapeute se place en position basse, le patient par effet rebond, doit se mettre en position plus haute et apprendre à discerner pour lui-même ce qui est bon et ce qui ne l'est pas. Car si les personnes souhaitent changer quelque chose dans leur vie, elles doivent se rendre actives

pour ce changement donc se mettre en position haute active. L'hypnose ericksonienne et les thérapies brèves proposent ainsi au thérapeute d'adopter une position basse stratégique dans le cadre de la thérapie, autrement dit d'utiliser cette stratégie à des fins d'autonomie et de mieux-être du patient et non à ses propres fins. Selon les thérapies brèves, **le thérapeute doit se mettre en position basse dans tous les domaines où le patient doit se mettre au travail**, soutenant que sur le plan relationnel et émotionnel, le rôle du thérapeute n'est pas de faire mais de permettre au patient de faire.

P. Aïm, thérapeute, souligne que : « *Nous restons experts de notre domaine de compétence, mais le patient est expert de sa propre vie et du domaine d'application de la prescription, de l'intégration de celle-ci dans son contexte, de l'adéquation avec ses objectifs personnels : c'est lui qui mettra la prescription dans sa vie.* » (112)

Cette posture du thérapeute est issue de l'hypnose, mais également particulièrement des thérapies narratives. M. White, père de cette approche, a explicité cette position basse dans ces écrits :

« La position du thérapeute doit être décentrée et influente. Position décentrée car le soignant n'est pas au centre de la conversation et de la relation : le patient reste le narrateur, actif dans le processus de changement. Pour autant, le thérapeute n'est pas désengagé puisqu'il cherche activement à aider : il est influent. Influent ne signifie pas qu'il mène le patient vers une destination que ce dernier n'a pas choisi ou ne trouverait pas bonne. Il est actif pour aider le patient à se déterminer dans son propre monde, il est support pour que le patient agisse. Car si le thérapeute est dans une position décentrée et non influente il risque de se désinvestir, de se décourager s'il est dans une posture centrée et non influente et de s'épuiser si elle est centrée et influente. La position basse est en fait une fausse position basse, fausse car en réalité le thérapeute continue d'orienter l'entretien. Le thérapeute mène son questionnement en position basse, tel un journaliste d'investigation. » (123)

La position basse de « non-savoir » du thérapeute lui est ainsi utile pour prendre en compte et valoriser tout ce que les patients peuvent apporter au projet thérapeutique, leurs demandes,

leurs objectifs, leurs choix existentiels, comme leurs croyances, ainsi que leurs ressources et compétences.

Les thérapies brèves remarquent cependant qu'**il ne faudrait pas que le thérapeute se mette en position basse en toutes circonstances et dans tous contextes : il s'agirait qu'il se mette en position basse sur la pratique et qu'il reste en position haute sur le cadre, la théorie, les aspects techniques.**

En effet, le cadre relationnel a des limites, qui sont celles du thérapeute et de la déontologie de sa profession. Le thérapeute ne peut travailler par exemple si un patient l'insulte, le frappe, le séduit ou autre, chacun a ses limites. Il ne peut « travailler » au sens psychothérapeutique à n'importe quelle heure et pendant n'importe quelle durée. Il existe des **contextes** également **où une position basse** non seulement **ne serait pas souhaitable**, mais serait dangereuse et contre-productive. Prenons l'exemple **des urgences et des situations de crises psychiques**, où la position haute, l'action, la rapidité, la prise de décision centrée est indispensable. Dans ces contextes-là il est important que le soignant, prenne des décisions, parfois sans l'avis du patient si nécessaire.

Au final, l'hypnose et les thérapies brèves conseillent au praticien d'adopter en thérapie une position basse stratégique, de non-savoir et ce dans l'ensemble du domaine relationnel à l'exception du cadre et des situations d'urgence. Pensant que le thérapeute n'est pas en position d'expert en ce qui concerne la vie des personnes qui viennent consulter, **la position basse est vue comme la meilleure façon d'exprimer son respect au patient, de lui laisser une marge de manœuvre permettant plus de changement et de favoriser ainsi l'alliance thérapeutique.** Ce changement de posture est vu comme progressif. Il peut nécessiter parfois pour le patient un apprentissage et une autorisation à penser et faire pour lui-même, n'étant pas toujours accoutumé à prendre une position haute en thérapie.

2.2. COMMENT INSTALLER UNE SECURITE RELATIONNELLE ?

« Les gens oublieront ce que vous avez dit, les gens oublieront ce que vous avez fait...

Mais ils n'oublieront jamais la façon dont vous les avez fait se sentir. »

Maya Angelou

Pour développer des interactions langagières thérapeutiques et efficaces, mais également fluides et pacifiques, il est nécessaire d'être attentif à différents paramètres tels que le contexte de sécurité, de bienveillance dans lequel se déroule la communication. **Selon les thérapies brèves, mais sans être spécifique aux thérapies brèves, l'établissement d'un cadre sécurisant est un facteur important dans la création de l'alliance.** Ce pourrait même être une condition sine qua non pour que le patient s'ouvre aux différents pans de son vécu, qu'il se mette au travail, ou pour qu'il puisse exprimer ses affects et les accueillir.

Nous évoquerons ici des éléments qui vont participer à créer une sécurité relationnelle pendant l'entretien et notamment l'importance de l'établissement d'un cadre sécurisé (cadre externe, cadre interne et cadre de travail), ainsi que les autorisations pouvant être données par le thérapeute au patient pour le sécuriser. Nous parlerons des enjeux de l'instauration d'une sécurité relationnelle en termes de communication et d'alliance thérapeutique, puis détaillerons brièvement la notion de cadre sécurisé, avant de donner quelques exemples concrets des autorisations que le thérapeute peut donner au patient.

A. Bioy écrira dans un ouvrage paru en 2017 :

*« La notion de sécurité du cadre est sans doute l'une des dimensions reines, bien plus que la notion de « confiance » pourtant souvent avancée. D'abord parce que la confiance ne se décrète pas : seul le patient peut décider d'accorder ou non sa confiance, mais le professionnel ne peut décider pour le patient s'il doit avoir confiance en ce qu'il réalise dans le cadre de l'accompagnement. Schématiquement, on pourrait dire que **communiquer ne consiste pas à entrer en relation avec un autre que soi, mais à entrer en relation avec un autre dans un cadre donné. La solidité ressentie de ce cadre va influencer l'impact de la communication.** » (21)*

Isabelle Prevost-Stimec, thérapeute, ira dans son sens, soutenant dans le même ouvrage que :

*« Produire une communication efficace qui sera bénéfique à la fois pour le patient et pour le thérapeute, repose avant tout sur la notion de sécurité : tant de **sécurité***

*externe, matérielle, concrète ; que de **sécurité interne** liée à la relation elle-même et à la qualité des interactions ».*

Mais qu'entendons-nous par « cadre thérapeutique » ? Que regroupons-nous sous les dénominations de cadre « externe » et « interne » ?

Vincent Joly fait remarquer dans le livre « *Construire la relation thérapeutique avec l'hypnose* », qu'un cadre thérapeutique constitue une scène et un contexte qui vont induire un certain mode de communication et des processus spécifiques. « *Le thérapeute y met des limites protectrices, ce qui permet d'une part une grande liberté de parole. Le cadre thérapeutique comprend le cadre externe du processus psychothérapeutique et le cadre interne du praticien* ». (21). Cette distinction a été pour la première fois théorisée par Carl Rogers en 1942 dans son ouvrage « *La Relation d'Aide et la Psychothérapie* ». (124)

Nous comprenons par « **cadre externe** » ce qui concerne l'aménagement concret de la situation thérapeutique dans ses aspects pragmatiques mais aussi dans la portée symbolique de ces derniers et notamment :

- le lieu où a lieu l'entretien : le style du lieu, la position des différents protagonistes ;
- l'impact sur le patient des rencontres dans la salle d'attente avec d'autres patients ;
- la gestion du téléphone par le thérapeute : répond-il au téléphone pendant les séances ? Dialogue-t-il avec son interlocuteur ? Entendre le téléphone sonner c'est parfois déjà vivre une interruption qui peut être douloureusement vécue ;
- la ponctualité ou non du thérapeute ;
- la proxémie, c'est-à-dire la gestion de la distance physique comme psychique ou émotionnelle entre patient et thérapeute. Il s'agit d'être à la « bonne distance » avec le patient, à une **distance sécurisante** pour l'un et l'autre des protagonistes.

Les caractéristiques du cadre externe sont très dépendantes du **cadre interne** du thérapeute, c'est-à-dire de sa propre organisation psychique, de son mode de vie et de son système de croyances.

Le cadre externe et interne s'inscrit dans le **cadre de travail** du thérapeute, le mandat dont il dispose, le moment où commence et où finit son intervention.

D'après les thérapies brèves, le cadre établi doit être sécurisant pour le patient, par son établissement et sa stabilité au fil des entretiens. Il est tout de même souligné que la stabilité globale du cadre n'empêche pas que sa géométrie soit variable et que les règles d'échange soient adaptables : les manières de se rencontrer, d'être ensemble, de se parler, la façon d'accueillir le regard ou le silence ; tout cela n'est pas fixe et définitivement établi mais au contraire ouvert et évolutif.

Ainsi, une des premières choses à mettre en place dès le début de toute thérapie est peut-être l'établissement d'un cadre relationnel sécurisé. Pour installer davantage de sécurité relationnelle, les thérapies brèves proposent au thérapeute de dispenser au patient des « **autorisation**s ». Ces autorisations vont donner au patient des libertés qui vont introduire plus de sécurité. Le patient peut par exemple être autorisé à être actif sur le déroulement de la thérapie, à prendre son temps pour répondre, à parler de sa problématique avec ses propres mots, à faire remarquer à tout moment au thérapeute si quelque chose dans le déroulé de la thérapie ou dans les paroles du thérapeute ne lui convient pas, à dire uniquement ce qui lui paraît important pour que le thérapeute comprenne sa problématique... Il s'agit de l'autoriser explicitement et le plus possible, à guider le thérapeute à mieux le guider.

2.3. ADAPTER SON ATTITUDE EN FONCTION DE LA POSITION RELATIONNELLE DU PATIENT ENVERS LES SOINS

Comme nous avons pu le voir précédemment, **les thérapies brèves ont modélisé la position relationnelle du patient envers les soins en trois positionnements**, que sont ceux de « **client** », « **plaignant** » et de « **touriste** ». Cette distinction est spécifique aux thérapies brèves. **Les thérapies brèves proposent même au thérapeute de baser ses interventions sur cette évaluation.**

Nous décrirons ces trois niveaux d'engagement envers les soins théorisés par les thérapies brèves et verrons ce qu'une évaluation de cette position relationnelle du patient pourrait

apporter en termes d'alliance. Nous parlerons ensuite d'outils concrets proposés par les thérapies brèves visant à guider le thérapeute dans sa posture face au patient en position de « client », « plaignant », comme de « touriste ».

Ainsi, trois positions relationnelles du patient envers les soins sont décrites par les thérapies brèves, celles de « client », de « plaignant » et de « touriste » :

- **Le « client »** considère qu'il a un problème psychologique qui dépend au moins en partie de lui et il est motivé par sa résolution. Il a ainsi une demande d'emblée « travaillable », il peut admettre qu'il a des ressources et souhaite qu'on l'aide. Il peut être « client-acheteur », prêt à accepter ce que le thérapeute lui propose, ou « client-cothérapeute » dans le meilleur des cas. Il élabore alors avec le thérapeute une solution pertinente, se sachant avoir des ressources et recherchant dans thérapie un contexte pouvant soutenir l'expression de ses ressources. La position de « client » est la plus favorable à l'instauration d'une alliance thérapeutique forte : les patients en position de « client » ont une meilleure alliance précoce et une motivation aux soins perçue par le thérapeute plus forte.
- **Le « plaignant »** dit souffrir, mais attribue la responsabilité de cette souffrance à autrui. Il n'a pas de vraie demande mais surtout une plainte. Il demande à être compris, entendu. Le plaignant cherche une reconnaissance de sa souffrance au travers de sa plainte. Un abord trop direct en lui proposant un changement de point de vue ou une proposition de changement peut risquer de compromettre la relation.
- Enfin **le « touriste »**, ou le « non-concerné » dit qu'il n'a pas de problème et ne souffre pas. Il consulte parce que quelqu'un l'a envoyé, souvent avec des menaces (séparation, injonction de soin.) Ce n'est pas sa demande, mais celle d'un autre, à laquelle il ne souscrit pas.

Au-delà de l'établissement de cette distinction, en quoi pourrait-elle être utile au thérapeute pour construire l'alliance thérapeutique ?

Selon A. Bioy, l'établissement de l'alliance thérapeutique dépend également de la position du patient envers la thérapie, déterminant son engagement dans la relation

thérapeutique. D'après lui, repérer ce positionnement serait particulièrement utile pour la construction de l'alliance thérapeutique, notamment au début de la thérapie.

O. Cottencin et ses collaborateurs, praticiens en thérapies brèves, posent même l'hypothèse dans leur étude publiée en 2013 (111) qu'un préalable à toute psychothérapie pourrait consister à évaluer la position du patient envers les soins. Les auteurs créent ainsi un questionnaire, nommé **questionnaire « TPC »** (en annexe), visant à évaluer le positionnement du patient envers les soins en quatre questions à poser au patient en début de séance. **Il s'agit de repérer grossièrement les obstacles à la thérapie liés au positionnement du patient envers les soins.**

O. Cottencin et son équipe retrouvaient au terme de leur étude environ une moitié de patients en position « plaignant », un quart en position « touriste » et un quart en position « client » parmi leurs effectifs de la cohorte de patients primo-consultants observée. **Ainsi selon cette étude, 75 pourcents des patients n'étaient pas dans une position favorisant au mieux un travail psychothérapeutique.** Cependant, les auteurs rendent attentifs au revers possible d'une telle évaluation de la position du patient envers les soins, soulignant *« qu'il ne faudrait pas tomber dans le piège de coller une étiquette de « touriste » ou de « plaignant » de façon rigide en début de thérapie, ce qui risquerait d'entraîner une « prédiction » autoréalisante ».*

Evaluer plus systématiquement en clinique la position du patient envers les soins pourrait apporter au psychothérapeute un repère précieux pour construire l'alliance. Cela permettrait également de le sensibiliser davantage à travailler à amener le patient en position de « client » sans « griller d'étapes », de façon à favoriser au mieux l'alliance. Car **guider le patient vers la position « client » pourrait être le premier pas de la construction de l'alliance, selon les thérapies brèves.** Les auteurs de l'échelle « TPC » issue des thérapies brèves proposent aussi que cet instrument puisse s'utiliser pour fournir au thérapeute une autre grille de lecture lorsque l'alliance thérapeutique ne s'établit pas.

Et concrètement, quelle attitude proposent au thérapeute les thérapies brèves, face à un patient en position relationnelle envers les soins de « client », « plaignant » et « touriste » ?

- Un patient en position de **client** a besoin que le thérapeute « accepte », entende sa difficulté, mais il se sentira très vite entendu dans sa problématique : un mot, une

attitude du thérapeute suffisent à lui faire entendre que sa parole est accueillie. La proposition de changement (par exemple de mise en valeur des ressources ou de variation de point de vue) pourra survenir assez rapidement.

« Par rapport aux difficultés que vous vivez, y a-t-il des moments différents ? Ou des possibilités qui vous apparaissent parfois ? »

- Le patient en position de **plaignant** reconnaît que « ça ne va pas », mais c'est pour lui souvent de la faute des autres. Il peut donner au thérapeute l'impression d'être plutôt là pour faire reconnaître sa souffrance que pour initier un changement. Les thérapies brèves conseillent au thérapeute de « plaindre » le plaignant, suffisamment, jusqu'à lui faire percevoir que sa plainte est reconnue, entendue, « acceptée ». Il est recommandé au thérapeute de ne rien anticiper avant que le patient ne se sente entendu.

« Vous avez l'air de vivre des choses très difficiles, qui doivent vous causer beaucoup de souffrance. J'imagine que ça peut être parfois si difficile que d'autres ne peuvent peut-être se rendre compte de ce que vous vivez. »

Auprès d'un patient en position de plaignant, d'après les thérapies brèves, le thérapeute ne doit pas tenter d'essayer de le rassurer, ou de rechercher des solutions à ses problématiques.

- Quant au patient en position de **touriste**, il ne se plaint pas de la raison pour laquelle il consulte, car d'autres l'ont amené à consulter sans qu'il n'ait de demande ni de plainte. Auprès du « touriste », au thérapeute de le rejoindre là où il se situe, selon les thérapies brèves : dans son refus d'être là, pour l'accompagner à faire émerger une plainte à partir de cette situation lui apportant des désagréments.

« Qu'est-ce qui vous amène à consulter ?

-Rien, c'est mon mari qui a pris ce rendez-vous pour moi et a insisté pour que je m'y rende.

-De vous-même, vous n'auriez pas consulté ?

-Non, je n'ai aucun problème.

-Et qu'est ce qui fait que vous avez accepté tout de même de venir ?

-Je voulais rassurer mon mari, qu'il me laisse tranquille.

-Être tranquille c'est important pour vous ?

-Oui.

-Vous seriez d'accord qu'on réfléchisse à des moyens de rassurer suffisamment votre mari pour qu'il ne vous pousse plus à venir consulter ?

-Oui, mais comment ? »...

Cette catégorie de patients recoupe aussi toutes les situations de soins sous contrainte, ainsi que les soins aux mineurs, que les parents ayant l'autorité parentale peuvent obliger à venir. Les thérapies brèves proposent alors au thérapeute de renvoyer également au patient la contrainte dans laquelle il se trouve, la loi l'obligeant à voir la personne, point commun avec le patient pouvant aider à construire l'alliance.

« Donc, si je comprends bien, on vous a forcé à venir me voir aujourd'hui ?

-Oui, c'est un peu ça.

-Et moi, on m'oblige à voir quelqu'un qui n'a pas demandé à être là. Que pourrions-nous faire pour que cette situation s'arrête au plus vite ? Que faudrait-il faire pour rassurer vos parents ? / le juge ? ... »

Les thérapies brèves proposent ainsi au thérapeute d'évaluer de façon assez systématique la position relationnelle du patient envers les soins, puis de le rejoindre là où il se trouve pour valider son absence de demande, sa plainte, ou sa demande de changer dans un premier temps. Cette évaluation pourra permettre au thérapeute d'orienter par la suite ses interventions en vue d'amener peu à peu la personne en position de « touriste » à devenir « plaignant » et le « plaignant » à devenir « client ». En effet, **les thérapies brèves soutiennent que la posture de « client » est la plus favorable au tissage d'une alliance de qualité et la plus propice à la survenue de changements en psychothérapie.**

*2.4. ADAPTER SON ATTITUDE EN FONCTION DE LA DISTINCTION
« LIMITATION », « DIFFICULTE » ET « PROBLEME »*

Les thérapies brèves proposent différents types de conduites au thérapeute en fonction de ce dont est faite la plainte du patient : de limitations, de difficultés ou de problèmes. **L'alliance thérapeutique se construisant également par l'adéquation des interventions du thérapeute aux problématiques et à la position du patient**, selon les études menées par le GRAL, **cette grille de lecture proposée par les thérapies brèves nous semblait précieuse pour favoriser la construction de l'alliance.**

Nous définirons tout d'abord ces trois types de problématiques pouvant être rencontrés par les patients, puis nous aborderons l'attitude proposée au thérapeute par les thérapies brèves en fonction de cette délimitation.

Le patient peut faire face à une **limitation**, c'est à dire un événement de vie contre lequel on ne peut rien (événement extérieur, décès, maladie). Une limitation n'a pas de solution. Une limitation devra être accueillie par le thérapeute avec bienveillance pour aider le patient à accepter les limites de leur action... et de la vie. Il s'agit alors de bon sens et d'acceptation. Il faut être vigilant dans l'entretien : une limitation doit orienter l'entretien vers l'acceptation des limites. Face à une limitation, un travail de deuil est nécessaire, parfois indispensable, pour accéder à un autre niveau de solution dans une situation chronique. La vie qui a changé de façon durable, définitive, nécessite une refondation des repères et des croyances antérieures, qui ont parfois en partie perdu leur sens. Ainsi, face aux limitations l'enjeu est de travailler l'acceptation. Il est important que le thérapeute explique ses limites et refuse la demande de changement du patient si tel est le cas. Il lui faut dans le même temps témoigner son soutien au patient et rappeler les limites de la réalité. L'approche proposée au thérapeute n'est pas le renoncement, mais l'observation raisonnable de ce que l'on peut faire avec ce qui est et la délivrance de compliments au patient sur ses efforts déployés pour faire face.

Exemple d'une limitation :

Un patient rapporte au thérapeute combien il est douloureux depuis qu'une fibromyalgie s'est installée dans sa vie.

« -Une fibromyalgie complique en effet souvent la vie. En quoi puis-je vous aider ?

-On dit que c'est psychologique, je voudrais que vous m'aidiez à résoudre cette fibromyalgie.

-Je serais bien incapable de vous aider à faire disparaître votre fibromyalgie. C'est une maladie souvent chronique, que l'on comprend mal et qui peut avoir une composante psychologique, mais qui a aussi une composante somatique, articulaire et musculaire. Si je ne peux pas vous aider à résoudre cette fibromyalgie, est-ce que je peux vous être d'une aide quelconque ?

-Ma fibromyalgie me révolte tellement, peut-être que m'aider à l'accepter un peu et surtout à ce qu'elle ne prenne pas toute la place dans ma vie serait déjà bien.

-Vous seriez d'accord que l'on se fixe cet objectif ? »

Le patient peut venir en consultation avec une **difficulté**. Celle-ci est généralement une conséquence d'une limitation. C'est par exemple la tristesse après la mort d'un proche ou la perte de revenus par suite d'une impossibilité de travailler. La difficulté peut se résoudre partiellement ou totalement, non pas en changeant la grille de lecture comme pour un problème, mais en agissant directement sur celle-ci. Mais dans ce cadre, il est proposé au thérapeute de ne pas viser un changement de point de vue, mais de se limiter à donner une information, un conseil, ou à faire avec le patient une action appropriée si cette dernière est possible. Les difficultés se règlent ainsi généralement par un changement de type 1, c'est-à-dire un changement qui intervient dans la même réalité, avec le même point de vue. Il peut s'agir de faire davantage la même chose comme de donner un conseil, une information, une explication.

Exemple d'une difficulté :

Un père se dit inquiet devant la situation de son fils de deux ans, qui se couche depuis peu moins sereinement, a davantage de peurs au moment de se coucher, sans avoir pu mettre en évidence de facteurs de déstabilisation ou d'anxiété. Donner des informations sur la survenue fréquente de cauchemars et de peurs nocturnes à cette étape de la vie en rapport avec le développement normal de l'enfant ne modifiera pas fondamentalement la situation, mais peut parfois déjà participer à rassurer ce père.

Le patient peut aussi venir consulter pour un **problème**. Un problème survient lorsqu'une difficulté n'est pas surmontable, se répète, s'étend quand le point de vue du patient est figé. Dans le cadre d'un problème, on observe fréquemment que les tentatives de solutions de la personne, le bon sens, les moyens habituellement efficaces ne le sont plus et même souvent aggravent le problème. Ce dernier, a contrario d'une limitation ou d'une difficulté, est le plus à même d'être « travaillable » en thérapie et nécessitera un changement de point de vue. Selon les thérapies brèves, donner dans ce cas un conseil peut facilement se solder par une mise en échec.

Exemple d'un problème :

Une patiente fait part au thérapeute des peurs utiles rencontrées dans sa vie, pour lesquelles elle a pu réagir de façon adaptée, mais lui rapporte à contrario l'installation actuellement de crises d'angoisse et d'une « peur de la peur » se manifestant constamment et ne diminuant pas malgré toutes ses tentatives de réassurance et celles de son entourage.

Possibilité 1 :

« Donc vous vous sentez dans un état d'anxiété permanent, redoutant à tout moment qu'une autre crise d'angoisse survienne ?

-Oui, c'est bien ça.

-Et que pourriez-vous faire de plus que vous n'avez pas tenté encore pour vous réassurer ?

-Justement, j'ai essayé tellement de choses et mes proches aussi, cherchant à tout faire pour supprimer le plus possible toutes les sources de stress de ma vie..., mais rien ne marche.

-Et en même temps, vous remarquez vous-même qu'il n'y a pas de raison objective d'angoisser, comment pourriez-vous y penser moins ? »

Possibilité 2 :

« Ainsi si je comprends bien, de l'angoisse s'est installée dans votre vie sans que vous ne compreniez pourquoi et toutes vos tentatives pour solutionner ce problème vont dans le sens de chercher à vous rassurer ou à être rassurée ?

-Oui

-Et quel effet cela produit d'essayer de vous rassurer ?

-Je me sens plus calme un tout petit moment et après l'angoisse reprend de plus belle.

-Vous voulez dire que tout faire pour essayer de vous rassurer pourrait même être... contre-productif ?

-J'ai cette impression.

-Est-ce que vous seriez d'accord que je vous propose de faire exactement l'inverse, c'est-à-dire de réapprendre à écouter vos angoisses un petit temps chaque jour, de les affronter au lieu de les fuir ? »

La possibilité 2 est une approche des problèmes pouvant être proposée par les thérapies brèves, visant non pas à proposer « plus de la même chose » mais un changement de point de vue, comme le souligne P. Watzlawick dans son ouvrage (125).

Les thérapies brèves proposent ainsi au thérapeute de distinguer limitation, difficulté et problème dans la plainte des patients, de façon à adapter son attitude et ses interventions, pour garder en tête que les limitations ne peuvent être dépassées, les difficultés ne peuvent être évitées et les problèmes ne peuvent être résolus. Notons toutefois que cette distinction des problématiques sous forme de limitation, difficulté et problème ne doit pas être vue de façon exclusive, tous trois pouvant parfois être intriqués dans un même entretien psychothérapeutique.

3. QUELS OUTILS POUR ECOUTER EFFICACEMENT ?

« L'écoute active est à l'opposé d'entendre passivement les paroles prononcées. Il existe une alchimie subtile entre d'une part être dans le silence, l'acceptation inconditionnelle de l'autre, l'attention flottante, la capacité de se laisser pénétrer par ce que vit l'autre, les associations libres qu'il nous offre et celles que nous nous laissons percevoir et d'autre part, être orienté vers l'autre, écouter volontairement et activement ce qu'il a à nous dire, s'intéresser, questionner de manière ouverte, puis plus ciblée. »

M. Delbrouck

Une écoute de qualité du patient par le thérapeute consiste non seulement à l'entendre respectueusement, mais aussi à pouvoir *lui faire passer le message* qu'il l'entend respectueusement. **« Mieux » écouter le patient pourrait selon nous favoriser la construction de l'alliance en améliorant la qualité des échanges intersubjectifs et en facilitant l'adéquation des représentations et des attentes du thérapeute et du patient.**

Ainsi, comment communiquer pour permettre au patient de sentir que le thérapeute est à l'écoute ? Comment lui permettre de ressentir cette relation comme constructive et positive pour lui ?

Nous parlerons ci-contre de quelques outils issus de l'hypnose et des thérapies brèves pour permettre une écoute « efficace » du patient et de ses dires et le lui faire percevoir.

3.1. REBONDIR ET REFORMULER

Rebondir et reformuler sont deux outils pouvant être particulièrement utiles au thérapeute pour transmettre le sentiment qu'il est présent et à l'écoute du patient et de sa problématique. Ils sont utilisés de façon très large dans le domaine de la psychothérapie et particulièrement au sein des thérapies brèves. Nous tenterons d'explicitier ces deux outils de communication.

- « **Rebondir** » signifie poser une question en rapport avec la dernière réponse du patient. Cet outil est précieux pour que l'entretien ne s'apparente pas à un interrogatoire, à bâtons rompus. Le principe paraît simple, mais son application demande un effort d'autant plus grand que le thérapeute cherche des informations, parfois nécessaires (comme les antécédents médicaux du patient ou l'historique de son symptôme). Par cette technique, chaque intervention du thérapeute (question, reformulation, approbation, ou autre) se trouve être en rapport direct avec les propos du patient. « Rebondir » montre au patient qu'on écoute attentivement ses propos. Cet outil est respectueux de sa ligne de pensée et renseigne le thérapeute sur la façon particulière du patient d'aborder sa difficulté actuelle. Et comme le remarque P. Aïm dans son ouvrage, « *il est souvent possible au thérapeute d'obtenir les informations souhaitées tout en rebondissant, de façon respectueuse et fluide.* » (112)

A contrario, que transmettrait au patient le thérapeute qui ne rebondirait pas sur ses dires ? Pousser le patient à répondre dans un ordre qui convient au thérapeute peut lui sembler être un signe de professionnalisme mais risque également de lui donner le message que le thérapeute a « la clef » ou la juste façon d'aborder son problème. Car souvent, le thérapeute suit son idée ou bien cherche des informations et pose une question sans rapport direct avec ce qui a été dit, révélant qu'il a peut-être une idée derrière la tête. Cette posture met le praticien en position haute et laisse à penser au patient qu'il sait mieux que lui. Ce dernier peut alors penser, consciemment ou non, que si le thérapeute dirige les questions, il sera en mesure de lui donner ensuite des solutions. Or, ces solutions, pour qu'émerge un changement, ne doivent pas venir du seul thérapeute.

Ainsi, rebondir est certes parfois déstabilisant, le thérapeute étant à tout moment obligé de « changer ses plans » en cours de route, mais finalement, en se laissant porter par ce qui vient d'être dit, il s'adapte plus, mène une conversation laissant une impression d'alliance entre ses interlocuteurs et non d'interrogatoire susceptible de vérifier des hypothèses.

Exemple : « *J'ai des crises d'angoisse.*

-*Avez-vous déjà eu ce même genre de problème par le passé ?*

-*Oui, ça a commencé en 2006, mais ça se manifestait un peu différemment.*

-*Comment les choses se manifestaient alors ?*

-C'était au moment où ma fille était davantage à la maison, parce qu'avec ma fille c'est compliqué, nos relations sont tendues...

Possibilité 1 : *-Oui, nous y reviendrons, mais quels symptômes ressentiez-vous alors ?*

Possibilité 2 : *Tendues ? Que voulez-vous dire par-là ?*

Contrairement à la possibilité 1, la possibilité 2 rebondit.

-Reformuler est un conseil souvent entendu en psychothérapie mais dont l'utilité, les modalités et les objectifs ne sont pas toujours explicités. Reformuler ne signifie pas simplement répéter ou paraphraser les mots du patient. La reformulation s'inscrit dans une stratégie, un objectif. Il nous semble qu'elle est parfois confondue avec l'interprétation. Une reformulation consiste à supposer un sens aux dires entendus et à en proposer l'hypothèse au patient, qui la valide ou non.

La reformulation sert au thérapeute à s'assurer d'avoir bien compris ce que le patient a à dire. Reformuler, passer les paroles du patient par le filtre de sa propre compréhension sert avant tout au thérapeute à s'accorder à son patient. De ce fait, il faut que la reformulation entraîne un acquiescement (au moins un assentiment d'un léger mouvement de tête ou d'un regard), pour s'assurer qu'elle a atteint son but. Si le patient n'acquiesce pas, ou conteste, le thérapeute devra revenir dans l'entretien là où il a perdu le patient, là où tous deux comprenaient les choses de la même façon.

Cet outil peut aussi servir à mettre l'accent sur une partie des propos du patient, ainsi qu'à réorienter la conversation, s'il s'agit d'une *reformulation partielle*.

Une reformulation peut en effet prendre différentes formes et permettre au thérapeute de rebondir sur les dires du patient pendant l'entretien, tout en l'orientant vers les questions désirées. Les thérapies brèves définissent quatre types de reformulations. Elles peuvent consister en un « *parachute* », une *reformulation partielle*, une *reformulation-redéfinition*, ou une *reformulation inversée*. Nous donnerons un exemple de chacune de ces reformulations, pour plus de clarté de nos propos.

Le parachute est une précaution oratoire qui permet au thérapeute de vérifier sa bonne compréhension et qui l'autorise plus facilement à se tromper également. On peut multiplier les parachutes :

Donc si je comprends bien, il me semble que..., quand je vous écoute et surtout arrêtez-moi si je me trompe, j'ai l'impression que...

Le parachute rend la formulation du thérapeute « biodégradable » : si elle est inappropriée ou maladroite, elle « disparaît » en laissant moins de traces pour le patient, elle le marque moins.

Exemple : « *Je n'arrive pas à accepter que mon mari ait une amante, ça me reste en travers de la gorge.*

-Si je comprends bien, vous vous sentez trahie ?, mais reprenez-moi si je me trompe.

-Non, ce n'est pas ça, il me l'a dit dès le début avec beaucoup de franchise et la relation de confiance entre nous n'en est pas diminuée. Mais je sais que depuis, ça lui arrive de faire passer son boulot au second plan et d'avoir des absentéismes, or c'est sur lui que reposent surtout nos rentrées d'argent. Je me fais du souci pour la stabilité financière de notre foyer. »

La **reformulation partielle** permet de mettre en valeur une partie du récit du patient, afin de pouvoir à la fois rebondir et guider l'entretien.

« Cette perte de confiance en moi a surtout concerné mes relations amoureuses.

-Donc si je comprends bien, votre confiance en vous n'est pas mise à mal dans vos relations amicales et familiales ? »

La **reformulation-redéfinition** : elle permet au thérapeute de redéfinir le problème sous un nouvel angle, généralement plus positif.

Exemple : « *J'ai perdu des plumes pour en arriver là !*

-Vos efforts ont donc porté leurs fruits ? »

Cet outil permet aussi au thérapeute de redéfinir et résumer les dires du patient, après une longue tirade de sa part.

La **reformulation inversée** permet au thérapeute d'orienter le patient vers un objectif concret, pouvant faire le nid d'un changement.

On pense souvent que notre état d'esprit conditionne nos actions et nos occupations. Or le lien inverse est également vrai et peut être un levier de changement pour le patient.

Exemple : « *Je ne vais pas bien, alors je ne fais plus rien et je ne vois plus personne.*

-Donc si je comprends bien, vous ne faisiez rien de la journée et restiez très isolé, ce qui vous a amené à constater que ça allait très mal ? Faire davantage de choses dans votre journée et voir plus de monde serait pour vous un signe d'amélioration ? »

3.2. ECOUTER LE LANGAGE DU PATIENT, DIGITAL COMME ANALOGIQUE

"La chose la plus importante en communication, c'est d'entendre ce que l'autre ne dit pas"

Peter Drucker

Ecouter le patient ne consiste pas qu'en l'écoute des mots qu'il verbalise, mais consiste aussi en l'écoute de la façon dont sont énoncés ses mots et en l'observation du « langage de son corps ».

Ainsi, différentes formes de langage exprimées par le patient sont à l'œuvre et il est important que le thérapeute y accorde de l'attention, pour mieux percevoir le message transmis. Nous définirons ces différentes formes de langage puis nous nous pencherons sur les enjeux du langage analogique des patients à travers les réflexions de quelques auteurs.

Nous pouvons « décortiquer » le langage en deux composantes principales, le langage digital et le langage analogique.

Le **langage digital** est constitué du contenu du discours, des mots et de leur sens. Il reflète principalement les phénomènes cognitifs.

Le **langage analogique** comporte :

- le **langage paraverbal**, incluant le ton, la prosodie, le volume sonore et la façon dont sont scandés les mots (accents toniques, silences, soupirs) ;
- et le **langage non verbal**, dit aussi infra-verbal, regroupant la gestuelle, la posture et les attitudes prises et la proxémie (gestion de l'espace physique entre les individus par une personne en train de communiquer, ainsi que la distance psychique et émotionnelle instaurée).

Le langage non verbal implique de manière privilégiée le corps. Le langage paraverbal, lui, vient à l'interface du langage verbal et non verbal, entre cognitions et comportements. C'est un indicateur de l'état émotionnel du patient (un discours sera précipité et saccadé dans un contexte d'anxiété, hésitant et chaotique dans la tristesse, enjoué et rythmé dans la joie...). Les variations du langage para-verbal traduisent la diversité des émotions associées au discours du patient.

Autant les thérapeutes peuvent être habitués à écouter le langage verbal, autant le langage analogique des patients ne nous semble pas toujours entendu à sa juste valeur en psychothérapie. Nous citerons quelques auteurs s'étant intéressés à cette question, à la place de la communication analogique dans la transmission d'un message et aux enjeux d'écouter ces différentes formes de langage exprimées par le patient en psychothérapie pour une écoute plus satisfaisante et plus globale de ce dernier.

Ce qui fait passer un message n'est pas uniquement son contenu, mais aussi la manière de le communiquer. Il faut donc, dès le départ, écouter et observer la forme aussi bien que le fond. En effet, les signaux non-verbaux et para-verbaux véhiculeraient la partie la plus importante de la communication, évaluée à plus de 80 pourcents du message transmis par plusieurs études.

Plusieurs auteurs soutiennent qu'une psychothérapie doit se faire dans l'écoute du discours comme dans l'attention portée aux mouvements du corps du patient. L'apparence du patient, ce qu'il donne à voir de lui, de manière délibérée ou non, englobe des éléments aussi variés que sa démarche, sa façon de se tenir, l'expression de son visage, son regard (fixe, mobile, présent, absent, fuyant...), sa gestuelle, sa respiration (lente, rapide, ample, superficielle,

abdominale, thoracique), sa tenue vestimentaire, ses apports cosmétiques (bijoux, maquillage...). Le thérapeute doit observer tant ce que le patient amène que l'effet de ce qu'il lui propose. Approbation, détente, changement de posture ou attention redoublée, tout est indice qu'il se passe quelque chose.

De même, l'attitude corporelle prise par le thérapeute pendant l'écoute du patient est primordiale : comment le thérapeute peut-il transmettre qu'il est à l'écoute s'il regarde ailleurs, qu'il est chaleureux s'il l'exprime froidement, ou encore qu'il prend le patient au sérieux si son attitude paraît négligée ? Un regard fuyant, un corps qui bouge sans arrêt sont autant de signes de désintérêt, d'agacement ou d'ennui transmis. Il est important pour signifier à son interlocuteur que le thérapeute l'écoute réellement, de le regarder, d'être tourné vers lui dans une attitude d'écoute. Le thérapeute ne pourra pas faire passer au patient le message qu'il l'écoute réellement si sa communication analogique ne véhicule pas également ce message. Comme le disait F. Roustang, « *Aucun jeu de langage n'a de portée s'il ne s'accompagne d'un mouvement du corps* ». (60)

Mais plus en détails, quels peuvent être les enjeux de l'écoute du langage analogique du patient en psychothérapie ?

-Selon M. Faucoup Gatineau, psychothérapeute, être à l'écoute du langage analogique du patient permettrait **de percevoir de façon anticipée le message transmis**. « *Si on l'observe bien, c'est un dialogue avant tout corporel qui précède l'expression verbale. Le corps réagit avant que nous en ayons conscience* » (126). Le langage analogique pourrait également être d'après elle un puissant **médiateur pour « percevoir », se « représenter » puis « verbaliser »** ce qui est mis en scène par le corps et les intonations. Ainsi, un meilleur décodage du langage analogique exprimé par le patient pourrait aider le thérapeute à accompagner le patient à mettre en mots ce qu'il ne parvient pas à verbaliser.

- Geneviève Platteau écrira dans un article paru en 2012 que le langage analogique pourrait **traduire ce qui ne peut être mis en mots et explorer le monde des représentations**, soutenant que « *le langage analogique « parle » au-delà, ou en deçà des paroles* » (127).

-Selon P. Watzlawick, la communication analogique **définit mieux la relation que le langage digital**. Il soutient que le contenu du discours est transmis par les mots, mais que *l'intention et la relation est essentiellement véhiculée par le langage analogique* : « *la communication analogique est une métacommunication, donnant des informations sur la communication verbale et indiquant le mode relationnel au-delà du contenu.* ». (128) Être amené à réfléchir sur ce que l'on voit tout autant que sur ce que l'on entend pourrait permettre d'avoir des relations plus pertinentes et une meilleure qualité de présence à l'autre. Ecouter et observer le langage para-verbal de son interlocuteur serait ainsi d'après Watzlawick un moyen d'améliorer la communication et la relation à lui.

-Être attentif au langage analogique émanant du patient comme de soi pourrait également permettre au thérapeute de construire davantage d'accordage et ainsi de potentialiser l'alliance thérapeutique, ce que soulignent plusieurs auteurs :

Selon Luc Farcy, « *La prosodie, les modulations et les variations de la voix, les postures, les mouvements, tout le paraverbal et l'infra-verbal a son importance pour construire l'accordage affectif et cognitif entre le patient et le thérapeute* ». (129)

Mady Faucoup Gatineau, psychothérapeute, écrit dans une revue parue en 2015 que « *c'est le corps qui va donner matière à ce qui va se jouer entre la personne et l'autre aussi bien dans l'accordage que dans le désaccordage* », remarquant qu'il est ainsi important que le thérapeute ait conscience de ce qui se passe en lui, comme des réactions corporelles du patient et des effets de ce qu'il se passe entre les deux. (126)

Quant aux réactions corporelles du patient, elle souligne que sa posture non-verbale va souvent signifier d'emblée son état de fermeture ou d'ouverture. A-t-il les bras croisés, le corps replié, les poings fermés ? Les mouvements de son corps sont-ils ouverts et fluides ? Sa respiration est-elle ample et profonde, ou bien saccadée et superficielle ? La tonalité de sa voix suscite-t-elle apaisement ou inquiétude ?

Ainsi, si chaque mot compte, chaque geste compte aussi et l'hypnose ainsi que les thérapies brèves permettent de s'y sensibiliser. L'observation globale du patient reflète son « rythme interne » comme son état émotionnel. Au vu de l'importance du langage analogique dans la transmission d'un message, il est important que le thérapeute soit à l'écoute du langage verbal

et analogique exprimé par le patient, comme de celui véhiculé par lui-même. Choisir ses mots et ses postures tout au long de l'entretien pourra améliorer le sentiment d'être écouté chez son interlocuteur. Le positionnement et la dynamique des corps peuvent être vus comme une métaphore de la dynamique relationnelle qui s'instaure pendant un entretien. Prêter davantage d'attention au langage analogique du patient exprimé et manifesté, en plus de l'attention portée à ses mots restitue au langage du patient tout son sens.

Mais cela constituerait un écueil si le thérapeute se focalisait essentiellement sur l'écoute et l'observation du langage analogique du patient et en oubliait d'écouter les mots prononcés, souvent moins ambigus que le langage analogique en œuvre. Car la communication analogique est certes très intuitive et signifiante mais peut s'avérer ambiguë, des larmes pouvant exprimer de la joie comme la peine par exemple.

4. COMMENT MIEUX PARLER DU PROBLEME ?

Le langage, dans ses composantes verbale comme paraverbale, revêt, nous l'avons vu, une importance toute particulière pour adresser des messages thérapeutiques. Concernant le langage verbal, les thérapies brèves proposent au thérapeute des outils pour « mieux » parler avec le patient de son problème.

Arnaud Gouchet et Julie Morvan écrivent dans un ouvrage paru en 2017 que :

*« Le choix des mots, le moment où ils vont être dits, la façon de les dire, leur éventuelle répétition et le jeu autour des mots, sont autant d'éléments qui vont rendre possible la délivrance d'un message utile au patient et permettre à ce dernier de modifier ses perceptions et ses croyances d'une manière qui lui soit bénéfique. Le patient pourra alors **requalifier sa propre problématique et sa propre expérience, avec de nouveaux mots, un langage renouvelé, permettant ainsi de créer un terreau favorable à un changement thérapeutique durable.** » (114)*

Les thérapies brèves soutiennent que si le thérapeute se contente d'*en parler*, ou de *simplement écouter*, il prend le risque de renforcer l'influence du problème. La façon dont le

thérapeute parle du problème doit être stratégique pour créer des ouvertures. L'hypnose et les thérapies brèves proposent au thérapeute des outils pour « mieux parler » des problématiques des personnes avec elles et notamment pour en faire une description proche de leur expérience, imagée, nuancée et « externalisée », soutenant que l'alliance thérapeutique pourrait ainsi être améliorée.

Nous détaillerons succinctement chacun des outils de communication issus de l'hypnose et des thérapies brèves visant à « mieux » parler d'une problématique que nous exposerons.

4.1. DESCRIPTION EXPERIENTIELLE DU PROBLEME, AVEC LES MOTS DU PATIENT ET DANS SON CANAL SENSORIEL PREFERENTIEL

Proposer aux patients de faire une description de leurs difficultés qui soit proche de leur expérience pourrait, selon nous, faciliter la compréhension de leurs problèmes par le thérapeute et ainsi potentialiser l'adéquation du thérapeute aux problématiques du patient.

Réemployer davantage les mots du patient en entretien, ceux qu'il pose sur sa problématique et lui transmettre des messages en passant par son « canal sensoriel préférentiel », sont deux outils utilisés par l'hypnose et les thérapies brèves pour améliorer la communication entre thérapeute et patient.

4.1.1. COMMUNIQUER PAR LE CANAL SENSORIEL PREFERENTIEL DE LA PERSONNE

Nous enregistrons les informations qui nous parviennent du monde extérieur et de ce que nous vivons par nos cinq sens, ou par l'un au moins de ces cinq sens. Nos sens constituent ainsi des filtres perceptifs à travers lesquels nous mémorisons les choses. La programmation neurolinguistique (issue des travaux de Richard Bandler et John Grinder, basés sur l'étude des techniques de thérapeutes issus des thérapies brèves et de l'hypnose ericksonienne, ainsi que de l'école de Palo Alto et des thérapies familiales), théoriser la notion de « canal sensoriel » sous l'acronyme « VAKOG ». Cet acronyme est fait des initiales des cinq canaux sensoriels que sont le visuel, l'auditif, le kinesthésique, l'olfactif et le gustatif. Selon la PNL, nous avons

tous un ou deux canaux sensoriels préférentiels et privilégions les informations qui en sont issues pour organiser notre expérience vécue. Notre façon de communiquer les utilise également de façon privilégiée.

Le langage verbal serait également un indicateur du fonctionnement sensoriel de l'individu. Chaque personne se construit ainsi une « image du monde » qui lui est propre. Certains sont plus « sensibles » aux aspects visuels, auditifs, gustatifs, ou kinesthésiques d'une situation donnée et ces différences peuvent transparaître dans le discours, au travers des mots et expressions utilisés pour décrire les choses et les événements vécus.

Par exemple, est qualifié de « visuel » quelqu'un qui privilégie le sens de la vue pour organiser son expérience et pour communiquer : « *c'est clair, il faudrait que...* », « *je suis dans le flou* », « *visiblement* », « *Je crois que c'est important que je garde à l'œil que ...* »), etc.

Les « kinesthésiques » sont ceux qui d'une façon générale prêtent préférentiellement attention à leur ressenti physique (mouvements, postures, équilibre). Ils emploieront plus volontiers certaines expressions, telles que : « *garder les pieds sur terre* », « *ça me prends la tête* », « *je me sens mal* », « *ça m'a déstabilisé* » « *je commence à flancher* ».

Une personne « auditive » utilisera davantage certains mots ou expressions : « *j'ai entendu dire que ...* », « *Je ne peux plus entendre que ...* », « *je n'en ai que trop entendu* », « *ça m'a abasourdi* », « *il est resté sourd à mes explications* », etc.

La PNL et l'hypnose ericksonienne notamment soutiennent qu'il est essentiel de tenir compte du canal sensoriel que l'interlocuteur privilégie et de s'y accorder pour améliorer la communication. En hypnose ericksonienne, une grande attention est portée à la sensorialité du patient, ainsi qu'à son canal sensoriel préférentiel, dans lequel la personne enregistre plus aisément des informations. L'hypnose ericksonienne souligne ainsi qu'il est important de veiller à repérer et à utiliser des mots appartenant au registre sensoriel préférentiel du patient, pour que ces mots aient plus d'écho chez le patient et que le message à faire passer lui soit mieux transmis.

L'écoute attentive et le repérage des sensorialités du patient sont ainsi utiles au thérapeute pour ajuster son discours à celui du patient afin de mieux communiquer, ce dont fait mention

dans son ouvrage P. Aïm : *« la communication est plus efficace lorsque l'orientation sensorielle du patient est respectée, le canal sensoriel préférentiel du patient est une porte d'entrée plus aisée pour lui transmettre un message. »* (112)

4.1.2. DECRIRE UN PROBLEME AVEC LES MOTS DU PATIENT

« Avant de juger quelqu'un, chausse ses mocassins pendant trois lunes »

Proverbe des Premières Nations

Être attentif aux mots employés par le patient pour décrire son problème et les utiliser pour parler de sa problématique est prôné par l'hypnose ericksonienne et par les thérapies brèves notamment, soutenant que cela permettrait plus facilement de rejoindre le monde du patient et de favoriser ainsi la communication et l'alliance thérapeutique. Il s'agirait pour le thérapeute de s'accorder aux mots du patients, d'adapter sa communication verbale pour communiquer plus aisément.

Un mot exprime une idée, constitue une idée porteuse de signification, à laquelle est liée une représentation d'un être, d'un objet, ou d'un concept. Les mots peuvent être exacts ou flous, abstraits ou concrets, pleins ou creux, expressifs ou lisses, au premier degré comme au second degré, soutenus ou familiers. Chaque mot compte et fournit de nombreuses informations au thérapeute sur le monde du patient et la façon dont il perçoit son problème.

Mais avant tout, en quoi utiliser les mots que le patient emploie pour parler de son problème pourrait servir la communication et l'alliance thérapeutique ?

P. Aïm se penchera sur cette question dans son ouvrage publié en 2015 et en dégagera quelques pistes. Selon lui :

- *« Parler le langage du patient sur le plan digital et analogique consiste à chercher ensemble à avancer, au lieu d'un seul qui comprend ou agit sur l'autre.*
- *Les mots du patient vont refléter le sens qu'il donne à sa souffrance. Partir de ses mots manifeste au patient du respect pour le sens qu'il donne à son problème.*
- *Il est important notamment de repérer le registre langagier du patient (registre familier, courant, soutenu), pour s'y accorder, en utilisant en partie le vocabulaire du patient, pour ajuster son discours à celui du patient ».*

Reprendre les mots du patient en entretien, plutôt que des mots plus « médicaux » permettrait ainsi de pouvoir parler des mêmes choses, de façon plus riche et plus personnalisée, chacun vivant une problématique sous un angle très subjectif. Un patient qui parle au thérapeute de son « *coup de mou* » pourra être plus réceptif aux mots du thérapeute s'il nomme également sa problématique « *coup de mou* », plutôt que s'il la nomme « *épisode dépressif* ». De la même façon « *coup de gueule* » et « *énervement* » ne sont pas forcément synonymes pour un patient.

Cependant, une attention excessive à chaque mot prononcé par le patient pourrait nuire à la spontanéité et à la fluidité du dialogue et nuire alors de façon plus globale à l'alliance thérapeutique.

4.2. DESCRIPTION IMAGEE DU PROBLEME, UTILISATION DE METAPHORES

« Quand le potier place l'argile au centre de son tour et commence lentement à le faire tourner, il y met aussi de l'eau et une main douce mais ferme pour guider la forme de l'argile, jusqu'à ce qu'émerge un objet unique qui sera apprécié et utilisé de bien des façons » (Mills et Crowley)

Parler d'une problématique de manière imagée pourrait favoriser la construction de l'alliance thérapeutique en ouvrant davantage la porte au changement en thérapie, ce qui nourrirait l'espoir des patients, selon plusieurs auteurs que nous citerons ci-contre. Ces auteurs soutiennent qu'un changement thérapeutique passe par un changement des représentations et que ces dernières sont particulièrement « abordables » par l'utilisation de métaphores.

Nous définirons les métaphores, puis nous nous pencherons sur ce que pourrait apporter leur usage en psychothérapie.

Les métaphores thérapeutiques sont des approches anciennes, utilisées explicitement ou implicitement dans de nombreuses approches thérapeutiques, et largement employées par l'hypnose et les thérapies brèves, qui communiquent beaucoup de messages de façon imagée, métaphorique. Une métaphore, du grec « *metaphora* » signifiant « transport », est une figure

de style fondée sur l'analogie. Un terme est substitué à un autre parce qu'il lui ressemble ou partage avec celui-ci une qualité essentielle. Friedrich Nietzsche voyait les métaphores ainsi : *« la métaphore n'est pas pour le vrai poète une figure de rhétorique, mais une image substituée qu'il place réellement devant ses yeux à la place d'une idée »*. De nombreux ouvrages ont été écrits sur cette question, nous en exposerons quelques notions concernant l'intérêt de l'utilisation des métaphores en psychothérapie et leur apport pour une communication de qualité.

P. Watzlawick, dans *« Le Langage du changement »*, explique que nous avons deux compréhensions du monde :

- l'une est logique, intellectuelle, analytique, c'est le langage de la science, de l'explication et de l'interprétation, se produisant dans l'hémisphère gauche du cerveau ;

- l'autre fait résonner en nous d'autres niveaux d'expériences, c'est le monde des représentations, des émotions, des images. Il se construit dans l'hémisphère droit, hémisphère de la saisie globale, figurative : *« c'est là que se constitue, pour un sujet, son image du monde, cette mosaïque qui s'élabore à partir de myriades d'expériences, de convictions, d'influences et d'interprétations »*. Or, selon Paul Watzlawick, tout changement thérapeutique est, en fait, un changement dans cette image. (128)

C. Lévi-Strauss écrivait en 2010 dans *« La pensée sauvage »* que :

« La pensée irrationnelle et imagée n'est pas un début, un commencement, une ébauche, la partie d'un tout non encore réalisé ; elle forme un système bien articulé ; indépendant, sous ce rapport, de cet autre système que constituera la science, sauf l'analogie formelle qui les rapproche et qui fait du premier une sorte d'expérience métaphorique du second ». (130)

Selon Y. Halfon, ces deux compréhensions du monde ne s'opposent pas, mais se complètent et constituent notre façon de penser :

« Et nous ne cessons de passer de l'un à l'autre : de la rêverie à la réflexion attentive ; on peut même dire que l'une et l'autre contribuent de manière différente à notre expérience de la vie. Et nous vivons l'unité de notre pensée dans la dualité de

son fonctionnement, avec des niveaux variables qui permettent les communications du monde imaginaire avec celui de la réflexion. » (131)

D'après lui, une métaphore permet « *un décrochage d'une langue commune vers une parole plus individuelle qui traverse les données du réel pour faire apparaître des correspondances jusque-là cachées, voire inconnues. Faire une image revient à déplacer et à défaire les lignes de la représentation concrète ; en un mot à inaugurer une liaison neuve, à travers la parole, entre soi et le monde* ».

Selon Halfon, quand la personne est bloquée dans un problème, le « *comme si* » peut se révéler efficace. (132)

D'après Luc Farcy, psychothérapeute en thérapies brèves, « *une métaphore soutient un processus de dé-sémantisation. Elle est comme un retour dans le domaine intersubjectif direct.* » (129)

Selon B. Audrain-Servillat, l'utilisation des métaphores pour décrire un problème permet une mise à distance de celui-ci, ou suggère une autre manière de l'observer, une redéfinition du problème. Elle soutient que les métaphores permettent également au thérapeute de faire passer des messages différemment, par « *des véhicules métaphoriques* ». D'après elle, raconter des histoires qui ne font pas directement référence au problème des patients diminue leurs résistances, augmente leurs choix et pourrait être également catalyseur de changement, en s'adressant à l'imaginaire et non à la logique de la personne. (21)

Joyce C. Mills écrira dans son ouvrage publié en 2013 que : « *la métaphore est un aspect du langage, symbolique, qui fait comprendre une idée de façon indirecte et qui paradoxalement renforce le sens, car elle va droit au but, mais d'une manière détournée.* » (133)

Lakoff et Johnson (1985) voient en la métaphore un outil de communication puissant, car « *l'essence d'une métaphore est qu'elle permet de comprendre quelque chose en termes de quelque chose d'autre* » (134).

David Gordon conçoit également une métaphore comme « *une nouvelle représentation de quelque chose, une autre façon de parler de son vécu* », qui d'après lui permet à la personne de se représenter son problème à différents niveaux de prise de conscience. (135).

Selon Franck Bernard, psychothérapeute, « *la métaphore permet de traduire une pensée de manière plus riche et plus complexe que ne l'exprimerait un vocabulaire descriptif plus rationnel* ». (136).

D'après Consuelo Casula, l'emploi d'une métaphore peut permettre en quelques mots de recadrer une problématique complexe, de créer une vision dans son ensemble apportant du recul au patient, l'aidant à trouver des solutions à son problème par ce recadrage. Il soutient que les métaphores aident également à trouver des mots concrets pour mettre en image des concepts abstraits. (136).

Selon Joyce C. Mills et Richard J. Crowley dans leur ouvrage (133), il est essentiel et efficace d'employer des métaphores pour communiquer pour les raisons suivantes :

« - Les métaphores s'adressent à l'imaginaire et non à la logique de la personne à qui l'histoire est racontée ;

- elles s'inscrivent dans le champ de la communication analogique ;

- le thérapeute ne dit pas pourquoi il raconte l'histoire, ni quel message il veut faire passer ; tout l'intérêt de la métaphore repose sur le fait d'inviter le patient à y trouver le sens qui lui convient. Une métaphore gardera tout son impact si elle n'est pas expliquée. »

D'après les travaux de la PNL de John Grinder et de Richard Bandler, une métaphore opère ainsi :

« Elle présente, dans les mots mêmes de l'histoire, une structure de sens superficielle, qui active une structure de sens profonde associée (indirectement en rapport avec l'auditeur) et cette structure active une structure de sens profonde retrouvée, qui est directement en contact avec l'auditeur. »

Selon ces auteurs, « *Une métaphore active des schémas associatifs qui se cumulent pour proposer à la conscience une réponse nouvelle.* »

Selon Ramachandran, neuroscientifique (2011), « *D'un côté, la métaphore n'est pas vraie au sens littéral, mais cependant, d'un autre côté, une métaphore bien tournée semble frapper*

comme l'éclair, révélant la vérité plus profondément ou plus directement qu'un énoncé littéral. »

L'utilisation de métaphores pour décrire une problématique permet, selon l'hypnose et les thérapies brèves, une mise à distance de celle-ci, ou suggère une autre manière de l'observer. Il s'agit pour le thérapeute de parler d'une autre manière, pour faire naître des métaphores : « *Votre problème, c'est comme quoi ? Quelle image avez-vous de votre problème ?* » L'utilisation de métaphores permet de redéfinir un problème différemment. Les images, les métaphores, invitent le patient à réfléchir en lui proposant sans lui imposer des alternatives et des idées. L'emploi de métaphores permet également au thérapeute de développer un langage avec les patients qui passera par d'autres canaux de communication que le canal rationnel et analytique et diminuera ainsi les résistances des patients tout en mobilisant d'autres choses chez eux.

4.3. DESCRIPTION NUANCEE DU PROBLEME

Nous pensons que ces outils issus des thérapies brèves visant à **parler avec le patient de sa problématique d'une façon plus nuancée pourraient favoriser l'établissement d'une alliance de travail** en permettant au patient et au thérapeute de pouvoir porter leur attention préférentiellement sur une partie modifiable du problème et d'évaluer de façon « mesurable » l'ampleur et l'intensité du problème dans la vie des personnes.

Le patient voit fréquemment son problème comme monolithique et trop gros pour qu'il puisse s'y attaquer et peut se sentir « au pied du mur ». Le thérapeute pourra alors tenter de transformer la montagne infranchissable en une succession de collines qui peuvent être dépassées les unes après les autres. L'enjeu est de sortir d'une description partielle monobloc pour arriver à une description nuancée de son problème par le patient. Pour ce faire, deux outils sont notamment proposés par les thérapies brèves : la fragmentation (outil issu de l'hypnose) et l'utilisation d'échelles (issues de la thérapie orientée solution). Nous les présenterons brièvement.

4.3.1. « FRAGMENTATION »

La fragmentation consiste à découper le problème en parties solubles, pour pouvoir porter son attention sur une partie limitée. La fragmentation du problème est un outil qui participe à redonner au patient une vision plus nuancée de son problème et par cela, à lui redonner de l'espoir et de la motivation pour faire des efforts dans une direction plus efficace. Car si parfois la totalité d'un problème ne peut être corrigée, une partie peut souvent l'être. Découper en morceau le problème et trouver des zones accessibles peut être porteur d'espoir pour le patient. Cet outil n'est aucunement incompatible avec une vision du patient dans son ensemble : au contraire, c'est parfois la fragmentation du problème qui peut permettre au patient de se reconnecter à des possibilités mises de côté, qui ne sont parfois plus distinguées dans une perception monolithique.

Une fragmentation peut avoir lieu dans le temps (*A quel moment se produit le problème plus précisément ?*), dans l'espace (*Donc vous vous sentez bien chez vous et à proximité immédiate de votre domicile, mais pas au-delà ... ?*), elle peut concerner la conscience (*En fait, ou pourrait dire qu'une partie de vous ne peut s'en empêcher et qu'une autre aimerait bien que ça s'arrête ? ...*), la mémoire (*Il y a des souvenirs difficiles qui viennent parasiter les souvenirs heureux, c'est bien ça ?*) et bien d'autres domaines.

Les thérapies brèves rendent le thérapeute vigilant sur des précautions à prendre pour utiliser cet outil en entretien. La fragmentation ne peut être utilisée qu'après acceptation : le patient doit en premier lieu être pris en compte dans son besoin d'être reconnu dans sa souffrance. Le thérapeute devra d'abord valider la réalité et le vécu du patient, avant de pouvoir évaluer le problème en le fragmentant. Cet outil ne doit pas non plus être utilisé pour « minimiser » le problème du patient.

4.3.2. UTILISATION D'ECHELLES

Des échelles peuvent être utilisées en entretien pour faire entrevoir au patient davantage de nuances. Pour beaucoup de patients, des symptômes sont soit présents, soit absents ; les solutions également et des ébauches de solution, des réussites partielles ne sont alors pas toujours perçues et considérées par les patients. Un des courants des thérapies brèves, la thérapie orientée solution, utilise les échelles comme un outil privilégié et en fait un emploi très différent de celui fait habituellement en psychopathologie.

Cette approche utilise les échelles sans prétendre à aucune objectivation par une quantification, mais comme un support aidant à penser au problème ainsi qu'aux solutions de manière nuancée, graduée, comme le souligne dans son ouvrage S. De Shazer (22).

Le thérapeute peut alors demander au patient par exemple « *Si on imagine une échelle entre 0 et 10, si 0 représentait les tensions familiales maximales que vous pourriez imaginer traverser et 10 le moment où vos relations familiales vous paraîtraient tout à fait sereines, où vous situez-vous aujourd'hui sur cette échelle ? Jusqu'où êtes-vous déjà descendus ? Jusqu'à combien auriez-vous besoin d'un accompagnement en revenant en consultation ? Où votre épouse situerait vos relations familiales sur cette échelle d'après vous ? Et vos enfants ? ...* » ;

Ou encore : « *Vous me dites être angoissé en permanence, sur une échelle allant de 0 à 10, si à 0 les angoisses occupent toute votre attention et votre temps et à 10 les angoisses sont présentes en toile de fond uniquement et vous laissent libre de vos projets, où vous situeriez-vous ? Y a-t-il des jours/des contextes où vous situez vos angoisses ailleurs sur cette échelle ?* »

4.4. DESCRIPTION « EXTERNALISANTE » DU PROBLEME

Un courant des thérapies brèves, la thérapie narrative, a développé une autre approche visant à décrire différemment les problèmes, à ne pas les considérer comme faisant partie intégrante de la personne, mais comme extérieure à elle. Ainsi, la personne peut se mettre en lien avec son problème et travailler ce lien en thérapie. Une telle description externalisante des problèmes vise à « décoller » le problème de la personne, pour restaurer son identité indépendamment de son problème. Cette approche est particulièrement utile quand l'identité de la personne est touchée par le problème et qu'elle s'identifie alors à son problème, ce qui

diminue fortement le changement possible en thérapie. En effet, si la personne se définit par exemple comme « un anxieux » quel que soit le contexte et non comme « anxieux » dans un contexte particulier, cela rendra difficile la mise en lumière d'une histoire alternative au problème.

Nous développerons ici cet outil, le trouvant **utile pour augmenter la « visibilité » et la compréhension du patient de son problème**, comme pour **favoriser la compréhension par le thérapeute de ses difficultés**. Nous pensons que cet outil pourrait faciliter **l'adéquation du thérapeute aux problématiques et conflits des patients** et ainsi potentialiser l'alliance thérapeutique.

Citons Michael White, créateur de cet outil :

« Parmi les clients en thérapie, nombreux sont ceux qui croient que les problèmes qu'ils rencontrent dans la vie sont un reflet de leur identité, ou de l'identité des autres. Cette manière de voir conditionne tous les efforts qu'ils font pour résoudre leurs problèmes et malheureusement, ce type d'effort a souvent pour résultat d'exacerber leurs problèmes. Les gens sont alors amenés à croire de manière plus forte encore que les problèmes sont inhérents à eux-mêmes et aux autres. Les conversations externalisantes peuvent fournir un antidote aux interprétations internes, en objectivant le problème : elles utilisent une pratique d'objectivation du problème, par opposition à la pratique culturelle d'objectivation des personnes. Ce qui permet d'avoir une expérience de son identité qui soit distincte du problème. Le problème devient le problème, il ne devient plus la personne. Dans le cadre des conversations externalisantes, le problème cesse de représenter « la vérité » à propos de l'identité des gens et les différentes façons de résoudre le problème deviennent soudain visibles et accessibles. » (123)

M. White a théorisé un outil regroupant tout un cheminement de questions, qu'il a appelé « la carte de l'externalisation ». Cette carte consiste à faire décrire le problème au plus près de l'expérience, de le nommer, avant de « cartographier » le contexte et les effets du problème, pour amener ensuite la personne à prendre position sur les effets du problème dans sa vie et à justifier cette position prise.

Nous ne parlerons pas ici de l'usage intégral de cette carte, mais de l'importance d'aborder une problématique en posant des « questions externalisantes », visant à faire décrire au patient le problème comme extérieur à lui-même, pour en percevoir plus d'aspects et créer un espace pour discuter des relations de la personne avec le problème. Cette approche permettrait ainsi selon les thérapies brèves de « mieux » parler avec le patient de son problème. (123), (24)

Exemple 1 : « *Je suis anorexique.*

-Depuis quand l'anorexie est entrée dans votre vie ?

-Quel argument de vente l'anorexie a-t-elle employée pour vous séduire ?

Ou encore *-Que vous a-t-elle amené à faire ? » ...*

Exemple 2 : « *Je suis dépressif.*

-Je peux connaître des choses sur la dépression, mais ne connaît en rien votre dépression. De quelle façon se manifeste-t-elle ? A quoi ressemble-t-elle ?

-C'est comme un voile noir tombé sur ma vie, qui obscurcit mes projets.

-Et de quelle manière ce voile noir tombé sur votre vie vous met des bâtons dans les roues ? Quel effet a-t-il sur vous, votre famille, vos relations, si c'est le cas ? ... »

5. COMMENT COMMUNIQUER POUR AMORCER LE CHANGEMENT ?

« L'information, c'est une différence qui fait une différence ».

G. Bateson

5.1. DETERMINER AVEC LE PATIENT UN OBJECTIF EN THERAPIE

Les thérapies brèves et en leur sein les thérapies orientées solution, se sont attachées à apporter au thérapeute des pistes concrètes, des outils « simples » et utilisables pour élaborer

avec le patient un objectif de thérapie qu'il puisse poursuivre de façon satisfaisante. Mais en quoi cette élaboration pourrait favoriser l'alliance entre patient et thérapeute ?

Les thérapies brèves soutiennent que **déterminer avec le patient un objectif de thérapie faciliterait la construction de l'alliance thérapeutique en augmentant la participation et la motivation du patient, ainsi que sa confiance en l'efficacité du traitement.** Cela pourrait également **lui faire vivre davantage un rapport collaboratif avec le thérapeute.**

L'hypnose et les thérapies brèves mettent donc en avant l'importance de fixer un objectif pour guider une thérapie. Ainsi, si le thérapeute peut être utile, c'est bien à l'objectif du patient. Ce dernier doit être compatible avec les besoins du patient mais aussi avec les possibilités du thérapeute. Il doit mettre d'accord les deux parties, le thérapeute acceptant le mandat que lui confie le patient pour l'aider ; et le patient acceptant le mandat qui consiste à s'investir dans la thérapie sur cette base, en quelque sorte à aider, en miroir, le thérapeute à l'aider. Un objectif qui serait uniquement exprimé en termes médicaux ou psychologiques, serait un objectif du thérapeute qui placerait ce dernier en position « haute », de savoir. Il s'agit au contraire que l'objectif fixé pour la thérapie le soit avec les termes du patient, en fonction de ses propres besoins. Le thérapeute poursuit alors le but d'être utile à la démarche du patient et peut lui demander dès le début de l'entretien : « *A quoi puis-je vous être utile ?* », ou encore : « *Si notre thérapie devait être utile, à quoi le sauriez-vous ?* », pour orienter tôt l'entretien psychothérapeutique dans cette visée.

Ainsi, en thérapie brève, comme le souligne P. Aïm dans son ouvrage (21) :

« La première étape pour initier un suivi psychothérapeutique est souvent de négocier un objectif thérapeutique « travaillable », compatible avec le monde du patient et les limites du thérapeute, recadré et renégocié ».

Il précise que « *Trois types d'objectifs peuvent se présenter d'emblée quand on reçoit le patient :*

- les objectifs impossibles, du type « je voudrais que ça ne soit jamais arrivé, je voudrais effacer ça de ma mémoire », pour lesquels il s'agira de rappeler les limites de notre intervention ;

- les *objectifs de vie*, du type « se réaliser », « s'épanouir », que le thérapeute peut accepter tout en cherchant avec le patient quels seraient les premiers signes qui iraient dans ce sens, ce qui pourra mener à des objectifs travaillables en thérapie ;

-et les **objectifs de thérapie**, acceptés par les deux acteurs et d'emblée travaillables. ».

Mais avant tout, qu'entendent les thérapies brèves par un « objectif travaillable » ?

Beaucoup de personnes ont vis-à-vis de la thérapie une attente floue, du type « *je ne vais pas bien, aidez-moi à aller mieux* », « *je voudrais me sentir moins angoissé* ». Devant des objectifs vagues ou irréalistes, le thérapeute peut être tenté de définir pour ces patients un objectif, courant le risque que son propre objectif pour la thérapie ne coïncide pas avec le leur. Or, le temps passé par un thérapeute à découvrir ce que veut le patient n'est pas perdu. Les premiers entretiens psychothérapeutiques peuvent consister en des entretiens préliminaires pour clarifier les attentes des patients quant à un suivi et négocier des objectifs pour la thérapie.

Selon P. Aïm « *Prendre le temps d'explorer les motivations, attentes, désirs, valeurs du patient favorise la construction de l'alliance thérapeutique et la création d'un contexte dans lequel le patient pourra définir un objectif « travaillable », à dire réaliste et réalisable.* » (112)

Un courant des thérapies brèves, les thérapies orientées solutions, s'est centré sur les critères qui rendent « travaillable » un objectif en thérapie et à même de mesurer pragmatiquement un changement survenu. Les objectifs posés pouvant être cependant entourés de nombreux changements, ils ne sont pas vus comme figés en thérapie brève, bien au contraire, comme le souligne P. Aïm : « *il arrive que les patients modifient leurs objectifs, c'est même bon signe, signe que le patient prend de plus en plus en main la thérapie, il ne subit plus les événements mais devient davantage acteur.* »

Ainsi, selon les thérapies orientées solution, un objectif est d'autant plus « travaillable » qu'il est défini de façon concrète et termes positifs (exprimant non ce que le patient ne souhaite plus mais ce qu'il souhaiterait à la place) et qu'il semble pragmatiquement atteignable.

Cette démarche peut être critiquée par d'autres courants de psychothérapie, comme la psychanalyse notamment, au vu du fait qu'elle ne prend pas en compte les demandes latentes ou inconscientes pouvant être sous-tendues par la demande verbalisée. Il est vrai que l'hypnose et les thérapies brèves ont une autre vision de l'inconscient : Erickson voyait l'inconscient principalement comme un réservoir d'expériences et de ressources qui peut constituer un terrain fertile en solutions potentielles aux problématiques rencontrées par la personne. L'hypnose éricksonienne induit un état de conscience modifiée pour accéder à l'inconscient, qui est vu par Erickson comme « corporel ». Quant aux demandes latentes des patients, elles ne constituent pas le champ d'action des thérapies brèves.

Nous expliciterons les critères rendant pour les thérapies brèves un objectif « pragmatiquement atteignable » et exposerons brièvement en quoi ils peuvent être constructifs en entretien psychothérapeutique.

5.1.1. FORMULER UN OBJECTIF EN TERMES POSITIFS :

Positif ne veut ici pas dire bon, mais signifie « en plus » : il s'agirait d'un objectif exprimé sans négation, partant du principe que cette formulation est plus motivante pour le patient, que tout le monde préfère gagner quelque chose que perdre et qu'il est souvent plus facile de faire quelque chose que l'on perçoit positivement. D'après plusieurs praticiens en thérapie brève, un objectif défini en termes négatifs pourrait attirer l'attention sur ce dont on cherche à constater l'absence et ainsi nourrir le découragement du patient et le sentiment d'être dans une impasse. Il s'agirait alors d'un mécanisme qui a été nommé par des chercheurs l'« effet ours blanc ». Cet effet a été défini par Wegner et son équipe en 1987 (137) comme un mécanisme psychologique selon lequel les tentatives délibérées d'inhiber ou de supprimer certaines pensées les font émerger plus volontiers.

Par exemple, si un patient souhaite ressentir moins d'anxiété, il va se mettre à observer les instants où il éprouve moins d'anxiété, mais risque en fait de se focaliser par ce mécanisme sur les moments d'angoisse vécus.

Pour amener le patient vers une autre formulation d'objectif pour la thérapie, exprimée sans négation, il s'agit pour le thérapeute d'accepter ce qu'il amène, tout en l'accompagnant à l'enrichir d'une autre formulation possible. Ainsi, le thérapeute pourra rebondir sur l'objectif initialement exprimé par le patient en termes de « *je ne veux plus de...* », en lui demandant : « *D'accord et dans ce cas, que voudriez-vous/qu'y aurait-il/ à la place de ...* ». Car bien des patients savent bien ce qu'ils ne veulent plus, mais pas toujours ce qu'ils souhaitent à la place de cela et accompagner les patients à franchir ce pas est vu par les thérapies brèves comme un premier pas indispensable participant à rendre un objectif « travaillable » en psychothérapie.

5.1.2. DEFINIR UN OBJECTIF EN TERMES CONCRETS DANS LA MESURE DU POSSIBLE :

D'après P. Aïm dans son ouvrage « *Si l'objectif (...) semble flou, il sera difficile au patient d'évaluer son avancement. Le risque sera de rentrer dans un « jamais assez », du type « je me sens plus calme, mais j'aimerais ressentir encore plus de calme* ». (112)

Cependant, si l'objectif est concret, il devient plus observable et quantifiable et permet alors au patient de mesurer ses progrès tout au long de la thérapie. Des échelles peuvent même être utilisées pour arriver à une pseudo-quantification, les thérapies orientées solution en font usage à cette visée également.

Les thérapies brèves proposent alors au thérapeute de recadrer avec le patient les termes de son objectif lorsqu'ils lui apparaissent flous, afin qu'ils puissent plus facilement être perçus par ses sens, être objectivés par lui ou son entourage. Pour ce faire, il peut alors demander au patient « *Oui... et comment cela se verrait-il ? Comment sauriez-vous que vous... ? A quoi remarqueriez-vous que... ?* », ou encore : « *Comment vos proches, votre famille, votre compagnon verraient-ils que ... ? Comment sauriez-vous qu'ils l'ont vu ?* ».

5.1.3. UN OBJECTIF DOIT ETRE RAISONNABLE :

Selon les thérapies brèves, un objectif, pour rester motivant, doit être réaliste, donc théoriquement réalisable dans un futur proche, dans un délai de quelques semaines à quelques mois. M.C Cabié et L. Isebaert font remarquer qu'« *Il ne faut pas oublier qu'un objectif, aussi petit soit-il, n'est pas accessible en l'état. Sinon il ne s'agit pas d'un objectif, mais d'une exception au problème. S'il est déjà réalisable, il s'agit d'une tâche thérapeutique et non d'un objectif.* » (23)

Si ce n'est pas le cas, si l'objectif que se fixe le patient pour la thérapie lui semble inatteignable à moyen terme, le thérapeute est amené à vérifier s'il ne s'agit pas plutôt d'« objectifs de vie », d'« objectifs impossibles », ou d'objectifs trop larges pour qu'un effet de la thérapie ou pour qu'une différence soit perceptible. Il est proposé alors au thérapeute de questionner le patient afin de l'amener à élaborer un objectif de thérapie à partir du premier objectif qu'il aura exprimé, par exemple de cette manière : « *Quel serait le premier signe/le premier pas qui vous montrera que(...)/ que vous allez dans la direction de (...) ?* »

Nous ferons toutefois remarquer qu'il ne s'agit pas de redéfinir avec le patient un objectif avec le patient selon un schéma trop rigide, ce qui pourrait laisser penser que le thérapeute détient la solution et poursuit son propre objectif.

Soulignons également que les thérapies brèves voient les objectifs thérapeutiques comme des hypothèses avec lesquelles travailler en thérapie, devant être remises en cause quand de nouveaux aspects de la réalité sont découverts par le thérapeute et le patient. Le but d'une thérapie en thérapie brève reste non pas d'exécuter un plan thérapeutique mais d'aider le patient à réaliser un changement.

5.2. ACCEPTATION, BASE DU CHANGEMENT

Les thérapies brèves placent l'acceptation de ce que le patient amène comme un préalable essentiel au changement.

Nous pensons que cet outil peut être générateur d'alliance, en favorisant l'affiliation du thérapeute au patient, en pacifiant la relation thérapeutique (en évitant une « escalade

relationnelle » entre thérapeute et patient) et **en montrant davantage au patient que le thérapeute est à l'écoute de sa souffrance.**

Nous verrons dans un premier temps en quoi consiste cette acceptation, puis de quelle manière elle peut participer à rendre la communication plus porteuse de changement pour le patient et quelles questions peut poser le thérapeute au patient pour ce faire.

Les thérapies brèves entendent par « acceptation » l'affiliation du thérapeute au patient par l'acceptation de ce qu'il présente, de sa souffrance et de ses difficultés, ainsi que de l'explication qu'il se fait de sa problématique et de sa vision du monde. Il ne s'agit pas de contredire la conception de sa problématique, mais de l'accepter pour que le patient puisse être réceptif dans un second temps à un élargissement de sa vision, un recadrage de sa problématique. Car une personne vivant une souffrance a tendance à la refuser et ainsi à chercher à la diminuer, la supprimer. C'est on ne peut plus légitime, ce refus pousse la personne à agir pour que cela change. Toutefois, ce faisant, ses tentatives de mise à distance de cette souffrance peuvent participer paradoxalement à l'augmenter en attirant l'attention sur elle, par effet « ours blanc ». Ceci peut être générateur d'un grand nombre de souffrances psychiques, comme l'anxiété anticipatoire, la dépression, ou l'organisation de la vie autour du symptôme. L'idée de l'acceptation n'est pas « d'accepter la vie telle qu'elle est » sans rien souhaiter de différent. Au contraire, il est question d'accepter l'existence de la souffrance, d'inclure la problématique pour mieux y faire face. Et même s'il s'agit de se battre, on ne combat bien que ce dont on a vraiment reconnu l'existence.

Mais plus précisément, en quoi l'acceptation de ce que le patient amène peut être générateur de changement ?

Selon P. Aïm, l'acceptation est un préalable au changement, **permettant d'ouvrir une porte vers le changement.** *« C'est l'acceptation qui permet de mettre un peu de nuance dans une réalité souvent décrite comme uniforme par le patient et qui, petit à petit, peut être recadrée et utilisée pour un changement. La subtilité est qu'accepter sa vision du monde (uniforme, monolithique, imposée par le problème) oblige fatalement à la questionner. L'acceptation est une sorte d'expérience de pensée qui dirait « Supposons, affirmons que ça soit vrai, dès lors, comment tenez-vous ? » ».*(112)

Et de quelle manière le thérapeute peut s'affilier au patient par l'acceptation ? Quelles questions peut-il lui poser ?

« La situation vous semble désespérée, c'est cela ? »

- Oui.

-Et comment trouvez-vous la force de consulter quand même ? »

Parfois, quand le patient semble avoir particulièrement besoin d'être reconnu dans sa souffrance, le thérapeute sera amené à presque exagérer ce que le patient lui amène, sans jamais pour autant se moquer de lui : *« Cette situation a vraiment dû vous sembler terrible, intenable, insupportable ! »*. En effet, c'est parfois d'après les thérapies brèves, la seule manière pour le thérapeute de faire ressentir au patient qu'il entend sa souffrance, avec une personne n'étant que dans la plainte. Le thérapeute n'a alors pas besoin de déborder d'empathie, de mimer une empathie excessive, mais il lui faut montrer au patient qu'il est à l'écoute, car comme l'écrit Y. Gros-Louis dans son ouvrage, *« si le patient « résiste » à la mise en œuvre de tout changement, c'est parfois qu'il faut une « dose » de plus d'acceptation avant de proposer un changement »*. (138)

Ainsi, les thérapies brèves voient l'acceptation de ce que le patient amène comme un premier pas indispensable en thérapie, pour favoriser la survenue d'un changement dans un deuxième temps ; comme « la première partie de la stratégie », consistant à dire au patient « Oui et... », car un « Oui, mais... » pourrait être entendu comme un « non ».

5.3. LIER LE PROBLEME DU PATIENT A SES RESSOURCES

Les thérapies brèves pensent qu'aborder la problématique d'un patient en s'intéressant d'emblée à ses ressources peut être **générateur d'alliance**, car cette approche **pourrait augmenter l'engagement du patient et l'espoir qu'il nourrit vis-à-vis de la thérapie**, ce que développera Y. Gros-Louis dans son ouvrage paru en 2017. (138)

Les personnes qui consultent un thérapeute viennent lui exposer une problématique. Elles s'attendent souvent à ce que cette dernière soit explorée dans les détails, mais il est moins habituel que le thérapeute porte également un grand intérêt aux ressources de la personne. En hypnose ericksonienne et en thérapies brèves le but est toujours d'associer le problème aux ressources. Au sein des thérapies brèves, l'hypnose ericksonienne et la thérapie orientée solution (TOS) orientent tout particulièrement leur approche vers les ressources des patients. Et même, la TOS se centre bien davantage sur les ressources du patient et sur les solutions que sur sa problématique. Ce courant soutient, comme le disait Erickson, qu' « *On peut savoir sans changer et changer sans savoir* », autrement dit que comprendre sa propre problématique n'aide pas toujours à aller mieux et que ce qui peut aider une personne à aller mieux peut parfois n'avoir que peu de liens avec sa problématique. Une personne peut par exemple, selon les thérapies brèves, connaître une dépression par suite de problématiques relationnelles et en sortir en se remettant à jardiner...

Nous verrons dans un premier temps ce que nous nommons « ressource », puis exposerons succinctement en quoi une approche thérapeutique se préoccupant du problème tout en incluant les ressources de la personne peut être utile, avant de proposer quelques explications concrètes de cette approche.

Une « ressource » est par définition selon le dictionnaire Larousse « ce qui peut améliorer une situation fâcheuse, embarrassante », « des moyens permettant de se tirer d'embarras, des possibilités d'actions ». Selon Jane Turner, psychologue clinicienne, une ressource est « *ce qui aide à progresser, à évoluer, à atteindre nos buts et à réaliser nos objectifs dans la vie. Une pensée, une émotion, un comportement, ou bien des personnes, des lieux, des événements, des objets ... Tout est susceptible d'être, d'avoir été, ou de devenir une ressource* » (139). **Les thérapies brèves entendent par « ressources » les compétences de la personne, ainsi que les différences et les exceptions au problème se manifestant.** La thérapie orientée solution vise particulièrement à mettre en lumière les compétences, souligner les petits changements et à rappeler à la personne ses ressources, se basant également sur ce qui va déjà bien. Pour ce faire, est soulignée l'importance du questionnement permettant au client de découvrir et de construire ses propres solutions, le langage des problèmes n'étant pas celui des solutions.

Mais en quoi connecter la personne à ses propres ressources, lier problème et solutions, pourrait s'avérer important et aidant pour favoriser un changement en thérapie ?

Le problème, pour les thérapies brèves, est le signe que la personne vit l'opposé de ses ressources et valeurs. Ainsi, si un sentiment d'abandon survient, c'est que la personne a su ce que c'était d'être entourée, si elle ressent un vécu d'injustice c'est qu'elle a connu la justice. Ainsi, selon P. Aim, c'est **se connecter à la ressource qui permet d'accueillir le problème**. *« L'accueil de l'existence de ce problème permet de retrouver la ressource qui y est associée vers laquelle on tend. Si on veut accueillir le « négatif » il faut aussi accueillir le « positif ». Dans le cas contraire, on accueille juste la plainte qui se dévide de façon stérile. »* (21)

Selon O. Cottencin, par une orientation du travail psychothérapeutique et du langage employé vers les solutions, l'idée est de tout faire pour **favoriser des conversations permettant au patient de se réapproprier son pouvoir sur sa vie** et de reprendre confiance en ses capacités, soutenant que *« ce sur quoi nous portons notre attention grandit »*. (140)

Et concrètement, que serait un questionnement liant le problème des personnes à leurs ressources ? Que consisterait-il à chercher à mettre en évidence ?

-Il s'agit pour le thérapeute de rechercher activement des « **exceptions** », y compris dans leurs petits détails, en construisant l'histoire des réussites, même modestes. Car un problème est rarement linéaire ou d'intensité égale. Quand le problème est moins grave, ne serait-ce qu'un peu, les thérapies brèves parlent d'« exception ». Celle-ci est souvent méconnue par le patient parce qu'il considère que « c'est normal que ça aille bien », ou parce que ce dernier ne s'attribue aucun rôle dans ce changement, ou encore qu'il n'y voit pas une « *différence qui fait la différence* », comme disait G. Bateson. En « traquant » les exceptions, le thérapeute amène le patient à poser un autre regard sur sa situation, à voir les choses différemment, le plus souvent à son grand étonnement. Les faits n'ont pas changé, c'est le regard qui change et d'autres possibilités peuvent soudain lui apparaître.

Prenons l'exemple d'une jeune adolescente auteure de nombreuses agressions et de destructions de biens matériels. Toutefois, un jour, au lieu de réagir à la frustration par l'agressivité ou la destruction, cette jeune claquera la porte et quittera la scène de la frustration, conduite tout à fait inhabituelle chez elle. Dès le lendemain cependant, ses

conduites agressives reprendront. En thérapie orientée solution, le thérapeute va se focaliser sur ce moment différent qu'il qualifiera d' « exception », en tentant d'amener cette adolescente à s'attribuer un rôle dans ce changement.

T : « *Vous voulez dire qu'hier, au lieu de castagner les autres ou de briser des objets quand vous ne supportez pas une situation, vous avez simplement quitté la pièce ?* »

P : *-Oui.*

T : *-Et quelle différence cela fait pour vous ?*

P : *-Pas grand-chose, il n'y a rien à en dire de plus.* (La jeune patiente peut attribuer cette différence au hasard, sans s'en emparer et se l'attribuer).

T : *- Et quelles petites choses y a-t-il dans ce « pas grand-chose ? »*

P : *- Disons que Je n'ai pas eu autant d'ennui que d'habitude, ce qui était plutôt cool.*

T : *- Et comment vous êtes-vous sentie alors ?*

P : *- J'étais plus cool, plus calme.*

T : *- Et que vous êtes-vous dit en vous sentant comme cela ?*

P : *- J'sais pas, que c'était jouable de faire autrement.*

T : *- Quelqu'un d'autre a-t-il aussi remarqué cette différence que ça faisait pour vous ?*

P : *- Oui, ma mère l'a vue, elle a trouvé ça encourageant.* » (et ainsi de suite...) La patiente commence ici à reconnaître en son action une « *différence qui fait la différence* ».

Pour mettre en valeur des exceptions, le thérapeute pourra par exemple demander au patient « *Y a-t-il des moments/ des contextes/ où ça va un peu mieux, où le problème est moins présent ?* », puis, quand le patient a trouvé une exception, lui demander : « *Quand encore ? Et encore ? Dans quelle autre circonstance(s) le problème est moins présent ?, etc., jusqu'à « épaissir » les moments faisant « exception » au problème.*

- Il s'agit également de « traquer » les **compétences** des patients, même modestes ou dans d'autres domaines. Les thérapies brèves soutiennent qu'une compétence dans un domaine ou dans un contexte totalement différent peut avoir une utilité concrète ou métaphorique pour aider le patient à atteindre son objectif dans un autre domaine. Les compétences de la personne peuvent être recherchées via leur loisir favori par exemple, pour être utilisées dans d'autres domaines bien différents.

5.4. MESURER LE CHANGEMENT PAR DES ECHELLES

Les échelles sont beaucoup utilisées par les thérapies brèves, principalement par le courant des thérapies orientées solution. Elles sont employées notamment pour aider le patient à choisir la vitesse à laquelle il souhaite changer et jusqu'où il veut aller.

Nous parlerons brièvement de cet outil, pensant qu'il **peut faciliter l'alliance de travail entre patient et thérapeute en leur permettant de se situer par rapport à l'objectif de thérapie posé initialement et augmenter la motivation des patients, en rendant les éventuels changements survenus au cours d'une psychothérapie plus perceptibles.**

Mais à quelle visée ont été créées les échelles de mesure du changement des thérapies orientées solution ?

D'après E. Lelarge, B. Audrain-Servillat et T. Servillat dans leur ouvrage (21), l'utilisation d'échelles en thérapie :

« - apporte des renseignements tout à fait utiles sur ce que ressent le patient, sur comment il envisage le futur ;

- amène les patients à se créer un nouvel avenir construit avec ses propres solutions ;

- fait expérimenter au patient la création de différences dans une situation ;

- permet de diviser les problèmes et ainsi, de les faire apparaître plus facilement résolubles ;

- permet ainsi de créer une marge de progression qui rend l'objectif atteignable. »

S. De Shazer, un des fondateurs de la thérapie orientée solution, précise dans l'un de ses ouvrages l'utilité attendue de ces échelles : *« Nos échelles sont utilisées non seulement pour « mesurer » la perception du client, mais aussi pour motiver et encourager, pour découvrir des objectifs, des solutions et tout ce qui est important pour chaque client ». Selon lui, « les idées de changement et de progrès (...) grandissent naturellement quand quelque chose leur est ajouté. Le progrès ajouté au progrès amène au bout du compte à suffisamment de progrès.*

Les échelles se construisent dans le but de pouvoir être étendues. Ni le client ni le thérapeute ne peuvent savoir ce que ces extensions vont impliquer. » (22).

Mais au-delà de la visée poursuivie, comment sont construites ces échelles ? Quelle question peut être posée au patient pour favoriser le changement en thérapie par ces échelles ?

Les thérapies orientées solution utilisent ainsi des échelles allant le plus souvent de 0 à 10 pour mesurer, par exemple, où en est le patient dans sa confiance ou dans sa motivation à atteindre l'objectif qu'il s'est fixé. Le nombre 10 fixé est toujours plus souhaitable que 0, partant du principe « qu'il est plus motivant de monter une échelle que de la descendre ».

Les thérapies solutionnistes précisent toutefois que des échelles négatives allant de -10 à 0 peuvent être utilisées lorsqu'il s'agit d'aborder en thérapie une limitation, ou un évènement à caractère traumatique : -10 est défini comme le moment qui a été le pire pour la personne et 0 un état où malgré la persistance de la souffrance, la personne arrive à investir dans le présent et à faire avec. Ces échelles négatives sont également indiquées lorsqu'un patient, très déprimé, ne peut pas concevoir sa vie de manière positive. Les chiffres sur ces échelles ne sont pas statiques, mais ils sont vus comme des métaphores. Il s'agit de donner corps aux chiffres en interrogeant le patient sur ce que ce nombre représente pour lui.

Le thérapeute demandera par exemple au patient : « *Que représente ce chiffre ? Qu'est-ce qui vous amène à vous placer à 4 et non à 3 ou à 5 ? De quoi est fait ce 4 ?* », pour en avoir une image concrète et imagée. Ces métaphores sont amenées par les patients :

- « *Je suis à 4 veut dire...* »

- Le thérapeute peut proposer au patient de compléter et d'enrichir de détails la signification donnée au chiffre de l'échelle : « *Qu'y a-t-il d'autre dans ce 4 ? Et quoi d'autre ? Et quoi encore ?* », « *Comment avez-vous fait pour passer de 0 à 4 ?* », etc.

Ainsi, les chiffres employés dans ces échelles n'ont, pour les thérapies solutionnistes, pas un caractère statique, mais un caractère dynamique, renseignant surtout sur le mouvement dans lequel est le patient si c'est le cas. Comme le précise S. de Shazer en 1994 : « *pour une grande catégorie de sujets ou de thèmes (mais non pour tous) dans lesquels nous employons des questions à échelle, la signification d'un nombre réside en son usage et, en particulier, son usage en relation avec les autres nombres sur l'échelle.* ».

Par exemple, un patient qui se positionnerait sur une telle échelle pourrait transmettre au thérapeute le message suivant : « *Regardez, je suis déjà en mouvement, je suis à 3* ».

- 4 indique par exemple « *Cela pourrait être pire mais il y a encore beaucoup à faire* » ;
- et 8 peut signifier « *Je peux bientôt imaginer une vie où les choses se poursuivent ainsi* ».

Parmi les échelles de mesure de changement utilisées en thérapie orientée solution, on relève notamment les échelles de progrès, les échelles d'espoir de changement et les échelles de motivation : nous en donnerons respectivement un exemple.

-Echelles de progrès : « *soit 0 le moment où vous avez pris rendez-vous ; et 10 le moment où vous vous dites : « ce n'est pas le paradis sur terre, mais si les choses continuent comme ça, ça serait déjà bien », où vous situez-vous aujourd'hui ?* »

-Echelles d'espoir de changement : elles contribuent à consolider le contexte dans lequel le changement peut se produire. Si l'espoir du patient augmente, il y a plus de chances qu'un changement se produise. « *Si 0 est : je n'ai plus aucun espoir que je puisse résoudre mes problèmes et 10 : je suis certain que d'une manière ou d'une autre je trouverai des solutions, à combien avec vous confiance dans la réussite de ce que vous allez entreprendre ? Qu'est-ce qui vous donne cette confiance ? Qu'est-ce qui vous fera dire dans les jours qui viennent que vous avez un tout petit peu plus d'espoir ?* »

-Echelles de motivation : elles consolident également le contexte dans lequel le changement pourra se produire.

« *Si à 0, vous vous diriez : « je n'ai pas la moindre envie de faire ne serait-ce que le plus petit effort pour atteindre mon objectif » et à 10 : « je ferai tout mon possible pour y arriver », à combien vous situeriez-vous ?*

Les concepteurs de ces échelles à utiliser en thérapie font toutefois remarquer qu'« *il vaut mieux des gradations très réalistes que trop optimistes, pour ne pas pousser trop vite au changement* ». Le choix de la direction et de la vitesse du changement doit rester le privilège du patient. (141). Illustrons cette précaution :

« *Que pensez-vous qu'il vous serait nécessaire pour que vous puissiez rester à 3 jusqu'au prochain rendez-vous, voire que vous puissiez-vous dire à un moment « je suis à 4 » ?*

- *Que je puisse reprendre mes différents loisirs comme avant.*

- (Le thérapeute se réjouit de tant d'enthousiasme, mais craint que la marche ne soit trop haute) : *Est-ce que ça ne serait pas plus de 4 ? Quel serait le plus petit pas qui vous montrerait que vous vous dirigez dans la bonne direction ?*

- *Je pourrais peut-être déjà recontacter une amie de mon club et la revoir.*

- *Chouette, et si les choses ne se passaient pas comme prévu, je serais curieuse de savoir ce que vous avez fait de mieux à la place ».*

5.5. UTILISER DES COMPLIMENTS POUR SOUTENIR LA MOTIVATION DU PATIENT

Communiquer de façon thérapeutique sert aussi à motiver, à encourager, à soutenir le patient dans sa démarche de changement et dans les efforts qu'il produit pour l'obtenir. Faire des compliments **peut participer à soutenir la motivation du patient et ainsi favoriser l'alliance de travail plus particulièrement, et pourrait également nourrir les aspects relationnels de l'alliance en introduisant une dimension plus chaleureuse et positive du thérapeute envers le patient.**

Dans notre culture, assez réservée et encore peu habituée à ce mode d'expression et de pratique thérapeutique, c'est toutefois une démarche peu habituelle.

Dans la thérapie orientée solution cependant, les compliments tiennent une place importante. Ils sont utilisés notamment pour soutenir la motivation des patients et valoriser leurs efforts fournis, mais aussi pour renforcer leur estime de soi. Ils peuvent aussi être formulés pour aider le patient à passer de la description de ses plaintes à l'exploration de ressources présentes, afin de construire une transition entre problèmes et solutions.

Mais tout d'abord, de quelle manière les thérapies brèves proposent au thérapeute de faire usage de compliments ? Quelle visée est recherchée dans le fait de « complimenter » ? Quelles précautions seraient à respecter par le thérapeute pour faire un commentaire positif qui puisse être bien reçu par le patient ?

Selon les thérapies brèves, un compliment fait en thérapie doit, pour atteindre son but, être sincère et souligner la manière dont le patient a pu résister au problème et tenir bon jusqu'à présent. Les commentaires positifs de ce que le patient a déjà fait pour améliorer sa situation sont généralement mieux acceptés quand ils sont formulés avec les mots du patient. Cela peut aller jusqu'à répéter littéralement ses propos. Les commentaires positifs ont également une fonction thérapeutique qui peut être différente selon le patient et son mode relationnel. Selon les thérapies brèves, les compliments doivent donc être adaptés au niveau d'engagement du patient dans la relation thérapeutique et le thérapeute en attendra un apport différent. Par exemple, avec un « touriste », les compliments sont employés pour contribuer à la création d'un contexte dans lequel la demande d'aide peut, peut-être, émerger.

Exemples d'utilisation d'un compliment avec un patient en position relationnelle de « touriste »

« Je sens que vous êtes tendu, si tendu que suis impressionné(e) de vous voir réussir à garder votre calme malgré tout ».

Ou encore : « J'entends que ce n'est pas du tout votre demande d'être ici aujourd'hui, que vous avez accepté à reculons de venir pour votre mari et je suis très sensible à l'attention et la confiance que vous semblez lui porter. »

D'ailleurs, que recherche plus précisément le thérapeute lorsqu'il utilise des compliments en thérapie ?

M.C. Cabié et L. Isebaert se sont penchés sur cette question dans leur ouvrage *Alliance thérapeutique et thérapies brèves* et ont souligné quelques enjeux de l'usage des compliments en entretien psychothérapeutique :

« - potentialiser l'alliance thérapeutique ;

- *créer un contexte d'approbation*

S. de Shazer en faisait déjà part en 1985 dans l'un de ses ouvrages, indiquant que les compliments créent un contexte d'approbation qui augmente la disponibilité du patient pour accepter quelque chose de nouveau, que ce soit une tâche thérapeutique ou une suggestion. D'après lui, ce contexte d'approbation est réciproque. « *Le thérapeute est d'accord avec ce que fait le client. Il le montre par ses commentaires positifs. Le patient est d'accord avec les commentaires du thérapeute.* » (142) ;

- *favoriser un rapport de respect mutuel :*

« *Par un compliment bien formulé, le thérapeute peut en même temps reconnaître la souffrance du patient, montrer de l'attention pour les forces, les capacités, les qualités les ressources, en somme les compétences des patients et en plus reformuler des visions nouvelles et souvent inattendues sur le fonctionnement des patients et leurs systèmes. Les compliments authentiques sont de ce fait un élément important dans la construction d'une relation empreinte de respect mutuel.* » (23) ;

- *aider à passer du langage des problèmes au langage des solutions ;*

- *et montrer de l'intérêt au patient de la part du thérapeute. »*

I. Prévost-Stimec rapporte elle aussi dans un ouvrage paru en 2017 qu'« *utiliser largement les compliments permet d'entretenir la motivation au changement du patient* ». Elle ajoute que « *nous avons tous besoin d'être motivés, encouragés dans nos processus d'apprentissages et de changement, cela valorise les efforts fournis comme efficaces.* » (21).

T. Servillat fait remarquer dans le même livre qu'un compliment ne se reçoit pas passivement lorsqu'il est formulé par le thérapeute : « *Recevoir et accepter un compliment est un travail intense lors duquel le patient se demande s'il va accepter totalement ou partiellement le commentaire positif que le thérapeute lui exprime. S'il l'accepte, il recadre son point de vue sur lui-même en l'enrichissant de nouvelles compétences et capacités.* »

Utiliser largement des compliments, verbaux comme non verbaux (tels que des sourires, ou tirer son chapeau), se pratique couramment en thérapie brève afin d'entretenir la motivation au changement du patient, et ainsi de favoriser l'alliance. Car si tout un chacun peut avoir besoin

d'être motivé et encouragé dans ses processus d'apprentissages et de changement, il pourrait en être de même en thérapie.

5.6. LAISSER DU CHOIX AU PATIENT

La souffrance psychique peut, à certains égards, être considérée comme liée à un vécu *de ne plus avoir le choix*. En effet, de nombreux thérapeutes observent que la problématique du patient qui l'a amené à consulter contient fréquemment la perception d'une absence de choix. Les patients peuvent alors ne plus réussir à construire leurs pensées, leurs émotions et leurs actions de façon satisfaisante pour eux.

Laisser le plus possible de choix au patient en thérapie pourrait favoriser l'alliance en nourrissant ses possibilités d'expression et en favorisant un meilleur usage de ses ressources. Par cet outil, le thérapeute pourrait co-créeer avec le patient un contexte dans lequel ses interventions peuvent promouvoir un changement. Laisser du choix au patient pourrait également participer à **reconstruire une autonomie relationnelle pour le patient**, comme le soutient J. Betbèze.

Un des enjeux de la thérapie serait de permettre aux patients de préciser leurs choix existentiels et de les mettre en œuvre dans leur quotidien. **Pour les thérapies brèves, la communication thérapeutique entre patients et thérapeutes vise à la construction d'un espace de choix possible**, ce que souligne T. Servillat dans l'un de ses ouvrages (21) : « Parmi ce que l'on mobilise en thérapie, on note la capacité de choisir des patients ». Il précise que : « Le thérapeute se montre permissif, c'est-à-dire encourageant, ouvrant des choix possibles. Le rôle du patient est de faire des choix, ses choix. ». Le thérapeute peut s'attacher à construire un espace de choix pour le patient, mais c'est bien au patient et à lui seul de mettre en œuvre un choix s'il le souhaite. Comme le formule Eve Lipchik dans son ouvrage paru en 2011, « Les thérapeutes ne doivent pas essayer de changer les clients ; les clients doivent décider si et quand ils sont prêts à changer. » (143)

Participer à redonner du choix, réélargir la panoplie de choix possibles pour le patient, mais comment ?

Nous distinguons deux types de choix, le **choix sémantique** et le **choix pragmatique**. Le choix sémantique consiste à choisir le sens à donner aux faits et aux événements. Le choix pragmatique, dit aussi choix décisionnel, consiste à prendre une décision, à choisir ce que nous allons faire.

Dès la perception d'un événement, nous lui attribuons un sens. Nos réactions émotionnelles colorent la signification attribuée à un événement, notamment par le choix sémantique qui sera fait, par les mots qui seront utilisés pour décrire les faits.

Or, du choix sémantique découle un choix pragmatique. Si le choix sémantique est restreint et ne peut être élargi par la personne, le choix pragmatique dont elle dispose l'est également. Dans le domaine de la psychopathologie, il y a très souvent un rétrécissement de la composante sémantique dans la perception.

Selon les thérapies brèves, une thérapie vise à restaurer la liberté de choix de la personne, c'est-à-dire sa liberté de choisir, entre différentes significations, celle qui lui est la plus utile, pour lui rendre sa liberté d'agir. L'objectif d'une thérapie sera alors d'élargir les choix sémantiques pour restaurer le choix décisionnel, soutenant que si la personne construit en thérapie des significations alternatives à un événement, elle va de ce fait souvent avoir plus de choix pour ses actions.

Au-delà de ces principes théoriques, quelles questions peuvent être posées, quelles formulations peuvent être employées pour aller dans le sens de redonner du choix au patient, en entretien dans un premier temps ?

Il s'agit de laisser du choix à tous niveaux, même pour des petits détails, dans chacune ou presque des formulations utilisées par le thérapeute, pour que le patient réexpérimente le choix de se positionner.

Le thérapeute peut par exemple :

- Prévenir le patient en amont d'un entretien qu'il n'est en rien obligé de répondre à ses questions, ni de « tout dire », qu'il peut juste dire ce qu'il pense utile que le thérapeute sache pour pouvoir l'aider/ mieux comprendre sa problématique.

- Demander au patient après chaque consultation s'il trouve utile de reprendre rendez-vous et si oui, dans combien de temps.
- Laisser fréquemment un choix de plus au patient que ce qui lui est proposé : *Est-ce ceci, cela... ou autre chose ?*
- Parfois, il s'agit de faire réaliser au patient qu'il fait ce qu'il fait par choix.

Exemple : « *Comment parvenez-vous à tenir avec toutes vos difficultés ?* »

- *Je n'ai aucun mérite, je tiens le coup grâce à ma fille qui me soutient, sans elle...*

- *Et ce soutien, l'avez-vous accepté ou refusé quand il s'est présenté ?*

- *Et bien, accepté, sinon je ne serais plus là pour en parler.*

- *Vous avez donc choisi d'accepter ce soutien qu'on vous offrait...qu'est-ce que ce choix signifie pour vous ? »*

- Le thérapeute peut aussi demander au patient s'il préfère changer rapidement ou lentement lorsqu'il souhaite des changements dans sa vie ; ou s'il est juste venu se plaindre mais ne se sent prêt à mettre en place aucun changement dans sa vie, etc.

Ainsi, une des manières d'appréhender la thérapie est d'augmenter les choix, c'est un des principes véhiculés par les thérapies brèves notamment. Ces choix peuvent être mis en pratique par le patient à tout moment pendant un entretien psychothérapeutique, de façon à ce qu'il les vive, les expérimente et en fasse un apprentissage pouvant être élargi à d'autres situations et problématiques, tout d'abord dans le domaine du choix sémantique, pour ouvrir dans un second temps à des choix pragmatiques. Cela pourrait faciliter l'alliance en enrichissant les capacités d'expression du patient, et en ouvrant davantage la porte au changement.

6. COMMUNICATION OU MANIPULATION ?

« Un grand pouvoir implique de grandes responsabilités ».

Benjamin Parker

6.1. TOUTE COMMUNICATION N'EST-ELLE PAS MANIPULATION ?

Les recherches sur la communication de l'école de Palo Alto sont rapidement parvenues à une conclusion importante : il n'y a pas de possibilité d'être vraiment neutre, c'est-à-dire de n'exprimer aucun message. **On ne peut pas ne pas communiquer.** Etant donné que nous communiquons à plusieurs niveaux, par le langage verbal comme analogique, même un silence peut être lourdement significatif (il peut manifester par exemple une désapprobation ou un désaccord). Mais au-delà de cela, **un certain nombre d'expériences nous ont montré qu'on ne peut pas ne pas influencer en communiquant.**

Citons notamment le célèbre « **effet Rosenthal** », prénommé du nom de celui qui l'a théorisé en 1968, dans lequel la conviction communiquée à l'enseignant qu'un étudiant est particulièrement doué, entraîne une réelle augmentation des performances (144).

Citons aussi la célèbre **expérience de Greenspoon** dans les années 1950, qui donna des indices sur l'influence du thérapeute sur le discours du patient y compris jusque dans ses petits assentiments, les fameux « mmh, hmm » qui font si souvent partie de la caricature qu'on fait des « psy ». Deux sujets sont l'un derrière l'autre. La personne qui est devant, sujet de l'expérience, ne voit pas celle de derrière, l'opérateur. Le sujet a pour consigne de prononcer de façon aléatoire tous les mots qui lui passent par la tête, pendant 50 minutes. L'opérateur a pour consigne (à l'insu du sujet) de faire un « mmh hmm » d'approbation à chaque fois que le mot prononcé est au pluriel et de se taire si le mot est au singulier. La plupart des sujets, à la fin de l'expérience, n'ont pas compris en fonction de quoi l'opérateur acquiesçait ou non. Et pourtant, ils se sont mis à prononcer de plus en plus de mots au pluriel, sans s'en rendre compte, au fur et à mesure de l'expérience. (145).

Alors **la neutralité, tant souhaitée par certaines approches** psychologiques et **psychothérapeutiques** classiques, **serait-t ' elle en fait impossible ?** C'est ce qu'ont affirmé certains chercheurs et auteurs à partir des années 1950 comme Goldbetter (146), Akthar, Glover, Bornstein, ou Douyère (147). Même un intervenant silencieux, ne faisant aucune mimique particulière, aucun geste notable, exercerait une influence par son comportement non verbal, par la façon dont il se tient, la manière dont il est habillé, coiffé, etc., que les autres remarqueraient inconsciemment. D'après P. Watzlawick (2002), **l'utilisation des aspects persuasifs de la communication pourrait même être l'élément fondamental de la thérapie.** (125).

Ces conclusions sur l'impossibilité de ne pas communiquer ont révolutionné les *a priori* sur lesquels fonctionnaient un bon nombre de pratiques psychothérapeutiques et ont mené à une démarche nouvelle.

De plus, **puisque la neutralité n'est pas vraiment possible, au thérapeute** d'assumer ce qu'il pense, ce qu'il ne peut s'empêcher de montrer et de s'engager dans la communication de manière volontaire, consciente, responsable et efficace.

Il s'agit donc pour le thérapeute **d'influencer de manière éthique.** Toute la question est alors de savoir jusqu'où aller dans l'influence. La position prise par l'hypnose et les thérapies brèves est qu'il faut sortir de l'illusion de la neutralité et user à bon escient de la communication. L'influence semble inhérente à la communication humaine. Poser la question de la relation est en fait poser la question de l'influence. Finalement, communiquer avec l'autre, c'est lui proposer notre empreinte. **Le pari de la communication thérapeutique est que l'influence est inévitable et qu'il vaut alors mieux la rendre féconde, l'utiliser.**

6.2. POUR UNE MANIPULATION ETHIQUE

Si toute communication est manipulation, influence, la communication entre patient et thérapeute, pour être thérapeutique, se doit d'être éthique. C'est l'intention qui compte.

A. Bioy illustre cette question dans son ouvrage paru en 2017, par la métaphore du briquet : le même instrument peut allumer une bougie d'ambiance ou un feu de forêt dévastateur.

*« Est-ce le briquet qui est réellement à blâmer ou l'intention de celui qui l'emploie ? Autrement dit, est-ce l'influence qui est à observer, ou les intentions de celui qui la formule ? Ce n'est pas l'influence qui est non éthique, mais la possible attitude du professionnel ayant peu de regard sur sa pratique, ne s'interrogeant pas sur sa pratique thérapeutique, ou bien sûr qui serait volontairement malveillant. **Le danger ne vient pas de l'influence mais de la façon dont elle est employée.** » (21)*

D'après un autre auteur (Shamy, 2010), *« ce serait un bien mauvais procès que de penser que la seule influence est négative en soi, même s'il est encore de bon ton de devoir parfois justifier son usage, notamment en médecine et plus encore en psychothérapie. »*

Donc, si le thérapeute influence ses patients dès qu'il est en relation avec eux, il s'agit qu'il apprenne à les orienter dans une direction thérapeutique avec éthique. Cela pourrait être facilité par l'apprentissage d'outils communicationnels issus de l'hypnose et des thérapies brèves notamment.

Ces outils de communication pourraient s'enseigner en théorie tout d'abord, mais il serait important que leur apprentissage passe par une mise en pratique. Le thérapeute pourrait « pratiquer » ces outils avec les patients, mais aussi dans des dispositifs tels des jeux de rôles, pour intégrer l'expérience acquise auprès des patients avec son vécu personnel et ses connaissances théoriques. Il s'agirait ainsi pour le thérapeute d'apprendre ces outils de communication comme un savoir, puis comme un savoir-faire, une attitude. Le thérapeute pourrait ensuite « métacommuniquer », soit communiquer à propos de sa communication avec le patient auprès d'un superviseur, pour veiller à utiliser ces outils de manière éthique.

CONCLUSION

J'ai souhaité rédiger ce travail sur l'alliance thérapeutique, pensant initialement que les recherches dans ce domaine étaient peu fréquentes et ne reflétaient pas les enjeux de ce sujet en psychothérapie. Quelle ne fut pas ma surprise de découvrir rapidement qu'il s'agissait de l'une des notions les plus étudiées en psychothérapie. J'ai pu alors, par ce travail, compléter mes connaissances dans ce champ, initialement floues et très partielles, et, me semble-t-il, peu étayées au cours de mon cursus de psychiatrie. Un auteur écrivait que l'alliance thérapeutique serait largement étudiée en psychologie, mais relativement peu en psychiatrie.

L'alliance thérapeutique est un concept plutôt récent dans l'histoire de la psychothérapie. De la reconnaissance timide de l'importance du rapport interpersonnel dans le soin au XVIIIème siècle, il faudra attendre 1912 pour que ce concept naisse avec Freud, puis s'affirme. L'alliance sera vue sous un focus changeant : tout d'abord comme étant à construire par le patient, puis par le thérapeute, avant qu'une participation conjointe des deux protagonistes ne soit reconnue. L'alliance semble être à présent vue par tous comme un phénomène collaboratif, avec des différences et des spécificités selon les modèles de psychothérapie.

Je me suis intéressée à la notion de « facteurs communs » aux différents courants de psychothérapie, représentant une part conséquente de ce qui fait l'efficacité d'une thérapie, et dont l'alliance fait partie. J'ai été surprise par l'importance accordée par plusieurs auteurs à ces facteurs communs, comparativement au modèle et à la technique d'une approche psychothérapeutique à proprement parler. Il me semble que l'on nous sensibilise pourtant davantage dans les facultés à « comment le thérapeute soigne », plus qu'à « comment le patient guérit », même si cette distinction serait à nuancer, dans la mesure où la manière de construire l'alliance serait en partie spécifique à chaque modèle de thérapie.

L'alliance est ainsi vue assez unanimement comme un élément clef du changement en psychothérapie, même si c'est loin d'être le seul. La qualité de la relation participe à installer des circonstances favorisant le changement en thérapie. Ce rapport collaboratif et sécure au thérapeute pourrait aussi « réconcilier » chez le patient « autonomie » et « relation ». Il pourrait ainsi refaire en entretien l'expérience d'une autonomie relationnelle, avant de l'étendre à d'autres domaines de sa vie.

J'ai aussi découvert par ce travail que l'alliance thérapeutique était loin d'être un phénomène linéaire, et les travaux mettant en évidence que l'alliance la plus efficace n'était pas l'alliance la plus forte m'ont beaucoup intéressée. J'étais peu sensibilisée jusque-là aux opportunités constructives de changement que constitueraient les moments de rupture de l'alliance qui se résolvent. Au-delà des enjeux à installer une alliance avec le patient en thérapie, il me semblait aussi y avoir des situations et des contextes où l'alliance n'était pas à viser, et même d'autres où son établissement ne nous paraissait pas souhaitable. J'ai ainsi voulu nuancer mes propos, et parler d'alliance comme de « désalliance », de présence comme de distance. Il me semble en effet y avoir des limites au « soyez en alliance » entendu parfois, limites qui peuvent être celles du thérapeute, comme de la situation rencontrée.

En dehors de ces limites, au vu de l'enjeu de construire l'alliance « avec modération », je me suis demandée ce qui pourrait entraver sa construction et serait ainsi nécessaire à repérer par le thérapeute lors de la rencontre avec le patient. Parmi les « antennes » à garder par le thérapeute, pour pouvoir s'adapter davantage aux patients, et lire différemment les difficultés de construction de l'alliance éventuelles, j'ai souhaité parler notamment du repérage des troubles de l'attachement et des mécanismes de défense des patients, ainsi que des représentations initiales du patient envers la thérapie, le thérapeute et son problème.

J'ai aussi abordé dans ce travail la question de l'évaluation du niveau d'alliance thérapeutique. Une telle évaluation ayant coutume de se pratiquer en recherche clinique, presque tous les questionnaires existants ont été créés pour ce contexte, avec toute la lourdeur des dispositifs nécessaires à plus d'objectivité. Cependant, je me demandais quels moyens permettraient d'évaluer l'alliance en pratique clinique courante, durant le temps de l'entretien, en prenant en compte le facteur « temps » et sans anonymat ni observateur extérieur. J'avais déjà connaissance de l'échelle SRS, seule échelle conçue pour ce faire à ma connaissance, que j'avais pu mettre en pratique, et j'ai souhaité la faire connaître par ce travail. Toutefois, étant donné la déstabilisation qu'un questionnement du patient à propos de l'alliance pourrait causer, je me suis demandée si d'autres moyens moins formels ne seraient pas plus pertinents et utilisables dans ce cadre. Je me suis notamment penchée sur des curseurs tels l'observance du patient aux consultations, la fluidité de l'entretien, et l'observation des synchronies motrices entre patient et thérapeute. Si l'observance aux consultations n'apparaissait pas être pertinent, l'attention portée à la façon dont se déroule l'entretien, et aux synchronies interactionnelles me paraissaient être des pistes à retenir et à développer.

Enfin, au vue de l'importance de l'alliance en psychothérapie, au-delà de son évaluation, venait pour moi la question de savoir comment apprendre à construire davantage l'alliance, si tant est que ce domaine peut s'apprendre. Ceci constitue un vaste débat, mais ce travail met en avant le fait que la relation thérapeutique pourrait en partie s'enseigner, et l'alliance plus encore, car elle ne tient pas uniquement à la relation, mais aussi à la co-création d'un espace de travail. L'alliance est faite d'intuition, aussi indispensable que difficile à codifier et à transmettre, mais aussi de méthode, plus accessible à être enseignée. J'ai centré mon propos sur la part de technique, qui pourrait plus facilement être transmise, même si méthode et intuition sont deux domaines étroitement intriqués. L'expérience menée par Henry et son équipe en 1993 de former des thérapeutes à l'alliance, m'a davantage sensibilisée à la subtilité d'un tel apprentissage. Contrairement aux résultats attendus, une attention forte portée à l'enseignement de l'alliance entraînait une dégradation de la qualité de la relation thérapeutique, freinant l'adéquation intuitive du thérapeute. Il s'agirait alors plutôt pour le thérapeute d'apprendre pour désapprendre, d'avoir davantage de « balises », pour nourrir son intuition. Des techniques et des méthodes pourraient être enseignées non pour ce qu'elles sont, car un apprentissage « scolaire » à l'alliance serait contre-productif, mais au service d'une fin plus globale qui est celle de la présence à l'autre.

J'ai ainsi fait le parti, dans ce travail, de me centrer sur des outils de communication, soutenant qu'ils pourraient favoriser la qualité des échanges intersubjectifs et améliorer l'alliance. De nombreuses approches psychothérapeutiques ayant théorisés des outils de communication, j'ai parlé de ceux développés par l'hypnose éricksonienne et par les thérapies brèves, qui ne sont en rien exclusifs à d'autres approches. J'ai choisi ces outils, ayant vécu leur transmission comme expérimenté leur mise en pratique : j'ai pu en observer des différences en termes d'alliance. Ces outils pourraient constituer des balises parmi d'autres pour améliorer l'alliance thérapeutique.

Les conclusions de ce travail pourraient nous laisser penser qu'un enseignement systématique de davantage de notions de communication dans le cursus de psychiatrie notamment serait essentiel, pour que la communication ne soit pas qu'une médiation, mais puisse être thérapeutique en soi. Cet enseignement pourrait se faire au sein d'un dispositif permettant une mise en pratique, mais aussi une supervision. Il pourrait inclure de nombreux outils de communication différents, et des superviseurs issus de différents modèles de psychothérapie. Car dans un domaine où toute présence à l'autre transmet un message, où il n'est pas possible

de ne pas communiquer et de ne pas influencer l'autre, il serait important de garder un regard critique sur notre communication, pour qu'il s'agisse d'une manipulation éthique et responsable, tout en recherchant une juste mesure, pour que la théorie ne brime pas l'intuition. Introduire la question de la relation dès la formation initiale de psychiatrie pourrait être une démarche fondamentale.

Ce travail m'a fait entrevoir davantage le domaine de l'alliance thérapeutique, tant dans son importance que dans ses complexités. J'ai le sentiment d'avoir exploré une terre plus vaste et nuancée que je ne l'imaginai, mais de n'avoir pour autant découvert qu'une partie de ce territoire.

J'aurais été curieuse de continuer à en explorer plus en détails certains aspects théoriques, ainsi que de modéliser les outils de communication exposés pour une utilisation pratico-pratique en jeux de rôle, mais cela fera peut-être l'objet d'un travail ultérieur.

VU

Strasbourg, le 10 décembre 2018

Le président du Jury de Thèse

Professeur Pierre VIDALHET



VU et approuvé

Strasbourg, le 11 DEC. 2018

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILLA



TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : WORKING ALLIANCE INVENTORY (WAI)192

1.1. Long form patient.....	192
1.2. Long form therapist.....	198
1.3. Short revised version for patient.....	200
1.4. Short revised version for therapist.....	202

ANNEXE 2 : CALIFORNIA PSYCHOTHERAPY ALLIANCE SCALES (CALPAS)..204

2.1. Long form patient.....	204
2.2. Long form therapist.....	206
2.3. Short revised version for patient.....	208

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE TOURISTE-PLAIGNANT-CLIENT (TPC) EVALUANT LA POSITION DU PATIENT ENVERS LES SOINS PSYCHIATRIQUES.210

ANNEXE 1 : WORKING ALLIANCE INVENTORY(WAI)

1.1. WORKING ALLIANCE INVENTORY LONG FORM PATIENT

Instructions:

On the following pages there are sentences that describe some of the different ways a person might think or feel about his or her therapist. As you read the sentences mentally insert the name of your therapist (counsellor) in place of _____ in the text.

Below each statement inside there is a seven-point scale:

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

If the statement describes the way you *always* feel (or think) circle the number 7; if it *never* applies to you circle the number 1.

Use the numbers in between to describe the variations between these extremes.

This questionnaire is CONFIDENTIAL; neither your therapist nor the agency will see your answers.

Work fast, your first impressions are the ones we would like to see.

(Please don't forget to respond to every item.)

Thank you for your cooperation.

1. I feel uncomfortable with _____.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

2. _____ and I agree about the things I will need to do in therapy to help improve my situation.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

3. I am worried about the outcome of these sessions.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

4. What I am doing in therapy gives me new ways of looking at my problem.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

5. _____ and I understand each other.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

6. _____ perceives accurately what my goals are.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

7. I find what I am doing in therapy confusing.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

8. I believe _____ likes me.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

9. I wish _____ and I could clarify the purpose of our sessions.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

10. I disagree with _____ about what I ought to get out of therapy.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

11. I believe the time _____ and I are spending together is not spent efficiently.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

12. _____ does not understand what I am trying to accomplish in therapy.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

13. I am clear on what my responsibilities are in therapy.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

14. The goals of these sessions are important for me.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

15. I find what _____ and I are doing in therapy is unrelated to my concerns.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

16. I feel that the things I do in therapy will help me to accomplish the changes that I want.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

17. I believe _____ is genuinely concerned for my welfare.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always

18. I am clear as to what _____ wants me to do in these sessions.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

19. _____ and I respect each other.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

20. I feel that _____ is not totally honest about his/her feelings toward me.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

21. I am confident in _____ 's ability to help me.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

22. _____ and I are working towards mutually agreed upon goals.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

23. I feel that _____ appreciates me.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

24. We agree on what is important for me to work on.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

25. As a result of these sessions I am clearer as to how I might be able to change.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

26. _____ and I trust one another.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

27. _____ and I have different ideas on what my problems are.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

28. My relationship with _____ is very important to me.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

29. I have the feeling that if I say or do the wrong things, _____ will stop working with me.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

30. _____ and I collaborate on setting goals for my therapy.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

31. I am frustrated by the things I am doing in therapy.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

32. We have established a good understanding of the kind of changes that would be good for me.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

33. The things that _____ is asking me to do don't make sense.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

34. I don't know what to expect as the result of my therapy.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

35. I believe the way we are working with my problem is correct.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

36. I feel _____ cares about me even when I do things that he/she does not approve of.

1: Never; 2: Rarely; 3: Occasionally; 4: Sometimes; 5: Often; 6: Very Often; 7: Always.

1.2. WORKING ALLIANCE INVENTORY :
LONG FORM-THERAPIST

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. I feel uncomfortable with _____. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. _____ and I agree about the steps to be taken to improve his/her situation. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. I have some concerns about the outcome of these sessions.
7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. My client and I both feel confident about the usefulness of our current activity in therapy. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. I feel I really understand _____. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. _____ and I have a common perception of her/his goals. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. _____ find what we are doing in therapy confusing. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. I believe _____ likes me.
7 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. I sense a need to clarify the purpose of our session(s) for _____. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. I have some disagreements with _____ about the goals of these sessions. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. I believe the time _____ and I are spending together is not spent efficiently. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. I have doubts about what we are trying to accomplish in therapy. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. I am clear and explicit about what _____'s responsibilities are in therapy. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. The current goals of these sessions are important for _____. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. I find what _____ and I are doing in therapy is unrelated to her/his current concerns. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. I feel confident that the things we do in therapy will help _____ to accomplish the changes that he/she desires. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

17. I am genuinely concerned for _____'s welfare. 1 2 3 4 5 6
7
18. I am clear as to what I expect _____ to do in these sessions. 1 2 3 4 5 6 7
19. _____ and I respect each other. 1 2 3 4 5 6
7
20. I feel that I am not totally honest about my feelings toward _____. 1 2 3 4 5 6 7
21. I am confident in my ability to help _____. 1 2 3 4 5 6
7
22. We are working towards mutually agreed upon goals. 1 2 3 4 5 6
7
23. I appreciate _____ as a person. 1 2 3 4 5 6
7
24. We agree on what is important for _____ to work on. 1 2 3 4 5 6 7
25. As a result of these sessions _____ is clearer as to how she/he might be able to change. 1 2 3 4 5 6 7
26. _____ and I have built a mutual trust. 1 2 3 4 5 6
7
27. _____ and I have different ideas on what his/her real problems are. 1 2 3 4 5 6 7
28. Our relationship is important to _____. 1 2 3 4 5 6
7
29. _____ has some fears that if she/he says or does the wrong things, I will stop working with him/her. 1 2 3 4 5 6 7
30. _____ and I have collaborated in setting goals for these session(s). 1 2 3 4 5 6 7
31. _____ is frustrated by what I am asking her/him to do in therapy. 1 2 3 4 5 6 7
32. We have established a good understanding between us of the kind of changes that would be good for _____. 1 2 3 4 5 6 7
33. The things that we are doing in therapy don't make much sense to _____. 1 2 3 4 5 6 7

34. _____ doesn't know what to expect as
the result of therapy. 1 2 3 4 5 6 7

35. _____ believes the way we are working with
her/his problem is correct. 1 2 3 4 5 6 7

36. I respect _____ even when he/she does things
that I do not approve of. 1 2 3 4 5 6 7

1.3. WORKING ALLIANCE INVENTORY : SHORT REVISED VERSION FOR PATIENT

Instructions :

Below is a list of statements and questions about experiences people might have with their therapy or therapist. Some items refer directly to your therapist with an underlined space -- as you read the sentences, mentally insert the name of your therapist in place of _____ in the text. Think about your experience in therapy, and decide which category best describes your own experience.

Please take your time to consider each question carefully.

1= Seldom ; 2 = Sometimes ; 3 = Fairly Often ; 4 = Very Often ; 5 = Always

-
- | | |
|--|-------------------|
| 1. As a result of these sessions I am clearer as to how I might be able to change. | 1 2 3 4 5 |
| 2. What I am doing in therapy gives me new ways of looking at my problem. | 1 2 3 4 5 |
| 3. I believe _____ likes me. | 1 2 3 4 |
| 5 | |
| 4. _____ and I collaborate on setting goals for my therapy. | 1 2 3 4 |
| 5 | |
| 5. _____ and I respect each other. | 1 2 3 4 5 |
| 6. _____ and I are working towards mutually agreed upon goals. | 1 2 3 4 |
| 5 | |
| 7. I feel that _____ appreciate me. | 1 2 3 4 |
| 5 | |
| 8. _____ and I agree on what is important for me to work on. | 1 2 3 4 |
| 5 | |

9. I feel _____ cares about me even when I do things that he/she does not approve of. 1 2 3 4 5
10. I feel that the things I do in therapy will help me to accomplish the changes that I want. 1 2 3 4 5
11. _____ and I have established a good understanding of the kind of changes that would be good for me. 1 2 3 4 5
12. I believe the way we are working with my problem is correct. 1 2 3 4 5

Note: Items copyright © Adam Horvath. Goal Items : 4, 6, 8, 11;

Task Items: 1, 2, 10, 12; Bond Items: 3, 5, 7, 9

**1.4. WORKING ALLIANCE INVENTORY :
SHORT-REVISED VERSION FOR THERAPIST**

Instructions

On the following pages there are sentences that describe some of the different ways a person might think or feel about his or her client. As you read the sentences mentally insert the name of your client in place of _____ in the text.

Below each statement inside there is a seven point scale :

**1 = Never ; 2 = Rarely ; 3 = Occasionally ; 4 = Sometimes ; 5 = Often ;
.. 6 = Very Often ; 7 = Always**

If the statement describes the way you always feel (or think) circle the number 7; if it never applies to you circle the number 1.

Use the numbers in between to describe the variations between these extremes.

This questionnaire is CONFIDENTIAL ; neither your client nor the agency will see your answers.

Work fast, your first impressions are the ones we would like to see.

Thank you for your cooperation.

© A. O. Horvath, 1981, 1984, 1991 ; based on revision by Tracey & Kokotowitc 1989.

1. _____ and I agree about the steps to be taken to improve his/her situation. 1 2 3 4 5 6 7
2. My client and I both feel confident about the usefulness of our current activity in therapy. 1 2 3 4 5 6 7
3. I believe _____ likes me. 1 2 3 4 5 6 7
4. I have doubts about what we are trying to accomplish in therapy. 1 2 3 4 5 6 7
5. I am confident in my ability to help _____ . 1 2 3 4 5 6 7
6. We are working towards mutually agreed upon goals. 1 2 3 4 5 6 7
7. I appreciate _____ as a person. 1 2 3 4 5 6 7
- 8 We agree on what is important for _____ to work on. 1 2 3 4 5 6 7
9. _____ and I have built a mutual trust. 1 2 3 4 5 6 7
10. _____ and I have different ideas on what his/her real problems are. 1 2 3 4 5 6 7
11. We have established a good understanding between us of the kind of changes that would be good for _____ . 1 2 3 4 5 6 7
12. _____ believes the way we are working with her/his problem is correct. 1 2 3 4 5 6 7

ANNEXE 2 : CALIFORNIA PSYCHOTHERAPY ALLIANCE SCALE (CALPAS)

1.1.CALIFORNIA PSYCHOTHERAPY ALLIANCE SCALE LONG FORM PATIENT

Name : _____

Date : _____

Direction : Below is a list of question that describe attitudes people might have about their therapy or therapist. Think about the session you just completed and decide the degree to which each question best describes your experience. Circle the number indicating your choice.

Reminder : Your responses on this form are confidential and will not be seen by your therapist. You are of course free to discuss with your therapist any of these questions.

**1 = Not at all ; 2 = A little bit ; 3 = Somewhat ; 4 = Moderately ; 5 = Quite a bit ; 6 = Quite a lot ;
.. 7 = Very much so.**

- | | |
|--|-----------------------------|
| 1. Did you find yourself tempted to stop therapy when you where upset or disappointed with therapy ? | 1 2 3 4 5 6 ..7 |
| 2. Did you feel pressured by your therapist to make changes before you where ready ? | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3. When your therapist commented about one situation, did it bring to mind other related situation in your life ? | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 4. Did you feel that even if you might have moments of doubt, confusion or mistrust, that overall therapy is worthwhile ? | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5. Did you find your therapist's comments lead you to believe that your therapist placed his/her needs before yours ? | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6. When important things came to mind, how often did find yourself keeping them to yourself rather than sharing them with your therapist ? | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 7. Did you feel accepted and respected by your therapist for who you are ? | 1 2 3 4 5 6 7 |

8. How much did you hold back your feelings during this session ? 1 2 3 4 5 6 7
9. Did you find your therapist's comments unhelpful, that is confusing, mistaken, or not really applying to you ? 1 2 3 4 5 6 7
10. Did you feel that you were working together with your therapist, that the two of you were joined in a struggle to overcome your problems ? 1 2 3 4 5 6 7
11. How free were you to discuss personal matters that you are ordinarily ashamed or afraid to reveal ? 1 2 3 4 5 6 7
12. During this session, how willing were you to continue struggling with your problems, even though you could not always see an immediate solution ? 1 2 3 4 5 6 7
13. During this session, how dedicated was your therapist to helping you to overcome your difficulties ? 1 2 3 4 5 6 7
14. Did you feel that you disagreed with your therapist about the kind of changes you would like to make in your therapy ? 1 2 3 4 5 6 7
15. How much did you resent the time, cost, or other demands of your therapy ? 1 2 3 4 5 6 7
16. Did you feel that your therapist understood what you hoped to get out of this session ? 1 2 3 4 5 6 7
17. During this session, how important was it for you to look at the ways you might be contributing to your own problems ? 1 2 3 4 5 6 7
18. How much did you find yourself thinking that therapy was not the best way to get help with your problems ? 1 2 3 4 5 6 7
19. Did the treatment you received in this session match with your ideas about what helps people in therapy ? 1 2 3 4 5 6 7
20. Did you feel you were working at cross purposes with your therapist, that you did not share the same sense of how to proceed so that you could get the help you want ? 1 2 3 4 5 6 7
21. How confident did you feel that through your own efforts and those of your therapist that you will gain relief from your problems ? 1 2 3 4 5 6 7
22. Did you have the impression that you were unable to deepen your understanding of what is bothering you ? 1 2 3 4 5 6 7
23. How much did you disagree with your therapist about what issues were most important to work on during this session ? 1 2 3 4 5 6 7
24. How much did your therapist help you to gain a deeper understanding of your problems ? 1 2 3 4 5 6 7

CALIFORNIA PSYCHOTHERAPY ALLIANCE SCALE :
LONG FORM THERAPIST

Patient's ID : _____

Date : _____

Direction : Using the 7-point scale provided below, indicate the degree to which each item describes what happened in therapy with this patient over the last month.

1 = Not at all ; 2 = A little bit ; 3 = Somewhat ; 4 = Moderately ; 5 = Quite a bit ; 6 = Quite a lot ; 7 = Very much so.

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Patient self-disclosed thoughts and feelings. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Patient self-observed behaviors. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Patient explored own contribution to problems. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Patient experienced strong and modulated emotions. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Patient worked actively with my comments. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Patient deepened exploration of salient themes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Patient was confident that efforts will lead to change. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Patient was willing to make sacrifices, i.e., time. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Patient viewed therapy as important. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Patient had confidence in therapy/ therapist. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Patient participated in therapy despite painful moments. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. Patient was committed to go through process to completion. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. Therapy proceeded in accord with the patient's ideas of helpful change processes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. The patient and I worked in a joint struggle. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. The patient and I agreed about the kind of change to make. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. The patient and I shared the same sense about how to proceed. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. The patient and I agreed on salient themes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. My interventions were guided by one models. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. I was able to understand the patient's suffering and subjective world. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

20. I could remain non-judgmental ; regard the patient positively. 1 2 3 4 5 6 7
21. I felt committed to help the patient, and had confidence in therapy. 1 2 3 4 5 6 7
22. At time I had difficulties keeping the patient's best interests as my chief concern. 1 2 3 4 5 6 7
23. My interventions were tactful and well-timed. 1 2 3 4 5 6 7
24. My interventions facilitated the patient's work on salient themes. 1 2 3 4 5 6 7

**2.3. CALIFORNIA PSYCHOTHERAPY ALLIANCE SCALE :
SHORT REVISED VERSION FOR PATIENT**

Name : _____

Date :

Direction : Below is a list of question that describe attitudes people might have about their therapy or therapist. Think about the session you just completed and decide the degree to which each question best describes your experience. Circle the number indicating your choice.

Reminder : Your responses on this form are confidential and will not be seen by your therapist. You are of course free to discuss with your therapist any of these questions.

1 = Not at all ; 2 = A little bit ; 3 = Somewhat ; 4 = Moderately ; 5 = Quite a bit ; 6 = Quite a lot ; 7 = Very much so.

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Did you feel that even if you might have moments of doubt, confusion, or mistrust, that overall therapy is worthwhile ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. When important things came to mind, how often did find yourself keeping them to yourself rather than sharing them with your therapist ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Did you feel accepted and respected by your therapist for who you are ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. How much did you hold back your feelings during this session ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Did you feel that you were working together with your therapist, that the two of you were joined in a struggle to overcome your problems ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. During this session, how dedicated was your therapist to helping you overcome your difficulties ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. How much did you resent the time, cost, or other demands of your therapy ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Did you feel that your therapist understood what you hoped to get out of this session ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

9. How much did you find yourself thinking that therapy was not the best way to get help with your problems ? 1 2 3 4 5 6 7
10. Did the treatment you received in this session match with your ideas about what helps people in therapy ? 1 2 3 4 5 6 7
11. Did you have the impression that you were unable to deepen your understanding of what is bothering you ? 1 2 3 4 5 6 7
12. How much did your therapist help you gain a deeper understanding of your problems ? 1 2 3 4 5 6 7

All rights reserved. Louise Gaston, Ph. D., and Charles R. Marmar, N.D.

ANNEXE 3**QUESTIONNAIRE TOURISTE-PLAIGNANT-CLIENT (TPC)****EVALUANT LA POSITION DU PATIENT ENVERS LES SOINS PSYCHIATRIQUES**

1. Quel est votre état de souffrance psychologique actuelle (ces derniers jours), entre 0 et 10 ? (0 représente un état de bien-être et 10 représente la pire souffrance que vous pouvez imaginer).

Entourez ce chiffre : 0/1/2/3/4/5/6/7/8/9/10

2. Êtes-vous venu parce que quelqu'un vous l'a demandé ?

Entourez votre réponse : Oui/ plutôt oui/ plutôt non/ non

3. Si vous avez répondu oui à la question n° 2, avez-vous reçu des menaces si vous ne veniez pas consulter ?

Entourez votre réponse : Oui/ plutôt oui/ plutôt non/ non.

4. Pensez-vous être victime du comportement d'une autre personne ?

Entourez votre réponse : Oui/ plutôt oui/ plutôt non/ non.

5. Venez-vous consulter parce que vous voulez changer des choses en vous ou dans votre comportement ?

Entourez votre réponse : Fortement oui/ oui/ plutôt oui/ plutôt non/ non /fortement non.

(Sources : Déterminer la position du patient envers les soins psychiatriques avec le questionnaire Touriste-Plaignant-Client (TPC) : un outil simple pour évaluer l'alliance et la motivation, Cottencin O. Samana D., Jeanson R., Lajugie C., Versaevel C., Defromont L., Lebouteiller V., Danel T., Duhamel A., Genin M. et Salleron J. L'Encéphale, Vol. 39, N° 4, 2013.)

BIBLIOGRAPHIE

1. Freud S. Le début du traitement. Recl Petits Écrits Sur Théorie Névroses. 1913;
2. Freud S. Conseils aux médecins sur le traitement analytique. Tech Psychanal. 1953;
3. Despland J.N de RY Martinez E.Plancherel A.&Salai S. L'alliance thérapeutique : un concept empirique. Rev Med Suisse. 2000;4.
4. Zetzel ER. Current concepts of transference. Int J Psychoanal. oct 1956;37(4- 5):369- 76.
5. Rabain J-F. L'empathie maternelle de Winnicott. Rev Fr Psychanal. 2004;68(3):811 - 29.
6. Cottraux J. Formation et supervision dans les thérapies comportementales et cognitives (TCC) | Cairn.info.
7. Roten Y de. Ce qui agit effectivement en psychothérapie : facteurs communs ou agents spécifiques. Bull Psychol. 2006;Numéro 486(6):585 - 90.
8. Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. Perspect Psy. 2010;49(4):317 - 26.
9. Greenson, R. The real relationship between the patient and the psychoanalyst. 1975;
10. Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychother Theory Res Pract. 1979;16(3):252 - 60.
11. Gaston L. The concept of the Alliance and its Role in Psychotherapy: Theoretical and Empirical Considerations. Psychother Theory Res Pract Train. 1 juin 1990;27:143 - 53.
12. Bioy A, Bénony H, Chahraoui K, Bachelart M. Évolution du concept d'alliance thérapeutique en psychanalyse, de Freud à Renik. Evol Ther Alliance Psychoanal Freud Renik Engl. 2012;77:342 - 51.
13. Renik O. The perils of neutrality. Psychoanal Q. juill 1996;65(3):495 - 517.
14. R. Sterba. « The fate of the ego in analytic therapy ». Panel report. J Am Psychoanal Assoc. 1994;42(3):863 - 73.
15. Stone L. The Psychoanalytic Situation: An Examination of Its Development and Essential Nature. 1 janv 1962;
16. Greenacre P. The psychodynamic process, transference, and acting out. Int J Psychoanal. 1968;Vol. 49.
17. Sandler J, et al. Notes on some theoretical and clinical aspects of transference. Int J Psychoanal. 1969;Vol. 50(N° 4):633 - 45.
18. Hanly C. Reflections on the place of the therapeutic alliance in psychoanalysis. Int J Psychoanal. juin 1994;75:457 - 67.
19. Cungi C. L'alliance thérapeutique. Paris: Retz; 2016.

20. Safran JD, Muran JC. Resolving therapeutic alliance ruptures: diversity and integration. *J Clin Psychol.* févr 2000;56(2):233- 43.
21. Bioy A, Servillat T. Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose. Malakoff: Dunod; 2017.
22. De Shazer S. Les mots étaient à l'origine magiques. Bruxelles: SATAS; 1999.
23. Isebaert L, Cabié M-C, Dellucci H. Alliance thérapeutique et thérapies brèves: le modèle de Bruges. 2015.
24. White M, Epston D. Les moyens narratifs au service de la thérapie. Bruxelles: SATAS; 2003.
25. Dupont S. La thérapie familiale. 2017.
26. Minuchin S, Du Ranquet M, Wajeman M. Familles en thérapie. Paris: Editions Universitaires; 1983.
27. Baillargeon P, Pinsof W-M, Leduc A. Modèle systémique de l'alliance thérapeutique. *Rev Eur Psychol Appliquée.* Vol. 55(N° 3):p 137-143.
28. D'Antimo F, Rabeau B, Benoit J-C. Paradoxe et contre-paradoxe: un nouveau mode thérapeutique face aux familles à transaction schizophrénique. Paris: ESF sciences humaines; 2017.
29. Ausloos G. La compétence des familles: temps, chaos, processus. Ramonville Saint-Agne: Editions Erès; 1995. 173 p. (Relations).
30. Michard P, Ducommun-Nagy C. La thérapie contextuelle de Boszormenyi-Nagy: une nouvelle figure de l'enfant dans le champ de la thérapie familiale. Bruxelles: De Boeck; 2006.
31. Duruz N. Psychothérapie ou psychothérapies? prolégomènes à une analyse comparative. Lausanne: Dalachaux & Niestlé; 1994. 249 p. (Actualités pédagogiques et psychologiques).
32. Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Am J Orthopsychiatry.* 1936;Vol. 6(N° 3):412- 5.
33. Frank JD, Frank J. Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy. 3rd ed. Johns Hopkins University Press; 1991. 343 p.
34. Luborsky L, Singer B, Luborsky L. Comparative studies of psychotherapies. Is it true that « everywon has one and all must have prizes »? *Arch Gen Psychiatry.* août 1975;32(8):995- 1008.
35. Carroll L, Gattégno J, Papy J, Tenniel J, Carroll L. Les aventures d'Alice au pays des merveilles ; Ce qu'Alice trouva de l'autre côté du miroir. Paris: Gallimard; 2016.
36. Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry.* nov 1989;46(11):971- 82; discussion 983.
37. Strupp HH, Hadley SW. Specific vs nonspecific factors in psychotherapy. A controlled study of outcome. *Arch Gen Psychiatry.* sept 1979;36(10):1125- 36.
38. Lambert, Garfield, Bergin. Overview, trends, and future issues. *Bergin Garfields Handb Psychother Behav Change.* 2004;

39. Gassmann D, Grawe K. General change mechanisms: The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clin Psychol Psychother.* 1 janv 2006;13:1- 11.
40. Duncan BL. *On becoming a better therapist.* 1st ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2010. 211 p.
41. Duncan BL, Miller SD. *Le client, héros de la thérapie: pratique de la thérapie orientée par le client et guidée par les résultats.* Bruxelles: Satas; 2003.
42. Chambon O, Marie-Cardine M. *Les bases de la psychothérapie: approche intégrative et éclectique.* 2014.
43. Angelo D. L'Approche centrée sur la personne à l'épreuve du présent. *Approche Centrée Sur Pers Prat Rech.* 1 juill 2010;(11):61- 70.
44. Collot É. *L'alliance thérapeutique: fondements et mise en oeuvre.* Paris: Dunod; 2011.
45. Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, Moyer J, Elkin I, Watkins J, et al. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol.* juin 1996;64(3):532- 9.
46. Horvath A.O., Bedi R.P. The Alliance. *Psychother Relatsh Work.* 2002;37- 69.
47. Olinsky D.E., Ronnestad M.H., Willutzki U. Fifty years of process-outcome research : continuity and change. Ed MJ Lambert. 2004;307- 89.
48. Norcross JC. The therapeutic relationship. In: *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy,* 2nd ed. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2010. p. 113- 41.
49. Anker M.G., Owen J., Duncan B.L., Sparks J.A. The alliance in couple therapy: Partner influence, early change, and alliance patterns in a naturalistic sample. *J Clin Psychol.* 78:2010 Oct.
50. Farrelly F, Brandsma JM. *La thérapie provocatrice.* Bruxelles: SATAS; 2000.
51. Iwakabe S, Rogan K, Stalikas A. The Relationship Between Client Emotional Expressions, Therapist Interventions, and the Working Alliance: An Exploration of Eight Emotional Expression Events. *J Psychother Integr.* 1 déc 2000;10(4):375.
52. Luborsky L, Crits-Christoph P, Alexander L, Margolis M, Cohen M. Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy. A counting signs vs. a global rating method. *J Nerv Ment Dis.* août 1983;171(8):480- 91.
53. Safran JD, Muran JC. *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide.* Paperback ed., 9. printing. New York, NY: Guilford Press; 2003. 260 p. (Psychology).
54. Malarewicz J-A, Benoit J-C. *Cours d'hypnose clinique: études éricksoniennes.* Issy-les-Moulineaux: ESF éd.; 2015.
55. J. Betbèze. *La relation thérapeutique, revue Hypnose et Thérapies brèves.* 2017;(Hors-série n°11).
56. Rogers CR, Kirschenbaum H, Richon H-G. *L'approche centrée sur la personne: anthologie de textes.* Lausanne: Ed. Randin; 2001.

57. Safran JD, Muran JC. Repairing Alliance Ruptures, chap. 11. In: *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. Paperback ed., 9. printing. New York, NY: Guilford Press; 2003. (Psychology).
58. Safran J., Kraus J. Alliance Ruptures, Impasses, and Enactment : a Relational Perspective. *Am Psychol Assoc.* 2014;Vol. 51(N° 3):381- 7.
59. Muran JC, Safran JD, Gorman BS, Samstag LW, Eubanks-Carter C, Winston A. The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three time-limited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy.* juin 2009;46(2):233- 48.
60. Roustang F. *Il suffit d'un geste*. Paris: O. Jacob; 2004.
61. Nasielski S. Gestion de la relation thérapeutique : entre alliance et distance. *Actual En Anal Trans.* 2012;144(4):12.
62. Mairesse Y. L'alter ego dans la relation thérapeutique. *Gestalt.* 1 déc 2006;no 31(2):141- 62.
63. Delbrouck M. *La relation thérapeutique en médecine et en psychothérapie*. 2017.
64. Weber M. *Concepts fondamentaux de sociologie*. Inédit. Grossein J-P, éditeur. Paris: Gallimard; 2016. 405 p. (Collection Tel).
65. Greenberg RP, Bornstein RF, Greenberg MD, Fisher S. A meta-analysis of antidepressant outcome under « blinder » conditions. *J Consult Clin Psychol.* oct 1992;60(5):664- 9; discussion 670-677.
66. Hannan C, Lambert MJ, Harmon C, Nielsen SL, Smart DW, Shimokawa K, et al. A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *J Clin Psychol.* févr 2005;61(2):155- 63.
67. Ricard M. *Plaidoyer pour l'altruisme: la force de la bienveillance*. Paris: NIL; 2013. 916 p.
68. Tisseron S. *L'empathie dans la relation de soin, ressort ou écueil ?* 2011;
69. Megglé D. *Les thérapies brèves: des méthodes efficaces qui bouleversent la psychothérapie*. Paris: Presses de la Renaissance; 2002.
70. Bernard F, Musellec H. *La communication dans le soin: hypnose médicale et techniques relationnelles*. Rueil-Malmaison: Arnette; 2013.
71. Arnaud M. La relation thérapeutique: la construire, la développer. *Rev Hypn Thérapies Brèves.* mars 2017;(Hors-série N° 11).
72. Despland J-N, Zimmermann G, Roten Y de. L'évaluation empirique des psychothérapies, Summary. *Psychothérapies.* 2006;26(2):91- 5.
73. Foreman et Marmar. Therapist Actions that Address Initially Poor Therapeutic Alliances in Psychotherapy. *Am J Psychiatry.* 1985;(n°142).
74. Balint M, Valabrega J-P. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris: Payot & Rivages; 2003.
75. Rodgers R-F, Cailhol L, Bui E, Klein R, Schmitt L, Chabrol H. L'alliance thérapeutique en psychothérapie : apports de la recherche empirique. *L'Encéphale.* 2010;(Vol. 36):p.433-438.
76. Guedeney N, Guedeney A, Atger F. *L'attachement: concepts et applications*. Paris: Masson; 2006.

77. Attale C, M Consoli S. Value of the concept of attachment in somatic medicine. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 15 janv 2005;34(1):42- 8.
78. Mistycki V, Guedeney N. Quelques apports de la théorie de l'attachement : clinique et santé publique. *Rech Soins Infirm.* 2007;(89):43- 51.
79. Bowlby J. *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory.* Taylor & Francis; 2005. 226 p.
80. Hervé M-J, Maury M. Le travail d'ajustement du thérapeute dans la co-construction d'une alliance avec les familles. *Psychiatr Enfant.* 2004;47(2):491.
81. Robin-Quach P. Connaître les représentations du patient pour optimiser le projet éducatif. *Rech Soins Infirm.* 2009;98(3):36.
82. Duncan BL, Solovey AD, Rusk GS. *Changing the rules: A client-directed approach to therapy.* New York, NY, US: Guilford Press; 1992. xv, 284. (Changing the rules: A client-directed approach to therapy).
83. Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry.* nov 1989;46(11):971- 82; discussion 983.
84. Bachelor A, Horvath A. *The therapeutic relationship.* 1 janv 1999;
85. Kelly G. *The psychology of personal constructs.* London ; New York: Routledge in association with the Centre for Personal Construct Psychology; 1991. 2 p.
86. Torrey EF. *The mind game: witchdoctors and psychiatrists.* 1st ed. New York: Emerson Hall Publishers; 1972. 236 p.
87. Clary EG, Thieman TJ. Coping With Academic Problems: An Empirical Examination of Brickman et al.'s Models of Helping and Coping. *J Appl Soc Psychol.* janv 2002;32(1):33- 59.
88. Hougaard E. The therapeutic alliance--a conceptual analysis. *Scand J Psychol.* mars 1994;35(1):67- 85.
89. Horvath AO, Luborsky L. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol.* août 1993;61(4):561- 73.
90. Meur VL, Treppoz C, Leguet C, Duval D. Peut-on évaluer l'alliance thérapeutique en thérapie familiale systémique ? *Thérapie Fam.* 2013;Vol. 34(N° 2):251- 64.
91. Lambert MJ, Barley DE. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychother Theory Res Pract Train.* 2001;38(4):357- 61.
92. Horvath, A.O ; Greenberg, L.S. Development and validation of the working alliance inventory. *J Couns Psychol.* 1989;Vol. 64:223- 33.
93. O'Malley SS, Suh CS, Strupp HH. The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: a report on the scale development and a process-outcome study. *J Consult Clin Psychol.* août 1983;51(4):581- 6.
94. Marmar CR, Gaston L, Educational Testing Service. *California psychotherapy alliance scales (CALPAS).* 1989.
95. Luborsky L, Barber JP, Siqueland L, Johnson S, Najavits LM, Frank A, et al. The Revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II) : Psychometric Properties. *J Psychother Pract Res.* 1996;5(3):260- 71.

96. Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* juin 2000;68(3):438- 50.
97. M Howgego I, Yellowlees P, Owen C, Meldrum L, Dark F. The Therapeutic Alliance: The Key to Effective Patient Outcome? A Descriptive Review of the Evidence in Community Mental Health Case Management. Vol. 37. 2003. 169 p.
98. Alexander LB, Luborsky L. The Penn Helping Alliance Scales. In: *The psychotherapeutic process: A research handbook.* New York, NY, US: Guilford Press; 1986. p. 325- 66. (Guilford clinical psychology and psychotherapy series).
99. Kapp C, Perlini T, Baggio S, Stéphan P, Rojas-Urrego A, Rengade C-E, et al. Qualités psychométriques du Consumer satisfaction questionnaire (CSQ-8) et du Helping alliance questionnaire (HAQ). *Santé Publique.* 24 juill 2014;26(3):337- 44.
100. Faw L, Hogue A, Johnson S, Diamond GM, Liddle HA. The Adolescent Therapeutic Alliance Scale (ATAS): Initial psychometrics and prediction of outcome in family-based substance abuse prevention counseling. *Psychother Res.* janv 2005;15(1- 2):141- 54.
101. Karver MS, Handelsman JB, Fields S, Bickman L. Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clin Psychol Rev.* 1 janv 2006;26(1):50- 65.
102. KAPP C, PERLINI T, BAGGIO S, STEPHAN P. Qualités psychométriques du Consumer satisfaction questionnaire (CSQ-8) et du Helping alliance questionnaire (HAQ). *Sante Publique (Bucur).* 1 mai 2014;26(3):337- 44.
103. Brown J, Dreis S, Nace DK. What really makes a difference in psychotherapy outcome? Why does managed care want to know? In: Hubble MA, Duncan BL, Miller SD, éditeurs. *The heart and soul of change: What works in therapy.* Washington: American Psychological Association; 1999. p. 389- 406.
104. Orlinsky DE, Grawe K, Parks BK. Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. In: *Handbook of psychotherapy and behavior change, 4th ed.* Oxford, England: John Wiley & Sons; 1994. p. 270- 376.
105. Ahn H, Wampold BE. Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *J Couns Psychol.* 2001;48(3):251- 7.
106. Bieschke KJ, And Others. Improvement and Satisfaction with Short-Term Therapy at a University Counseling Center. *J Coll Stud Dev.* 1995;36(6):553- 9.
107. Lambert MJ, Vermeersch DA, Smart DW, Nielsen SL, Hawkins EJ, Whipple, J.L. Improving the effects of psychotherapy: The use of early identification of treatment and problemsolving strategies in routine practice. In 2003.
108. Duncan BL, Miller PS, Sparks JA, Claud DA. The Session Rating Scale: Preliminary Psychometric Properties of a "Working" Alliance Measure. In 2004.
109. Campbell A, Hemsley S. Outcome rating scale and session rating scale in psychological practice: clinical utility of ultra-brief measures. *Clin Psychol.* mars 2009;13(10.1080/13284200802676391):1- 9.
110. Taube CA, Burns BJ, Kessler L. Patients of psychiatrists and psychologists in office-based practice: 1980. *Am Psychol.* déc 1984;39(12):1435- 47.

111. Cottencin O, Samama D, Jeanson R, Lajugie C, Versaevel C, Defromont L. Déterminer la position du patient envers les soins psychiatriques avec le questionnaire Touriste-Plaignant-Client (TPC) : un outil simple pour évaluer l'alliance et la motivation. *L'encéphale*. 2013;Vol. 39(N°4):284- 91.
112. Aïm P. *Écouter, parler: soigner : guide de communication et de psychothérapie à l'usage des soignants*. Paris: Estem; 2015.
113. Condon WS, Sander LW. Neonate movement is synchronized with adult speech: interactional participation and language acquisition. *Science*. 11 janv 1974;183(4120):99- 101.
114. Bioy A, Servillat, T. Gouchet, A,; Morvan, J. In: *Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose*. Malakoff: Dunod; 2017.
115. Haley J. *Problem-solving therapy*, 2nd ed. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass; 1987. xv, 269. (Problem-solving therapy, 2nd ed).
116. Henry WP, Strupp HH, Butler SF, Schacht TE, Binder JL. Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: changes in therapist behavior. *J Consult Clin Psychol*. juin 1993;61(3):434- 40.
117. Bergson H-L. *L'intuition philosophique*. Paris: Presses Universitaires de France; 2011.
118. Israël L. *Le médecin face au malade*. Bruxelles: P. Mardaga; 1980.
119. Aïm P, Kahn J-P. Hypnose et thérapies brèves, normes et liberté. *Inf Psychiatr*. 2012;(9):711- 9.
120. Stiles W. Signs and Voices in Psychotherapy. *Psychother Res*. 1 janv 1999;9(1):1- 21.
121. Wittezaele J-J, García T. *A la recherche de l'école de Palo Alto*. Paris: Editions du Seuil; 1992. 429 p. (La Couleur des idées).
122. Jaunait A. Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons Polit*. 2003;no 11(3):59- 79.
123. Michael White. *Carte des pratiques narratives*. Satas. 2009. (Le Germe).
124. Rogers CR. *La relation d'aide et la psychothérapie*. Issy-les-Moulineaux: ESF Ed.; 2015.
125. Watzlawick P, Aubert L. *Stratégie de la thérapie brève*. Paris: Ed. du Seuil; 2002.
126. Faucoup Gatineau, M. *Revue hypnose et thérapies brèves*. oct 2015;(N° 38).
127. Platteau G. Le langage analogique, une articulation entre l'interactionnel et l'intrapsychique. *Thérapie Fam*. 2012;Vol. 33(N°3):201- 23.
128. Watzlawick P, Wiener-Renucci J, Bansard D. *Le langage du changement: éléments de communication thérapeutique*. Paris: Éd. Points; 2014.
129. Farcy, L. *Hypnose & Thérapies Brèves , Les métaphores" Utilisation de la pensée symbolique*. mars 2016;Hors-série(N°10).
130. Lévi-Strauss C. *La pensée sauvage*. Paris: Presses Pocket; 2010. 347 p. (Agora).
131. Y. Halfon. *Les métaphores, utilisation de la pensée symbolique, la magie du « comme si »*. mars 2016;(Hors-série n°10).

132. Halfon, Y. Le langage figuratif en hypnose, du poète à l'hypnothérapeute. In: Hypnose, langage et communication, de Michaux, D. Paris: Ed. Imago; 2002.
133. Crowley RJ, Mills JC. Métaphores thérapeutiques pour les enfants et l'enfant intérieur. 2013.
134. Lakoff G, Johnson M. Les Métaphores dans la vie quotidienne. Paris: Éd. de Minuit; 2005. 254 p. (Propositions).
135. Gordon DC, Olivier F. Contes et métaphores thérapeutiques: apprendre à raconter des histoires qui font du bien. Paris: InterEditions; 2015.
136. Revue Hypnose et thérapies brèves: « Les métaphores » Utilisation de la pensée symbolique. mars 2016;Hors-série(N° 10).
137. Wegner et al. « White bear effect » Paradoxical effects of thought suppression. » J Personnal Soc Psychol. 1987;Vol. 53.
138. Y. Gros-Louis. Psychothérapie : l'approche brève centrée solution. Editions Jouvence. 2017. (Psychothérapie).
139. Jane Turner. Revue Hypnose et Thérapies brèves. (n°41).
140. Doutrelugne Y, Cottencin O, Betbèze J. Thérapies brèves principes et outils pratiques. Issy-les-Moulineaux: Elevation Masson; 2013.
141. De Jong P, Berg IK. De l'entretien à la solution: [l'accent sur le pouvoir des clients. Bruxelles: SATAS; 2002.
142. De Shazer S. Keys to solution in brief therapy. 1st ed. New York: W.W. Norton; 1985. 188 p.
143. Lipchik E. Beyond technique in solution-focused therapy: working with emotions and the therapeutic relationship. New York: The Guilford Press; 2011.
144. Rosenthal R., Jacobson L.F. Teacher expectation for the disadvantaged. Sci Am. 1968;218.
145. Greenspoon J. The reinforcing effect of two spoken sounds on the frequency of two responses. Amer J Psy. 1995;
146. Goldbetter-Merinfeld. Thérapeute et neutralité. In 2005. p. 16.
147. Douyère D. De la recherche en communication : matérialité, critique et idéologie(s). Quest Commun. 30 juin 2016;(29):195- 221.

Université
de Strasbourg



DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :
- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : PARDOUET-HINKOUA Prénom : Florie

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

A Strasbourg, le 17 décembre 2018

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUME :

L'alliance thérapeutique est un concept né au courant du XXème siècle. Elle est vue actuellement en psychothérapie comme un phénomène collaboratif, tenant à la relation thérapeutique mais aussi à la co-création d'un espace de travail entre patient et thérapeute. L'importance de son établissement n'est plus à démontrer : de nombreuses études attestent qu'il s'agirait de l'un des éléments clés du changement en psychothérapie, appartenant aux facteurs communs aux différents modèles de psychothérapie. L'alliance ne serait cependant pas à construire à tout prix, ni en toutes circonstances et ce travail pointera quelques limites à l'alliance. Au vu des enjeux de l'établissement de l'alliance thérapeutique en psychothérapie, vient la question de son évaluation en clinique. La majorité des outils d'évaluation ayant été conçus pour un contexte de recherche, quelques pistes utilisables par le thérapeute pour juger de la qualité de l'alliance thérapeutique avec le patient en consultation seront explorées. Au-delà d'une telle évaluation, la question de l'apprentissage de l'alliance se pose, dans un domaine fait d'intuition comme de méthode, probablement étroitement intriquées. Une étude montre qu'une attention forte portée sur l'enseignement de l'alliance entraînerait une dégradation de la relation thérapeutique : l'enjeu serait donc d'apprendre des techniques non pour ce qu'elles sont, mais pour servir la relation à l'autre et nourrir l'intuition du thérapeute. Des outils de communication thérapeutique issus de l'hypnose et des thérapies brèves, thérapies particulièrement centrées sur la communication, seront exposés. Ce travail soutiendra qu'une communication de qualité pourrait participer à favoriser les échanges intersubjectifs entre thérapeute et patient et ainsi aider à la construction de l'alliance thérapeutique.

Rubrique de classement : Psychiatrie

Mots clefs : alliance thérapeutique, relation thérapeutique, évaluation, formation, thérapies brèves, outils de communication

Président : Monsieur le Professeur Pierre VIDALHET

Assesseurs : Monsieur le Professeur Fabrice BERNA, Monsieur le Professeur Gilles BERTSCHY, Monsieur le Docteur Guillaume RIEDLIN

Adresse de l'auteur : Florie PARDONNET-HINKOVA, 5 route d'Oberhausbergen, 67200 Strasbourg

